



TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU 2014



**HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ
(HASUDER)**

ISBN: 978-605-84926-4-6



**TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU
HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ
2014**



Dernek web:

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

Derneğimizin online yayın ve hizmetleri:

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

Dernek adres:

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

ISBN 978-605-84926-4-6



9 786058 492646

TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU 2014

Baş Editörler

Prof.Dr. Melikşah Ertem

Prof.Dr. Gamze Çan

HASUDER

Aralık 2014

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)

Yayının Adı :Türkiye Sağlık Raporu 2014

ISBN : 978-605-84926-4-6

Online Yayın Tarihi :Aralık 2014

Basım Tarihi :Ocak 2015

HASUDER Yayın No :2014-8

Yayın Müdürü :Prof.Dr. C. Tayyar Şaşmaz, Mersin Üniversitesi

Sayfa Düzeni :Prof.Dr. C. Tayyar Şaşmaz, Mersin Üniversitesi

Basım Yeri :Trakya Üniversitesi Matbaası, Ocak 2014

BÖLÜM EDITÖRLERİ (Soyadına göre)

Soyadı	Adı	Akademik Unvan ve Kurumu
Akgün	Deniz	Uzm.Dr. Antalya Konyaaltı TSM
Akın	Ayşe	Prof.Dr. Başkent Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Aslan	Dilek	Prof. Dr. Hacettepe Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Baran Aksakal	Nur	Prof.Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Çan	Gamze	Prof.Dr. KTÜ.Tıp Fak. Halk Sağ. AD
Eskiocak	Muzaffer	Prof.Dr. Trakya Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Günay	Türkan	Prof.Dr.Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Kılıç	Bülent	Prof.Dr. Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Maral	Işıl	Prof.Dr. Marmara Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Öcek	Zeliha	Doç.Dr. Ege Üni. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Özgülnar	Nuray	Prof. Dr. İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak. Halk Sağ AD
Pıçakçıefe	Metin	Doç. Dr. Muğla S.K. Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Soysal	Ahmet	Öğr.Gör.Dr. Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Piyal	Birgül	Prof.Dr. Ankara Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Şaşmaz	C. Tayyar	Prof.Dr. Mersin Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Tanır	Ferdi	Prof. Dr. Çukurova Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Tokuç	Burcu	Doç.Dr. Trakya Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Türkay	Mehtap	Yrd.Doç.Dr. Akdeniz Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Ünal	Belgin	Prof.Dr. Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

BÖLÜM YAZARLARI (Soyadına göre)

Soyadı	Adı	Akademik Unvan ve Kurumu
Abakay	Abdurrahman	Doç. Dr. DÜ. Tıp Fak. Göğüs Hast. ve Tbc AD
Açıkgöz	Bilgehan	Yrd. Doç. Dr. Bülent E. Üni. Tıp F. Halk Sağ.ı AD
Adıgüzel	Hilal	Araş.Gör.Dr. Ege Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Akgün	Deniz	Uzm.Dr. Antalya Konyaaltı TSM
Akın	Ayşe	Prof.Dr. Başkent Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Akpınar	Taner	Doç.Dr. Akdeniz Üni. İkt. ve İdari Bilimler Fak
Aktaş	Hakkı	Araş.Gör. Dr. Mersin Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Akvardar	Yıldız	Prof.Dr. Marmara Üni. Tıp Fak. Psikiyatri AD
Altun	Deniz	Halk Sağ Uzm Dr. Urfa Halk Sağlığı Müdürlüğü
Arslantaş	Didem	Prof. Dr. Osmangazi Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Aslan	Dilek	Prof. Dr. Hacettepe Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Aşut	Özen	Doç. Dr. Sigara ve Sağ. Ulusal Kom. YK Üyesi
Aslantekin	Filiz	PhDTürkiye Halk Sağlığı Kurumu
Ayhan	Ali	Prof.Dr. Başkent Üni. Tıp Fak. KHD AD.
Ayoğlu	Ferruh N.	Prof.Dr. Bülent E. Üni. Tıp Fak., Halk Sağ AD
Aytaç	Nejdet	Prof.Dr. Çukurova Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Bahar Özvarış	Şevkat	Prof.Dr. Hacettepe Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Balcı	Elçin	Doç.Dr. Erciyes Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Baran Aksakal	Nur	Prof.Dr. Gazi Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Baran Deniz	Emine	Uzm. Dr. Sağlık Bak. Sağ. Geliş. Genel Müd.
Baysal	Pınar	Uzm.Dr. Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü
Bermek	Gülçin	Prof.Dr. İstanbul Ü. Diş Hek. Fak. TADS BD
Beyazova	Ufuk	Prof.Dr. Gazi Ü. Tıp Fak. Çocu Sağ. ve Hast. AD
Bilgili Aykut	Nihal	Öğ.Gör.Dr. Başkent Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Biliker	M. Ali	Halk Sağ Uzm Dr. Sağlık B. Proje Danışmanı
Bulut	Bekir	Araş. Gör. Dr. KTÜ Tıp Fakültesi Halk Sağ.AD
Ceylan	Ali	Prof. Dr. Dicle Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Ceylan	Ali	Araş.Gör.Dr. Dokuz Eylül Ü. TF Halk Sağ. AD
Çağlayan	Çiğdem	Doç.Dr. Kocaeli Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Çan	Gamze	Prof.Dr. KTÜ Tıp Fakültesi Halk Sağ.AD
Çelik	Fatma	Prof.Dr. Dicle Üni. Tıp Fak Halk Sağlığı AD
Çiçek	Mutalıp	Doç. Dr. Dicle Ü. Tıp Fak. Tıbbi Mik. AD
Deveci	S. Erhan	Prof.Dr. Fırat Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Deveci	Serol	Uz. Dr. Yunus Emre TSM, İSGH Birimi, Manisa
Doğanay	Sinem	Halk Sağ Uzm. Dr. Gaziemir TSM İzmir
Dursun	Polat	Doç.Dr. Başkent Üni. Tıp Fak. KHD AD
Durukan	Elif	Yrd.Doç.Dr. Başkent Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Durusoy	Raika	Doç.Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağ AD
Eden	Ece	Prof.Dr. Ege Ü. Diş Hek. Fak. Pedodonti AD
Ergör	Gül	Prof.Dr. Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Erbay Dünder	Pınar	Prof.Dr. Celal Bayar Üni. Tıp Fak. Halk sağ AD

Soyadı	Adı	Akademik Unvan ve Kurumu
Eser	Erhan	Prof.Dr. Celal Bayar Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Eser	Sultan	Doç.Dr. Hacettepe Ün. Halk sağlığı Enstitüsü
Etiler	Nilay	Prof. Dr. Kocaeli Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Gökgöz	Şenlen	Yrd. Doç. Dr. Kırklareli Üniversitesi SHMYO
Gönültaş	Tülin	Araş.Gör.Dr. Çukurova Ü. Tıp Fak. Halk Sağ. AD
Güçüz Doğan	Bahar	Prof. Dr. Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Gültekin	Murat	Doç.Dr. Sağlık B. Kansere Savaş D. Başkanlığı.
Günay	Türkan	Prof. Dr. Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağ. AD
Güneş	Gülşen	Prof. Dr. İnönü Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Gürsoy	Umur	Uzm.Dr. Merkez TSM Osmaniye
Karababa	Ali Osman	Prof. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağ AD
Keskinoglu	Pembe	Doç. Dr. DEÜ Tıp Fak. Biyo. ve Tıbbi Bilişim AD
Kılıç	Bülent	Prof.Dr. Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak., Halk Sağ AD
Koçoğlu	Gülşay	Prof. Dr. Cumhuriyet Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Kurçer	M. Ali	Prof. Dr. Bülent E. Üni. Tıp Fak. Halk Sağ. AD
Kurt	A. Öner	Doç.Dr. Mersin Üni. Tıp Fak.i Halk Sağlığı AD
Kuvvetli	Senem Selvi	Doç. Dr. Yeditepe Ü. Diş Hek. Fak. Çocuk DH AD
Mandıracıoğlu	Aliye	Prof. Dr. Ege Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Meydan Acımiş	Nurhan	Uzm.Dr. Pamukkale Hacı Cafer Özer TSM
Mihçioğur	Sare	Öğ.Gör.Dr. Başkent Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Oğuzöncül	A. Ferdane	Doç.Dr. Fırat Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Oktay	İnci	Prof. Dr. Yeditepe Ü. Diş Hek. Fak. Pedodonti AD
Öcek	Zeliha	Doç.Dr. Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Öner	Seva	Doç.Dr. Mersin Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Özgülnar	Nuray	Prof. Dr. İstanbul Ü. İstanbul Tıp F., Halk Sağ. AD
Özkan	Seçil	Prof.Dr. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Paksoy Erbaydar	Nüket	Doç. Dr. Hacettepe Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Pala	Kayhan	Prof. Dr. Uludağ Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Pekel	Özlem	Halk Sağ Uzm. Dr. İzmir Halk Sağlığı Müd. İzmir
Pehlivan	Ekan	Prof.Dr. İnönü Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Pıçakçiefe	Metin	Doç. Dr. Muğla S.K. Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Pirinççi	Edibe	Doç.Dr. Fırat Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Piyal	Birgül	Prof.Dr. Ankara Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Saka	Günay	Prof.Dr. Dicle Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Sakarya	Sibel	Prof.Dr. Marmara Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Saygun	Meral	Prof. Dr. Kırıkkale Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Soysal	Ahmet	Öğr.Gör.Dr. DEÜ Tıp Fak. Halk Sağ. AD
Sözmen	Kaan	Yrd.Doç.Dr. Katip Çelebi Üni. Tıp F. Halk Sağ. AD
Şahan	Ceyda	Araş.Gör.Dr. Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. H. Sağ AD
Şavlı Emiroğlu	Pelin	Arş. Gör. Dr.Uludağ Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Şenyiğit	Abdurrahman	Prof. Dr. DÜ. Tıp Fak. Göğüs Hast. ve Tbc AD
Şimşek	Gülşüm	Uzm. Dr. Hacettepe Üni. Sıhhiye Sağlık Merkezi
Şimşek	Hatice	Doç.Dr. DEÜTıp Fak. Halk Sağlığı AD
Şimşek	Zeynep	Prof. Dr. Harran Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Soyadı	Adı	Akademik Unvan ve Kurumu
Tanır	Ferdi	Prof. Dr. Çukurova Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Toklu	Köksal	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağı. İz. Mer.
Top	Işık	Araş.Gör.Dr. Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak Halk Sağ AD
Topaç	Osman	Dr. Türkiye Halk Sağ K. B. Hast. Kont. Prog. DB
Türk	Meral	Doç.Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağ AD.
Türkay	Mehtap	Doç.Dr. Akdeniz Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Türkçelik	Ezgi	Psk. Başkent Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Uçku	Reyhan	Prof. Dr. Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. Halk Sağ AD
Ünal	Belgin	Prof. Dr. Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. Halk Sağ. AD
Varol Saraçoğlu	Gamze	Yrd.Doç.Dr. Namık K.Ü. Tıp Fak. Halk Sağ. AD
Yalçınoglu	Nilgöl	Uzm. Dr. Denizli Sağlık Müdürlüğü
Yaslı	Gökben	Uzm. Dr. İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
Yavuz	Cavit Işık	Doç.Dr. Ankara İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
Yazıcı	Yılmaz	Araş.Gör.Dr. Dr. İstanbul Ü. İst. Tıp F. H. Sağ. AD
Yılmaz	Simge	Uzm. Dyt, DEÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Yoldaşcan	Elçi	Prof.Dr. Çukurova Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Önsöz

Türkiye Sağlık Raporlarının düzenli aralıklarla güncellenerek yayınlanmasına daha ilk raporumuz düşünce aşamasındayken karar verilmişti. İlk raporumuz olan “Türkiye Sağlık Raporu 2012” yayınlanıp basılmasından bu güne iki yıl zaman geçti. Yeni raporun hazırlanması için uygun zamanın geldiği düşüncesiyle hazırlıklara başladık.

Halk Sağlığına gönül vermiş ve alanında deneyimleri, önemli birikimleri olan değerli bilim insanlarının katkılarıyla oluşturduğumuz ilk raporun ikincisini hazırlamak üzere 2014 yılı başında hazırlıklara başlamıştık. Bölüm Editörlerimizle internet, telefon, çalıştay ve toplantılar yaparak 2014 raporunun nasıl hazırlanacağını tartıştık görüştük ve ortak bir yöntem geliştirdik ve bu yöntemi de içeren bir rapor hazırlama yönergesi hazırladık. Bu yönerge ilkeleri doğrultusunda yazıların hazırlanmasını talep ettik. Tüm yazarlarımızla Bölüm Editörleri aracılığıyla temasa geçtik ve bugün bu çok değerli, emek yoğun eseri ortaya koyabildik.

Raporumuzla bilim insanlarının, halk sağlığı alanında çalışanların, politik karar vericilerin ve her düzeyde yöneticilerin kullanabileceği bir kaynak oluşturmayı amaçladık. Bu yayının genel bilgiler içeren bir kitap olmasından ziyade ülkemizde halk sağlığı alanındaki gelişmeleri gösteren bir eser olmasını hedefledik. Bu gün geldiğimiz noktada halk sağlığı alanında çalışan çok değerli yazarlarımız sayesinde Türkiye Sağlık Raporu 2014’ün de hazırlanmasını başardık.

İlk Raporumuza yönelik bizlere iletilen geri bildirimler sayesinde üç yeni bölüm ekledik. Bunlar; i) Ağız Diş Sağlığı, ii) Toplum Beslenmesi ve iii) Sağlığı Geliştirme bölümleri oldu.

Böylece Türkiye Sağlık Raporu 2014, 12 bölümden oluştu. Ülkemizde engellilerin sorunları ve sağlık durumlarını ortaya koymak üzere bir bölüm daha hazırlanması yolunda gelen öneriyi dikkatle irdeledik ve engellilerin sorunlarının tüm bölümlerin içinde irdelenebileceğine karar verdik. Şüphesiz raporumuza yapılan geri bildirimler çok değerliydi ve tümünü büyük bir dikkatle değerlendirmeye çalıştık. Kararlarımızı Yönetim Kurulu Üyesi ve Bölüm Editörlerinden oluşan Editörler Kuruluyla tartışarak almaya gayret ettik. Tüm buna karşın hatalarımızın olabileceğini düşünüyor ve geribildirimler ile bu eserin gelişeceğini düşünüyoruz.

Türkiye Sağlık Raporunun bu yıl ilk bölümünü Türkiye’de Sağlığı Geliştirme başlığına ayırdık. Sağlığı Geliştirmenin ülkemizde halk sağlığının iyileşmesinde çok önemli rolü olduğunu düşünmekteyiz. Sağlığı geliştirme programlarının yaşam süresinin uzamasına ve kalitesinin artmasına çok önemli etkisinin olduğunu vurgulamak amacıyla bu bölüm hazırlandı. Aynı zamanda HASUDER Sağlığı

Geliştirme Çalışma Grubu yürütücüsü de olan Prof.Dr.Birgül Piyal bölüm editörlüğünü üstlendi ve çok önemli katkılar sağladı.

İkinci Bölümümüz ülkemizde halen en önemli sağlık problemlerinden biri olan Bulaşıcı Hastalıkların kontrolündeki gelişmeleri içermek üzere hazırlandı. Bu bölümde Prof.Dr.Nur Aksakal, Prof.Dr.İşıl Maral, Prof.Dr.Muzaffer Eskiocak ve Prof.Dr. C.Tayyar Şaşmaz hocalarımız editörlük yaptılar. Bölümde hava yoluyla bulaşan hastalıklar, zoonozlar, aşı ile önlenabilir hastalıklar, paraziter hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve yeni ortaya çıkan enfeksiyon hastalıklar irdelendi. Bunun yanında bulaşıcı hastalıkların kontrolünde anahtar öneme sahip bulaşıcı hastalıkların sürveyansındaki durumumuz ortaya konuldu.

Türkiye Sağlık Raporunun 3. Bölümünde Üreme Sağlığı yer aldı. Bölümün editörlüğünü Üreme Sağlığı Çalışma Grubu Yürütücüsü olan Prof.Dr.Türkan Günay ve derneğimizin kurucu üyesi olan Prof.Dr.Ayşe Akın hocalarımız üstlendiler. Kadın ve üreme sağlığı konularına yer verilen bu bölümde ergenlerin üreme sağlığı sorunları, istemsiz gebelikler ve düşükler sorunu irdelendi. Aile planlaması hizmetlerindeki durumumuz analiz edildi. Çalışma hayatında kadınların sorunları da bu bölümde incelenen bir alt başlıktı. Bunların yanında infertilite, kadınlarda tütün kullanımı alt başlıkları da yer aldı. Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması 2013 verilerinden de yararlanılan bu bölüm tüm halk sağlıkçılar için değerli bir kaynak oldu.

Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Durumu 4. Bölümde ortaya konuldu. Bu bölümün editörlüğünü Prof.Dr.Belgin Ünal üstlendi. Bu bölümde Ülkemizde Kalp Damar Hastalıklarının, Diyabet’in, obezite sorununun, kanserlerin, ruh sağlığı sorunlarının durumu şimdiye kadar yapılmış araştırma ve çalışmalara dayalı olarak ortaya konuldu. Halk sağlıkçıların çalışmalarının büyük bir titizlikle araştırılıp dökümünün yapıldığı “bulaşıcı olmayan hastalıklar bölümü” de değerli bir kaynak olmuş oldu.

Raporumuzun sadece halk sağlıkçıları değil Dünyada yaşayan herkesi ilgilendiren bölümü Çevre Sağlığı Sorunlarının ortaya konulduğu 5. Bölümdü. Çevre Sağlığı Bölümü TSR2012’den farklı olarak yeni bir içerikle hazırlandı. Bu nedenle ilgiyle okunulacak bir bölüm oluştu. Bu bölümün editörlüğünü Öğretim Görevlisi Uz.Dr.Ahmet Soysal üstlendi. İyonlaştırıcı olmayan radyasyon, İyonlaştırıcı radyasyon, hava kirliliği, pestisit sorunu, kentsel dönüşüm ve çevre sağlığı gibi önemli konuları içerdi. Ülkemizde yaygın olarak karşılaşılan daha spesifik bir konuya Asbest sorununa da yer verildi. Çağımızın en önemli sorunu olan çevre sağlığı sorunları yeni bilgiler ışığında derlenmiş oldu.

Raporumuzun 6. Bölümünde Çocuk Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri başlığını taşıdı. Bu bölümün editörlüğünü Doç.Dr.Burcu Tokuç ve Yrd.Doç.Dr.Mehtap Türkay yürüttüler. Bu çok değerli çalışmada genel olarak çocuk sağlığının durumu ortaya

konduktan sonra beslenme, madde bağımlılığı, yaralanmalar, çalışan çocuk sorunu, cinsel sömürüye maruz kalma ve erken yaş evlilikleri gibi spesifik konular ele alındı. Bölümün sonunda konuyla ilgili çözüm önerileri sıralandı. Halk sağlığı alanında yapılmış çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan bu bölüm de çok değerli bir kaynak oluşturdu.

Raporumuzun 7. Bölümü İş Sağlığı Güvenliği konusunda hazırlandı. Bu bölümün editörlüğünü aynı zamanda HASUDER İş Sağlığı Çalışma Grubunun da yürütücüleri olan Prof.Dr. Ferdi Tanır ve Doç.Dr.Metin Pıçakçıefe üstlendiler. İş Sağlığı ve Güvenliği konusunda bazı sağlık düzeyi göstergelerinin verildiği bir alt başlıkla başlayan bölümde sağlık çalışanlarının sağlığı, iş kazaları, meslek hastalıkları, tarım çalışanlarında iş sağlığı, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, işyerinde şiddete yaklaşım, çocuk işçiler, iş sağlığı eğitimi başlıkları altında iş sağlığı güvenliği detaylı olarak irdelendi.

Türkiye’de Tütün Kullanımının dünü bugünü yarını başlığıyla tütün kullanımı konusundaki sorunlar 8. Bölümde incelendi. Prof.Dr.Gamze Çan tarafından bölüm editörlüğü yapıldı. Bu bölümde tütün üretimi, ihracatı satışının durumu gösterildi, tütün kullanım sıklığı ile ilgili veriler sunuldu, gençlerde sigara içme sıklığı anlatıldı, farklı meslek gruplarında sigara kullanım sıklıklarına ilişkin araştırma bulgularına yer verildi. Bunun yanında ülkemizdeki tütün ve ürünlerinin kullanımıyla ilgili yasanın uygulamadaki sorunlar ortaya konuldu. Tütün kontrolünde önemli bir yeri olan il tütün kontrol kurullarının işlevi, durumu ve aksayan durumlar ifade edildi. Denetimlerin, kontrol çalışmalarının tütün kullanımına etkisi ayrı ayrı iki alt başlık altında analiz edildi. Tütün kontrolünde tütün endüstrisiyle ilişkilerin durumu bunun etkileri ayrı bir bölümde irdelendi. Tütün kontrolünde sivil toplumun önemli bir yere sahip olduğu ve tütün kontrolü çerçeve sözleşmesi ile ilgili gerçekler bu bölümde irdelenen diğer alt başlıklar oldu. Tütün kontrolü çalışmalarında yer alan halk sağlıkçılar, tütün kontrolünde görevli kamu kurum ve kuruluşları için değerli bir kaynak oluştu.

Ağız Diş Sağlığı hizmetleri sağlık hizmetleri içinde çok önemli bir yere sahiptir. Raporumuzun 9. Bölümünde Ülkemizdeki Ağız Diş Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri detaylı olarak yazıldı. Bu bölümün editörlüğünü diş hekimi olup halk sağlığı alanında doçentliğini yapmış olan değerli bir bilim insanı Doç.Dr.Zeliha Öcek üstlendi. Bu bölüm ağız diş sağlığı sorunlarının yaygınlığı ülkemizdeki boyutunu vurgulayarak başladı. Ulusal ağız diş sağlığı durum analizi çalışmasından bölümlere yer verildi ve ülkemizde ağız diş sağlığı hizmetlerinin sunumundaki durumu ve sorunları ortaya koyarak devam edildi. Ülkemizde ağız diş sağlığı konusunda eğitim ve ağız diş sağlığı geliştirilmesi amacıyla yapılan uygulamaların durumu rapor edildi.

Raporumuzun 10. Bölümünün editörlüğü Prof.Dr.Dilek Aslan tarafından yapıldı. Toplum Beslenmesi Çalışma Grubumuzun da kurulması ve yürütülmesinde büyük emekleri olan hocamız sayesinde bu bölüm de çok değerli bir eser oldu. Bölümde genel olarak beslenme sorunları değerlendirildikten sonra anne sütüyle beslenme, ek gıdalara başlama, okul çağı çocuklarının beslenmesi, yaşlılık dönemi beslenmesi özelinde beslenme sorunları ve durumu ortaya konuldu. Ülkemizde beslenme durumuna etkisi olan gıda endüstrisinin oyunlarının tartışıldığı alt başlık ilgi çekici oldu. Toplum Beslenmesi ile ilgili bölümümüzün son alt başlığı altında kronik hastalıkların engellenmesinde beslenme programlarının durumu irdelendi.

Raporumuzun 11. Bölümü Yaşlılık dönemine ait sorunların ve sağlık hizmetlerinin ortaya konduğu bölüm oldu. Bu bölümün de editörlüğünü Prof.Dr.Dilek Aslan yürüttü. Güncel veriler ışığında sağlıkta eşitsizlikler bağlamında yaşlı sağlığı sorunlarının irdelenmesiyle bölüme başlandı. Toplumsal cinsiyet ve yaşlılık, yaşlılık dönemindeki riskli davranışlar, yaşam kalitesi, yeti yitimi, evde bakım konuları bağlamında yaşlılık dönemine ait sağlık sorunları incelendi. Bununla beraber bu kapsamda yapılan çalışmalar da tanımlandı. Bu konudaki araştırma gereksinimlerinin ortaya konulduğu son bölümle yaşlı sağlığı bölümü ele alınmış oldu.

Türkiye Sağlık Raporu 2014 son bölümü yani 12. Bölüm Prof.Dr.Bülent Kılıç ve Uz.Dr.Deniz Akgün tarafından yönetildi. Ülkemizde yürütülmekte olan sağlık politikaları ve bunun sonucunda ulaşılan durum bu bölümde detaylı bir şekilde irdelendi. Birinci basamakta sağlık örgütlenme bölümünde ülkemizdeki aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve bağlı birimler tartışıldı. Yataklı tedavi kurumlarının durumu bu bölümün diğer konusu oldu. 2003 yılı ile 2012 yılları arasında ülkemizdeki sağlık finansının durumunun analiz edildiği alt başlık ilgi çekici veriler içerdi. Sağlık insan gücü bağlamında durumu ortaya koyan bir alt başlık ve buna bağlı olarak tıp eğitimindeki durum da raporda yer aldı.

Tamamen amatör bir ruh ve heyecan ile tüm zorluklara karşın bugün pek çok kurum ve kuruluş için yol gösterici olabilecek değerli bir yapıt ortaya konulmuş oldu. Bu şekilde derneğimiz ve biz halk sağlığı çalışanları sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli yol gösterici görevimizi üstlenmiş olduk. Raporun hazırlanmasında teknik anlamda Prof.Dr. C.Tayyar Şaşmaz hocamızın çok değerli emekleri oldu, emeklerinden dolayı kendisine teşekkürü bir borç biliriz. Bu vesileyle raporun hazırlanmasında gerek önerileri, geri bildirimleri gerekse yazılarıyla bizlere destek olan tüm halk sağlığı çalışanlarına çok teşekkür ediyoruz.

Saygılarımızla

Prof.Dr. Melikşah Ertem

Prof.Dr. Gamze Çan

İÇİNDEKİLER

Bölüm	Sayfa
Bölüm Editörleri ve Yazarları	iii
Önsöz	vii
İçindekiler	xi
Bölüm 1. TÜRKİYE’DE SAĞLIĞI GELİŞTİRME	
• Sunu	1
• Politik Hedefler Öncelikli Görevler - Çevre	2
• Politik Hedefler Öncelikli Görevler - Öncelikler	6
• Stratejik Hedefler – Girişim Yöntemleri	8
• Stratejik Hedefler – Çalışma Yöntemleri	24
• Stratejik Hedefler – Taraflar	26
• Yönetmelik Hedefler	29
• Durum (Uygulamalar)	47
• Öneriler	59
BÖLÜM 2. BULAŞICI HASTALIKLAR	
• Hava Yoluyla Bulaşan Hastalıklar	63
• Zoonozlar	67
• Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar	77
• Parazit Enfeksiyonları	86
• Cinsel Yolla Bulaşabilen Enfeksiyonlar	92
• Yeni Ortaya Çıkan ve Yeniden Ortaya Çıkan Bulaşıcı Hastalıklar	102
• Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansında Gelişmeler, Değişiklikler	109
BÖLÜM 3. KADIN SAĞLIĞI, ÜREME SAĞLIĞI	
• Giriş	113
• Türkiye’de Ergen/Genç Üreme Sağlığı / Cinsel Sağlık Sorunları ve Bu Alandaki Gelişmeler	120
• Anne Ölümleri	132
• İstenmeyen Gebelikler ve Düşükler	139
• Aile Planlaması	150
• Türkiye’de Kadın Genital Kanseri	158
• Türkiye’de İleri Yaş Dönemi Kadınlarla İlgili Menopoz, Osteoporoz, Kardiyovasküler Sorunlar ve Gelişmeler	167
• Türkiye’de Kadınlar Arasında Tütün Kullanımı: Güncel Durum	178
• Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı, Sorunlar ve Gelişmeler	182
• Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet	191
• Çalışma Ortamı ve Üreme Sağlığı	195
• Bir Halk Sağlığı Problemi Olarak İnfertilite	207

BÖLÜM 4. TÜRKİYE’DE BULAŞICI OLMAYAN KRONİK HASTALIKLAR	
• Giriş	215
• Kalp Damar Hastalıkları Mortalitesi	215
• Kalp Damar Hastalıkları Morbiditesi	220
• Kalp Damar Hastalıkları Risk Faktörleri	229
• Kanser Mortalitesi	250
• Türkiye’de Kanser Sürveyansı ve Kanser Sıklığı	253
• Kanserden Korunma	271
• Ruh Sağlığı	273
BÖLÜM 5. ÇEVRE SAĞLIĞI	
• Giriş	289
• Türkiye’nin İyonlaştırıcı Olmayan Işınım Kirliliği	292
• Türkiye’nin İyonlaştırıcı (Radyasyon) Işınım Kirliliği	306
• Türkiye’de Hava Kirliliği	327
• Kentsel Dönüşüm ve Çevre Sağlığı Üzerine Etkileri	336
• Türkiye’de Çevresel Asbest Maruziyeti Sorunu	348
• Çevre Sağlığında Pestisitler	357
BÖLÜM 6. ÇOCUK SAĞLIĞI: SORUNLAR VE ÇÖZÜMLER	
• Sunu	360
• Türkiye’de Çocuk Sağlığının Durumu	361
• Çocukluk Çağında Sağlıklı Beslenme ve Obezite	372
• Çocuk ve Gençlerde Madde Kullanımı	375
• Çocukluk Döneminde Yaralanmalar	377
• Dezavantajlı Çocuklar Açısından Türkiye Değerlendirmesi Koruma Altındaki Çocuklar	383
• Çalışan Çocuklar	388
• Çocuklara Yönelik Ticari Cinsel Sömürü	394
• Çocuk Gelinler	402
• Türkiye’de Çocuk Sağlığı Hizmetlerindeki Uygulamalar	405
• Saptanan Sorun Alanları ve Çözüm Önerileri	409
BÖLÜM 7. İŞ SAĞLIĞI	
• Yönetici Özeti	413
• İş sağlığı ve Güvenliği ile ilgili Bazı Temel Göstergeler	414
• Sağlık Personelinin Sağlığı (2012-2014)	418
• İş Kazaları	434
• Meslek Hastalıkları	448
• Tarım Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği	451
• Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Sıklığı	461
• İşyerinde Şiddete Yaklaşım ve Korunma	468

• Çocuk İşçiler	473
• İş Sağlığı Çalışanlarının Sağlığı ve Yasal Süreç (2012-2014)	476
• Lisans ve Lisansüstü Eğitim Programlarında İSG Eğitimi	485
BÖLÜM 8. TÜRKİYE’DE TÜTÜN KONTROLÜNÜN DÜNÜ, BUGÜNÜ VE YARINI	
• Yönetici Özeti	493
• Tütün ve Tütün Ürünlerinin Üretim, İthalat, İhracat, İç Satış ve Tüketimi	495
• Türkiye’de Yetişkinler Arasında Tütün Kullanımı	509
• Gençlerde Sigara İçme Sıklığı	516
• Farklı Meslek Grupları Arasında Sigara İçme Sıklığı	521
• Tütün ürünleri Kontrol Uygulamaları ve Yasanın Uygulanmasına Karşı Girişimler	529
• Tütün Mücadelesinde İl Tütün Kontrol Kurulları	535
• Denetim Etkinlikleri ve Sonuçları	537
• Tütün Kontrol Uygulamalarının Sonuçları / Etkileri	542
• Tütün Endüstrisi ve Etkili Mücadele: Güncel Değerlendirmeler	557
• Tütün Kontrolü ve Sivil toplum Örgütü Çalışmaları Nasıl Olmalı?	563
• Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve M-POWER Kapsamında Türkiye’nin Konumu	566
BÖLÜM 9. AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI	
• Sunu	569
• Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Sorunlarının Yaygınlığı	571
• Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu ve İnsan Gücü	587
• Türkiye’de Mezuniyet Öncesi ve Sonrası Toplum Ağız Diş Sağlığı Eğitimi	595
• Türkiye’de Toplum Ağız Diş Sağlığının Geliştirilmesine Yönelik Deneyimler	610
• Toplum Ağız Diş Sağlığında Önemli Bir Müdahale Alanı: Okul Çalışmaları	616
BÖLÜM 10. BESLENME SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	
• Sunu	625
• Türkiye’de Beslenme İle İlgili Öne Çıkan Sorunlar: Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Genel Değerlendirme	626
• Anne Sütü İle İlgili Beslenme: Güncel Durum ve Değerlendirmeler	634
• Ek Gıdalara Geçiş Dönemi ve Beş Yaş Altı Çocuklarda Beslenme	638
• Okul Çağı ve Adolesan Dönemi Beslenme	642
• Yaşlılık Döneminde Beslenme	646
• Gıda Endüstrisi Oyunları: Güncel Örneklerle Değerlendirme	652
• Bulaşıcı Olmayana Hastalıklarla Mücadele Açısından Türkiye’de Beslenme Odaklı Yapılan Bazı Çalışma Örnekleri ve Sonuçları	658

BÖLÜM 11. YAŞLI SAĞLIĞI: SORUNLAR VE ÇÖZÜMLER	
• Sunu	667
• Güncel Veriler Üzerinden Sağlıkta Eşitsizlikler ve Türkiye Değerlendirmeleri	668
• Toplumsal Cinsiyet ve Yaşlılık: Türkiye İle İlgili Değerlendirmeler	673
• Araştırma Sonuçları Üzerinden Yaşlılık Döneminde Öne Çıkan Davranışsal Riskler	683
• Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi	691
• Yaşlılık ve Yeti Yetimi	695
• Yaşlılık ve Evde Bakım	703
• Yaşlı Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Çalışmaların Değerlendirilmesi	710
• Yaşlı Sağlığı ve Hastalıklar İle İlgili Araştırma Gereksinimleri	716
BÖLÜM 12. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ	
• Sağlık Politikası	722
• Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi	733
• Yataklı Tedavi Kurumları	748
• Sağlık Finansmanı (2003-2012)	770
• Sağlık İnsan Gücü	782
• Tıp Eğitimi	788
• Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Ciddi Yetersizlikler Yaşanıyor	798

1- TÜRKİYE’DE SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Bölüm Editörü:

Birgül Piyal

Prof.Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sunu

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği’nin, iki yılda bir hazırladığı “ Türkiye Sağlık Raporu” , halk sağlığı alanında çalışanlar başta olmak üzere, çok disiplinli sağlık ekibinin tüm üyelerine güncel fotoğrafı yansıtma işlevini üstlenmektedir. TÜRKİYE’DE SAĞLIĞI GELİŞTİRME Bölümü ilk kez, Türkiye Sağlık Raporu 2014’te yer almaktadır. Bu nedenle bu bölümde yalnızca son iki yıla değinilmeyip ülkemizde sağlığı geliştirme alanında atılmıő ve atılmakta olan adımlar, kazanımlar, politik, stratejik ve yönetsel hedefler göz önünde tutularak irdelenmiştir.

Raporun hazırlanmasında görev alan, emek veren değerli arkadaşlarımıza teşekkür eder, çalışma grubumuzun hazırladığı bölümün gelecek raporlarda içeriği zenginleőterek güncellenecek bir temel ge anlamında yararlı olmasını dileriz.

POLİTİK HEDEFLER ÖNCELİKLİ GÖREVLER – ÇEVRE

Birgül Piyal

Prof.Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Ülkemizde sağlığı geliştirme uygulamaları siyasal, ekonomik, toplumsal, kültürel ve ekolojik arka plan, öncelikler temelinde değerlendirilmelidir. Önceliklerimiz Ottawa’dan (1986) Helsinki’ye (2013) ulaşan yolda değişen önceliklerle ve Bin Yıl Kalkınma Hedefleri’yle uyumlu olmalıdır (1, 2, 3). Ana eksenini sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi belirlemelidir. Sağlığı toplumsal iyilik durumunun etkilediği vurgulanmalıdır(4). İnsani gelişme endeksi (İGE) verileri ile sağlık göstergelerinin ilişkisi göz önünde tutulmalıdır. Türkiye 2012’deki İGE değeri ile 187 ülke ve bölge arasında 90. sıradadır (5).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu” Başkanı Michael Marmot, “Sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileri” başlıklı makalesinde Komisyonun oluşturulma nedenini aşağıdaki gibi açıklamaktadır:

“Ülkelerin kendi içinde ve ülkeler arasında gördüğümüz büyük sağlık eşitsizlikleri dünyaya meydan okumaktadır. Ülkeler arasında 48 yıl, bir ülke içinde ise 20 yıl ve üzerinde gibi bir aralığa yayılan yaşam beklentileri farklılıkları önlenemez değildir. Pek çok çalışma bu sağlık eşitsizliklerinin temellerini ortaya koymaktadır. Sosyal belirleyiciler hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklar için benzer etki yapmaktadır. Bu nedenle sağlık durumu yalnızca sağlık eylem alanında sorumluluğu olanların değil, her sektörün politika yapımcılarının ilgi alanında olmalıdır. Komisyonun temel itici gücü halk sağlığı bilgilerini politik eyleme dönüştürmektir”(6).

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun “Açığı Bir Kuşakta Kapatmak” alt başlıklı raporunun (Closing the gap in a generation, 2008) birinci bölümünde irdelemelerinin üç eylem ilkesine yönelttiği belirtilmektedir:

- A. İnsanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı ortamlarda gündelik yaşam koşullarını iyileştirin.
- B. Gücün, paranın ve kaynakların eşitsiz dağılımının üstesinden gelin. Küresel, ulusal ve yerel ölçekte bu koşulların gündelik yaşam açısından yapısal yönlendiricileri ile baş edin.
- C. Sorunu ölçün, eylemleri değerlendirin, bilgi temelini genişletin, sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda eğitilmiş bir iş gücü oluşturun ve sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin toplumsal(kamusal) duyarlılık oluşturun (7).

İnsanların Doğduğu, Büyüdüğü, Yaşadığı, Çalıştığı ve Yaşlandığı Ortamlarda Gündelik Yaşam Koşullarının İyileştirilmesi

Gündelik yaşam koşullarının geliştirilmesi açısından daha yaşamın başlangıcında hakkaniyet sağlanması önerilmektedir. Yürütülmekte olan çocuk yaşatma programlarında yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak sosyal/emosyonel

ve dilsel/bilişsel gelişimi de kapsayan bütünlüklü bir yaklaşım uygulanması istenmektedir. Komisyona göre; Hükümetler -ödeme gücüne bakılmaksızın- bu bütünlüklü program açısından çocuklar, anneler ve diğer bakım verenlere yönelik bir kapsayıcılık sağlamalıdır. Eğitim, erken çocukluk dönemini de kapsayarak yaygınlaştırılmalıdır. Hükümetler okul-öncesi eğitimden başlayarak çocukların fiziksel, sosyal/emosyonel ve dilsel/bilişsel gelişimlerine önem veren nitelikte eğitim sunma yı amaçlamalıdır. Ödeme güçleri ne olursa olsun bütün erkek ve kız çocuklara nitelikli zorunlu birinci ve ikinci kademe ilköğretim verilmelidir. Kız ve erkek çocukların okula başlamalarının ve devam etmelerinin önündeki engeller belirlenmeli ve bu engelleri aşmaya yönelinmeli, ilk okullarda katkı payları kaldırılmalıdır(7).

Sağlıklı yerlerde yaşayanların **sağlıklı** olabileceği yaklaşımıyla; Sağlığın ve sağlıkta hakkaniyetin kentsel yönetimin ve planlamanın merkezine konulması, kırsal gelişime sürekli yatırım yapılması böylece kırsal ve kentsel alanlar arasında sağlıkta hakkaniyetin geliştirilmesi önerilmektedir. Kırsal yoksulluğa, topraksızlığa ve insanların evlerinden edilmesine yol açan politikaların değiştirilmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır. İklim değişikliği ve diğer çevresel sorunlara yönelik ekonomik ve sosyal çözümler sağlıkta hakkaniyet göz önünde tutularak oluşturulmalıdır(7).

İnsan onuruna yaraşır ve tam/ verimli işlendirme açısından; Ulusal ve uluslararası sosyal ve ekonomik politikaların temel amacının, insan onuruna yaraşır ve tam/ verimli iş oluşturmak olduğu belirtilmektedir. Sağlıkta hakkaniyet, güvenli, güvenceli ve insan onuruna yaraşır ödemesi olan iş, yıl boyu iş olanakları ve her açıdan sağlıklı iş-yaşam dengesi gerektirir. Bütün çalışanların (işçiler) çalışma koşulları, zararlılara sunuk kalmaları, işe bağlı stresleri ve sağlığa zarar veren davranışları azalacak yönde iyileştirilmelidir (7).

Yaşam boyu sosyal koruma konusunda; Herkes için sağlıklı yaşam açısından yeterli bir geliri destekleyen, herkesi kapsayan sosyal koruma politikalarının oluşturulması ve güçlendirilmesi önerilmektedir. Sosyal koruma sistemleri (genellikle) dışarıda bırakılanları da içine almalıdır, iyileştirilmelidir (7).

Herkese(evrensel) sağlık bakımı açısından; Sağlık sistemlerinin hakkaniyet, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ilkeleri temelinde oluşturulması önerilmektedir. Sağlık bakım sistemlerinin finansmanının hakkaniyetli olması sağlanmalıdır (7).

Gücün, Paranın ve Kaynakların Eşitsiz Dağılımının Üstesinden Gelinmesi

Bütün politikalar, sistemler ve programlarda sağlıkta hakkaniyet konusunda; sağlık ve sağlıkta hakkaniyet açısından eylem sorumluluğunun hükümetin en üst düzeyine verilmesi ve tüm politikalarla uyumun sağlanması önerilmektedir. Sağlık sektörü doğru değerlendirilmelidir, sağlık bakanlığının politika ve programları açısından sosyal belirleyiciler çerçevesi uyarlanmalıdır ve hükümet içinde sosyal belirleyiciler yaklaşımı bakımından ortaklık işlevi güçlendirilmelidir(7).

Dürüst (Adil) Finansman açısından; sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik eylemlerde kamusal finansmanın güçlendirilmesi önerilmektedir. Sağlıkta

hakkaniyet için sađlđın sosyal belirleyicileri eylemi kapsamında uluslararası finansman kaynakları artırılmalıdır (7).

Pazarın sorumluluğu açısından; Ulusal ve uluslararası ekonomik anlaşmalarda ve politika oluşturulmasında sağlık ve sağlık hakkaniyeti etkisinin kurumsallaştırılması önerilmektedir. Sađlđın alt yapısını oluşturan hizmetlerin (su/sanitasyon gibi) sunumunda ve sağlığa büyük etkisi olan ürün ve hizmetlere (tütün, alkol ve gıda gibi) ilişkin düzenlemelerde devletin ana işlevi güçlendirilmelidir (7).

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği (equity) açısından; Toplumun yapısındaki -yasalarda ve yasaların uygulanmasında, kurumların yönetilmesinde ve düzenlenen müdahalelerde ve bir ülkenin ekonomik performansının ölçülmesinde- cinsiyet taraf tutmalarına karşı konulmalıdır. Komisyon; eğitimde ve becerilerde açıkları kapatacak politikaların ve programların geliştirilmesini ve finanse edilmesini ve kadınların ekonomik katılımının desteklenmesini önermektedir. Cinsel ve üreme sağlığı sorunlarının çözümüne yönelik bağitlar yerine getirilmelidir (7).

Politik güçlendirme (dahil etme/ katılım ve ses); Toplumdaki tüm grupların toplumun nasıl işleyeceğine ilişkin kararlara –özellikle sağlıkta hakkaniyete etkileri konusunda- dürüst bir temsille katılımları desteklenmelidir. Politika oluşturma çerçevesinde katılımcı bir toplumsal ortam oluşturulmalı ve sürdürülmelidir. Sivil toplumun, sağlıkta hakkaniyeti etkileyen politik ve sosyal hakları geliştirecek ve gerçekleştirecek bir biçimde hareket edebilmesi ve örgütlenebilmesi olanaklı olmalıdır (7).

İyi küresel yönetim: Komisyona göre; Sağlıkta hakkaniyet küresel bir kalkınma hedefine dönüştürülmelidir ve sađlđın sosyal belirleyicileri kapsamı çok taraflı kalkınma eyleminin güçlendirilmesi için uyarlanmalıdır. Küresel sađlđın sosyal belirleyicileri eyleminde DSÖ liderliği güçlendirilmelidir. Ülke programlarında ve DSÖ bölümlerinde sađlđın sosyal belirleyicileri yol gösterici ilke olarak kurumsallaştırılmalıdır (7).

Sorunun Bilinmesi ve Anlaşılması, Eylemlerin Etkilerinin Değerlendirilmesi

Sađlđın sosyal belirleyicileri: İzleme, eğitim ve araştırma; Sağlıkta hakkaniyet ve sađlđın sosyal belirleyicileri açısından yerel, ulusal ve uluslararası düzeylerde rutin izleme sistemlerinin işlerliğinin sağlanması önerilmektedir. Sosyal belirleyicilerin toplumların sağlığını, sağlık hakkaniyetini nasıl etkilediğine ve eşitsizlikleri azaltmaya yönelik önlemlerin etkilerine ilişkin yeni kanıtların elde edilmesine ve paylaşılmasına kaynak aktarılmalıdır. Politika yapıcılara, taraflara ve uygulayıcılara eğitim verilmeli, toplumsal duyarlılığın artırılmasına çalışılmalıdır (7).

“Başka bir anlatımla sađlđın sosyal belirleyicilerine yönelik eylemler yalnızca sağlığı geliştirme için gerekli değildir, böyle bir yaklaşım aynı zamanda toplumun insan gereksinimlerini karşılama yönünde ilerlediğini gösterecektir” (6).

Kaynaklar

1. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> / Erişim: 10.09.2014
2. <http://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/> / Erişim: 10.09.2014
3. <http://www.un.org/millenniumgoals/> / Erişim: 10.09.2014
4. Piyal B: Sağlığı Geliştirme Alanında Türkiye'nin ncelikleri, 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
5. http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human_development/hdr2013/ / Erişim: 10.09.2014
6. Marmot, M: Social determinants of health inequalities, Lancet 2005; 365:1099-104.
7. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Geneva, World Health Organization, 2008.

POLİTİK HEDEFLER ÖNCELİKLİ GÖREVLER – ÖNCELİKLER

Pınar Erbay Dünder

Prof.Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Finlandiya’da düzenlenen 8. Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı’nda belirtildiği gibi sağlığı geliştirme; toplum sağlığını bozan ve üstesinden gelmekte en çok zorluk çekilen sorunların çözümünde anahtar roldedir. Sağlığın belirleyicileri son derece kapsamlı ve birbirini etkileyen karmaşık ilişkiler içindedir. Diğer sektörlerin politikaları sağlık üzerinde yüzeysel ve bazen de ters, istenmeyen etki yaratabilir. Toplum sağlığı dünyanın hemen her yerinde demografik yaşlanma ve sağlıksız yaşam biçimlerinin küreselleşmesi gibi etmenler tarafından şekillenmektedir. Bu nedenlerin etkisi altında kronik hastalıklar önde gelen morbidite, mortalite ve yetiyitimi nedeni olmuştur. Birleşmiş Milletler’ in Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Raporu’nda belirtildiği gibi, koruma bu maliyetli, ölümcül ve zorlayıcı hastalıklar için küresel bir yanıt olmak zorundadır (1). Ayrıca başa çıkması güç bu hastalık yükünün temelinde sağlık dışındaki diğer sektörler yer almaktadır. Bu noktada çok sektörlü yaklaşım kaçınılmaz görünmektedir. Hastalık yükündeki bu epidemiyolojik kaymanın sonuçları sağlık sektöründen ülke ekonomilerine uzanmaktadır. Örneğin bugün en zengin ülkeler bile kanserin maliyetini karşılamada güçlük yaşamaktadır. Yaşam koşullarının iyileşmesi ile birlikte sosyoekonomik gelişme bulaşıcı olmayan hastalıkların yayılmasını kolaylaştırmıştır. Ekonomik gelişme, modernleşme ve kentleşme toplumda sağlıksız yaşam biçimlerinin hızla yayılması gerçeğini ortaya koymuştur. Sağlıksız yaşam biçimi aslında ülkelerin politik, ticari durumları, hatta seçimlerinin bir bileşenidir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ülkeler arası ve ülke içi eşitsizlikleri derinleştiren bir etmen olarak da karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık etki değerlendirmelerini içeren politika araçları yasal düzenlemeler, mali düzenlemeler, eşitliği ölçen yeni yaklaşım biçimlerini içerir. Politika yaklaşımları hak temelli yaklaşımdan sağlığın sosyal belirleyicilerine kadar uzanır. 1980’lerde sağlıkta çok sektörlü yaklaşımdan anladığımız, sağlık için sektörlerin beraberce, uyum içinde ortak amaç için çalışmasıydı. Ancak bugün insanların sağlıklı yaşam biçimine doğru yönlendirilmesi ve sağlıklı bağdaşan davranışlara uyum sağlamasının her zaman kısa dönemli endüstriyel ve ekonomik kazanımlar ile uyumlu olmadığı görülmüştür. Bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek için gösterilen çabalar tütün, gıda, sektörü gibi güçlü ekonomi lobilerinin çıkarları ile ters düşmektedir ki bu da sağlığı geliştirme önündeki en büyük engellerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde ekonomik çıkarlar karşısında sağlığı önceleyen yaklaşımların en canlı örneği tütün konusundaki başarılı yaptırımlarıdır.

Ülkemizde Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı incelendiğinde koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren, maliyet etkili ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturulmasından söz edilmekte, hizmet sunumunda özel sektörün payının artırılması hedeflenmektedir (2). Onuncu Beş Yıllık Planda; bir önceki plandan farklı olarak fiziksel aktivite yetersizliği, obezite ve tütün kullanımı ile mücadele gibi sağlıklı yaşama yönelik program ve eylem planları uygulanmaya başlanmakla birlikte, bu programların geliştirilmesi ve uygulamaların etkililiğinin artırılması

üzerinde durulmuştur. Ayrıca Ülke politikası olarak bireylerin beden ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetlerinden, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımdan söz edilmekte, sağlıklı yaşam biçiminin özendirilmesi ile daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunumu üzerinde durulmaktadır (3).

Bununla uyumlu olarak ulusal düzeyde tüm kronik hastalıkların ve risk etmenleri sıklığının saptanmasına yönelik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından ‘Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Etmenleri Sıklığı Çalışması’ yapılmıştır (4). Buna göre; ülkemizde kronik hastalıklar tüm ölümlerin % 75’ini ve % 63.9 ile toplam DALY kayıplarının en büyük kısmını oluşturmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın hemen tüm ülkeler için geçerli olan bulaşıcı olmayan hastalıkların temelinde yatan önlenabilir risk etmenleri sırasıyla hipertansiyon, tütün, diyabet, fiziksel hareketsizlik ve fazla kiloluluk-obezitedir (1). Sosyoekonomik gelişmişlik ve cinsler arasında bu risk etmenlerinin ağırlığı değişmektedir. Ülkemizde hipertansiyon sıklığı toplumda %23 olarak belirlenmiş, yaşla artan sıklığın her yaş grubunda kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sigara içme sıklığı erkeklerde % 43, kadınlarda %17 olarak saptanmıştır. Diyabet sıklığı %8, fiziksel inaktivite sıklığı erkeklerde % 55, kadınlarda % 69 ve fazla kiloluluk-obezite sıklığı erkeklerde % 52, kadınlarda % 58 düzeyindedir (4). ‘‘Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması’’ sonuçlarına göre ülkemizde bireylerin % 71.9’unun hareketsiz yaşadığı belirlenmiştir (5).

Kaynaklar

- 1.http://www.who.int/entity/nmh/publications/ncd_report2010
- 2.<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/kalkinma>
3. <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/kalkinma>
- 4.Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Etmenleri Sıklığı Çalışması, Ankara 2013
- 5.<http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-7632>

STRATEJİK HEDEFLER – GİRİŞİM YÖNTEMLERİ

Şevkat Bahar Özvarış

Prof Dr, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlığın geliştirilmesi; kişilerin en uygun (optimal) sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam biçimlerini değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalıdır. En uygun sağlık düzeyi; fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal ve entelektüel açıdan tam iyilik halidir ve yaşam biçimi değişiklikleri, farkındalığın sağlanması, davranışın değiştirilmesi ve sağlıklı davranışları destekleyen çevreler oluşturulması gibi etkinlikler aracılığıyla sağlanabilir. Bunlar içerisinde en büyük ve kalıcı etkiyi sağlığı destekleyici çevreler yapmaktadır (1, 2).

Sağlık eğitimi ise, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmeyi, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmayı ve kişilerde sağlıkla ilgili düşünce, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmayı amaçlar (2). Sağlık eğitimi ile bireylerin ve grupların kendi sağlıkları ile ilgili konularda karar verme ve sorumluluk almaları sağlanabilse bile, toplumda çok önemli sağlık sorunlarının çözümünde bireysel sorumluluk yeterli olmayabilir. Bu durumlar için yasal ve politik değişikliklerin yapılması çok daha etkili olabilmekte ve daha verimli sonuçlar alınabilmektedir. Örneğin; trafik kazalarına bağlı ölümleri ve sakatlanmaları azaltmada yeni otomobillerin emniyet kemerli ve hava yastıklı olarak üretilmesi, bu sorunu bireysellikten çıkarmaktadır. Bunun yanı sıra; sağlıkla ilgili uygulamalarda, kişilerin ve toplumun katılımının sağlanması, toplum yapısında bazı düzenlemelerin yapılması ve değişik sektörlerin aralarında işbirliği yapması gibi desteklere gereksinim duyulabilir. Bu durumda, sağlık eğitiminin de içinde olduğu, daha kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım olan “**sağlığı geliştirme**” yaklaşımına gereksinim vardır(2). Sağlık eğitimi; sigara içmeme veya sigarayı bırakma gibi daha çok bireylerin ve grupların kendi kendine kontrol edebilecekleri davranışlarla ilgilidir. Sağlığı geliştirme uygulamaları ise, özellikle başkalarının sağlığı açısından tehlikeli olan davranışları (örneğin; kamuya açık yerlerde sigara içilmesi, tehlikeli araç kullanma vb.) etkilemeye yönelik yapısal, ekonomik ve yasal (bazı durumlarda zorlayıcı da olan) düzenlemeleri gerektirir.

Başta gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik daha bütüncül ve sektörler arası bir yaklaşıma gereksinim vardır. Her ülkenin sağlığı geliştirme stratejilerini ve programlarını, kendi sosyal, kültürel ve ekonomik sistemlerini göz önüne alarak yerel gereksinimlerine ve olanaklarına göre uyarlaması gerekir (3). Ottawa Bildirgesi, sağlığı geliştirmek için sağlığa yeni bir bakış açısını içeren aşağıda belirtilen beş başlıktaki eylem ile özetlenebilen kapsamlı bir strateji sunmaktadır (3,4). Türkiye’de de sağlığı geliştirme müdahalelerinde bu yaklaşımların bütünlük içerisinde ele alınıp uygulamalara yansıtılması gerekir.

1. Sağlıklı kamu politikaları oluşturulması

Sağlığı geliştirme, sağlık hizmetlerinin ötesinde kişilerin aldığı kararların sağlık sonuçlarının farkında olmasına ve sağlık için sorumluluklarını kabul etmesine yönlendirerek, sağlık konusunu tüm sektörlerde ve her düzeydeki politika yapıcılarının gündemine koyar. Bu da sağlığı geliştirmek için politik eşgüdümün sağlanması anlamına gelir. Sağlığın geliştirilmesi için; gelir, sosyal güvenlik, çalışma, eğitim, konut, iş, tarım, ulaşım, bilim ve teknoloji alanında ortaya konan tüm politikaların sağlığı dikkate alması, sağlığı önceleme gerektirir. Kamusal alanda mevzuat hazırlama, mali destek ve örgütlenme değişikliği gibi politikalar bu amaçla oluşturulmalıdır (3-5).

2. Destekleyici sağlık çevreleri yaratılması

Sağlık için destekleyici bir çevrenin sağlanması zorunludur ve çok boyutlu bir konudur. Birçok politik düzenleme, uygulama ve eylemi gerektirmektedir. Destekleyici çevre, fiziksel, ekonomik, sosyal ve politik çevreyi içerir.

İnsanlar ve çevreleri arasındaki karmaşık bağlar sağlıklı bir ekolojik yaklaşımın temellerini oluşturmaktadır. Doğal kaynakların korunması, küresel bir sorumluluk olarak vurgulanmalı ve doğal çevre ve kaynakların korunması sağlığı geliştirme stratejilerinde ele alınmalıdır (3-5). Sağlık için destekleyici çevreler, kişilerin sağlıklarına yönelik tehditlerden korunması ve sağlık kapasitelerini daha çok kullanmalarını ve sağlık konusunda kendilerine güvenmelerini olanaklı hale getirmektedir. Destekleyici çevre, insanların yaşadığı, çalıştığı, oynadığı her yeri kapsar. Bu da sağlığı geliştirmede "*ortam temelli yaklaşım*" ile planlama demektir (5,6).

3. Sağlığa yönelik işbirliğinin ve toplum katılımının güçlendirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi açısından belirlenen önceliklerin, planlanan stratejilerin işlemesi ve sağlıkta bir gelişme elde etmek için halk eylemleri ve toplum katılımı gerekmektedir. Sağlık konularında kendine yetme, sosyal destek sağlama ve halkın katılımını arttırmak önemlidir (3-5). Ortak sağlık çıktılarına ulaşmak için iki veya daha fazla tarafın işbirliği içinde çalışma kararı alması gerekir(5,6).

4. Kişisel beceriler geliştirilmesi

Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi stratejilerinde "*yaşam biçimi*" yaklaşımına olan ilgi giderek artmıştır. Bu yaklaşım kişilerin sağlık bilgisi ve sağlık konusundaki inançlarını değiştirmeye ve geliştirmeye dayanmaktadır. Hükümetlerin ve politikacıların bu yaklaşımlar çerçevesinde sağlık riskleri konusunda toplumla açık ve yakın iletişim kurması ve bu etkinliklerde temel rol oynaması gerekir(5,6).

Sağlığın geliştirilmesi anlayışı, sağlık eğitimi vererek kişilerin yaşam becerilerinin artırılmasını, sağlık için bilgi sağlayarak kişisel ve sosyal gelişimini destekler. Kişisel becerilerin geliştirilmesiyle, insanların yaşamlarının her safhasında hazırlıklı olmalarını, kronik hastalık ve yaralanmalarla başa çıkmaları sağlanmaktadır (3-5).

Yaşam becerileri kişilerin günlük yaşamlarına uyum göstermelerini ve tehditlerle başa çıkabilmelerini sağlayan, uyarlanabilen ve uyumlu davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bunlar arasında kişilerin yaşamlarını doğrudan kontrol etmelerini ve çevrede oluşan değişimlere ayak uydurabilmelerini sağlayan kişisel, kişiler arası bilişsel ve fiziksel beceriler bulunmaktadır(5,6).

5. **Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi**

Sağlık sektörünün işlevi klinik ve sağaltım hizmetleri sunma sorumluluğunun ötesinde, sağlığın geliştirilmesidir. Sağlık hizmetlerinde, sağlığı geliştirme için sorumluluk bireyler, toplum grupları, sağlık profesyonelleri, sağlık hizmeti kurumları ve hükümetler arasında paylaşılr (3-5).

Sağlık hizmetlerinde kişinin gereksinimlerine odaklanmış yaklaşım yerine, toplumların gereksinimlerini gözetken daha farklı örgütlenmiş bir yaklaşım ve değişim gereklidir. Ottawa Bildirgesi'nde de belirtildiği gibi, sağlığı geliştirmek için yapılacak yatırımlarda, hastalıktan korunma, tanı, sağaltım ve esenlendirme hizmetleri arasında uygun dengein sağlanması gerekir. Hükümetler bu geniş kapsamlı yaklaşımda temel işlevi sağlık sektörünün üstlenmesi gerekliliğini göz önüne almalıdır (5,6).

"Tüm Politikalarda Sağlık" (TPS) ana temasıyla Haziran 2013'te Helsinki'de yapılan son uluslararası sağlığı geliştirme konferansında, Ottawa'dan bu yana kazanımlar gözden geçirilerek sağlık için sektörler arası birlikte hareket etmeyi özendirici yöntemler konusunda deneyimler, bu deneyimlerden öğrenilenler paylaşılmıştır. Konferansta sağlığı geliştirme konusunda önceki konferanslarda ele alınan tüm anahtar noktaları kapsayan zengin düşünsel birikimin önemi vurgulanmış, sağlığı geliştirme konusunda eylem ve kanıtların temel olarak Alma-Ata ve Ottawa ruhu üzerinde şekillendiği belirtilmiştir. Sektörler arası birlikte hareket etmenin merkezinde, sağlığı önceleyen kamu politikalarının ve bir insan hakkı olarak sağlıkta eşitlik ve hakkaniyetin sağlanması olduğu vurgulanmıştır. Irk, dil, din, bölge, politik inanç, ekonomik ve sosyal durumuna bakılmaksızın herkes için sağlığın bir hak olduğu, hükümetlerin de bu hakları sağlamakla sorumlu olduğu belirtilmiştir (7).

TPS; toplumun sağlığını ve sağlıkta eşitlik ve hakkaniyeti geliştirmek için, kamu politikalarını oluştururken tüm sektörlerin sağlık etkilerini sistematik olarak dikkate alması, katlamalı etki (sinerji) yaratmayı gözetmesi ve sağlığa zarar verici etkilerden kaçınması yaklaşımıdır. TPS yaklaşımı; sağlık sektörünün örnek olma işlevinin önemini en başta kabul etmenin yanı sıra, hükümetin diğer birimleri tarafından toplum sağlığını ve sağlıkta eşitlik ve hakkaniyeti sağlayacak ve katlamalı etki yaratacak özgül eylemleri de içermektedir. Bu kapsamda sağlık sektörü liderlik ve merkezi eşgüdüm işlevini üstlenmelidir. TPS; hükümetlerin yasa yapıcı ve uygulayıcı aygıtlarının, politikaların, yasa ve düzenlemelerin yapılması, bütçenin kontrolü ve vergilerin nasıl kullanılacağı gibi kararlarına ilişkin çok kapsamlı bir yaklaşımdır (7). Türkiye'de de sağlığı geliştirme çabalarından sonuç alınabilmesi için hükümetlerin ve tüm yöneticilerin TPS yaklaşımını benimsemeleri gereklidir.

Sağlığı geliştirme konusunda yapılan sekiz büyük konferansın düşünsel birikimi, şimdiye kadar yapılan araştırmalar ve farklı ülkelerde yürütülen çalışmalar, sağlığı geliştirme eylemlerinin oldukça etkili olduğunu göstermiştir. Bunlar arasında okul sağlığı çalışmaları, aile planlamasının geliştirilmesi, HIV/AIDS'in önlenmesi, adolesanlarda cinsel sağlık ve üreme sağlığının geliştirilmesi, madde kullanımının önlenmesi, ruh sağlığının geliştirilmesi, diyabetin ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi çalışmaları bulunmaktadır (2, 8-10). Bu stratejiler bireylerin ve grupların yaşam biçimini değiştirmekte ve geliştirmektedir (8,11).

Türkiye’de, uzun yıllar boyunca bireylere kendi sağlıkları konusunda öz-sorumluluk kazandırmak üzere geleneksel sağlık eğitimi stratejiyle hareket edilmiş olsa da, 40 yılı aşan bir süreçte aile planlaması konusundaki kazanımlar ve tütünle mücadele konusunda çalışmalar başarılı sağlığı geliştirme örneklerinden ikisidir.

Sağlığı geliştirme yaklaşımında yakın çevre koşullarına yönelmek ve **“ortam temelli yaklaşım”** ile planlama, uygulamada kolaylık sağlayabilmektedir. Çünkü insanlar günlerinin büyük kısmını bu ortamlarda bir arada geçirmekte, birlikte oldukları ortamda birlikte öğrenmekte, birbirlerini etkilemekte ve birbirlerinden etkilenmektedir. Bu kapsamda Dünya Sağlık Örgütü, “Sağlıklı Kentler”, Sağlıklı Köyler, Belediyeler ve Sağlıklı Adalar”, “Sağlığı Geliştiren Okullar”, “Sağlığı Geliştiren Hastaneler”, “Sağlığı Geliştiren İşyerleri” gibi projeleri yanında, alkol, tütün, hareketli yaşam ve sağlıklı yaşlanma konularında sağlığı geliştirme ile ilgili farklı ülkelerin katıldığı birçok program ve projeyi uygulamaya koymuştur (1,2)

Türkiye’de Sağlığı Geliştiren Okullar

Sağlığı geliştiren okullar “yaşamak, öğrenmek ve çalışmak için yetkinliği sürekli güçlendiren sağlıklı yerler” olarak tanımlanmaktadır. Bu amaç sağlık ve eğitim görevlileri, öğretmenler, öğrenciler ve aileleri sağlığı geliştirme çabasında bir araya getirmektedir. Okulda sağlığın güçlendirilmesi, destekleyici bir çevre, sağlık eğitimi, sağlığı geliştirme programlarının ve hizmetlerinin sağlanması için çaba göstermek demektir. Sağlığı geliştiren okullar, sağlık için gerekli destekleyici çevreler, okulda sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programları ve gerekli hizmetleri oluşturmaya çalışarak sağlığı ve öğrenmeyi desteklemektedir (5,6)

Türkiye’de bu kapsamda yapılanlar aşağıda belirtilmiştir:

- 1994 yılında, DSÖ’ nün birçok Avrupa ülkesinde yürüttüğü “Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi” çalışmalarına, çeşitli bölgelerden seçtiği 10 pilot okul ile Türkiye de katılmıştır. Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı (ASGOP) (The European Network of HealthPromoting Schools) sistemine 1995 yılında Türkiye’nin de katılması ile Millî Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı’nın arasında imzalanan protokol ile çalışmalara başlanmıştır. 2004 yılında 81 ilde 106 ilköğretim okuluna yaygınlaştırılan program, kardeş okul programı ile okul sayısı 208’e ulaşmıştır.
- 29.09.2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmi Gazete’de Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanan “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı”nın “Okullarda Obezite ile Mücadelede Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığının Kazandırılması” başlığı kapsamında

“Çocukluk ve Adolesan Döneminde Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Sağlanması İçin Temel Besin Gruplarında Yer Alan Besinlerin Tüketiminin Özendirilmesine Yönelik Beslenme Programlarının Yürütülmesi, Beslenme Hizmetlerinin Periyodik Olarak Denetlenmesinin Sağlanması” stratejisi yer almaktadır. Bu stratejiyle ilişkili olarak;

- “İlk Öğretim Okullarında Okul Sütü Programının Başlatılması”
- “Okul kantinleri ve yemekhanelerinde yürütülen beslenme hizmetlerinde sağlıklı uygulamaların özendirilmesi için çeşitli kampanya ve etkinlikler (Beyaz Bayrak Projesi, Beslenme Dostu Okul vb.) yürütülmesi”
- “Okul kantin ve yemekhanelerindeki beslenme hizmetlerinin belirli aralıklarla yeterli ve dengeli beslenme ve besin güvenliği ölçütlerine uygunluğu açısından denetiminin sağlanması” etkinlikleri yürütülmektedir.

Bu konudaki öneriler şunlardır:

- ✓ Sağlığı Geliştiren Okullar (SGO) için uzun vadeli destekleyici bir devlet/ yerel yönetim politikası geliştirmeli,
- ✓ İdari ve üst düzey yönetimin desteği sağlanmalı,
- ✓ Öğretmenlerin, öğretmen olmayan elamanların, öğrencilerin, ailelerin ve toplum üyelerinin katıldığı etkin liderlik yapan ve koordinasyonda görevli küçük bir grup oluşturmalı,
- ✓ Okullarda “Okul Sağlığı Ekibi” kurulmalı,
- ✓ Yürütülmekte olan okul sağlığı geliştirme çabaları gözden geçirilmeli,
- ✓ Toplum sağlığı sorunları, politikaları ve kaynakları değerlendirilmeli,
- ✓ Eylem için olanaklar bulunmalı,
- ✓ Hedefler tanımlanmalı ve bir eylem planı geliştirilmeli,
- ✓ Okullarda sağlığın geliştirilmesi programlarının daha da geliştirilmesi için programlar sosyal açıdan sağlıklı bir şekilde tasarlanmalı, uygulanmalı ve değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme de sağlığı en kapsamlı şekilde içine alacak sonuç ölçütleri kullanılarak yapılmalıdır.
- ✓ Okul Sağlığı Hizmetleri kapsamında okullarda sağlık eğitimi verilmelidir. Sağlık eğitiminin ekip (sağlık eğitimcisi, psikolog, hemşire, doktor, öğretmen) çalışması olduğu benimsenmelidir.
- ✓ Bu çalışmaları okullarda sağlık eğitiminden sorumlu olan tüm resmi kurumlar (Sağlık Bakanlığı ve MEB) ile sivil toplum örgütleri, vakıflar ve dernekler işbirliği içerisinde yürütmelidir.

Türkiye’de Sağlığı Geliştiren Üniversiteler

Sağlığı geliştiren bir üniversite, sağlıklı bir yaşama, öğrenme ve çalışma yeri olarak yeterliliğini sürekli olarak güçlendiren bir üniversite olarak tanımlanabilir. Bu amaca yönelik olarak, sağlığı geliştiren bir üniversite, sağlık ve eğitim görevlileri,

akademisyenler, öğrenciler, topluluk liderlerini sağlığı geliştirme çalışmalarında birleştirir (13). Kapsam olarak sağlığı geliştiren okular projesinin içeriğine yakındır.

Dünya nüfusunun olduğu kadar ülkemiz nüfusunun da büyük bir bölümünü oluşturan gençler çok boyutlu ve karmaşık sağlık riskleri ile karşı karşıyadırlar. Gençlerin sağlık sorunları ve riskleri yalnızca tıbbi ağırlıklı yaklaşımlarla çözümlenememektedir. Öncelikle sağlık ve eğitim profesyonellerinin ortak çabasını gerektirmektedir. Geleceğiyle ilgili karar verebilecek, sosyal olgunluğunu geliştirebilecek ve çevresiyle yoğun iletişim kurabilecek özellikleri taşıyan gençlerin sağlık açısından destekleyici kültürlenme etkinliklerine, ortamlarına ve etkileyici örneklerle gereksinimleri vardır.

- ✓ Üniversite yönetimleri sağlığı geliştiren üniversiteler kapsamında üzerine düşen görevleri yerine getirme noktasında politik kararlılık göstermelidir. Sağlıklı yerleşkelerin oluşturulması, çevre koşullarının düzeltilmesi, öğrenci ve personelin duyarlılığının artırılması için projeler üretilip uygulanmalıdır. Sağlığı geliştiren üniversiteler kapsamında gençlere sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme ile ilgili kavramlar, sağlık bilgilerine ve sağlığı geliştirme ürün ve hizmetlerine ulaşma becerileri kazandırılmalıdır.
- ✓ Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirmek amacıyla kişilerarası iletişim, hedef belirleme ve karar verme becerilerini, uygulama yeteneklerini ortaya koyabilmeleri sağlanmalıdır.
- ✓ Üniversite öğrencilerine sağlığı geliştiren, sağlık risklerini azaltan davranışları uygulama ve kültür, medya, teknolojinin sağlık üzerindeki etkilerini irdeleyebilme yeteneği kazandırılmalıdır.

Bu konudaki öneriler:

Ülkemizde sağlığı geliştiren üniversitelerle ilgili çalışma ve uygulamaların eksikliği göze çarpmaktadır. Üniversitelerde konuya ilişkin farkındalığın artırılması gerekmektedir. Bu bağlamda Halk Sağlığı Anabilim Dallarına öncülük görevi düşmektedir.

Türkiye’de Sağlığı Geliştiren İşyerleri

İşyerlerinde sağlığın geliştirilmesi, “işveren, çalışan ve toplumun, çalışan kişilerin sağlıklarını ve iyi olma halini geliştirmek için yaptığı çabaların tümü” olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşımın başarılı olması için işverenler, yöneticiler ve diğer ilgililerin uygulamada ortak kararlar almaları ve işveren ve çalışanlara, sağlıklarını kontrol etme ve geliştirme çabalarında, her düzeyde yardımcı olmaları gerekmektedir(2, 14).

Türkiye’de genel olarak bir değerlendirme yapıldığında, yeni iş sağlığı mevzuatında, işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi yaklaşımıyla çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesinden söz edilmekle birlikte, bilinen temel sorunlar nedeniyle , iş

sağlığı alanındaki mevcut uygulamalar sağlığın geliştirilmesi anlayışından oldukça uzaktır.

Sağlığı geliştiren işyerleri yaklaşımıyla çok iyi örtüşmesine de işyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği ile ilgili sağlığı geliştirme konusunda Türkiye’de yapılanlar aşağıda belirtilmiştir:

- ✓ *Türkiye’de İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Koşullarının İyileştirilmesi Projesi (İSGİP):* Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Bakanlık) İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü yararlanıcı taraf olarak, Türkiye Cumhuriyeti ve Avrupa Birliği destekli Türkiye’de İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Koşullarının İyileştirilmesi Projesini (İSGİP) 2010 yılında başlatarak 2012 yılı Şubat ayında tamamlamıştır. İSGİP kapsamına Ankara, Denizli, Kocaeli, Kütahya, Zonguldak ve çevre illerinde; inşaat, maden ve metal sektörlerinde etkinlik gösteren Küçük ve Orta Boy İşletmeler (KOBİ) ve bu işletmelerde çalışanlar alınmıştır. Hedef sektörlerdeki pilot illerde toplam 128 işyerine; İSGİP kapsamında geliştirilen İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi (İSG-YS), Risk Değerlendirmesi, Sağlık Gözetimi vb. konularda danışmanlık hizmeti verilerek, toplam 2.000 kişiye (iş güvenliği uzmanları, işyeri hekimleri, diğer sağlık çalışanları, aile hekimleri, işverenler, çalışanlar, sosyal taraflar vb.) eğitim verilmiştir. Bu çalışmalar sonunda inşaat, maden ve metal sektörlerindeki pilot işletmelerde sırasıyla %35, %10 ve %21 oranında iyileştirme yapılmıştır (12).
- ✓ *“İş Sağlığı ve Güvenliğinin Geliştirilmesi Projesi” (İSGİP) Kalkınma Bakanlığı tarafından 2014 yılında kabul edilerek yatırım programına alınan 35 ili* (Konya, Kayseri, Kütahya, Eskikent, Sivas, Elazığ, Şanlıurfa, Diyarbakır, Van, Gaziantep, Kahramanmaraş, Adana, Hatay, Burdur, Antalya, Afyonkarahisar, Denizli, Muğla, Erzurum, Trabzon, Samsun, Çanakkale, Balıkesir (Bandırma), Zonguldak, Bartın, Karabük (Safranbolu), Aydın, Tekirdağ, Edirne, İstanbul, Manisa, Kocaeli, Bursa, Bilecik, Ankara) kapsamaktadır. Bu kapsamda metal, maden ve inşaat sektörlerinde görev alan 3150 İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) profesyoneline (iş güvenliği uzmanları ile işveren veya vekillerine), İSGİP’ in çıktıları doğrultusunda üç günlük eğitimler düzenlenecektir. Bu eğitimlerde sektöre özgü Mevzuat, İSG-YS, Risk Değerlendirmesi, İSG Performans Gözleme, Kazaların Araştırması ve Raporlanması vb. konular ele alınacaktır. Eğitimlere katılım her bir sektörde her bir il için 30 kişi ile sınırlandırılmış olup her bir işyerinden ise en fazla üç kişi katılabilecektir. Ücretsiz eğitimlerin sonunda katılım sağlayanlara sertifika verilecektir.
- ✓ *İş Yerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliğinin Geliştirilmesi Projesi (Twinning Project):* İtalya, Romanya, Belçika, Litvanya, Letonya, Fransa, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, İngiltere, Malta ve Türkiye’nin proje ortağı olduğu ve proje yürütücüsünün Avrupa İnşaatçılar Konfederasyonu (EBC) olduğu bir projedir. İnşaatla sağlık ve güvenlik konusunda yapılmış bir çalışmadır.
- ✓ *“İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliğinin Geliştirilmesi (Under Construction II)” Eşleştirme Projesi:* Bu projede İNTES, EBC’nin Aralık 2008 de almaya

hak kazandığı 13 sosyal ortaklarından biri olmuştur. Projenin genel hedefleri, Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı'na (OSHA) ait kampanya araçlarının geniş bir alana yayılmasına yardımcı olmak, 19-25 Ekim 2009 tarihlerinde gerçekleşecek 'İş Sağlığı ve Güvenliği Haftası'na (European Week for Safety and Health at Work) katkıda bulunmak, sosyal ortaklar arasında işyerinde sağlık ve güvenlik alanında, deneyimlerin ve iyi uygulamaların paylaşılmasını sağlamak olarak özetlenebilir.

Bu konudaki öneriler:

- ✓ Devlet kurumları, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları tarafından düzenlenecek eğitimlerin yaygınlaştırılması,
- ✓ İş yerinde sağlığın geliştirilmesi için değişiklikler yapmak için bireysel sorumluluğun ötesine geçen kurumsal bir sağlık anlayışı benimsenmesi,
- ✓ Davranış değişikliklerinin özendirilmesi için müdahale programları yapılması,
- ✓ Kurumsal müdahaleler ile bireylere odaklanan ya da alkol tüketimi veya egzersizlere katılım gösterilmesi gibi özel yaşam biçimi konularında çalışmalar yapılması,
- ✓ İş yerinde sağlık etkinliklerinin sistematik biçimde planlanması ve uygulanmasının özendirilmesi,
- ✓ Sağlık ve iş başarılarının gözle görülebilir kılınması (bu durum, firma/kuruluş için bir halkla ilişkiler aracı olarak değerlendirilebilir);
- ✓ Uzun dönemli kurumsal sağlık politikası oluşturulmasının benimsenmesi yönünde bir yaklaşım sağlanması,
- ✓ İş yerlerinde sağlığın geliştirilmesi planı veya politikasında yapılması gereken değişikliklerin saptanmasına yardımcı olunması,
- ✓ Bilişsel ve bedensel yorgunluğun, psikolojik stresin ve sigara kullanımının azaltılmasına ayrıca egzersiz, beslenme, ağırlık kontrolüne yönelik programlarının yapılması
- ✓ Çeşitli yaşam biçimi etmenlerinin kontrol edilmesinde uygulanan müdahale tasarımlarının yapılması
- ✓ İş sağlığı; iş yerinde kimyasal, fiziksel ve biyolojik sağlık tehditlerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve kontrol edilme etkinliklerinin artırılması
- ✓ Sendikaların, işyerlerinde sağlığın geliştirilmesi programlarını desteklemesi ve ilgili çalışmalar yapması.
- ✓ İş yerlerinde kapsamlı sağlığı geliştirme çalışmalarının bileşenlerine yönelik farkındalığın artırılması.
- ✓ İş sağlığına yönelik sosyal sorumluluğun özendirilmesi,
- ✓ İşyerlerinde sağlığın geliştirilmesi için yatırımların artırılması,

- ✓ İşyerlerinde sağlığın geliştirilmesi için ortaklıkların genişletilmesi,
- ✓ İşyerlerinde sağlığın geliştirilmesi ile ilgili toplumsal kapasitesinin artırılması ve bireylerin yetkilendirilmesi,
- ✓ İşyerlerinde sağlığın geliştirilmesi için uygun altyapının sağlanması önerilir.

Türkiye’de Sağlığı Geliştiren Hastaneler

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre hastaneler, yalnızca tanı ve sağaltım hizmetlerinin verildiği yerler değil aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklarından korunma uygulamalarının gerçekleştirildiği merkezler olarak değerlendirilmiş ve desteklenmiştir (15). Sağlığı geliştiren hastaneler ve sağlık hizmetleri, önceliğini hasta ve hasta yakınlarının incinebilirlikleri üzerine odaklanmak olarak başlatıp, daha sonra sağlık çalışanları, toplum ve son olarak da çevreyi değerlendirmektedir(15). Sağlığı geliştiren bir hastane yalnızca kaliteli ve kapsamlı tıp ve hemşirelik hizmetleri sunmakla kalmaz aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi amaçlarını benimseyen, hastalar ve tüm personel için etkin ve katılımcı işlevler de içinde olmak üzere sağlığı geliştirici bir kurumsal yapı geliştirebilir (16).

Türkiye Sağlığı Geliştiren Hastaneler Ağı’na üye değildir. Sağlığı geliştirme konusu sağlık hizmet sunucuları ve karar vericiler tarafından son yıllarda üzerinde durulan bir alan olmasına karşın, sağlığı geliştiren hastaneler ile ilgili herhangi bir çalışma ya da proje yürütülmemiştir. Hastanelere bakıldığında sağlığı geliştirme konusunda sınırlı kliniklerde, belli bir standart gözetilmeksizin, kendi uygulamalarının şekillendirdiği çabalar vardır. Özellikle Tütün Kontrolüne ilişkin yasal düzenlemelerin şekillenmesi sonrası birinci basamak kuruluşlarda ve göğüs hastalıkları polikliniklerinde sigara bırakma konusunda danışmanlık verilmesi ya da hastaların ilgili merkezlere yönlendirilmesi konusunda farkındalığın arttığı söylenebilmektedir. Birçok endokrinoloji kliniğinde diyabet tanısı alan hastalar için olası komplikasyonları önlemeye yönelik eğitimler verilmektedir. Obeziteyle mücadele programı kapsamında hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları içinde konu ile ilgili müdahalelere hız kazandırılmaya çalışılmaktadır. İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası’nın uygulanmaya başlanmasından sonra hastanelerin güvenli bir çalışma ortamı haline getirilmesi ve sağlıklı bir işyeri ortamı sağlama çalışmaları yine sağlığı geliştiren hastaneler projesinin hedefleri arasındadır. Bu ve benzer çalışmaların tümü sağlık kuruluşlarının kendi girişimleri ve çabaları ile yürütülmekte, ülke genelinde belli bir düzeyi yakalama hedefinin uzağında kalmaktadır. Yalnızca ülkeler ya da iller bazında değil, hastaneler ve hastanelerin klinikleri arasında da uygulama farklılıkları görülebilmektedir. Sağlığı geliştirme hedefleri, yönetim kademesi için hastanelerin görev ve hizmet anlayışı kapsamında ele alınan konular arasında değildir. Sağlığı geliştiren hastaneler standartlarına göre herhangi bir çalışma yürütülmemektedir. Ülke ölçeğinde sağlık hizmet sunucuları ve karar vericiler düzeyinde konu hakkında farkındalık sağlanması, hastanelerin sağlığı geliştirme çalışmaları açısından önem taşımaktadır.

Bu konudaki öneriler:

- ✓ Sağlığı geliştirme çalışmaları içinde sağlığı geliştiren hastaneler etkili bir işlev üstlenmektedir. Günümüzde hastanelerin tanı ve sağaltıcı hizmetler sunmanın çok ötesinde sağlıklı yaşam yılı sağlamak, yaşam biçimi değişiklikleri sağlamak ve danışmanlık vermek gibi pek çok girişimi gerçekleştirebilmek için ortam oluşturduğu bilinmektedir.
- ✓ Yaşanan hastalık deneyimlerinin etkisi ile hastalar ve hasta yakınları davranış değişiklikleri oluşturmaya görece daha hazır durumdadırlar. Bir çalışmada hastalar için bu dönemin öneri ve danışmanlık almaya en uygun dönem olduğu görülmüştür (18).
- ✓ Hastaneler yalnızca başvuran hastalar ve yakınları için değil hizmet verdikleri alandaki toplum için de önemlidir. Bulundukları bölgenin sağlığının geliştirilmesi için, bölgede sık görülen hastalıklar, etkilenim yaratan durumlar ve sağlığı etkileyen yaşam alışkanlıkları konusundaki müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması için olanak sunabilirler (19).
- ✓ Hastanelerde sağlığın geliştirilmesi çalışmaları insan kaynakları açısından da yarar sağlamaktadır. Sağlık çalışanlarının artan göçü hastaneleri en iyi hastane personeli konusunda yarışır konuma getirmiştir. Güvenli ve sağlığı geliştiren bir işyeri ortamı sözü veren, bu ortamın oluşturulması sürecine çalışanlarını da katma çabaları olan hastaneler, sağlık çalışanlarını etkilemek açısından çekim alanı ve var olan personelini korumada başarılı olacaklardır. Sağlığı geliştirme çalışmaları kısa süreli çalışmama durumlarına bağlı işgücü kaybını ve maddi kayıpları azaltmaktadır.
- ✓ Daha iyi bir iş ortamı sağlayan hastaneler kuruma daha iyi sağlık personelini çekebilmekte, daha iyi bakım sunabilmekte ve daha yüksek hasta memnuniyetine ulaşmaktadır.
- ✓ Hastaneleri değerlendirme ölçütleri arasında sağlığı geliştirici uygulamaları göz önünde tutan bir yaklaşım izlenmemesi ve hastanelerin tüm bu girişimleri olanaklı kılan bir yapı olarak görülememesi kaçırılmış bir fırsattır.
- ✓ Toplumun konuya ilişkin farkındalığının artırılması, sağlık hizmetleri beklentilerinin sağlığın geliştirilmesi yönündeki çalışmaları da içermesi sağlanmalıdır.
- ✓ Sağlık yöneticileri ve karar vericiler sağlığın geliştirilmesi uygulamaları konusunda ve bu uygulamalarda hastanelerin yaşamsal işlevi konusunda bilgilendirilmeli, konunun savunuculuğu yapılmalıdır.
- ✓ Sağlığı geliştiren hastaneler konusunda çalışmaların yürütülmesi, karar vericilerin ve toplumun kanıta dayalı sonuçlar ile inandırılması önem taşımaktadır.

Türkiye’de Sağlıklı Kentler

Sağlıklı kent, kişilerin sağlıklarını geliştiren sosyal ve fiziksel çevrelerini oluşturmalarını ve sürekli olarak iyileştirmelerini sağlamaktadır. Aynı zamanda, kişilerin gizil güçlerini geliştirmelerine, yaşamın her alanında birbirlerini desteklemelerine olanak sağlayan toplum kaynaklarını genişletmelerini olanaklı hale getirmektedir (2).

Sağlıklı Kentler Projesi bir kentin ne olduğu ve sağlıklı kentin ne olması gerektiğinden yola çıkar. Yaklaşımına göre “kent”; yaşayan, nefes alan, büyüyen, sürekli değişen bir iç dinamiğe sahip karmaşık bir organizmaya benzetilebilir(20). Sağlıklı kent çevresini geliştirebilen ve kaynaklarını genişletebilen bir kenttir. Sağlıklı kent kavramı bir sonuç değil, aynı zamanda bir yöntemdir. Sağlıklı kent yalnızca belirli bir sağlık düzeyine ulaşmış kent değil, sağlık bilinci olan ve onu geliştirmek için çabalayan kenttir. Nitekim herhangi bir kent var olan sağlık statüsüne bakılmaksızın sağlıklı kent olabilir; gerekli olan başarmak için bir yapı ve işleyişe oluşturmak ve sağlık için kesin karar almaktır (20).

DSÖ’ nün “Sağlıklı Kent Ölçütleri”:

- Temiz, güvenli, yüksek nitelikte fiziksel çevre
- Dengeli ve sürdürülebilir bir ekosistem
- Güçlü, dayanışma içinde, başarılı bir toplum
- Kendi yaşamı, sağlığı ve gönencini etkileyen kararlara katılımı ve bu kararlarda üzerinde etkisi
- Kentte yaşayanların hepsinin temel gereksinimlerinin karşılanması (gıda, su, barınma, gelir, güvenlik, iş vb.)
- Çeşitli iletişim, etkileşim ve bağlantıları kullanarak, var olan tüm deneyim ve kaynaklara ulaşma
- Farklı, yaşam için gerekli olan ve yenilikçi kent ekonomisi
- Kültürel, tarihi ve biyolojik geçmişini ve kalıtını gözetken, koruyan vatandaşlar
- Önceden sahip olduğu özellikleri ile uyumlu ve onları geliştirme kapasitesine sahip bir yapı
- Herkes tarafından ulaşılabilen ve yeterli düzeyde halk sağlığı ve bakım hizmeti
- Yüksek sağlık düzeyi

Sağlıklı kentler yaklaşımında Türkiye’de yapılanlar:

1993-Türkiye’de Sağlıklı Kentler Projesi başlamıştır. Ulusal Ağ Koordinatörü Sağlık Bakanlığı

1994-Uluslararası İzmir toplantısı gerçekleştirilmiştir.

1995-Bursa Büyükşehir Belediyesi ve Çankaya Belediyesi aday olmuşlardır.

1998-Sağlık Bakanlığı çabalarıyla DSÖ ülkemize Ağa katılabilmek için şekiz kent kotası sağlamıştır. Bursa Büyükşehir Belediyesi Deklarasyonu imzalamış ve Projesini DSÖ’ne sunmuştur.

1999 - Sağlık Bakanlığı 80 ili projeye davet etmiştir

5 Temmuz 2000 - Bursa Büyükşehir Belediyesi’nin adaylığı kabul edilmiştir. Zaman ilerledikçe aday ve üye belediyelerin sayısı artmış; Sağlık Bakanlığı dışında bir sivil toplum hareketine gereksinim duyulmuştur. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği bu amaçla 22.12.2004 tarihinde kurulmuştur.

DSÖ Avrupa Sağlıklı Kentler Ağı’na Üyelik Koşulları arasında; sürdürülebilir yerel destek sağlanması, niyet mektubu yazılması, meclis kararı, koordinatör ve yönlendirme grubunun bulunması, tam zamanlı bir koordinatör (veya dengi) varlığı, kent sağlık profilinin yazılmış olması, sağlık için entegre planlama, ortaklık kapasitenin artırılması, DSÖ Avrupa Ağları toplantılarına katılım, belediye başkanlarının toplantılara katılımı, DSÖ Avrupa Ağları çalışmalarına katılımının olması sayılabilir (20).

Bu konudaki öneriler:

Düzensiz yerleşme olgusunu önlemek üzere akılcı ve işlevsel yer seçimi kararları üretecek yöntemlerle, yer seçiminde çıkacak aksaklıklar önlenmelidir. Planlama sürecinde bir takım bürokratik engeller ortadan kaldırılarak uygulayıcıların yetki ve sorumluluklarına açıklık ve işlerlik kazandırılmalıdır. Kuruluşlar arası eşgüdüm eksiklikleri giderilmelidir. Yalnızca kentsel değil, kırsal yerleşim alanları için de yasalarda var olan ölçütler uygulamaya sokulmalıdır. Yeni yerleşim alanı planlamasında afetler; içme kullanma suyunda arsenik, kadmiyum, radyasyon vb. düzeyleri; toprakta asbest, radyasyon olup olmadığı; yerleşimin yer altı ve yer üstü su kaynaklarına olası etkisi gibi konular mutlaka göz önüne alınmalıdır. Kontrol listeleri oluşturularak; doğal çevre etmenleri; hava kalitesi, gürültü vb. altyapı (atık yönetimi, ulaşım, haberleşme), yapıli çevre (mevcut alanlar, sit alanları, bilimsel alanlar), sosyal yapı (göçler, komşuluklar) vb. değerlendirilmelidir. Ayrıca ülkedeki tüm illerin sağlıklı kentler ile ilgili bilgisi olmalı ve kentler bu konuda özendirilmelidir.

Türkiye’de Sağlıklı Yaşlanma

Günümüzde pek çok toplumda doğumda beklenen yaşam süresi artmakta ve nüfus hızla yaşlanmaktadır. Hassas yaş grubu olarak yaşlıların yaşam kalitesinin geliştirilmesi, sağlık, güvenlik ve katılım olanaklarının, onlar için en uygun hale getirilmesi özel önem taşımaktadır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü’nün 21.

yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” temasında beşinci hedef doğrudan yaşlı sağlığı ile ilgilidir (21,22).

Gelişmiş çoğu toplumda yaşlıların sağlığının geliştirilmesi amacıyla çok kapsamlı programlar yürütülmektedir (23, 24, 25). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı’nın 2013-2017 Stratejik Plan’ında yaşlı bireylere yönelik olarak hedef ve stratejiler tanımlanmıştır. Yaşlı sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığında “Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı” ve Özürlüler Daire Başkanlığı ve ilgili diğer birimlerle birlikte yürütülmektedir. Sağlıklı yaşlanmanın sağlanması ve toplumun sağlık risklerinden korunması için Sağlık Bakanlığı’nın, ayrıntıları bu raporun “Yaşlı Sağlığı” bölümünde sunulan; Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı, Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı, Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (GARD Türkiye), Türkiye Kalp-Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı; Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı, Kalp ve Damar Hastalıklarında İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı, Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı (2011-2015) ve Ulusal Kansere Kontrol Programı adı altında çok sayıda program yürütülmektedir (26, 27, 28, 29).

Bu gelişmeler çok önemli olmakla birlikte, yaşlılık döneminde sağlığın geliştirilmesi konusunda Türkiye henüz yolun başındadır ve yapılması gereken çok iş vardır. Ülkemizde yaşlıların sağlığını geliştirmek için öncelikte durum saptanmalı, program ve politikalara kanıtlar yön vermelidir. Ayrıca çevresel koşulların yaşlı sağlığını geliştirmeye yönelik düzenlenmesi, sosyal desteğin geliştirilmesi, yürütülen programların etkin bir şekilde sürdürülmesi, sektörler arası işbirliği ile yeni programların oluşturulması gerekmektedir. Yaşlı sağlığını etkileyen gelir durumu, sağlık, sosyal güvence ve güvenlik gibi diğer etmenlerin de kurumlar arası işbirliği içerisinde iyileştirilmesine yönelik politikalar oluşturulmalıdır.

Türkiye’de Fiziksel Aktivite Konusunda Yürütülen Çalışmalar

DSÖ Üyesi Devletler, "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için Küresel Eylem Planı 2013-2020" çerçevesinde fiziksel hareketsizliği %10 oranında azaltmak için anlaşmışlardır. Ülkemiz de üye ülke olarak eylem planına imza koymuştur.

- ✓ Bu kapsamda Türkiye’de 2014 yılı “Sağlıklı Yaşam İçin Hareket Yılı” ilan edilmiştir. İl Halk Sağlığı Müdürlükleri koordinatörlüğü ile “Sevdiklerimizle Sağlıklı Yaşama Yürüyoruz” etkinliği 29 Aralık 2013’te tüm illerde gerçekleştirilmiştir. Yazılı, görsel ve internet medyasında geniş yer bulan bu etkinlikle sosyal medyada da büyük etkileşim sağlandı. Twitter, facebook, youtube, instagram ve foursquare gibi sosyal medya platformlarında; hareketli yaşama özendirme, sağlıklı beslenme, fiziksel hareketlilik konularında bilgilendirme amaçlı paylaşımlar yapılmaya devam edilmektedir.
- ✓ 10 Mayıs “Dünya Hareket Et Günü” etkinlikleri çerçevesinde çeşitli illerde İl Halk Sağlığı Kurumu koordinatörlüğü ile eylemler gerçekleştirildi. Aktif Yaşam Derneği ve birçok sivil toplum örgütü etkinlikler düzenledi.

Bu konudaki öneriler:

- ✓ Tüm bu etkinlikler yurt genelinde ve kapsamlı olsa da sürekliliğini sağlamak zor görünmektedir. Bireylerde kısmen bir farkındalık yaratsa da toplumun geniş kesimlerinde davranış değişikliği sağlamaya yönelik çalışmalar bir ulusal plan kapsamında eşgüdümlemelidir. Kuşkusuz kanıta dayalı toplumsal bir müdahale için öncelikle toplumdan veri toplanmalı, uygulamaların sonuçları irdelenmelidir.
- ✓ Ulusal plan bütünlüğünde makro çevreye yönelik dönüştürme planları oluşturulmalı, çok sektörlü olarak yapılan çalışmalarda etkin yaşamı destekleyen bir kentcilik anlayışı ve sosyal çevre yaratılmaya çalışılmalıdır.
- ✓ Sağlık profesyonelleri çalışmaların tüm aşamalarında bilimsel katkı vermenin yanı sıra öncelikle kendileri hareketli yaşam biçimi geliştirmeli ve toplum için örnek olmalıdır.

Kaynaklar

1. Definition of Health Promotion. American Journal of Health Promotion, 1989; 3, 3-5. <http://www.healthpromotionjournal.com> (Erişim Tarihi: 10.06.2014)
2. Bahar Özvarış Ş, Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Birinci Baskı, 2011, s: 3-8; 63-67
3. The Ottawa Charter for Health Promotion <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Erişim:17.06.2014)
4. Health Promotion Action Means <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html> (Erişim 17.06.2014)
5. World Health Organization. Health Promotion Glossary, Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR), Health Education and Health Promotion Unit (HEP), World Health Organization, Geneva, 1998
6. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report/a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 2004
7. 8th Global Conference on Health pormotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/> (Erişim tarihi: 21.06.2014)
8. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/> (Erişim tarihi: 21.06.2014).
9. World Health Organization, The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World,

- http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html (Erişim tarihi: 21.06.2014)
10. 7th Global Conference on Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/> (Erişim tarihi: 21.06.2014)
 11. World Health Organization. Health Promotion: Milestones on the road to a global alliance, Fact sheet N171, Revised June 1998, <https://apps.who.int/inf-fs/en/fact171.html> (Erişim tarihi: 17.09.2010)
 12. Türkiye`de İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Koşullarının İyileştirilmesi Projesi
<http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/isggm.portal?page=haber&id=isgip> , (Erişim Tarihi: 15.6.2014)
 13. Üniversiteler vasıtasıyla sağlığın geliştirilmesi. Kapsamlı Üniversite Sağlık Eğitimi ve Sağlığın geliştirilmesi DSÖ Uzman Komitesi Raporu. DSÖ Teknik Rapor Serileri DSÖ, Cenevre, 1997
 14. Workplace Health Model. <http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/model/> (Erişim Tarihi: 24.06.2014)
 15. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf (Erişim Tarihi:18.06/2014)
 16. Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi. Kanıt ve Kalite Yönetimi.
http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/kanit_kalite.pdf Erişim:15.06.2014
 17. Groene O., Garcia-Barbero M. (Eds.): Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008
 18. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf (Erişim Tarihi: 24.06/2014)
 19. Sounan, C. Gagnon, S. Relationships among work climate, absenteeism, and salary insurance in teaching hospitals. Healthc Manage Forum. 2005 Autumn;18(3):35-8.
 20. Toprak İ., Ercan A., Arslan A., Sağlıklı Kentler Serisi, 2002, Sayfa: 7
 21. Bilir N, Paksoy N. Yaşlılık ve Sağlığın Geliştirilmesi. Temel Geriatri içinde Ed. Gökçe-Kutsal Y, Aslan D. Ankara, 2007. s. 87-94
 22. World Health Organisation. Active Aging A Policy Framework 2002

- http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf (Erişim Tarihi: 26.06.2014)
23. World Health Organisation. WHO Launches Global Network of Age-friendly Cities
News release, 2010.
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/age_friendly_cities_20100628/en/index.html (Erişim Tarihi: 26.06.2014)
24. World Health Organisation. Global age-friendly cities : a guide. Geneva, 2007.
http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf (26.06.2014)
25. Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors, Canada. Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide
http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/afrrc_en.pdf (Erişim Tarihi: 26.06.2014)
26. Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı. Yaşlı Dostu Kent Amasya. 2011.
<http://www.oka.org.tr/ContentDownload/YaslikentDostuAmasya.pdf> (Erişim Tarihi: 26.06.2014)
27. Sağlık Bakanlığı idari ve Mali İşler Daire Başkanlığı e Kütüphanesi.
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/> (Erişim Tarihi: 26.06.2014)
28. Türk Geriatri Derneği. <http://www.geriatri.org/> (Erişim Tarihi: 26.06.2014)
29. Türk Geriatri Vakfı. <http://www.turkgeriatrivakfi.org.tr/> (Erişim Tarihi: 26.06.2014)

STRATEJİK HEDEFLER – ÇALIŞMA YÖNTEMLERİ

Pınar Erbay Dünder

Prof.Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

DSÖ'ye göre bulaşıcı olmayan hastalıkların sürveyans sistemi dikkate alındığında ülkelerin %85'i ulusal veri kayıt sistemini kullanmakta, sadece %47'sinin toplum temelli mortalite verisi bulunmaktadır. Morbidite için de benzer durum söz konusudur. Ülkelerin %21'inde toplum temelli veri kullanılmaktadır. Risk etmenleri açısından ülkelerin %49'unda toplum temelli data kullanılmaktadır. Ülkelerin %92 sinde bulaşıcı olmayan hastalıkların ve risk etmenlerinin önlenmesine dair en az bir politika, plan ya da strateji mevcuttur. Ancak bunların göreceli olarak daha azı operasyonel ya da bütçeleme ile ilişkilidir (1). Yani bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine dair politikaları güçlendirmek için daha yapılacak çok iş vardır.

Sağlık Bakanlığı 2010-2014 yılı Stratejik Planında bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişime neden olan risk etmenlerini azaltarak morbidite ve mortaliteyi azaltmak hedefi yer almıştır (2). Bunun ardından yeni bir yapılanma ile Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı oluşturulmuştur. 2011 yılında yeniden yapılanma ile taşra teşkilatında illerin büyüklüğüne göre Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanseri birimleri oluşturulmuştur. Bu yapılanma ile daire başkanlığına halk sağlığının geliştirilmesi, risk etmenleri ile mücadele edilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ilgili plan ve program hazırlanması görevleri verilmiştir. Yine Sağlık Bakanlığının Bulaşıcı Hastalıklar, Kalp ve Damar Hastalıkları, Kronik Hava Yolu Hastalıkları, Kanseri ve Tütün Kontrolü ile ilgili Ulusal Programlarından sonra Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programını (2013-2017) hazırlamıştır. Strateji olarak "Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Hareketli Yaşam Kurallarının işlerliğinin sağlanması ve sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi çalışmaları kapsamında obezite ve fiziksel hareketsizlik risk etmenlerine bağlı eşitsizliğin giderilmesi belirlenmiştir. Temel stratejiler doğrultusunda geliştirilen hedeflerle toplumda, okullarda işyerlerinde, sağlık birimlerinde obezitenin önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik başlıklar destekleyici çevre ve çok sektörlü yaklaşım çerçevesinde ele alınmıştır (3).

Ülkemizde bulaşıcı hastalıklar, bebek ölümleri, tütün kontrolü, aile planlaması gibi sağlığı geliştirmede başarı öykülerimiz ilham vericidir. Ancak bir süredir ülke politikası olarak da belirlenen bulaşıcı olmayan hastalıklar ve bunlara neden olan risk etmenlerinin kontrolü çok daha fazla çabayı gerektirmektedir. Sağlık Bakanlığının bu konudaki örgütsel yapı düzenlemesi ve durum tespitine yönelik bilimsel araştırmalar desteğinde kontrol programlarının yürütülmesi iyi bir başlangıç olmuştur. Ancak bugün henüz hiçbir ülke toplumda örneğin obezite epidemisini tüm yaş gruplarında geriye döndürememiştir. Bu sadece bireysel düzeyde motivasyon eksikliği ile açıklanamaz. Bu dev şirketler üzerinde politik kararlılık esikliğinin de sonucudur. Toplumun sağlığını geliştirmede sağlık örgütü

düzeyinde bile belirlenen stratejilerin merkezi ve iller düzeyinde örgütlenmesinde sorunlar vardır. Bu anlamda sağlık örgütlenmesinde sağlıkta dönüşüm ile değişen dinamiklerin yeniden tanımlanmasına ihtiyaç vardır. İllerde Toplum Sağlığı Merkezlerinin bölge düzeyinde, Aile Sağlığı Birimleri temelinde de bireysel düzeyde sağlığı geliştirme yaklaşımı yeniden ve hemen tanımlanmalıdır. Çok sektörlü yaklaşımın bölgesel düzeyde başarılı örneklerinin yaygınlaştırılması, yerel yönetimlerin, üniversitelerin bakış açısının sağlığı geliştirme yönünde evrilmesi başarıya katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. http://www.who.int/entity/nmh/publications/ncd_report2010
2. <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-7632>
3. www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf

STRATEJİK HEDEFLER – TARAFLAR

Türkan Günay

Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlığı geliştirmede tarafların önemi ile ilgili ilk vurgu Adelaide Konferansı(1988)'nda yapılmıştır. Adelaide'da sağlık konusunda tarafların birlikte çalışması gereği vurgulanmıştır.

Jakarta Konferansı (1997)'nda yeni ortaya çıkan sağlık tehditleri için yeni eylem türlerine gereksinim olduğu, hükümet ve sivil toplum kuruluşları arasında, kamu ve özel sektör arasında işbirliğinin son derece önemli olduğu belirtilmektedir. Jakarta Bildirgesi'nde sağlığı geliştirme ve toplumsal kalkınma için farklı sektörler arasında tüm yönetim ve topluluk düzeylerinde işbirliğinin gerekliliği, var olan işbirliğinin güçlendirilmesi ve yeni fırsatların araştırılmasının önemi vurgulanmaktadır.

Bangkok Sözleşmesi(2005) toplumları güçlendirecek ve sağlığı ve sağlık hakkaniyetini iyileştirecek politika ve işbirliklerinin, küresel ve ulusal kalkınmanın merkezinde yer alması gerektiğini doğrulamaktadır. Sürdürülebilir eylemler ortaya koymak için kamu kurumları, özel, hükümet dışı ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplumla işbirliği yapmalı ve bağdaşmalar (ittifaklar) kurmalıdır.

Bangkok Konferansı'nda tüm tarafların katılımıyla sağlığı geliştirme etkinliklerinin başarılı olacağı vurgulanmaktadır (1).

Galway Uzlaşısı Konferansı Bildirgesi(2008)'nde işbirliği; sağlığı geliştirme programlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için gerekli yetkinliklerden biri olarak belirtilmektedir (2).

Sağlığı geliştirme programını planlamada ilk adım ele alınan konuda tarafların belirlenmesidir. Taraflar, programa doğrudan ya da dolaylı olarak katılacak herkes (bireyler, topluluklar, Sivil Toplum Kuruluşları, kamu-özel sektör, vb) olarak tanımlanabilir. Taraflar; daha iyi sağlık çıktıları elde etmek için birlikte çalışan sektörlerdir (3).

Farklı disiplinler, sektörler ve ortakların birlikte çalışmaları ile sağlığı geliştirme programları ve politikalarının etki ve sürdürülebilirliğinin artırılması “işbirliği” olarak tanımlanmıştır (2). İşbirliği, ortak hedeflere ulaşmak için ihtiyaçların belirlenmesinden sonuna kadar birlikte çalışmayı kapsamaktadır.

İşbirlikleri; tarafları ortak amaçların etrafından bir araya getirmekte ve eylemlerin ortaklaşmasını sağlamaktadır. Tarafların işbirliği içinde çalışması; sorunların doğru tanımlanmasını, uzmanlık, beceri ve kaynakların etkin şekilde kullanılmasını sağlayacaktır(1, 3, 4). Bu aynı zamanda, taraflar (politika yapımcılar, kamu, sağlık hizmeti sunanlar, uzmanlar, kamu-özel kurumlar, hizmeti alanlar) arasındaki güç ve kontrol paylaşımı anlamına gelmektedir (4). İşbirliği sırasında taraflar ilişkilerinde eşit konumda olup, amaç ve hedefleri birlikte belirlemektedirler. Tarafların işbirliği, değişim için güçlerin birleştirilmesini, kaynakların

paylaşılmasını ve daha etkili kullanılmasını, hizmetlerde tekrarın azaltılmasını, yeni fikirlerin ortaya çıkmasını, kurumların birlikte iş yapma yeterliliğinin artırılmasını sağlar. Sağlığın geliştirilmesinde sağlık kurumları dışındaki taraflar sorumluluk alarak doğru bilginin topluma ulaşmasını kolaylaştırırlar (3).

Tarafların işbirliği içinde çalışmasında önemli etmenler: liderlik, yönetim, verimlilik, tarafların özellikleri ve varlıkları, tarafların katılımı ve toplum ile ilgili zorluklar, güven ve gücü de içeren taraflararası ilişkiler, toplum katılımı, tarafların arasındaki sınırların kaldırılması, örgüt kültürüdür (5).

Etik ilkeler konusunda fikirbirliği, karşılıklı anlayış, saygı, hesap verebilirlik, bağlılık, tarafların herbirinin kapasitesine saygı işbirliğinin verimli olmasını sağlar. Tarafların birlikte çalışması sahadaki etkilerini artırmaktadır. Sektörlerarası işbirliği sağlığı geliştirme çalışmalarının tamamlayıcı bir parçasıdır. İşbirlikleri program katılımcılarına ve kuruluşlara sağlıklı ilgili görüşlerini paylaşmaları ve birbirlerinden öğrenmeleri için uygun koşullar yaratmaktadır (1,3).

Tarafların işbirliği içinde çalışmasını güçlendirecek bazı etmenleri irdelersek (5);

Toplum katılımı: Toplum katılımı, toplum üyelerinin sorunun tanımı ve çözümü aşamalarında uzmanlarla eşit düzeyde katılımının sağlanması olarak anlaşılmalıdır. Toplum üyeleri, belli bir grup ya da gönüllü kuruluşlar toplumu temsil edebilir. Burada önemli olan toplumu temsil eden grubun toplumun her kesimini temsil edebilmesidir.

Tarafların arasındaki sınırların kaldırılması: Tarafların arasındaki sınırların kaldırılması, tarafların daha etkili çalışması için önemlidir. Karşılıklı iletişim, tartışma becerilerini geliştirir ve yeni olanakların farkedilmesini sağlar.

Örgüt kültürü: İşbirliği içinde çalışacak çok farklı sektörlerden gelen tarafların herbirinin kendi alanlarına ilişkin birikimleri, nitelikleri vardır. Herbirinin dünya görüşü ve çözüm yöntemleri farklı olabilir. Bu farklı örgütsel disiplin ve kültür, tarafların birlikte çalışmasını etkiler. Örgütsel kültür çatışmaları işbirliği açısından başarısızlık nedenlerinden biridir.

Güven: Güven, tarafların işbirliği içinde çalışması için şarttır. Güven, tarafların performansını, bağlılığı ve memnuniyetini artıran bir etmendir. Sektörlerarası çalışmada güven kilit unsurdur.

Güç: Güç, tarafların sahip oldukları kaynaklar ve becerilerdir. Güç, güven gibi tarafların işbirliğini kolaylaştırması açısından önemli bir etmendir. Tarafların gücü yapılacak çalışmaları kolaylaştıracağı gibi, taraflar arasındaki güç mücadeleleri işbirliğini kötü yönde de etkileyebilir.

Liderlik: Liderlik, tarafların bir arada çalışmalarını ve katkılarını artıran önemli bir etmendir. Özellikle sağlığı geliştirme çalışmalarında pek çok kurumun (Kamu, STK, özel işletmeler, vb) birarada aynı hedefe yönelik çalışmasını örgütleyen yapıya gereksinim vardır.

Yönetim ve etkinlik: Tarafların işbirliği içinde etkin çalışmasını sağlamak için yönetim; etkili iletişim, işlerin eşgüdümlemesi, hibe ve fonların yönetilmesi, işbirliğine yeni katılan tarafların uyumunun sağlanması, tarafların birlikte

çalışmasının toplumun sağlığına yaptığı etkinin değerlendirilmesini kapsar.

Sağlığı geliştirmeye yönelik çalışmalarda tarafların herbirinin katkısının sağlanması çalışmaların başarıya ulaşmasında anahtardır.

Kaynaklar

1.Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler, Dünya Sağlık Örgütü, 2009 Çeviri: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Nisan 2011, ANKARA Erişim adresi: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789755903620_tur.pdf. Erişim tarihi: 28.08.2014.

2. Allegrante J.P, Barry MM, Airhihenbuwa CO, Auld ME, Collins J, Lamarre MC, Magnusson G, McQueen D.V, Mittelmarm M.Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. Erişim adresi: http://www.iuhpe.org/images/galway_consensus_conference_statement_final_revised_02_10_09.pdf. Erişim tarihi: 25.07.2014.

3. Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe. Ed. Fertman C, Allensworth DD. The Society for Public Health Education. Edition. Wiley, S.Francisco 2010, Çev. Işıtman N.M, Sağlık Bakanlığı, 2012.

4. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. Health Promotion Int.1998;13:99-120.

5. Jones J, Barry MM.,Exploring the relationship between synergy and partnership functioning factors in health promotion partnerships. Health Promotion Int.2011;26: 408-20.

***Partnership, ortaklıklar olarak çevrilmemiş. Tarafların işbirliği içinde çalışması/ tarafların birlikte çalışması olarak kullanılmıştır.

YÖNETSEL HEDEFLER

Seçil Özkan^a, Filiz Aslantekin^b

^aProf. Dr. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

^bPhD. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün “herkes için sağlık” politikalarına ulaşmak için temel strateji ve anahtar etkinlikleri, sağlık için gereklilikleri tanımlamaktadır. Sağlık için ön koşul; barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, tutarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar ve sosyal adalet olarak belirlenmiştir. Sağlığı geliştirmede, sağlık koşullarındaki farklılıkları gidermek ve tüm insanların sağlık hizmetlerine tam anlamıyla ulaşabilmesini olanaklı kılmak, bunun için halk politikaları oluşturmak ve bunun önündeki engelleri ortadan kaldırmak gerekmektedir (1). Bu durum tüm sektörlerde ve düzeylerde bulunan politika yapıcılarının gündemine sağlığı yerleştirir, kararlarının sağlık açısından sonuçları hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlar ve sağlığa yönelik sorumluluklarını kabul etmeye yönlendirir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikası, mevzuat, mali tedbirler, vergilendirme ve kurumsal değişim gibi farklı ancak birbirini tamamlayan yaklaşımları bir araya getirir. Ortak eylem, daha güvenli ve sağlıklı mal ve hizmetler, daha sağlıklı kamu hizmetleri ve daha temiz, daha zevkli çevreler sağlanmasına katkıda bulunur (2). Bunları yürütmekte önemli bir unsur her ülkenin sağlığı geliştirme stratejilerini ve programlarını, kendi sosyal, kültürel ve ekonomik sistemlerini göz önüne alarak yerel gereksinimlerine ve olanaklarına göre uyarlaması gerekliliğidir (3). Ayrıca sağlığın geliştirilmesi için sağlık hizmeti politikası yapanların ve süreçte yer alan tüm yöneticilerin desteğinin alınması, kararlılıkla ortak bir değer, kültür oluşturulması en önemli başlangıçtır (4).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının ilk üç stratejik amacı;

1. Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı yaşam biçimini özendirmek,
2. Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak,
3. İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık gereksinimlerine ve beklentilerine cevap vermek olarak belirlenmiştir (5). Sağlık politikaları çerçevesinde sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı temelli multidisipliner ekipler ile yürütülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri sağlığı geliştirme ilkesi ile temel hizmet noktaları olan Aile Sağlığı, Toplum Sağlığı, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Halk Sağlığı Laboratuvarlarında bütüncül yaklaşımla sunulmaktadır. Ülkemizin sağlık

verilerine dayalı olarak saptanan gereksinimler doğrultusunda belirlenen öncelikler şunlardır;

- Obezite ve Kronik Hastalıklarla Mücadele
- Sağlıklı Beslenme
- Fiziksel Aktivite
- Tütün ve Alkol Madde Bağımlılığını Önleme
- Kanserde Erken Tanı Tarama Programları
- Koruyucu Ruh Sağlığı

Bu temel başlıklar kapsamında bireylerin kontrol ve izlemeye ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına özendirilmesi, riskli davranışlarla mücadelede destek verilmesi çalışmaları yürütülmektedir (6). Gerekli olan nitelikli insan gücü, tıbbi donanım, finansman, ulaşılabilirlik, sektörler arası işbirliği, sosyal sorumluluklarını yerine getirmekle birlikte, diğer sektörlerin harekete geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık üzerinde etkileri olan ilgili bakanlıklar, yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri ile çalışmalar yapılmaktadır. Özellikle yerel yönetimler ile yapılan işbirliği geniş toplum katılımının sağlanmasını, toplumun duyarlılığını ve sağlıklı davranışların kabulünü daha olanaklı kılmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu konuda önemli ilerlemeler gerçekleştirmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığının yürüttüğü kapsamlı koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra, Sağlığı Geliştirme Genel Müdürlüğü tarafından sunulan hizmetlerin daha geniş kitlelerce duyulabilmesini sağlamak, etkileşimi artırmak için profesyonel ve etkili çalışmalar yürütmekte olup toplumsal kapasitenin artırılmasında önemli adımlar atılmaktadır. Bu kapsamda üniversitelerde sağlığı geliştirme konusunda akademik çalışmaları olan akademisyenler ile işbirliği yapılarak çalışmalar kanıt temelli olarak yürütülmektedir (7).

Yürütülen en önemli programlardan birisi “Tütün ile Mücadele Programı”dır. “DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” kapsamındaki 2007 yılı “Tamamen dumanlı iç ortamlar-Smokefree inside” alanındaki çalışmalar, kamu kurum ve kuruluşlarında sigara ve tütün mamulleri kullanan çalışanlar için sigara içme odalarının düzenlenmesi, işyerlerinin sağlıklı yaşam tarzlarını destekleyecek şekilde düzenlenmesi, medya tarafından verilen sağlıkla ilgili mesajlar, sigara bırakma poliklinik hizmetlerinin ve telefon danışmanlığının verilmesi vb. buna örnek olarak verilebilir. “Ulusal Tütün Kontrol Programı” 07.10.2006 tarihli ve 26312 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve “Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı” oluşturulmuştur. Bu program kapsamında telefon ile danışmanlık verilmesi için bir çağrı merkezi kurulmuştur. Tütün kontrolü konusunda kanıta dayalı bilgilere sahip olarak, toplumsal düzeyde tütün kontrolü çalışmalarına katkı ve destek vermeleri ve sigara bağımlılığı ile ilgili kendilerine başvuran bireylere doğru yaklaşımları uygulayabilmeleri amacıyla bu birimlerde çalışan sağlık personeline “Tütün Kontrolü ve Sigara Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi” verilmiş, 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet sağlanmış ve 372 “Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimi” açılmıştır. Bununla birlikte medyada savunuculuk, sosyal pazarlama sistemi başarılı olarak kullanılmaktadır. 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun hükümlerine yönelik

ihlallerin belirlenmesine yönelik etkinlikleri yürütülmüştür. Bu kapsamda denetim ekiplerine 1473 tablet bilgisayar dağıtılmıştır. Vatandaşlarımızın 4207 sayılı Kanun ihlalleri ile ilgili 184 kısa numaralı Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'ne ulaşarak 7 gün 24 saat canlı operatörler aracılığı ile hizmet veren Kontrol Merkezi'ne ihbarda bulunabilmeleri sağlanarak ihlalin yaşandığı adrese kısa sürede denetim ekibinin müdahale etmesi sağlanmaktadır. Bu programda sağlık geliştirme sürecinde tanımlanan stratejiler harekete geçirilmiş, politik destek sağlanmış, sektörler arası işbirliği kurulmuş, toplumsal ve bireysel bilinç oluşturulmuştur.

Bir diğer önemli program da fiziksel hareketlilik konusunda yürütülen çalışmalardır. Bu kapsamda da obezitenin önlenmesine yönelik etkinliklere hız vermek, belirlenen hedeflere ulaşmak amacıyla Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanan "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" 2010 yılından bu yana uygulanmaktadır. Obezitenin önlenmesi, izlenmesi ve sağaltımı kapsamında aile hekimlerine destek olmak üzere "Obezite ile Mücadele El Kitabı" hazırlanıp, dağıtılmıştır. Aile hekimine başvuran bireylerin fiziksel hareketliliğe özendirilmesi amacıyla iki milyon pedometre dağıtılmıştır. Obez vatandaşların acil ya da sağaltım amacı ile nakilleri için 60 adet obez ve yoğun bakım ambulansı alınmıştır. Toplum Sağlığı Merkezlerinde "Sağlıklı Beslenme ve Obezite Danışma Birimleri" açılmış ve diyetisyen çalıştırılması sağlanmıştır. Ayrıca fiziksel hareketliliği özendirmek, farkındalık ve davranış değişikliği oluşturmak, görünürlüğü ve bilinirliği desteklemek için 81 merkez ve ilçe belediyelerle işbirliği içinde etkinlikler düzenlenmektedir.

Ülkemizde Toplum Sağlığı Merkezlerinde sunulan önemli çalışmalardan birisi de "Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programı" ile okullarda tarama programlarının yürütülmesidir. Ayrıca diş hekimleri bu konuda toplumu bilgilendirme ve farkındalık çalışmaları da yürütmektedir.

"Ulusal Kansere Kontrol Programı" çerçevesinde, Dünya Sağlık Örgütü'nün taranmasını önerdiği meme, kalın bağırsak ve rahim ağzı kanserlerine karşı toplum tabanlı tarama hizmetleri ücretsiz olarak yürütülmektedir. Taramalar, her ilde en az bir tane olmak üzere Türkiye genelinde toplam 134 KETEM'de gerçekleştirilmektedir. KETEM personelinin yeterliliği eğitimler ile güçlendirilmiştir. Hizmete istem oluşturulması için yerel yönetimlerle işbirliği yapılmaktadır.

Bu programların tümünde uygun girişimlerin gerçekleştirilmesi için multidisipliner yaklaşımla örgütlenme benimsenmiştir. Örgütsel yapı, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yükseltilmesi yaklaşımıyla sunulan hizmetlerin profesyonelleri sorumluluğunda kurulmuştur. İl Halk Sağlığı Müdürlüklerinde halk sağlığı, aile hekimliği, adli tıp, mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji enfeksiyon hastalıkları uzmanları, veteriner hekim, biyolog çocuk gelişimcisi, diş hekimi, daktilograf, diyetisyen, ebe, grafiker, hemşire, istatistikçi, iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist), kimyager, mühendis, programcı, psikolog, sağlık memuru/sağlık teknikeri (çevre sağlığı), sağlık memuru/sağlık teknikeri (tıbbi sekreter), sağlık memuru/sağlık teknikeri (toplum sağlığı), sağlık teknisyeni, sosyal çalışmacı, sosyolog yer almaktadır (Ek-1). Toplum sağlığı merkezlerinde görev alan personel, sunulan hizmetler bağlamında halk sağlığı uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, diyetisyen, diş hekimi, kadın hastalıkları uzmanı, toplum sağlığı çalışanları olmak

üzere pek çok disiplini kapsamaktadır. Ek-1’de personel işlendirme tablosu belirtilmiştir (8).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra yataklı sağaltım kurumları da sağlığı geliştirme işlevlerini yürütmelidir. Hastanelerde sağlığı destekleyip özendirme çalışmalarına yönelik olasılıkların kapsamı göz önüne alındığında, Dünya Sağlık Örgütü’nün Sağlığı Geliştiren Hastaneler hareketi dört alana odaklanmaktadır:

- Hastaların sağlıklı olmaya özendirilmesi,
- Personelin sağlıklı olmaya özendirilmesi,
- Kuruluş ortamının sağlıklı olmaya özendiren bir ortama dönüştürülmesi,
- Hastanenin hizmet sunduğu alandaki topluluğun sağlıklı olmaya özendirilmesi,

Sağlığı özendiren bir hastanenin tanımında bu dört alan yer almaktadır. Sağlığı özendiren bir hastane yalnızca nitelikli ve kapsamlı sağlık ve hemşirelik hizmeti sağlamakla kalmamalıdır. Aynı zamanda sağlığı destekleme, özendirme amaçlarını kapsayan kurumsal bir kimlik geliştirerek, hastalar ve tüm personel için etkin, katılımcı işlevler içeren ve sağlığı önceleyen örgütsel bir yapı ve kültür oluşturup, kendini sağlığı özendiren fiziki bir çevreye dönüştürerek toplum ile dinamik işbirliği içerisinde olmalıdır (9). Sağlık bakımı ortamlarında sağlığı özendirme stratejilerinin önerilmesi için geniş bir kapsam ve halk sağlığı etkisi söz konusudur (10). Hastaneler ulusal sağlık harcamalarının % 40 ile % 70’i arasındaki bir payı tüketir. Genelde çalışan nüfusun % 1- % 3’ü arası bir boyutunu çalıştırır. Çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bu işyerlerinde belli fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik risk etmenleri vardır. Buna karşın, hastanelerde -sağlığı olumlu etkilemeyi amaçlayan kuruluşlarda- personelin sağlığını tehlikeye atan etmenlerle baş edilmesi pek de gündemde değildir. Sağlığı destekleme programları personelin sağlığını iyileştirebilir, işe gelmeme sıklıklarını azaltır, üretkenliği ve niteliği iyileştirir (11). Günümüzde çoğu hastane tedavisi sadece erken ölümleri engellemekle kalmamakta aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini de iyileştirmektedir. Bu düzeyi korumak amacıyla hastanın taburcu olduktan sonraki davranışları ve yakınlarından alacağı destek çok önemlidir. Sağlığın Geliştirilmesi Programları, sağlıklı davranışları özendirebilir, yeni hastane yatışlarını önleyebilir ve de hastanın yaşam kalitesini koruyabilir. Hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının, sağlık önerilerine karşı daha alıcı olan hastaların davranışını etkilemede daha sürekli bir etkisi olabilir (12). Bu noktada öğrenmeye açıklık durumu yüksek olan bireylere sağlık okuryazarlığına uygun anlaşılır bilgi ve mesaj aktarımı dikkat edilmesi gereken en önemli ögedir. Bu açıdan ülkemizde sağlığı geliştiren hastane uygulamalarına örnek çalışmalar yürütülmektedir. Sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı örnek çalışmalar arasında şunları sayılabilir;

- Hastanelerde bebek emzirme odalarının bulundurulması,
- Diyabet/astım gibi kronik hastalıklara ilişkin hasta okulları oluşturulması (Hastaların sağlık bilgileri ve davranışlarını öğrenmelerinin desteklenmesi ve akran etkileşimin sağlanması),
- Gebe bilgilendirme sınıflarının, doğuma hazırlık kurslarının yürütülmesi,

- Poliklinik alanlarında televizyonlardan sağlıkla ilgili spot filmlerin, bilgilendirmelerin yapılması,
- Sosyal hizmet uzmanlarının ihtiyaç duyulan hastalara yönelik Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarla işbirliği sağlanması
- Personele yönelik iş güvenliği uygulamaları.

Bu örnekler yataklı tedavi kurumlarında da sağlığı geliştirme anlayışının benimsenmesi, insan gücü kapasitesinin bu bakış açısı ile şekillendirilmesi ve sunulan hizmetlere yansıtılmaya başlanması önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin nitelikli sunulmasında ve sürdürülmesinde ayrılan bütçenin yeterliği en temel unsurlardan biridir. Kuşkusuz kaynak kullanımı planlamasında etkililik ve verimlilik dikkate alınmalıdır. Sağlık hizmetlerinde hastalıkların sağaltım ve esenlendirme bedelleri düşünüldüğünde, sağlığın korunması hem daha ekonomik hem daha zahmetsizdir. Bu anlamda koruyucu sağlığa ayrılan bütçe kriz yönetmek değil, risk yönetmek yaklaşımı ile değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Özkan, S., 2011 Sağlığın Geliştirilmesi Konusunda Uzaktan Eğitim Materyali, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yazılı Eser
2. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences, 2009 WHO
3. The Ottawa Charter for Health Promotion <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Erişim:13.08.2014))
4. İntegrated Health Promotion Resource Kit, 2003 www.health.vic.gov.au Erişim tarihi:09.08.2014
5. Sağlık Bakanlığı Stratejik eylem Planı 2013-2017
6. Türkiye halk sağlığı kurumu strateji eylem planı 2014-2017
7. Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik "Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi" Rehberi, Sağlık Bakanlığı, 2011
8. http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/mevzuat/yonergeler/THSK_tasra_yonergesi_guncel.pdf (Erişim tarihi,09.09.2014)
9. Garcia-Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H (ed.). Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg, G. Conrad Health Promotion Publications, 1998, 27-30.
10. Doherty D. Challenges for Health Policy in Europe – What Role Can HealthPromotion Play? In: Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H (ed.). Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998, 36-41.

11. Ogden J. Health Psychology: A Textbook. Buckingham, Open University Press, 1996.
12. Florin D & Basham S. Evaluation of health promotion in clinical settings. In: Thorogood M & Coombes Y (ed.). Evaluating health promotion. Practice and methods. Oxford, Oxford University Press, 2000, 140-150.

EK-1: TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU TAŞRA TEŞKİLATI HİZMET BİRİMLERİNİN GÖREVLERİ, ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI İLE KADRO STANDARTLARI HAKKINDA YÖNERGEDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA YÖNERGE

EK-2 SAYILI STANDART KADRO CETVELİ

TÜİK nüfus verilerine göre iller aşağıdaki şekilde gruplandırılmıştır.

İ1 Grup u	10.000.000'dan büyük olan iller
İ2 Grup u	4.500.000 ile 10.000.000 arasında olan iller
İ3 Grup u	3.500.000 ile 4.500.000 arasında olan iller
İ4 Grup u	2.500.000 ile 3.500.000 arasında olan iller
İ5 Grup u	1.500.000 ile 2.500.000 arasında olan iller
İ6 Grup u	800.000 ile 1.500.000 arasında olan iller
İ7 Grup u	500.000 ile 800.000 arasında olan iller
İ8 Grup u	250.000 ile 500.000 arasında olan iller
İ9 Grup u	250.000'den küçük olan iller

TÜİK nüfus verilerine göre TSM'ler aşağıdaki şekilde tiplendirilmiştir.

T1 Tipi	750.001 ile daha büyük ilçeler
T2 Tipi	500.001 ile 750.000 arasında olan ilçeler
T3 Tipi	350.001 ile 500.000 arasında olan ilçeler
T4 Tipi	275.001 ile 350.000 arasında olan ilçeler
T5 Tipi	200.001 ile 275.000 arasında olan ilçeler
T6 Tipi	150.001 ile 200.000 arasında olan ilçeler
T7 Tipi	100.001 ile 150.000 arasında olan ilçeler
T8 Tipi	75.001 ile 100.000 arasında olan ilçeler
T9 Tipi	50.001 ile 75.000 arasında olan ilçeler
T10 Tipi	25.001 ile 50.000 arasında olan ilçeler
T11 Tipi	15.001 ile 25.000 arasında olan ilçeler
T12 Tipi	5.001 ile 15.000 arasında olan ilçeler
T13 Tipi	5.000 den küçük olan ilçeler

A - HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

UNVAN/BRANŞ	SINIF	İ1	İ2	İ3	İ4	İ5	İ6	İ7	İ8	İ9
Müdür ⁽¹⁾	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Müdür Yardımcısı (Tabip)	GİHS	7	7	4	3	2	2	2	1	1
Müdür Yardımcısı (İdari) ^{(2)*}	GİHS	2	1	1	1	1	1			
Şube Müdürü ⁽³⁾	GİHS	21	15	13	13	12	7	6	4	4
Ambar Memuru	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Antropolog	SHS	1	1	1	1					
Araştırmacı (Özelleştirme)	GİHS	2	2	1	1					
Aşçı	YHS	4	3	2	2	1	1			
Avukat	AHS	11	6	4	3	2	2	2	1	1
Ayniyat Saymanı	GİHS	3	2	2	2	1	1	1	1	1
Bilgisayar İşletmeni	GİHS	12	9	5	5	4	3	3	2	2
Biyolog	SHS	5	3	2	2	2	2	1	1	1

Çocuk Gelişimcisi	SHS	6	5	4	4	3	2	1	1	1
Daktilograf	GİHS	4	3	2	2	1	1	1		
Dış Tabibi	SHS	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Diyetisyen	SHS	6	3	2	2	2	1	1	1	1
Ebe	SHS	35	23	18	15	11	7	5	4	3
Grafiker	THS	3	2	1	1					
Hemşire	SHS	30	20	16	13	10	7	5	4	3
Hizmetli	YHS	50	30	25	20	18	15	10	7	5
İstatistikçi	THS	15	10	8	6	5	4	3	2	1
İş Ve Uğraşı Terapisti (Ergoterapist)	SHS	4	3	2	2	1	1	1	1	1
Kimyager	THS	4	3	2	2	1	1	1		
Memur	GİHS	15	10	8	6	5	4	3	2	2
Mühendis	THS	20	15	10	8	6	5	3	2	1
Programcı	GİHS	6	5	2	2	2	1	1	1	1

Psikolog	SHS	10	8	6	5	3	2	1	1	1
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Çevre Sağlığı)	SHS	35	25	22	20	15	12	9	6	4
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Tıbbi Sekreter)	SHS	20	18	15	15	12	10	8	6	4
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Toplum Sağlığı)	SHS	35	25	18	15	11	9	7	5	4
Sağlık Teknisyeni	SHS	6	4	3	3	2	1	1	1	1
Sosyal Çalışmacı	SHS	10	7	6	5	3	2	1	1	1
Sosyolog	THS	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Şef	GİHS	15	10	8	6	5	4	3	2	2
Şoför	GİHS	50	30	25	20	18	15	10	7	5
Tabip	SHS	52	29	22	18	14	10	6	4	3
Tekniker	THS	15	10	8	6	5	4	3	2	1
Teknisyen	THS	15	10	8	6	5	4	3	2	1

Teknisyen Yardımcısı	YHS	12	8	6	5	4	2	1	1	1
Tıbbi Teknolog	SHS	15	12	8	8	5	3	2	2	2
Uzman	GİHS	6	5	2	1	1	1			
Uzman Tabip (Aile Hekimliği)	SHS	6	5	4	3	3	2	2	1	1
Uzman Tabip (Halk Sağlığı)	SHS	8	6	5	4	3	2	2	1	1
Uzman Tabip (Adli Tıp)	SHS	1	1	1	1	1				
Uzman Tabip (Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji)	SHS	1	1	1	1	1				
Uzman Tabip (Enfeksiyon Hastalıkları)	SHS	3	2	1	1	1				
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşletmeni	GİHS	90	60	40	30	25	20	15	12	10
Veteriner Hekim	SHS	6	4	3	3	2	1	1	1	1

- (1) En az 5 yıl mesleki deneyimi olan Uzman Tabip veya Tabip tercih edilir. (Tercihen Halk Sağlığı Uzmanı)
- (2) En az 5 yıl mesleki deneyime sahip olmak ve lisans düzeyinde öğrenim veren hukuk, iktisat, işletme, kamu yönetimi, siyaset ve kamu yönetimi, maliye, çalışma ekonomisi ve endüstriyel ilişkiler yönetim bilişim sistemleri, sağlık idaresi, sağlık kurumları işletmeciliği, sağlık kurumları yöneticiliği, ekonometri bölümlerinden mezun olmak.
- (3) Şube Müdürlüklerinden Hastalık veya Programlarla ilgili olanlara, Şube Müdürü olarak görevlendirilecek personel için uzman tabip veya tabip tercih edilir. Uzman Tabip veya Tabip bulunmaması halinde ve diğer idari Şube Müdürlüklerine Şube Müdürü olarak

görevlendirilecek personel için en az lisans mezunu olma şartı aranır. 18/04/1999 tarihi itibariyle görevde bulunan ve aynı tarih itibariyle iki veya üç yıllık yükseköğrenim mezunu olanlar, diğer koşullara sahip oldukları takdirde, dört yıllık yükseköğrenim; lise ve dengi okul mezunu olanlar ise iki yıllık yükseköğrenim mezunu kabul edilir.

* Kurum Başkanının uygun görmesi halinde Sağlık Hizmet Bölge illerinden kendisine bağlı 2 veya daha fazla il bulunan bölge il merkezinin standardı 1 adet artırılır.

C – TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

UNVAN/BRANŞ	SINIF	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13
Ayniyat Saymanı	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1					
Diş Tabibi	SHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Diyetisyen	SHS	1	1	1	1	1	1	1						
Ebe	SHS	24	20	18	16	14	12	10	9	8	6	5	4	2
Hemşire	SHS	20	18	16	14	12	10	9	8	7	5	4	3	2
Hizmetli	YHS	8	6	5	4	4	3	3	2	2	2	2	2	2
Memur	GİHS	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Psikolog	SHS	1	1	1	1	1	1	1						
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Çevre Sağlığı)	SHS	10	8	7	6	6	5	4	4	3	2	2	2	1
Sağlık Me./Sağ. Tek. (İlk ve Acil Yardım)*	SHS	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Laboratuvar)	SHS	5	5	5	4	4	3	3	2	2	2	1	1	1

Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Röntgen)	SHS	5	5	5	4	4	3	3	2	2	2	1	1	1
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Tıbbi Sekreter)	SHS	8	6	5	5	5	4	4	4	3	2	2	1	1
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Toplum Sağlığı)	SHS	10	8	7	6	6	5	5	5	3	3	2	2	1
Sosyal Çalışmacı	SHS	1	1	1	1	1	1	1						
Şef	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Şoför	GİHS	4	4	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1
Tabip	SHS	25	23	20	15	12	10	8	6	4	3	3	3	2
Tıbbi Teknolog	SHS	3	3	2	2	2	2	2	1	1				
Uzman Tabip (Aile Hekimliği)	SHS	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1			
Uzman Tabip (Halk Sağlığı)	SHS	2	2	2	2	1	1	1						
Uzman Tabip (Kadın Hastalıkları ve Doğum)	SHS	1	1	1	1	1	1							

Uzman Tabip (Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları)	SHS	1	1	1	1	1	1							
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşletmeni	GİHS	6	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1

*Toplum sağlığı merkezine entegre B2 tipi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu olması durumunda kullanılır.

Ç - ENTEGRE İLÇE HASTANESİ

UNVAN/BRANŞ	SINIF	EII Tipi (25.001 ile 50.000 arası)	EII Tipi (15.001 ile 25.000 arası)	EII Tipi (5.001 ile 15.000 arası)	EII Tipi (5.000 den küçük olan ilçeler)	EIII Tipi (25.001 ile 50.000 arası)	EIII Tipi (15.001 ile 25.000 arası)	EIII Tipi (5.001 ile 15.000 arası)	küçük olan ilçeler)
Baştabip	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1
Hastane Müdürü	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1
Ayniyat Saymanı	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1
Diş Tabibi	SHS	1	1	1	1	1	1	1	1
Ebe	SHS	6	5	4	3	6	5	4	3
Hemşire	SHS	12	10	8	6	10	8	6	4
Hizmetli	YHS	5	5	5	5	5	5	5	5
Memur	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Çevre Sağlığı)	SHS	2	2	2	1	2	2	2	1

Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (İlk ve Acil Yardım)*	SHS	5	5	4	4	5	5	4	4
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Laboratuvar)	SHS	3	3	2	1	3	3	2	1
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Röntgen)	SHS	3	3	2	1	3	3	2	1
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Tıbbi Sekreter)	SHS	3	2	2	1	3	2	2	1
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri (Toplum Sağlığı)	SHS	4	3	3	3	4	3	3	3
Şef	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1
Şoför	GİHS	2	2	2	2	2	2	2	2
Tabip	SHS	4	3	3	3	4	3	3	3
Teknisyen	THS	1	1	1	1	1	1	1	1
Uzman Tabip (Aile Hekimliği)	SHS	2	2	2	2	2	2	2	2
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşletmeni	GİHS	3	3	3	3	3	3	3	3

D - SAĞLIK EVİ

UNVAN/BRANŞ	SINIF	ADET
Ebe/Hemşire	SHS	1

E - AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

UNVAN/BRANŞ	SINIF	ADET
Aile Hekimi	SHS	1
Aile Sağlığı Elemanı*	SHS	1

* Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru (Toplum Sağlığı, İlk ve Acil Yardım).

Kaynak: http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/mevzuat/yonergeler/THSK_tasra_yonergesi_guncel.pdf (Erişim tarihi,09.09.2014)

DURUM (UYGULAMALAR)

Erkan Pehlivan

Prof.Dr. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlığı geliştirmenin, sağlık sektörünün sorumluluk alanına giren boyutu başlıca üç bilimsel alanda yapılan uygulamaları kapsamaktadır: Sağlık eğitimi, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi. Eğitim, bir sağlığı geliştirme aracı olarak eğitsel uygulamalar ile sağlığa ve sosyal konulara ilişkin davranışların geliştirilmesi, bir sorun hakkında kalıplaşmış tutum ve var olan bilginin değiştirilmesi, yeni bilgi-tutum ve davranışların kazandırılması sürecini kapsar. Bu eğitim küçük gruplarda, toplumda, okullarda ve/veya sağlık mesleği profesyonellerince hastaya yönelik olarak uygulanabilir (1-3). Sağlığın korunması, yasalarda yapılacak değişikliklerle çocuk, genç, kadınların korunması önlemleri ve mali politikalarla sağlığın geliştirilmesine katkı yapmayı içerir. Hastalıkların önlenmesi ise hasta olma, kısıtlılık, yeti yitimi gibi istenmeyen durumların ortaya çıkma riskinin azaltılmasını kapsar. Hastalık risklerinin en aza indirilmesi, hastalık ya da rahatsızlığa neden olan etmenlerin önlenmesine odaklanarak sağlığın geliştirilmesi amaçlanır. Bütün bu çabalarda pozitif sağlığı geliştirmeyi sağlayan öge, sürecin tüm aşamalarına birey ve toplumun gönüllü katılımıdır. Bu yüzden, sağlığın korunması ve geliştirilmesi süreci, yalnızca hükümetlerin girişimlerini ve uygulamalarını kapsamaz; tersine, hükümet dışı örgütlerin katkı ve katılımları ile kazanılabilen bir süreç olabilir.

Sağlığı geliştirme amacıyla sağlık bakanlığınca sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve iletişim yoluyla yürütülen çalışmalar aşağıda sıralanmaktadır (4,5):

Tamamlanan Kampanyalar

- Aşı Kampanyası
- El Yıkama Kampanyası
- H1N1 Pandemi Bilgilendirme Kampanyası
- Aile Hekimliği Tanıtım Kampanyası
- Evde Sağlık Hizmetleri Tanıtım Kampanyası

Devam Eden Kampanyalar

- Tütün ve Tütün Mamülleriyle Mücadele Kampanyası
- Obezite Mücadele Hareketi Kampanyası
- Kene spotları
- Aşıyla Hastalıkları Aşıyoruz

- Sevgi En İyi İlaçtır
- Okul Sütü Kampanyası
- ALO 182
- Bebeğimi Seviyorum Sağlıklı Besleniyorum
- Kızılay Kan Bağışı Kampanyası
- Soba Zehirlenmeleri Spot Film
- Organ Bağışı Kampanyası
- 2014 Sağlıklı Yaşam ve Hareket Yılı

Tütün ve sigarayla mücadele kampanyası

Bu konu Türkiye Sağlık Raporu 2014’te, Türkiye’de Tütün kontrolü başlıklı bölümde ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. 5727 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun 2008 yılında yürürlüğe girmesiyle kapalı alanlarda sigara içilmesini yasaklayan mevzuat düzenlemesi yapılmıştır. Bu yasa ile toplumun bilinçlendirilmesi, farkındalığı artırmak, yasaya uyum ve kabulü sağlamak amacıyla **“Dumansız Hava Sahası”** ve **“Havanı Korumak”** sloganlarıyla **Ulusal Medya Kampanyası** başlatılmıştır. Medya kampanyasının birleştirici yaklaşımı kabul görmüştür. Kampanya çerçevesinde Sağlık Bakanlığı, Tütün Alkol Piyasası Düzenleme (TAPDK) Kurumu, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Tüberküloz ve Akciğer Hastalıklarına Karşı Uluslararası Birlik (UNION) ve Sigarasız Çocuklar Kampanyası (CTFK) tarafından çeşitli poster afiş, broşür ve kitapçıklar hazırlanmış ve bir web sitesi açılmıştır. Reklam filmleri, radyo reklamları, broşürler, afişler, gazete reklamları, sloganlar, logolar, reklam panoları, raketler, posterler, çıkarmalar, vb. materyaller hazırlanmıştır. Her sosyo-ekonomik konumdan ve görüşten bireyin, rol modelin ve politikacının kampanyanın ortak sözcülüğünü yapması hedeflenmiştir. Toplumun her kesiminden sözcüler, medyada yasaya ve kampanyaya desteklerini belirtmiştir.

“Obezite mücadele hareketi” kampanyası

“Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı” sonunda 2006 yılında İstanbul’da “Avrupa Obezite ile Mücadele Belgesi” imzalanarak obezitenin evrensel bir sağlık sorunu olduğuna dikkat çekilmiş, aynı yıl Sağlık Bakanlığı’nda Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı kurulmuştur.

“Beden Kitle İndeksi” ve “Hareket Et” adlı iki kamu spotu ile “porsiyon küçültme” ve “günde 10.000 adım atıyoruz” başlıklı afişler 27 Haziran 2012 tarihinde yayınlanmış, tüm yurttaki “Obezite Mücadele Hareketi” kampanyası başlamıştır. Çalışmalar tüm yurttaki Milli Eğitim Bakanlığı, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve diğer kamu kurum ve kuruluşları ile işbirliği içinde sürdürülmektedir.

Okul sütü kampanyası

Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Süt Konseyince ortaklaşa hazırlanan "okul sütü programı"nın amacı, ana sınıfı dâhil olmak üzere ilköğretim öğrencilerine süt içme alışkanlığını kazandırmak, çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmelerini sağlamaktır.

2012-2013 eğitim ve öğretim yılı ikinci döneminde Şubat-Haziran 2013 arasında Okul Sütü Programında anasınıfı, ilkokul ve özel okullar dahil 30.752 okula 200ml yağlı (% 3 -3,5), sade yüksek ısıtılardan geçirilmiş (uzun ömürlü) süt, 6.171.692 öğrenciye, haftada üç gün (Pazartesi, Çarşamba ve Cuma) toplam 60.000 ton süt (48 gün kutu) dağıtılmıştır.

Osteoporozdan Korunmak İçin... Sağlık İçin... Sağlıklı Süt İçin! Programı

2006 yılı içinde 11 ilde başlatılan "Sağlık İçin Sağlıklı Süt İçin" programına 2007 yılından itibaren osteoporoz konusu da eklenmiş ve "Osteoporozdan Korunmak İçin Sağlık İçin Sağlıklı Süt İçin Programı" adı altında 40 ilde uygulanmış, 2009 yılında 81 ile yaygınlaştırılmıştır.

Diyabeti Önlenme ve Kontrol Programı

Diyabet ve risk etmenlerine yönelik farkındalık oluşturulması, toplumsal olarak sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesi, diyabetin erken tanınması, güncel standartlara uygun tedavi ve izlemin yapılması, komplikasyonların azaltılması hedeflenmektedir.

"Engelli Çocukların Fiziksel Aktiviteye Teşviki" Projesi

Engelli ilköğretim çağı çocuklarının fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi ve engellerine uygun yapabilecekleri bir spor dalına yönlendirilmesi konusunda ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde "Engelli Çocukların Fiziksel Aktiviteye Teşvik Edilmesi Projesi" 2009 yılında başlatılmıştır.

Yenidoğana Temel Yaklaşımın Sağlanması Programı

- Yenidoğan Canlandırması Programı (NRP)
- Yenidoğan Temel Bakım Programı

Bebek ve Çocuk İzlemleri Programı

Bebek-çocuk izlemlerinin niteliğini yükseltmek ve standartlarını belirlemek amacıyla "Bebek ve Çocuk İzlem Protokolleri" hazırlanmıştır.

Yenidoğan Yoğun Bakım Programı

Yenidoğan yoğun bakım merkezlerinin organizasyonu konusunda Sağlık Bakanlığınca yeni girişimler başlatılmış, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile yoğun bakım hemşirelerinin eğitimleri sağlanmıştır.

Yenidoğan Taramaları Programı

- Neonatal Tarama Programı (Fenilketonüri, Kongenital Hipotroidi, Biyotinidaz)

Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye genelinde uygulanan Neonatal Tarama Programı ile, tüm yenidoğanların Konjenital Hipotroidi ve Fenilketonüri yönünden taranması, oluşacak mental gerilik, beyin hasarları ve geri dönüşümsüz zararların engellenmesi, topluma getirdiği ekonomik yükün önlenmesi, akraba evliliklerinin azaltılması konusunda toplum bilincinin yükseltilmesi, tanı konan bebeklerde bu hastalıklar nedeniyle oluşacak hasarların önlenmesi amaçlanmaktadır.

- İşitme

Bu program ile “işitme kaybıyla doğan ya da doğum sonrası dönemde işitme kaybı ortaya çıkan çocuklarda işitme kaybının konuşma gelişimi etkilenmeden, psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı bir birey olarak toplumdaki yerini almasını sağlayacak şekilde erkenden saptanmasının yanı sıra bu konunun önemi konusunda sağlık personelinin ve toplumun bilinçlendirilmesi” amaçlanmıştır.

Ana ve Çocuk Beslenmesi Programı

- Anne Sütünün Özendirilmesi, Sürdürülmesi, Desteklenmesi ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı

Türkiye’de emzirmenin desteklenmesi “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” adı altında sürdürülmektedir. Bu kapsamda, doğum yapılan bütün hastanelere ulaşılması hedeflenmiştir. Programın amacı eğitilmiş sağlık personeli yardımıyla annelerin bebeklerini erken emzirmeye başlamalarını sağlamak ve emzirmeyi sürdürmelerini için desteklemektir.

- Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi, Desteklenmesi ile Demir Yetersizliği Anemisinin Önlenmesi ve Kontrolü Programı “**Demir Gibi Türkiye**”

Nisan 2004’te başlatılan bu proje kapsamında; toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, bebeklerin ilk altı ay anne sütü almasının ve altıncı ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek, emzirmenin iki yaşına kadar sürdürülmesi, 4-12 ay arası her bebeğe profilaktik amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanması, 13-24 ay anemisi olan bebeklere demir tedavisi önerilmesi çalışmaları yer almıştır.

- Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Geliştirilmesi Programı

Ülkede D vitamininin subklinik yetersizliği yaygın olarak gözlenmekte ve sonuçları bebek ve çocuk sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sorunun çözümüne yönelik olarak Mayıs 2005 tarihinde “Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi” başlatılmış, sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak D vitamini desteği sağlanmıştır.

- İyot Yetersizliğinin Önlenmesi ve Tuzun İyotlanması Programı

“İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi ve Tuzun İyotlanması Programı” 1994 yılından beri yürütülmektedir. İyot yetersizliğinin en olumsuz ve yıkıcı etkilerinin gözlendiği risk grupları, doğurganlık çağındaki kadınlar, gebeler, bebekler ve çocuklardır.

- “Tamamlayıcı Beslenme”

Programla beş yaş altı çocuklarda akut ve kronik malnütrisyonun önlenmesi amaçlanmaktadır. Program kapsamında amaç eğitimli sağlık personeli ile birinci basamakta annelere uygun ve kişiye özel beslenme danışmanlığı verilmesini sağlamak ve sağlıklı beslenme ilkelerini çocukların yaşamına erken dönemde yerleştirebilmektir.

Çocuk Enfeksiyonlarını Önleme Programı (4,5)

- İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı

Sağlık Bakanlığı tarafından, başlıca çocuk ölüm nedenlerinden birini oluşturan ishali önlemek amacı ile 1986 yılından beri İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı yürütülmektedir. Program kapsamında, sağlık personelinin eğitimine, halkın ishalin önlenmesi ve ishalde Ağızdan Sıvı Tedavisi konularında eğitilmesine ve sektörlerarası işbirliğine ağırlık verilmektedir. DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu ishali hastalıkların kontrolünde toplumların sağlıklı suya erişim olanaklarının ve hijyenik koşulların geliştirilmesine vurgu yapmaktadır (6,7).

- Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı “ASYE” 2 (4,5):

Türkiye’de bakteriyel kökenli zatürre daha sık görülmektedir. Aileler öksürükle başlayan basit gribal enfeksiyonlarda uygulanacak ev tedavi yöntemlerini bilmemektedir. Beslenme bozuklukları ve kötü çevre koşulları nedeniyle basit enfeksiyonlar kolaylıkla zatürreye çevrilmektedir. Zatürre belirtilerini bilmemeleri nedeniyle aileler çocuğu sağlık kuruluşuna götürmekte geç kalmakta, ancak kalp yetmezliği gibi ağır komplikasyonlar geliştiğinde başvurmaktadırlar. Bu program Bebek ve çocuk ölüm nedenleri içerisinde ilk sıralarda yer alan Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarına bağlı ölümleri ve hastalıkları azaltmak amacı ile 1988 yılından itibaren uygulamaktadır.

- Çocuklarda Ayaktan Sık Görülen Enfeksiyonlarda Akılcı Antibiyotik Kullanımı Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu

Çocukluk çağında sık görülen enfeksiyonların tedavisinde iyileştirme yapmak ve gerektiği zaman ilaç kullanımını desteklemek amacıyla, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği işbirliğinde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına yönelik teorik eğitimler verilmektedir.

Bebek Ölümelerini İzleme Programı

Çocuk sağlığı alanında yürütülen çalışmalara kaynak oluşturması ve yürütülmekte olan rutin hizmetlerin ve özel programların izlenmesi amacıyla Bebek Ölümü Kayıt-Bildirim Formu hazırlanmış, bildirimler 2005 yılında başlamıştır. Bebek ölümelerini düzeyinin düşürülmesi açısından her ölümün ayrıntılı olarak incelenmesi ve aynı nedenlerle oluşabilecek bebek ölümünün önlenmesi gerekmektedir. Bütün bebek ölümünü ve nedenlerini saptayarak gerekli önlemleri almaya yönelik yeni bir bebek ölüm kayıt sistemi 2009 yılında uygulamaya konmuştur.

Sistem “Ölümlerin Tespiti”, “Ölümlerin İncelenmesi” ve “Sonuçların Analizi ve Duyurulması” aşamalarından oluşmakta olup, aylık olarak bildirim alınmaktadır. Sistem kapsamında illerde “Bebek Ölümünü İnceleme Kurulları” oluşturulmuştur.

Bebek-Çocuk Sağlığı Alanında Yürütülmekte Olan Diğer Eğitim Programları

Çocukluk çağı ölümlerini azaltmak, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının acil sağlık hizmetlerine yönelik bilgilerini desteklemek amacıyla, Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği işbirliğinde iki gün teorik ve belirlenecek üniversiteler ve eğitim-araştırma hastanelerinde 18 iş günü pratik eğitimden oluşan Çocuk Acil Kursu Çocuk Yoğun bakım Kursu eğitimleri gerçekleştirilmektedir.

Evlilik ve Gebelik Öncesi Danışmanlık Programı

Programın amacı, önlenabilir nedenlerle meydana gelen anne ölümleri boyutunun azaltılmasıdır. Anne ölüm riski yaşla birlikte artmaktadır. Türkiye’de yapılan her beş evlilikten biri akraba evliliğidir. Akraba evlilikleri en çok (%70) birinci dereceden akrabalar arasında gerçekleşmektedir. Akraba evlilikleri nadir görülen otozomal ressesif geçişli hastalıkların toplumdaki sıklığını artırmaktadır.

Gebelikte Demir Destek Program

Türkiye’de kadınlarda demir eksikliği gebelik döneminde daha sık olmak üzere yaygındır. Gebelikte artan demir gereksiniminin karşılanması için her gebeye gebeliğinin 16.haftasından itibaren 5 ay, doğumdan sonra 3 ay 40-60 mg/gün demir desteği sağlamak amacıyla yürütülmektedir.

Gebelere D-vit Destek Programı

Gebelik ve süt verme döneminde annelere D Vitamini destek programı Mayıs 2011’de başlatılmıştır. Programda gebeliğin 12. haftasından itibaren gebelik süresince 6 ay, doğum sonrası 6 ay olmak üzere 12 ay boyunca D vitamini desteği sağlanmaktadır.

Anne Dostu Hastane Programı

Program, nitelikli gebe, loğusa izlemi ve tüm doğumların güvenli koşullarda hastanede gerçekleştirilmesi sağlanarak anne ve bebek ölümlerini azaltmayı amaçlamaktadır. Yeni bir akımla Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu (Coalition for Improving Maternity Services-CIMS) 1996 yılında oluştu. Bu koalisyon anne-dostu doğum merkezleri için “10 adımda anne-dostu bakım rehberini” geliştirdi. Kanıta dayalı tıp bilgilerine dayalı bu rehber 2007 yılında

elden geçirilerek bugünkü şeklini aldı. Doğumda Anne-Dostu uygulamaları izleyen ve rutin uygulamaları yerine getiren kuruluş, hastane ve doğum merkezlerine Anne-Dostu Hastane unvanı verilmesini başlattı.

Üreme Sağlığı Programları

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Hizmetlerine Erkek Katılımının Sağlanması

Üreme sağlığı konusunda erkek katılımının sağlanması önemlidir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı, Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığı ve UNFPA işbirliğiyle ülke genelinde tüm askeri birliklerde erbaş ve erlere yönelik eğitimler sürdürülmektedir.

15- 49 Yaş Kadın İzlemleri

Doğurganlık davranışlarına ilişkin bilgi edinmek, riskli durumları saptamak, gebelikleri erken dönemde saptayabilmek, aile planlaması yöntem kullanımları hakkında bilgi edinmek, kadın sağlığı ve aile planlaması ile ilgili konularda danışmanlık yapıp yerinde eğitim amacıyla 15- 49 yaş arasındaki tüm kadınlar yılda en az iki kez birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından izlenmektedir. İzlem sonuçları yılda iki kez AÇSAP Şube Müdürlüğü'ne bildirilmektedir.

Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri

Anne sağlığı düzeyini yükseltmek ve anne ölümlerini azaltmak amacıyla rutin hizmetler arasında yer almakta olup ülke genelinde uygulanmaktadır.

Doğum-Sezaryen Programı

Her gebenin sağlıklı ve güvenli olarak hastanede doğum yapmasını, sezaryen oranlarının kabul edilebilir düzeylerde olmasını sağlamak ve eşitsizlikleri ortadan kaldırmak (bölge, yerleşim yeri, yaş, cinsiyet) amacıyla yürütülmektedir. Doğum sonu, anne ve yeni doğanın riski yok ise en az 24 saat hastanede kalmasının sağlanması gerekmektedir.

Doğum Sonu Bakım Programı

Postpartum dönemde (kanama, eklampsi-preklampsi ve enfeksiyon) önlenabilir nedenlerle meydana gelen anne ve bebek ölümlerini önlemek amacıyla geliştirilmiş bir programdır.

Anne Ölümleri İzleme Programı

Her anne ölümünü üç gecikme modeli ve ICD-10 sınıflamasına göre nedenlerine yönelik olarak inceleyip, önlenabilir nedenlerle meydana gelen anne ölümlerini saptayıp önlem almak amacıyla yürütülmektedir.

Üreme Sağlığı Hizmet İçi Eğitimleri

Üreme sağlığı hizmet sunumunu niteliğini yükseltmek için sağlık personeline sağlıkta değişen, gelişen konularla ilgili bilgi ve becerileri kazandırmak amacıyla yürütülmektedir.

Sağlığı Geliştirme Açısından Güçlü Yanlar

Sağlığı geliştirme, yalnızca bireylerin beceri ve yetkinliklerini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları değiştirmeye ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini hafifletmeye yönelik eylemleri de kapsadığından (8) toplumdan topluma farklı süreçlerle gerçekleşir. Türkiye örneğinde sağlığı geliştirme çabalarının güçlü ve zayıf yönleri, kültürel, eğitim, fiziki ve sosyal çevrenin özelliklerinden kaynaklanan içerikler taşımaktadır. Türkiye’de güçlü bir alt yapıya işaret eden gelişmeler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. Sağlığı koruma ve hastalıkların önlenmesi konusunda sağlıklı kamu politikaları çerçevesinde yeniden örgütlenmenin bir sonucu olarak 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulmuştur (8). Bu yapılanma, sağlığı geliştirme uygulamaları açısından güçlü bir alt yapı temeli oluşturma olasılığı anlamına gelebilir.
2. Ottawa sözleşmesinde yer alan öncelikli eylem planlarından biri sağlıklı kamu politikaları oluşturmaktır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasında sağlığı geliştirme alanının gücü artırılmıştır Bu amaçla sağlığın geliştirilmesi genel müdürlüğü kurulmuştur. Bu gelişme, konuya verilen önemin bir göstergesi ve güçlü bir yön olarak değerlendirilebilir.
3. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması çerçevesinde Sağlık Bakanlığına Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü’nün kurulması, sağlık sorunlarının bilimsel yöntemlerle saptanması ve sorunlarının çözümünde kanıta dayalı yaklaşımlara dayanak oluşturma göstergesi olabilir.
4. Türkiye’de son yıllarda Devlet ve Vakıf Üniversitelerin artması sağlanmıştır. Sağlık işgücü istem ve sunusundaki artış, farklı sağlık meslek mensuplarının yetişmesine yol açmıştır. Sağlığı geliştirme alanında yürütülen çalışmalarda bu işgücünden yararlanma yoluna gidilebilir.
5. Sosyal bilimlerin sağlık alanına gereken ilgiyi göstermesi sonucu kuramsal düzeyde sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi ve sağlık iletişimde yeni bilgi kaynaklarına erişim sağlanmıştır (6-8).
6. Kitle iletişim kanallarındaki artış ve yasal düzenlemelerle sağlığı geliştirme konularında yayın yapma zorunlulukları sağlık informasyonu artışına yol açmıştır. Bu durum güçlü bir alt yapıya işaret etmektedir (9). Bu kapsamda sağlık bakanlığı başta olmak üzere diğer kamu ve gönüllü kuruluşların sağlık iletişimi ile ilgili kamu spotlarındaki artış bir gelişme olarak değerlendirilebilir.
7. Kitle iletişiminin birinci işlevi haber verme, ikinci işlevi ise eğlendirmedir. Sağlık eğitimi ve sağlık iletişimi ile ilgili bilimsel bilgi düzeyinin gelişmesi sonunda, kitle iletişimde prime time zamanlarda topluma kısa sağlık iletileri ile ulaşma yöntemleri kullanılmaktadır (10). Bu iletilerin hedef kitlelere dikkatlice ulaştırılması sağlığı geliştirme açısından olumlu sonuçlar sağlayabilir.
9. Tıp ve sağlık bilimleri görece üstün beyin gücü kullanılmaktadır. Bu durum, alan için görece bir yarar sağlamaktadır.

10. Halk Sağlığı Anabilim dalları sağlığı geliştirme ve sağlık eğitime gereken önemi vermektedir. Bu sağlığı geliştirme süreci için önemli bir kazanım olarak değerlendirilebilir.

Sağlığı Geliştirme Açısından Zayıf Yanlar

Türkiye’de sağlığı geliştirme açısından engel oluşturabilecek, birey ve toplumun fiziksel, sosyo-kültürel ve ekonomik çevresine ilişkin zayıf yönler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1.Bireylerin sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini artırmaları böylece kendi sağlıklarını koruma ve geliştirme sürecinde ön koşullardan biri genel eğitim düzeyinin yüksek olmasıdır. İnsani gelişme indeksine göre (İGE) 1990 yılında 25 yaş üzeri yetişkinlerde ortalama okula devam süresi 3,6 yıl iken, günümüzde konuya ilişkin bir TUİK verisi bulunmamaktadır. Ancak; İnsani Gelişme Raporu, 2013 verilerine göre bu süre 6,5 yıldır (11, 12). Son 20 yılda sürenin iki katına ulaşmasına karşın, Türkiye’de eğitim süresi ortaokuldan ayrılma düzeyindedir. Genel eğitim düzeyinin yüksek olduğu toplumlarda sağlık iletişimi daha kolay gerçekleşmektedir.

2. Kültürlerin sağlığın geliştirilmesine engel olabilecek özellikleri olabilir. Bazı kültürlerde “belirsizlikten kaçınma (uncertainty, avoidance)” özelliği vardır (13). Belirsizlikten kaçınma özelliğinin yüksek olduğu toplumlarda insanlar istikrar aramakta, yazılı kurallarda yeri bulunmayan kuşku ve riskli durumlardan korkmakta, çekinmekte, otorite, hiyerarşi, yazılı ve formal kurallara sıkı sıkıya bağlı kalarak kendilerini güvenceye almaktadırlar. Böylece yenilik ve değişimlere kapalı bir kültür ortaya çıkmaktadır. Yeniliklere kapalı olan toplumlarda davranış değişiklikleri daha zor gerçekleşmektedir.

3.Grup davranışları örgütlü toplumlarda daha kolay gerçekleşir. Örgütlü toplumlarda alınan kararlara uyma davranışı zorunludur (14). Sağlığı geliştirmede örgütlü toplumlarda bireye ulaşmak daha kolaydır. Kültürün birey üzerindeki etkisinden yararlanmak sağlık profesyonellerinin başvurduğu bir kanaldır. Birey davranış kazanma sürecinde, yenilikleri benimseme sürecinde sorun çıkarmamaktadır. Kamu ve özel kurumlarda çalışanların haklarını savunan örgütlerin (sendika, meslek odası vb) zayıflığı, bu güçten yararlanmaya engel olmaktadır.

4.Sağlığı geliştirmeye yönelik çalışmalar salt hükümetlerin ve sağlık profesyonellerinin sorumluluğuna bırakılmamaktadır. Jakarta Sağlığı Geliştirme Konferansı (1997) sonuç bildirgesinde (2) hükümet dışı örgütlerin sağlığa ilişkin sosyal sorumluluk almaları gereği vurgulanmıştır. Son yıllarda Avrupa Birliği Projeleri çerçevesinde sosyal sorumluluk alanında bazı gelişmeler olmakla birlikte ülkede sektörler arası güç birliği ve toplum katılımı süreçlerinde zayıf kalınmaktadır.

5. Türkiye’de ortalanca yaş 30 dolayındadır. Avrupa Birliğinde ortalanca yaş, 40 yaşın üzerindedir. Toplumun yaşlanması ile birlikte bütçe üzerindeki sağlık maliyet gücü

artmaktadır. Türkiye bu etkiyi tam olarak hissetmese bile maliyetleri karşılamada zorlanmaktadır. Bu durum sağlığı geliştirme çabalarını olumsuz etkileyebilir.

6. Türkiye’de kentleşme ve yapılaşma sorunları sağlığı geliştirme süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Ülkede yaygın yerleşim düzeni için yeterli arazi olanakları olmasına karşın çok katlı yapıların inşası bireyi topraktan koparan bir yaşamı biçimlendirmektedir. Bu yaşam biçimi sağlıklı yaşam alanlarının daralması ile sonuçlanmaktadır.

Olanaklar ve zorluklar

1. Türkiye’de görece genç yaştaki bireylerin çok olması iş bölümü, uzmanlaşma ve gelişme için bir gizil güç yaratabilir. Gençlerde yeni davranış kalıplarının benimsenmesi daha kolay olabilir. Bu durum eğitim olanaklarından yoksun gruplar için güçlük sebebi de olabilir.

2. Ülkemiz eğitim sistemi yaşamın gerçeklerinden kopuk, yarışmacı yaklaşım temellidir. Sık değişikliklerle kaygı verici dalgalanmalar yaşanmaktadır. Bu durum çocuk ve gençleri yaşama hazırlayan sağlığı geliştirme çabaları için ciddi engeller oluşturabilir.

3. Türkiye’de okul sağlığı hizmetleri birinci basamağa entegre yürütülmektedir. Okullarda sağlık çalışması bulunmamaktadır.

4. Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerinde görev alabilecek başta hekim olmak üzere sağlık profesyonellerinin nicelik yönünden yetersizliği ve işlendirme ve görev tanımları sorunları vardır.

5. Sağlığı geliştirme alanına ilişkin merkezde ve illerde güçlü yapılanmalar vardır (Bağlı kurum, genel müdürlük, halk sağlığı müdürlükleri gibi). Buna karşılık sektörler arası işbirliği ciddi engelleri olan bir alandır.

6. Ülkede sağlık bakanlığı dışında, sağlığı doğrudan ilgilendiren alanlarda (Örn gıda, bitkisel ilaçlar, katkı maddeleri) diğer bakanlıkların ruhsat verme yetkileri nedeniyle sorunlar yaşanmaktadır. Ticari uygulamalar sağlığı geliştirmede engeller yaratmaktadır.

7. Sağlık Bakanlığı son yıllarda ilki 2011, ikincisi 2013 yılında yapılan “uluslararası sağlığı geliştirme sağlık iletişimi sempozyumları düzenlemektedir.

8. Ülkede kitle iletişimi erişimi yaygın, alt yapısı güçlüdür. Bu durum sağlık iletişimi için olanaklar yaratabilir. Bu olanakların, ticari reklamlar nedeniyle (aynı zamanda) sağlığı geliştirme çabalarını engelleyen içerikler taşıyabildiği de göz önünde tutulmalıdır. Kuzey Karelia Projesinde morbidite ve mortalite göstergelerinde saptanan gerileme, 2010 yılından sonra yürütülen medya kampanyaları ile açıklanmaktadır (15).

9. Türkiye’de sosyal medyanın yaygın kullanımı yeni olanaklar ve güçlükleri birlikte barındırmaktadır (16). Sosyal medyaya ilişkin yasal düzenlemenin bulunmaması sağlığı geliştirme çabalarını engelleyen içeriklerin yayılmasına yol açabilir.

Kaynaklar

1. Koçak A. Televizyon İzleyici Davranışları Televizyon İzleyicilerinin Tercihleri ve Doyumları Üzerine Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma, Doktora Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001 ss. 11-23
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 1. baskı. Ankara; Nisan 2011.
3. Özvarış ŞB. Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed. Çağatay Güler, Levent Akın. Genişletilmiş ikinci baskı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2012; (Cilt.3): 1131-1178
4. <http://www.sggm.saglik.gov.tr/belge/1-15708/kampanyalar.html> (Erişim: 11.2013, 12.06.2014)
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamak Uygulama ve Veri Seti Rehberi Taslağı; Bölüm 4: Ana Çocuk Sağlığı ve Üreme Sağlığı Hizmetleri.
6. WHO. Water Sanitation and health: www.who.int/entity/water_sanitation_health/en/ - 33k. Erişim: 13.06.2014
7. *Dünya Çocuklarının Durumu 2005- Unicef*. www.unicef.org.tr/.../Dunya%20Cocuklarinin%20Durumu%20Raporu%.. Erişim: 13.06.2004
8. C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları: Global konferanslardan bildiriler. 1. baskı. Ankara; Nisan 2011.
9. Çınarlı İ.: Sağlık İletişimi ve Medya. 1. Baskı. Ankara. Nobel Yayın Dağıtım. 2008; ss.15-41.
10. Bulduklu Y. Televizyonda yayınlanan sağlık programları ve izleyicileri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Entitüsü Dergisi. 2010; 24:74-85.
11. Çalışkan Ş, Karabacak M, Meçik O.: Türkiye’de Eğitim-Ekonomik Büyüme İlişkisi:1923-2011 (Kantitatif Bir Yaklaşım). Yönetim Bilimleri Dergisi.2013; 11 (2): 29-48
12. http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human_development/hdr2013/
13. Hofstede G. Culture and organization. Int.Studies.of Man. 1981; X (4): 15-41
14. Hofstede G, Neuijen B, Ohayv DD, Sanders G.: Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study Across Twenty Cases. Administrative Science Quarterly. 1990; 35 (2): 286-312

15. Jousilathi P.: Finlandiya’da bulaşıcı olmayan Hastalıkların Önlenmesi. Kuzey Karelia Projesi. Uluslar arası Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık İletişimi Sempozyumu. İstanbul, 9-11 Nisan 2013
16. Şener E, Samur M.: Sağlığı geliştirici bir unsur olarak sosyal medya. FACEBOOK’ ta sağlık. G.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 2 (4):508-523.
Erişim: 10.09.2014

ÖERİLER

Birgül Piyal

Prof.Dr, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlığın bireysel genetik ve davranışsal alanları arasında kalan daha geniş belirleyicilerinin güçlü etkileri epidemiyolojik araştırmalarla belgelenmiştir. Sağlık üzerindeki bu etkiler sosyoekonomik koşullar, kültür, eğitim, eşitlik ve ulaşılabilirlik konuları, ulusal gönenç, toplumsal destek ve diğer yapısal ve sistematik etmenlerdir (1).

Sağlığı geliştirme yaklaşımında ayırıcı olan sağlıklı yaşamların 'kolaylaştırılması' na verdiği önemdir: toplumsal, ekonomik ve ekolojik çevrelerini değiştirmeden, insanlara yalnızca yaşam biçimlerini değiştirmelerini söylemenin iyi olmadığı düşüncesidir. İnsanların sağlıklı yaşamlar yaşayabilmesi gerekir. Sağlığı geliştirme yalnızca bireyler düzeyinde çalışmayı değil, fakat aynı zamanda sosyoekonomik yapılar düzeyinde çalışmayı ve eğitim, ulaşım, çevre, tarım ve diğerleriyle ilişkili sağlıklı kamu politikalarının (eylem planları) yaratılmasını ve uygulanmasını güçlendirmeyi amaçlar(2).

Bu bölümde Ülkemizde sağlığı geliştirme alanı; örgütsel alt yapı, deneyimler, kazanımlar ve güçlü ve zayıf yanlar temelinde irdelenmiştir. Sonuç olarak uygulamaların genelde sağlık sektörü ve teknik bakış açısı ağırlıklı olduğu ileri sürülebilir. Destekleyici çevreden anlaşılan dar kapsamlı fizik çevre ve yasal düzenlemeler yapılmasıdır. Sosyo-kültürel çevre, politik çevre göz önünde tutulmamaktadır. Sağlık, bütün politikalar, sistemler ve programlarda öncelikli bir alan değildir. Sağlık alanında da sağlıkta hakkaniyet odaklı, sağlık eşitsizliklerini gidermeye yönelik bir yaklaşım yoktur. Sağlığı geliştirmenin toplumsal iyilik durumuyla, insani gelişmişlik düzeyi ile ilişkili olduğu bakış açısıyla aşağıdaki öneriler yapılmıştır:

- Sosyal politikaların önceliği eşitlik ve hakkaniyet (eğitim ve sağlıkta eşitlik ve hakkaniyet öncelikli olmak üzere) sağlamak olmalıdır (3).
- Okul öncesi eğitim yaygınlaştırılmalıdır. *Ülkemizde okul öncesi eğitime erişimin yetersiz kaldığı ileri sürülmektedir (4).*
- Nitelikli temel eğitimi yaygınlaştırmak kamusal bir yükümlülük olmalıdır. *Türkiye'de herkes temel eğitimi ve orta öğretimi tamamlayamamakta, temel beceriler toplumun tüm kesimlerine kazandırılmamaktadır (4).* Ortalama okula gitme süresi yüksek insani gelişme gubundaki ülkelerde 8.8 yıl iken ülkemizde 6.5 yıldır (5).
- Eğitimde fırsat eşitsizliklerini (sosyo-ekonomik farklılıklar, cinsiyet farklılıkları ve erişim gücü ile ilişkili olanlar da içinde) gidermeye yönelik politikalar oluşturulmalı ve oluşturulmuş politikalar uygulanmalıdır(3).

- Çocuk çalıştırılması önlenmelidir. Ülkemizde 6-17 yaş grubundaki çocukların % 10'u ekonomik olarak aktiftir. Bu çocukların, % 58'i tarımda, % 21'i endüstride çalışmakta ve yarıdan çoğunun (% 52) çalışma süresi haftada 40 saati aşmaktadır (6).
- Konut, okul, kamu kurumları ve işyerleri binaları depreme dayanıklılık başta olmak üzere sağlığa uygunluk açısından değerlendirilmeli ve iyileştirilmelidir (3).
- Kentsel yerleşimlerde, sağlıkta hakkaniyet ve sağlığı geliştirme odaklı çevresel destek mekanizmaları oluşturulmalıdır (3).
- Kentsel yerleşimlerde iç göçlerle derinleşen eşitsizlikler araştırılmalı, bu eşitsizlikleri gidermeyi amaçlayan ekonomik ve sosyal çözümler belirlenmelidir (3).
- Kırsal yerleşimlerde yoksulluk, topraksızlık ve göçe yol açan etmenlere yönelik politikalar oluşturulmalı ve uygulanmalıdır (3).
- Bölgemizde yaşanan iç çatışma ve savaşların yol açtığı olağanüstü durumlar sonucunda ülkemize göç eden 1 milyonu aşan nüfus gruplarının (sağlık gereksinimleri de içinde) insani yardım gereksinimleri karşılanmalıdır. Bu içe göçün olası sağlık etkileri ile başetmeye yönelik önlemler ivedilikle alınmalı, uygulamalar başlatılmalıdır (7).
- İklim değişikliği ve diğer çevresel sorunlara yönelik ekonomik ve sosyal çözümler belirlenmeli, bu çözümleri gerçekleştirmek için adım atılmalıdır.
- Kayıt dışı çalışma önlenmelidir. Bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayan informal sektör çalışanlarının çalışan nüfusa oranının 2005 yılında % 51.5'a ulaştığı, bu oranın kentsel alanlarda % 34, kırsal alanlarda ise % 76 olduğu hesaplanmaktadır. Bazı araştırmalara göre, formel sektörde çalışanların kazançları kayıt dışı çalışanlardan iki kat fazladır (6).
- İşsizliğe ve işgücüne katılımın azalmasına yol açan yapısal sorunları çözmeye yönelik politikalar oluşturulmalı ve uygulanmalıdır. Türkiye'de kadın ve erkeklerin işgücüne katılım oranları azalmaktadır. Seksenli yılların sonlarında erkekler için % 81, kadınlar için % 34 olan bu oran, 2008 yılında sırasıyla % 70 ve % 25'e düşmüştür. Aynı oranlar, Avrupa Birliği ülkelerinde sırasıyla, % 73 ve % 59, OECD ülkelerinde ise % 80 ve % 64'tür (8). Yiğit'e (2005) göre, işsizlik yardımları işsizlerin en çok %3'ünü kapsayabilmektedir. Genel işsizlik oranı % 10.3' tür ve tarım-dışı sektörlerde daha yüksektir (%13.6). Bu oran 2001 krizinden sonra hızla artmıştır. Genç işçilerde (15-24 yaş) ise, bu oran % 19.3'tür. İşsizlerin % 56'sı 6 aydan daha uzun süredir işsizdir. Tarım sektöründe sübvansiyonların kesilmesi istihdama katılma oranlarının dramatik bir biçimde azalmasına yol açmıştır. Son 20 yılda işsizlik ve ekonomik güçlükler nedeniyle çalışan nüfusun % 64'ünün göç ettiği hesaplanmaktadır. Tarımsal istihdamın azalması ve yeni iş üretimindeki güçlükler Türkiye'nin karşı karşıya olduğu en önemli sorunlardır (6).

- Toplumsal yaşamın bütün alanlarında (eğitim, çalışma yaşamı başta olmak üzere) cinsiyet eşitsizliğini çözmeye yönelik politikalar oluşturulmalı, bu politikaların uygulanması sağlanmalıdır. *Ülkemizde kızların eğitime erişimi yetersizdir. Son 20 yılda OECD ülkelerinde cinsiyet eşitliği açısından bir sosyal devrim gerçekleşmiştir. OECD içinde kadınların ve erkeklerin ortalama öğretim düzeyi arasındaki farkın kadınlar aleyhine arttığı tek ülke Türkiye olmuştur* (4). *Ülkemizde kadınların işgücüne katılım oranları, Avrupa Birliği ve OECD ülkelerindeki düzeyin yarısına bile ulaşamamaktadır* (8). Türkiye’de parlamentodaki sandalyelerin yalnızca yüzde 14,2’sinde kadınlar oturmaktadır. Yetişkin kadınlar arasında orta ve yüksek eğitim görmüş olanların oranı yüzde 26,7 düzeyindedir. Erkeklerin işgücüne katılımı yüzde 71,4 iken, kadınların katılım oranı yüzde 28,1’dir (5).
- Sosyal koruma ağı genişletilmeli ve iyileştirilmelidir. *Toplulun % 86’sı sosyal güvenlik kapsamında olmakla birlikte, sağlanan sosyal güvencelerin geliştirilmesi gereklidir* (9).
- Nitelikli temel sağlık hizmetleri kamusal yükümlülük olarak yaygınlaştırılmalıdır. *Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekliliği, kapsayıcılığı ve ulaşılabilirliğinde sorun yaşanmaktadır*.
- Sağlık eşitsizlikleri ayrıntılı olarak belirlenmeli ve izlenmelidir. Rutin veri toplama sistemi bu açıdan geliştirilmelidir.
- Gelir dağılımı düzeltilmelidir. Gelir dağılımı bir bakıma gücün dağılımının da göstergesidir. *Türkiye, Dünya Bankası’nın Dünya Kalkınma Raporu’na göre, 124 ülke arasında gelirin en eşitsiz dağıtıldığı 55. Ülke, OECD’nin Gelir Dağılımı Raporu’na göre de, Meksika’dan sonra gelirin en eşitsiz dağıtıldığı ikinci ülkedir* (Türkiye’nin Demografik Dönüşümü). *Tarımda çalışanların % 37,2’si, sanayide çalışanların % 9,9’u ve hizmet sektöründe çalışanların % 8,9’u yoksuldur* (6).
- Güç ilişkileri düzeltilmeli, örgütlenme ve katılımın önündeki engeller kaldırılmalıdır. *Türkiye’de sendika üyeliği konusunda güvenilir veri yoktur. Eldeki veriler, % 10-50 arasında değişebilecek kadar çelişkilidir. Sendikalar bile gerçek rakamları bilmemektedir* (6). Toplumsal örgütlenmenin diğer alanları da oldukça sorunludur.

Ottawa’dan ve hatta Alma Ata’dan çok önce, sağlığın temel kaynakları ve sağlık eşitsizlikleriyle başa çıkma yolları konusunda, uluslararası ölçekte bilimsel görüş birliği sağlanmıştır. Oysa sağlık alanında belirleyici olan ana kuruluşlar, sorunların temel nedenleri konusunda, hem dönemler özelinde, hem de her dönem değişikliğinde farklı paradigmlar ileri sürmektedir.

Sağlığın geliştirilmesi sürecinde çevresel, yapısal, yasal destek mekanizmaları, insan haklarının geliştirilmesi temelinde oluşturulmalıdır. Sağlığın sosyal belirleyicileri açısından eşitlik ve hakkaniyet sağlanması, Türkiye’nin sağlığı geliştirme önceliklerinin ana eksenini belirlemelidir.

“...insan sağlığına zarar veren politikalar belirlenmeli ve olanaklı ise, değiştirilmelidir” (10).

Kaynaklar

1. Poland, B.D., Green, L.W., Rootman, I.: Settings for Health Promotion, Linking Theory and Practice. Sage Publications 2000.
2. Bunton, R., Nettleton, S., Burrows, R.: The Sociology of Health Promotion, Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk. Routledge 1995.
3. Piyal B: Sağlığı Geliştirme Alanında Türkiye'nin Öncelikleri, 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
4. Polat, S.: Türkiye'de Eğitim Politikalarının Fırsat Eşitsizliği Üzerindeki Etkileri. DPT- Uzmanlık Tezleri, 2009.
5. http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human_development/hdr2013/
Erişim: 10.09.2014
6. <http://www.unhcr.org/pages/49e48e0fa7f.html> Erişim: 12.09.2014
7. Employment Conditions and Health Inequalities, Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health(CSDH), Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET), Final Report, 20 September 2007.
8. Türkiye' nin Demografik Dönüşümü. Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler:1968-2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ISBN 978-975-491-285-2.
9. Sosyal Güvenlik Kurumu 2008 İstatistik Yıllığı, Ankara
10. Marmot, M: Social determinants of health inequalities, Lancet 2005; 365:1099-104.

2. BULAŞICI HASTALIKLAR

Bölüm Editörleri

Muzaffer Eskiocak^a

Nur Baran Aksakal^b

Işıl Maral^c

C. Tayyar Şaşmaz^d

^aProf.Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bProf.Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^cProf.Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^dProf.Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

HAVA YOLUYLA BULAŞAN HASTALIKLAR

Nur Baran Aksakal

Prof.Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tüberküloz (TB)

Toplam 16.551 tüberküloz hastası 2010 yılında verem savaşı dispanserleri kayıtlarına girmiştir. Toplam olgu hızı yüz binde 24'den yüz binde 22,5'e (-%6,4) düşüş göstermiştir. Hastaların 9.841'i (%59,5) erkek, 6.710'u (%40,5) kadındır. Erkek/Kadın oranı 1,5'tir. Olgu hızı erkeklerde yüz binde 26,6 ve kadınlarda yüz binde 18,3'tür. Olgu hızının yaş gruplarına dağılımı incelendiğinde, 15-24 yaş grubundan başlayarak yükseldiği, 65 ve üzeri yaşlarda en yüksek düzeye (yüz binde 39,4) ulaştığı görülmektedir.

Toplam 16.551 hastada yeni olguların oranı %91,7 (15.183) iken önceden tedavi görmüş olguların hızı %8,3'tür (1.368). Önceden tedavi görmüş olguların toplam hasta içindeki hızları; % 6,5 (1.070) nüks, %1,1 (185) tedaviyi terkten dönen, %0,5 (84) tedavi başarısızlığından gelen ve % 0,2 (29) kronik olgudur. Hastaların %61,1'i (10.117) akciğer tutulumu, %35,1'i (5.811) akciğer dışı organ tutulumu, %3,8'i (623) hem akciğer hem de akciğer dışı tutulum göstermiştir. Akciğer dışı TB tespit edilen 6.434 hastanın (5.811+623) %44,8'i (2.883) erkek, %55,2'si (3.551) kadındır. Akciğer dışı organ tüberkülozlarının en sık ekstratorasik lenf bezlerinde (% 32,5) ve plevrada (%31,4) görüldüğü tespit edilmiştir. 2010 yılında akciğer

tüberkülozu olan 10.740 (10.117+623) hastada yapılan bakteriyolojik tetkikler incelendiğinde; mikroskopi yapılma hızı %88,6 (9.510), mikroskopi yapılanlar içinde mikroskopi pozitiflik hızı %67,8 (6.452); kültür yapılma hızı %69,4 (7.453), kültür yapılanlar içinde kültür pozitiflik hızı %80,2 (5.979); kültür pozitif olgularda ilaç duyarlılık testi yapılma hızı ise %79,2 (4.734) bulunmuştur.

İlaç duyarlılık testi yapılan toplam 4.965 hastanın (4.734 akciğer+ 231 akciğer dışı) sonuçları incelendiğinde; %19,5'inde (975) en az bir ilaca direnç saptanmıştır. En yüksek oranlarda direncin %13,3 ile izoniyazide karşı (660/4.965) geliştiği görülmüştür. İlaç duyarlılık testi yapılan 4.965 olgunun 250'sinin (%5) çok ilaca dirençli (ÇİD- TB) olduğu tespit edilmiştir. İDT yapılanlarda ÇİD-TB hızı yeni olgularda %2,5 (110) iken, önceden tedavi görmüş olgularda %22,8 (140) olarak saptanmıştır.

Verem savaşı dispanserlerinde 2010 yılında kayıt altına alınan yabancı ülke doğumlu hastaların sayısı 179 olup %55,9'u (100) Asya, %31,8'i (57) Avrupa, %11,7'si (21) Afrika ve %0,6'sı (1) Amerika kıtası ülkelerinden gelmiştir.

Küresel Tüberküloz Kontrolü 2011 Raporu'nda Türkiye'nin 2010 yılı TB mortalite hızı yüz binde 3,1; nokta prevalans hızı yüz binde 24; insidans hızı yüz binde 28 olarak verilmiştir. Türkiye'de TB insidans hızı 2002 yılında yüz binde 40 iken 2010 yılında yüz binde 28'e düşmüştür. Türkiye'nin içinde yer aldığı DSÖ-Avrupa Bölgesi'nde ise 2010 yılı insidans hızı yüz binde 47'dir. Türkiye'nin TB nokta prevalans hızı 2002 yılında yüz binde 38 iken 2010 yılında yüz binde 24'e düşmüştür. Türkiye'nin içinde yer aldığı DSÖ-Avrupa Bölgesi'nde ise 2010 yılı nokta prevalans hızı yüz binde 63'tür. Küresel TB Kontrolü 2011 Raporunda Türkiye'nin 2010 yılı vaka bulma hızı %77 olarak verilmiştir. DSÖ tarafından Küresel TB Kontrolü Raporu hazırlanırken tüm ülkelerce bildirilen TB olgu sayıları ve diğer bazı parametreler kullanılarak tahmini olgu sayıları hesaplanmakta ve insidans ve prevalans hızları buna göre verilmektedir. Raporda yer alan vaka bulma hızı değeri (%77) DSÖ'nün hesapladığı tahmini olgu sayısı ile kayıtlı olgu sayıları arasındaki farkı yansıtmaktadır.

Türkiye'nin, 2009 yılı yeni yayma (+) olgularda tedavi başarısı %91 ve önceden tedavi görmüş olgularda tedavi başarısı %73 olarak bildirilmektedir. Yeni yayma (+) olgularda tedavi başarısı konusunda Türkiye DSÖ Avrupa Bölgesi'nde yer alan 53 ülke arasında başarı sıralamasında 3. sırada yer aldığı bildirilmekte ancak 2010 yılından sonrasına ait ayrıntılı veriyte raporda rastlanmamaktadır.

Grip – Pandemik Grip

Grip sezonunda sentinel ve non-sentinel (toplam) grip haftalık sürveyans raporlarına thsk.saglik.gov.tr web adresinden ulaşılabilir. Ülkemizde 2013-2014 grip sezonunda ilk grip virüsü 43. haftada (22 Ekim) tespit edilmiştir. Grip virüsü sayıları geçmiş yıllar ile benzer olarak düşük düzeyde seyretmiş olup, grip virüsü tipleri arasında İnfluenza B diğer tiplere göre daha çok tespit edilmiştir. 2014-2015 grip sezonu için bu raporun hazırlandığı tarih itibarıyla henüz resmi bir rapor yayınlanmamıştır.

İstanbul Tıp Fakültesi'nde bulunan ve ulusal influenza referans laboratuvarlarından birinden yapılan bir yayında; sağlık kurumlarına yapılan başvurular ve klinik tanıya ait veriler eksik olduğundan, kantitatif göstergeler olan morbidite verilerini istatistiksel olarak değerlendirmek mümkün olmamış; ancak aktivitenin 2010-2011 dönemi için 2010 yılının 39. haftası ile 2011 yılının 19. haftası arasında izlendiği bildirilmiştir. Bu sezonda laboratuvara toplam 1301 örnek gönderilmiş; bunların 586 (%45)'sı pozitif bulunmuş; pozitif örneklerin 204'ü influenza A/pdm H1N1, 74'ü influenza A/H3N2, 308'i ise influenza B olarak tanımlanmıştır.

İzole edilen influenza A/pdm H1N1 suşlarının tamamının A/California/7/2009 (H1N1)pdm09 benzeri virus, H3N2 suşlarının A/Perth/16/2009 virus, influenza B suşlarının ise, aşıda yer alan İnfluenza B/Brisbane/60/2008 (Victoria) antijenik tipinden farklı olarak, B/Bangladesh/133/07 (Yamagata) tipinde olduğu tespit edilmiştir.

2011-2012 sezonunda ise aktivite 2011 yılının 40. haftası ile 2012 yılının 18. haftası arasında izlenmiştir. Bu sezonda ilgili laboratuvara gönderilen toplam 912 örneğin 283 (%31)'ü influenza pozitif olarak tespit edilmiştir. Bunların 211'i influenza A/H3N2, ikisi influenza A/pdm H1N1, 70'i ise influenza B şeklinde tiplendirilmiştir.

İzole edilen influenza A suşları A/Victoria/361/2011 benzeri virus antijenik tipinden, influenza A/H1N1 suşları ise A/California/7/2009 benzeri virus olarak belirlenmiş; influenza B suşlarının, bir önceki sezonda gözlenenenden farklı olarak, İnfluenza B/Brisbane/60/2008 (Victoria) antijenik tipinde olduğu saptanmıştır.

Su ve Besinlerle Bulaşan Enfeksiyonlar

2011-2013 yılları arasında Tifo-Salmonellozis, Shigellosis, Kolera, Listeriosis, Giardiazis, Hepatit A, Enterohemorajik E.Coli (EHEC), Yeni Tip Creutzfeld-Jakob Hastalığı, Yersiniozis hastalıkları için CISID sistemine Türkiye tarafından bildirim yapılmamış, <http://data.euro.who.int/cisid/> web sitesinden ilgili hastalıkların verisine ulaşılamamıştır.

Bu hastalıklar açısından bir veri kaynağı olarak sayılan Ulusal Enterik Patojenler Laboratuvar Sürveyans Ağı (UEPLA)'na bağlı bir üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada: 2008-2011 tarihleri arasında gönderilen 171 *Salmonella*, 18 *Shigella*, ve 53 *Campylobacter* suşuna ait veriler değerlendirilmiştir. En sık rastlanan *Salmonella* serovarı %61,4 ile *Salmonella* Enteritidis olup, yalnızca bir *Salmonella* Typhi bulunmuştur. En sık görülen *Shigella* türü %55,6 ile *S. sonnei* olmuştur. İzole edilen *Campylobacter* suşlarının %66'sı *C. jejuni* olarak tanımlanmıştır. Ampisilin, trimetoprim/sülfametoksazol, nalidiksik asit ve siprofloksasin direnci sırasıyla *Salmonella* için %12, %6, %17 ve %4; *Shigella* için %59, %72, %17 ve %6 olarak saptanmıştır. *Campylobacter* suşlarında eritromisine direnç gözlenmezken kinolonlara %81,8 tetrasikline %18,8 direnç bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Türkiye'de Verem Savaş Raporu 2012
2. Meral AKÇAY CİBLAK, Melis KANTURVARDAR TÜTENYURD, Serkan ASAR, Merve TULUNOĞLU, Nurcihan FINDIKÇI, Selim BADUR "2003-2012 Yıllarını Kapsayan

Dokuz Sezonda Grip Sürveyansı Bulguları:İstanbul Tıp Fakültesi Ulusal İnfluenza Referans Laboratuvarı Sonuçları” Mikrobiyol Bul 2012; 46(4): 575-593

3. THSK Haftalık İnfluenza Sürveyans Raporları
4. Dolunay GÜLMEZ *, Deniz GÜR **, Gülşen HASÇELİK *, Revasiye GÜLEŞEN ***, Belkıs LEVENT*** “Ulusal Enterik Patojenler Laboratuvar Sürveyans Ağına (UEPLA) Dâhil Olan Bir Üniversite Hastanesinin Deneyimleri: Dört Yıllık Salmonella, Shigella ve Campylobacter Verileri” Türk Mikrobiyol Cem Derg 42(3):85-92, 2012.

ZOONOZLAR

A.Öner Kurt^a, Hakkı Aktaş^b

^aDoç.Dr, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bAraş.Gör.Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Zoonotik hastalıklar omurgalı hayvanlardan insanlara bulaşan enfeksiyonlardır. İnsanda patoloji meydana getiren enfeksiyonların önemli bir kısmı az ya da çok zoonotik özellik gösterir. Son yıllarda yeni ortaya çıkan veya yeniden önem kazanan enfeksiyon hastalıkları arasında deli dana hastalığı ya da kuş gribi gibi zoonotik hastalıklar önemli yer tutmaktadır. Diğer yandan, tüberküloz ve çiçek gibi yüzlerce yıldır insandan insana bulaşan birçok önemli hastalık da tarımsal faaliyetlerin yeni başladığı çağların zoonotik hastalıklarıydı.¹

Zoonoz başlığı altına alınabilecek birçok hastalık olmasına karşın raporun diğer bölümlerinde su ile bulaşan enfeksiyonlar, vektörlerle bulaşan enfeksiyonlar ya da aşı ile önlenemeyen enfeksiyonlar başlıkları altında da çeşitli zoonozlara yer verilmiştir. Bu bölümde incelenen yedi hastalığa ait veriler yer almaktadır. Ancak Toksoplazmoz ve Leptospiroz'a ilişkin yapılmış çalışma ya da herhangi bir veriye ulaşılamamıştır.

Böyle bir raporda Sağlık Bakanlığının surveyans verilerinin analiz ve değerlendirmesinin de yapılması gerektiği halde bu verilere ulaşılamadığı için bu dönemde ulusal ya da uluslararası dergilerde yayımlanan çalışma, kongre kitaplarında yer alan bildiri sonuçlarına yer verilmiştir. Dolayısıyla bölgesel düzeyde yapılan çalışma sonuçlarını ülke için yorumlarken bu sınırlılık göz önüne alınmalıdır. Buna ek olarak hastalıkların klinik ve mikrobiyolojik özellikleri, bulaşma yolları gibi alanlara özellikle girilmemiştir.

Bir önceki raporda 2000 - 2010 yılı arasındaki veriler ele alındığı için bu raporda 2011'den sonra yapılan çalışmaların sonuçları verilmiştir. Ama 2011 yılı ve sonrasına ilişkin verileri de içeriyorsa daha önceki yıllara ait verilerin olduğu çalışmalar da rapora alınmıştır.

1. Bruselloz

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

Hastalığın insidansı yıllar içinde hafif bir azalış göstermekle birlikte Türkiye Dünya’da brusellozun sık olarak görüldüğü ülkeler arasında yer almaya devam etmektedir. Türkiye’de en çok İç, Doğu ve Güney-Doğu Anadolu bölgelerinde görülmektedir.¹

Topluma dayalı çalışmalardan seçilmiş örneklerden elde edilen seroprevalans çalışmalarından üçüne ulaşılmıştır. Aşağıda yer alan bu çalışmalara göre; yaygınlığı %5.5, olguların çoğunluğu erkek ve hayvancılıkla uğraşıyordu. Bulaş yolu pastörize edilmemiş süt ürünlerinin tüketimi olarak bildiriliyordu.

Malatya'da Tıp Fakültesi Hastanesi'nde bir yıllık sürede 2012 yılında; hastanenin çeşitli poliklinik veya servislerinden, brucelloz ön tanısıyla gönderilen 2942 hasta serumunun 251'inde (%8.5) Rose Bengal aglütinasyon testi pozitif saptandı. Wright tüp aglütinasyon testinde ise Rose Bengal pozitif olan örneklerin 118'inde (%4) 1/160 altı, 133'ü (%4.5) 1/160 ve üzeri titrede aglütinasyon belirlendi. Wright tüp aglütinasyon testinde 1/160 altı titrede olan örneklerden 28'inde Coombs aglütinasyon testi 1/160 ve üzeri titrede saptandı. Bu bağlamda 161 (%5.5) örnek pozitif olarak değerlendirildi.²

Tekirdağ ilinde Namık Kemal Üniversitesinde Ekim 2009 - Ekim 2013 tarihleri arasında brucelloz tanısı ile takip ve tedavileri yapılan 56 olgunun demografik, klinik ve laboratuvar verileri değerlendirilmiştir. Olguların 34'ü (%60.7) erkek, 22'si (%39.3) kadın ve yaş ortalaması 44.9 (17 - 69 yaş) idi. Olguların %32.1'i meslek olarak tarım ve hayvancılıkla uğraşmaktaydı. Bu kişilerin %12.5'inde mesleki risk (veteriner hekim, veteriner teknisyeni, kasap) varlığı tespit edildi. Olguların 10'unda (%17.8) daha önce brucelloz geçirme öyküsü vardı.³

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Isparta Devlet Hastanesinde Ocak 2004 - Aralık 2012 tarihleri arasında takip edilen yaşları 15 - 88 arasında değişen 201 brucelloz olgusunun 94'ü kadın, 107'si erkek idi. En önemli bulaş yolunun pastörize edilmemiş süt ürünlerinin tüketimi olduğu belirlendi.⁴

2. KUTANÖZ LEISHMANIAZİS (ŞARK ÇIBANI)

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

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

Kutanöz Leishmaniazis hakkında yapılmış çalışmalara bakıldığında; olguların erkek ya da kadınlarda görülme oranlarının benzer olduğu, doğu ili olan Gaziantep'te 20 yaş altında daha fazla görülmesine karşın batı ili olan Aydın'da olguların yaş ortalamasının orta yaşlara kaydığı, ilkbahar ve yaz aylarında daha fazla görüldüğü, son yıllarda ülkemizin güney komşusu Suriye'den zorunlu göç ile gelen mülteciler nedeniyle güney illerimizde Suriye kökenli olguların görülmeye başladığı hatta artış gösterebileceği söylenebilir.

Antalya'da il genelinde hizmet veren sağlık kuruluşları tarafından 2005 - 2012 yılları arasında bildirim yapılmış KL olgularına ait veriler Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık İstatistikleri Modülünden alınmıştır. Antalya ilinde bu sekiz yıllık süreçte toplam 220 KL olgusu tespit edilmiştir. Yıllara göre olgu sayısı 2005 - 2012 yılları arasında sırasıyla; 2, 45, 32, 37, 35, 33, 23, 13 olarak bildirilmiştir. Bildirimi yapılan olguların 129'sı (%58.6) erkek, 91'ü (%41.4) kadın olup, 118'sinin (%53.6) 20 yaş altında olduğu belirlenmiştir. Her yaş grubunda olgu bildirim yapılmakla birlikte, en az bildirimin bir olguyla 0-11 ay grubunda olduğu görülmüştür. Olguların aylara dağılımına bakıldığında; en fazla Mayıs (33 olgu, %15.0), en az ise Temmuz (11 olgu, %5.0) ayında bildirildiği görülmüştür. Mevsimsel dağılıma bakıldığında ise; olguların en fazla ilkbahar (75 olgu, %34.1) aylarında, en az ise yaz (46 olgu, %20.9) aylarında bildirildiği tespit edilmiştir. Olguların ilçelere dağılımına bakıldığında ise; 168 (%76.4) olguyla Alanya ilçesinin ilk sırada olduğu, ardından 38 (%17.3) olguyla Gazipaşa ilçesinin geldiği tespit edilmiş, 10 ilçeden ise bildirim yapılmadığı görülmüştür.⁵

Gaziantep ili Nizip İlçe Devlet Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarına 01.01.2010 - 19.03.2013 tarihleri arasında klinik olarak Kutanöz Leishmaniazis şüphesiyle gönderilen 341'i Suriye mültecisi olmak üzere toplam 416 hastanın lezyonları değerlendirildiğinde mikroskopik incelemede *Leishmania* amastigot şekilleri görülen toplam 77 (%18.5) hastaya KL tanısı konmuştur. Tanı konulan hastaların 62'sinin (%80.5) Suriye kökenli, 15'inin (%19.5) Türk olduğu belirlenmiştir. Olguların yıllara göre dağılımı; 2010 bir yerli olgu, 2011 iki yerli olgu, 2012 yedi yerli olgu, 2013 beş yerli olgu, 62 Suriye kökenli olgu şeklinde bulunmuştur.⁶

Şanlıurfa ilinde 2010, 2011 ve 2012 yıllarında 7 - 15 yaş arasındaki ilköğretim öğrencileri arasında tarama yapılmıştır. Yapılan tarama sonucunda; 2010 yılında toplam 67585 öğrencinin 279'unda (binde 4.1), 2011 yılında toplam 72279 öğrencinin 103'ünde (binde 1.4) ve 2012'de ise toplam 23600 öğrencinin 73'ünde (binde 3.1) Kutanöz Leishmaniazis saptanmıştır. Öğrenci yakınlarından 2011 yılında 9'unda, 2012 yılında 16'sında Kutanöz Leishmaniazis saptanmıştır. Saptanan olgularının tümünün yeni olgu olduğu görülmüştür.⁷

Aydın ilinde 2006 Haziran - 2011 Haziran ayları içinde tedaviye alınan 185 şark çıbanı olgusunun değerlendirmek ve ilçelere dağılımını tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada tedaviye alınan 185 hasta "şark çıbanı kayıt ve izlem formu"ndan yararlanarak cinsiyet, yaş, ikametgah yeri, lezyonun görüldüğü yer, lezyonun süresi, lezyon sayısı ve tedavi seanslarına göre değerlendirilmiştir. Hastaların yaş ortalamasının 37.4±24.2 ve ortancasının 37.0 (1 - 86 yaş) yıl, 117'sinin (%63.2) kadın olduğu saptanmıştır. Hastaların yıllara göre dağılımının 23 ile 50 arasında değiştiği görülmüştür. Hastaların %34.1'i (n=63) merkez ilçe ve köylerinde yaşarken daha sonra sırasıyla en sık hasta saptanan ilçeler-Sultanhisar, Nazilli, Çine, İncirliova, Germencik, Koçarlı ve Yenipazar olurken hiç hasta görülmeyen ilçelerin ise Buharkent ve Kuyucak ilçeleri olduğu bildirilmiştir.⁸

3. Şarbon (Antrax)

“Çoban çıbanı” ve “karakabarcık” olarak da anılmıştır. Uluslararası literatürde ise antraks ve şarbon olarak adlandırılır. Ot yiyen hayvanlardan insanlara bulaşan bakteriyel bir hastalıktır. Türkiye’de şarbon hastalığı A grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır.¹

Türkiye’de hastalığın insidansı yıllar içinde bir miktar azalma göstermekle birlikte İç ve Doğu Anadolu bölgelerinde daha fazla olmak üzere görülmeye devam etmektedir.¹

Şarbon olgularının iki çalışmada kadınlarda, Erzurum’da yapılan çalışmada erkeklerde daha fazla görüldüğü, hastaların ağırlıkla orta yaş grubunda olduğu, bulaş yolu olarak hasta hayvan eti ile temasın ön plana çıktığı, ağustos, eylül aylarında daha fazla görüldüğü bildirilmektedir.

Ocak 2000 ile Aralık 2012 tarihleri arasında iki hastanede tanı konulan deri şarbonu olguları değerlendirilmiştir. Hastalardan sekizinin (%38.1) erkek ve 13’ünün (%61.9) kadın, yaş ortalamasının 31.0±21.2 (1 - 82 yaş) olduğu saptanmıştır.⁹

Diyarbakır’da 2012 yılının son çeyreğinde saptanan dört deri şarbonu olgusunun değerlendirildiği çalışmada hastaların üçünün kadın birisinin de erkek olduğu bildirilmiştir. Öykülerinden, ölmüş inek etinin doğranması sırasında parmaklarını kestikleri öğrenilmiştir.¹⁰

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları servisine 2008 - 2012 yılları arasında yatırılarak izlenen 50 deri şarbonu olgusunun yaş ortalaması 43.10±13.0, 15’i (%30) kadın, 35’i (%70) erkekti. Hastalar ağustos ve eylül aylarında daha fazla görülmüştür. Olguların tümü deri şarbonu olup, 33’ü (%66) yaygın, 17’si (%34) hafif püstüler formunda idi. Ortalama inkübasyon periyodu 5.48 ±4.42 gün olarak belirlendi. Hastaların 18’i (%36) hayvancılık yaparken, 15’i (%30) ev hanımı ve 12’si (%24) çiftçi idi. En fazla bulaş yolu hayvan kesimi veya kesime yardım 30 (%60) hastada görülürken, hayvan etine temas 14 (%28) hasta ile bunu izledi. Lezyonlar en fazla parmaklarda (%30), kollarda(%26) ve ellerde (%24) görüldü.¹¹

4. Tularemi

“Francis ateşi”, “geyik sineği ateşi”, “avcı ateşi”, “tavşan ateşi”, “ohara hastalığı” isimleri ile anılmıştır. Etken Francisella tularensis isimli bakteridir.¹ Kemiriciler, çiftlik hayvanları ve insanlar arasında keneler ve pireler tarafından etken doğrudan taşınarak enfeksiyon etkeni yayılır. Ayrıca enfekte kemiricilerin dışkı ve idrarı ile kirlenen suların kullanılması ile insana sindirim yolu ile de bulaşabilir. Su yoluyla bulaşma Türkiye’de en sık görülen bulaşma türüdür.¹ Türkiye’de insanlarda görülen tularemi hastalığı 2005 yılından bu yana C grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır.¹

Tularemi hastalığı uzun yıllardan beri Türkiye’de bulunmaktadır.

Tularemî olguları ülkemizde yıllar içinde artmakta, kış ve ilkbahar aylarında daha fazla ortaya çıkmakta, İç Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde daha yaygın görülmekte, Yozgat ilinde seroprevalansının %8 olduğu, glandular ve orafarengeal formunun daha fazla ortaya çıktığı, kontamine su tüketiminin bulaş yolu açısından öne çıktığı, 30-40 yaşlarında daha fazla görüldüğü, çoğunluğunun kırsal bölgede yaşadığı bildirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizdeki bütün Tularemî hastalarına ait 24 Ekim 2011 tarihinden itibaren web tabanlı sistemde toplanan verilerin değerlendirildiği bir çalışmada 2005 - 2011 yıllarında sırasıyla 431, 126, 89, 71, 428, 1531 ve 2151 olgu saptandığı, olguların ocak, şubat ve mart aylarında daha fazla görüldüğü, coğrafik olarak olguların büyük çoğunluğunun İç Anadolu (%41.3) ve Karadeniz (%30.1) bölgelerinde görüldüğü bildirilmiştir.¹²

Yozgat ilini temsil eden 1037 kişilik bir örneğe giren kişilerin serumlarının ELISA ve/veya IFA yöntemleri ile incelenmesi ile tularemî seroprevalansının %8 olduğu bildirilmiştir.¹³

Çankırı Devlet Hastanesi dermatoloji kliniği kayıtlarının incelenmesi ile 151 tularemî olgusunun %49.7'sinin glandular, %39.1'inin orofaringeal, %6.0'sının ülseroglandular ve %5.3'ünün oküloglandular yapıda olduğu saptanmıştır.¹⁴

Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji kliniği 2009, 2010 ve 2011 yıllarında Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 142, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 137 ve Ankara Keçiören Hastanesi'nden 11 kişiye lenfadenit ön tanılı 290 hastayı değerlendirmiş ve bunların 53'üne tularemî lenfadenit tanısı konulmuştur. Hastaların %97'sinin kontamine su tükettiği, %52'sinin erkek olduğu, yaş ortalamasının 41.8±19.2 (6 - 83 yaş) olduğu bildirilmiştir.¹⁵

Konya ili genelinde 2012 yılı içerisinde mikrobiyoloji referans laboratuvarına gönderilen 124 adet kan örneğinin 27'si (%21.7) tularemî açısından pozitif çıkmıştır. Olguların %37'si kış, %37'si ilkbahar ve %14.8'i de sonbahar aylarında görülmüştür. Tularemî saptanan olguların 20'si (%74.1) kadın, yedisi (%25.9) erkektir. Vakaların yaş ortalaması 28.0±16.7 olup, olguların dokuzu (%33.3) 18 yaşından küçüktür. Olguların %70.4'ü kırsalda yaşamaktadır. Pozitif olguların en sık görüldüğü yaş 36 - 40 yaş aralığıdır. Hastalığın klinik formlarına bakıldığında, orafarengeal form (%52), glandüler form (%33), oküloglandüler form ise (%15) şeklindedir. Olguların %92.6'sı şebeke suyunu kullandığını ifade etmiştir. Doğal kaynak suyu kullananlar %70.4 iken, şebeke ve doğal kaynak suyunu birlikte kullananların oranı %63.0'tür. Hastaların %22.2'sinde göl veya dere suyu ile temas tespit edilmiştir. Hastaların %29.6'sı evde hayvan beslerken, %7.4'ü av hayvanı ile teması olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %55.6'sının evlerinde kemirici hayvan olduğu, %7.4'ünün ise bu kemirici veya dışkısı ile temas ettiği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanlardan sadece bir kişi (%3.7) çevrede kene olduğu ve iki kişi (%7.4) böcek ısırığına maruz kaldığı bilgisini vermiştir. Olguların ailelerinde

benzer hastalık olanların yüzdesi %7.4'tür. Olguların %85.2'si iyileştiğini ifade ederken; %14.8'i iyileşemediğini hastalığın zaman zaman tekrarladığını ifade etmiş olup hiç bir olguda ölüm saptanmamıştır.¹⁶

Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji kliniği tarafından Aralık 2009 ile Ağustos 2011 tarihleri arasında tanısı doğrulanan 139 hastanın yaş ortalamasının 43.0 (6 - 83 yaş), 84'ünün (%60.4) kadın olduğu bildirilmiştir. Olguların %74.0'ü orofaringeal, %15.8'i glandüler, %5.0'i oküloglandüler yerleşimli olduğu bildirilmiştir. Olguların çoğunluğunun kış aylarında görüldüğü bildirilmiştir.¹⁷

5. Toksoplazmoz

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

Ülkemizde toksoplazmozis hakkında raporun kapsadığı yıllara ait topluma dayalı çalışmalara ulaşılamamıştır.

6. Leptospiroz

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

Ülkemizde leptospirozis hakkında raporun kapsadığı yıllara ait topluma dayalı çalışmalara ulaşılamamıştır.

7. Kistik Ekinokokkoz (Kist Hidatik)

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

Türkiye için önemli bir sağlık sorunu olan kist hidatik hastalığı 30 - 40 yaş civarında, kadınlarda, hayvancılıkla ve çiftçilikle uğraşanlarda daha fazla görülmekte, en sık karaciğer yerleşiminin olduğu bildirilmektedir.

Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez Laboratuvarı'na Aralık 2009 - Mayıs 2011 tarihleri arasında farklı kliniklerden kistik ekinokokkozis şüphesiyle gönderilen 151'i kadın, 74'ü erkek, 225 hastaya ait serum örnekleri IHA testi ticari

kit (Hydatidose, Fumouze Laboratoires, France) test prosedürüne uygun olarak çalışılmıştır. Yaşları 2 ile 84 yıl arasında değişen, yaş ortalaması: 32.5 olan toplam 225 olgunun IHA ile 18'i (%8) pozitif, beş (%2.2) olgu borderline, 202 (%89.8) olgu ise negatif olarak saptanmıştır. Seropozitif olarak saptanan yaşları 11 ile 60 arasında değişen yaş ortalaması 36.6 olan olguların yedisini kadınlar 11'ini ise erkekler oluşturmuştur. Borderline saptanan yaşları 22 ile 55 arasında değişen yaş ortalaması 36 olan olguların ikisini erkekler oluştururken, üçünü kadınlar oluşturmuştur. Seropozitif 13 olgu ve borderline 2 olgu olmak üzere yaşları 11 ile 60 arasında değişen yaş ortalaması 38.7 olan toplam 15 olguda radyolojik olarak (Batın US, Batın BT, Akciğer Direkt Grafi) KE ile uyumlu lezyon belirlenmiştir. İkiyüz yirmi beş olgudan 108'i Kocaeli, dört olgu Sakarya, bir olgu Bolu, bir olgu Bursa, bir olgu Kars, bir olgunun Van'da ikamet ettiği belirlenirken dokuz olgunun adres bilgilerine ise ulaşılamamıştır.¹⁸

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Laboratuvarına toxoplasmosis şüphesiyle başvuran hastalarda anti-*Toxoplasma gondii* IgG and IgM antikorlarının araştırılmıştır. Toplam 1581 kişiden 336'sı (%21.3) erkek, 1245'i (%78.7) kadındır. Alınan kan örneğinde Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) ve Indirekt Fluoresan Antikor Testi (IFAT) ile anti-*T. gondii* antikorları araştırılmıştır. Hastaların 456'sında (%28.8) IgG, 8'inde (%0.5) IgM, 79'unda (%5) ise hem IgG hem de IgM seropozitifliğinin saptandığı belirlenmiştir. Anti-*T. gondii* IgG seropozitif tespit edilen 535 (%33.8) kişide IgG-avidite testi çalışılmış ve bu hastaların 13'ünde (%2.4) düşük, 56'sında (%10.5) şüpheli sınırlarda, 466'sında (%87.1) ise yüksek avidite belirlenmiştir.¹⁹

Yıllara göre elde edilen IgG ve IgM değerleri aşağıdaki tabloda sunulmuştur.¹⁹

Tablo 1. Yıllara göre IgG ve IgM değerleri										
Table 1. IgG and IgM values according to years										
Yıllar	IgG (-) IgM (-)		IgG(+) IgM(-)		IgG(-) IgM(+)		IgG (+) IgM(+)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2009 *	290	18.3	120	7.6	1	0.06	19	1.2	430	27.2
2010	436	27.6	180	11.4	4	0.3	32	2	652	41.2
2011 **	312	19.7	156	9.8	3	0.2	28	1.8	499	31.6
Toplam	1038	65.7	456	28.8	8	0.5	79	5	1581	100

* Son altı ay, ** İlk altı ay

Cinsiyete göre IgG ve IgM değerleri aşağıdaki tabloda sunulmuştur.¹⁹

Tablo 2. Cinsiyete göre IgG ve IgM değerleri						
Table 2. IgG and IgM percentages according to gender						
Sonuçlar	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
IgG(-) IgM(-)	244	15.5	794	50.1	1038	65.6
IgG(+) IgM(-)	88	5.6	368	23.3	456	28.8
IgG(-) IgM(+)	2	0.1	6	0.4	8	0.5
IgG(+) IgM(+)	2	0.1	77	4.9	79	5
Toplam	336	21.3	1245	78.7	1581	100

Aydın ilinde hayvancılığın yapıldığı ve mezbaha olan yerleşim bölgelerinde yaşayan (Çine Akçaova, İncirliova Beldesi, Merkez Konuklu Köyü, Umurlu Yukarı Kayacık Köyü), özellikle hayvancılıkla ilgilenen (veteriner hekim, kasaplar, mezbahada çalışanlar vb.) ve yaşları 7 ile 88 arasında değişen 129 kadın 80 erkek olmak üzere toplam 209 kişide kistik ekinokokkozis araştırılmıştır. Araştırmada ultrasonografik inceleme ve serolojik testler (ELISA, IHA) uygulanmıştır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 46.8 ± 16.9 (7 – 88 yaş) yıldır. Meslek grupları açısından incelendiğinde 72'sinin (%34.4) çiftçilikle uğraştığı, 82'sinin (%39.2) ev hanımı, 8'inin (%3.8) kasap, 4'ünün (%1.9) veteriner hekim, 6'sının (%2.9) hayvan bakıcısı, 5'inin (%2.4) memur, 6'sının (%2.9) işçi, 6'sının (%2.9) ise öğrenci olduğu geri kalan 20'sinin (%9.5) ise değişik meslek gruplarından olduğu saptanmıştır. ELISA testi uygulanan 209 olgunun 23'ünde (%11) 1/80 ve karaciğer KE saptanan bir olguda ise 1/5000 sulandırımında pozitiflik saptanmıştır. IHA testinde ise 209 olgunun 24'ünde (%11.5) 1/40, 3'ünde (%1.4) 1/80 ve karaciğer KE saptanan bir olguda ise 1/10.000 sulandırımında pozitiflik saptanmıştır. İncelenen 209 olgunun birinde (%0.5) US muayenesi sonunda karaciğer sağ lob posterior segmentte en büyüğü 2x3 cm boyutunda uniloküle, multipl evre I KE ile uyumlu lezyon saptanmış ve olgu ileri tetkik (tomografi) için hastaneye sevk edilmiştir.²⁰

Van ili Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi kliniğinde 2007 - 2011 yılları arasında akciğer ya da akciğer ve karaciğer kist hidatiği nedeniyle opere olmuş 40 hasta ile aynı yaşam alanını paylaşan, daha önce kist hidatik tanısı almamış 102 bireyde kist hidatik varlığı akciğer grafisi, batın ultrasonografisi ve serolojik testler ile değerlendirilmiştir. Kist hidatik taraması yapılan 102 bireyin 13'ünde (%12.7) hidatidozis tespit edildi. Bu olguların 9'u (%69.2) erkek, 4'ü (%30.8) kadın, yaş ortalamaları 36.2 ± 19.5 (13 - 57 yaş) idi. En sık organ lokalizasyonu on olgu (%9.8) ile karaciğer olarak tespit edildi, altı olguda (%5.9) kist izole karaciğer yerleşimli idi.²¹

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Laboratuvarına 2005 - 2011 yıllarında gönderilen ve KE şüpheli 454 hastanın serum örneklerinde anti- *Echinococcus granulosus* IgG antikorlarının arandığı çalışmaya 258'i (%57) kadın, 196'sı (%43) erkek toplam 454 hasta alınmıştır. Araştırmada serolojik testler (İHA, ELISA) kullanılmıştır. Hasta serumlarının 328'i (%72) her iki test ile negatif iken, 81'i (%18) her iki test ile pozitif olarak bulundu. 33 (%7) hastada IHA negatif iken ELISA pozitifken, 2 (%0.4) hastada ise her iki testte düşük pozitiflik saptanmıştır. Her iki testi pozitif olanların 40'ı (%49) kadın, 41'i (%51) erkekti ve bu olgular sıklıkla 31 - 50 yaşları arasında idi.²²

Kist hidatik şüpheli olgularda her iki testi pozitif olanların yaş gruplarına göre dağılımı²²

Yaş/Yıl	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Toplam
0-15	1	1	1	0	2	4	2	11
16-30	0	1	1	3	0	7	3	15
31-50	6	7	4	1	1	2	4	25
51-60	2	1	4	0	1	7	2	17
>61	1	0	3	2	2	4	1	13
Toplam	10	10	13	6	6	24	12	81
Toplam Şüpheli Olgu Sayısı	32	48	99	35	40	117	83	454

Mersin ilinde 2011 - 2012 yılları arasında ildeki yedi ayrı hastanenin patoloji laboratuvarına ait kayıtlar kistik ekinokokkozis açısından değerlendirilmiş ve toplam 119 kistik ekinokokkozis olgusu belirlenmiştir. Olguların %52.9'unu erkek hastalar, %47.1'ini kadın hastalar oluşturmuştur. Yaşa göre dağılımları 5 ve 76 yaş arasında belirlenmiş olup, olgular en çok 41 - 50 (%22.7) yaş arası hastalarda görülmüştür. Olguların en sık karaciğer (n: 53, %44.5) ve akciğerde (n: 39, %32.8) yerleştikleri tespit edilmiştir. Bu organları, böbrek (n: 4, %3.4), dalak (n: 3, %2.5) ve safra kesesi (n: 3, %2.5) izlemiş, toplam 3 olguda (%2.5), birden fazla organ tutulumu gözlenmiştir.²³

Kaynaklar

1. Erbaydar T, Serpen A, Kurt AÖ. Zoonozlar. Türkiye sağlık raporu 2012. HASUDER. Yayınları 2012. S: 84-107
2. Duman Y, Tekerekoğlu MS, Batı NS, Otlı B. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Bruselloz Seroprevalansı: Rose Bengal, Wright, Coombs Agglütinasyon Test Sonuçları. Medicine Science 2013;2(3):679-88.
3. Erdem İ, Elbasan Ş, Doğan M, Güneş H, Topkaya AE. Elli altı bruselloz olgusunun demografik, klinik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi. İlkur 5. Türkiye EKMUD Kongresi 21-25 Mayıs 2014, Antalya pp: 292, [PS094]
4. Gönen İ, Sözen H, Kaya O, Ünal O, Güloğlu G, Akçam FZ. Bruselloz: 201 olgunun değerlendirilmesi. 5. Türkiye EKMUD Kongresi 21-25 Mayıs 2014, Antalya pp: 297-8. [PS100]
5. Ser O, Çetin H. Kutanöz Leishmaniasis ve Antalya ilindeki durumu. Türkiye Parazit Derg 2013;37:84-91.
6. Salman İS, Vural A, Ünver A, Saçar S. Suriye İç Savaşı Sonrası Nizip'te Kutanöz Leishmaniasis Olguları. Mikrobiyol Bul 2014;48(1):106-113.
7. YD Nebiye, G Gülcan, D Reşat, S Zeynep, M Murat. Şanlıurfa İlköğretim Okulları 2010-2012 Yılları Kutanöz Leishmaniasis Aktif Tarama Sonuçları. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi:193-5.
8. Erol N, Günay B, Karakuş B, Birincioğlu Z, Tırpancı H. 2006 Haziran - 2011 Haziran Ayları Arasında Aydın ilinde Saptanan Şark Çıbanı Olguları Ve Özellikleri. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011 P104
9. Tekin R, Ari S, Dal T, Kaya S, Kortak MZ, Dursun B, Dayan S. Evaluation of cutaneous palpebral anthrax. Cutan Ocul Toxicol. 2013 Oct;32(4):294-8.
10. Turhanoglu NM, Bayındır Bilman F, Kutlu Yürüker S. Diyarbakır'da Saptanan Dört Kutanöz Şarbon Olgusu. Mikrobiyol Bul 2013;47(3):538-543

11. Parlak E, Parlak M, Özkurt Z, Ertürk A, Erol S, Albayrak A, Özden K. Doğu Anadolu'da Şarbon: 50 olgu. 5. Türkiye EKMUD Kongresi 21-25 Mayıs 2014, Antalya pp: 383-4. [PS207]
12. Torunoğlu MA. Tularemi epidemiyolojisi tularemi vakalarının coğrafik dağılımı. 4. Türkiye EKMUD Kongresi İstanbul 2012: 100-3.
13. Yılmaz N, Balcı M, Cesur S, Karaarslan MA, Albayrak HM, Sabah S, Köse SK, Kayhan CB, Torunoğlu MA. Yozgat ili ve Çevresinde Kırım Kongo Hemorajik Ateş ve Diğer Kene Kaynaklı enfeksiyonların (Lyme Hastalığı, Babesiyöz, Erhlihiyoz, Q Humması, Kene Kaynaklı Ensefalit, Tularemi) Seroprevalansı ve Epidemiyolojisi. 5. Türkiye EKMUD Kongresi Antalya 2014: 190.
14. Senel E, Satılmış O, Acar B. Dermatologic manifestations of tularemia: a study of 151 cases in the mid-Anatolian region of Turkey. *Int J Dermatol*. 2014 Sep 10. doi: 10.1111/ijd.12431.
15. Tuncer E, Onal B, Simsek G, Elagoz S, Sahpaz A, Kilic S, Altuntas EE, Ulu Kilic A. Tularemia: potential role of cytopathology in differential diagnosis of cervical lymphadenitis: Multicenter experience in 53 cases and literature review. *APMIS* 2014;122:236-242.
16. K Fatih, A Erdal, D Lütfi Saltuk, K Levent. 2012 Yılında Tespit Edilen Tularemi Vakalarının Değerlendirilmesi, Konya Örneği. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2013:491
17. Ulu Kiliç A., Gülen G., Sezen F., Kılıç S., Şencan İ. Tularemia In Central Anatolia Infection 2013;41:391-399. DOI 10.1007/s15010-012-0355-1
18. Yazıcı V, Oruc T, Oren E, Ertabaklar H. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez Laboratuvarına 2009-2011 Yılları Arasında Kistik Ekinokokkozis Şüphesiyle Başvuran Olguların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2012;36:219-21
19. Yazar S, Kuk S, Çetinkaya Ü, Kaya M, Şahin İ. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Parazitoloji Laboratuvarına Müracaat Eden Hastalarda Anti-Toxoplasma gondii Antikorlarının Dağılımı. *Kafkas Univ Vet Fak Derg* 18 (Suppl-A): A89-A92, 2012.
20. Ertabaklar H, Dayanır Y, Ertuğ S. Aydın İlinin Farklı Bölgelerinde Ultrason ve Serolojik Yöntemlerle Kistik Ekinokokkozis Araştırılması ve Eğitim Çalışmaları. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2012; 36: 142-6
21. Çobanoğlu U, Sayır F, Mergan D. Kist Hidatik Hastalarıyla Aynı Yaşam Alanını Paylaşan Bireylerde Radyolojik ve Serolojik Tarama Sonuçları. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2012; 36: 65-70
22. Karadağ A, Yanık K, Ünal N, Odabaşı H, Hökelek M. Kistik Ekinokokkozis Şüphesi ile 2005-2011 Yılları Arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Laboratuvarına Gönderilen Örneklerin Değerlendirilmesi. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2013; 37: 28-31
23. Aksu M, Kırçalı Sevimli F, İbiloğlu İ, Bozdoğan Arpacı R. Mersin İli'nde Kistik Ekinokokkozis (119 olgu). *Türkiye Parazitoloj Derg* 2013;37:252-6.

AŞI İLE ÖNLENEBİLİR HASTALIKLAR

Dr. Osman TOPAÇ

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları
Daire Başkanlığı, Aşı İle Önlenabilir Hastalıklar Daire Başkanı

2014 yılı itibariyle,

T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT - İPA - Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT - İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)

KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)

OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı

R: Rapel (Pekiştirme)

Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.

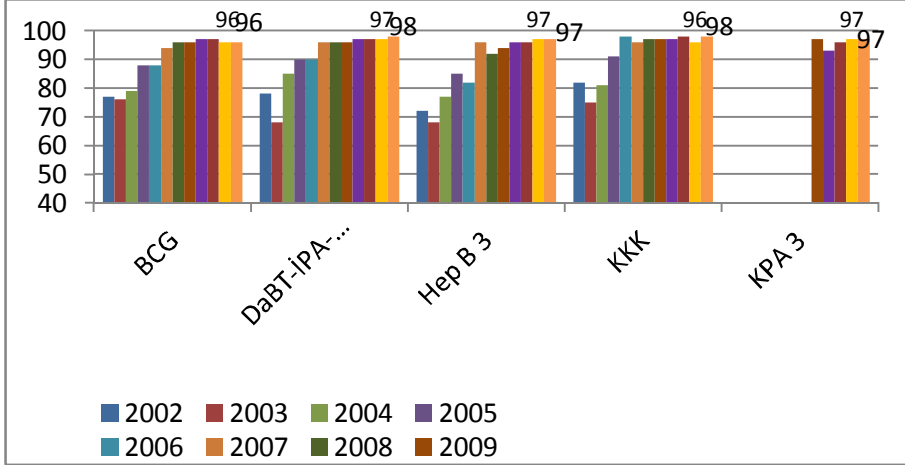
Türkiye’de Hangi Aşı Ne zaman Çocukluk Dönemi Aşı Takvimine Dahil Oldu

1930	Çiçek
1937	Difteri, Boğmaca
1952	BCG
1963	Oral Polio
1968	Difteri – Boğmaca – Tetanoz
1970	Kızamık
1998	Hepatit-B
2006	Kızamık – Kızamıkçık – Kabakulak, Hemofilus influenza tip b
2008	Difteri - aselüler Boğmaca - Hemofilus influenza tip b – İnaktif Polio Konjuge pnömokok (7 bileşenli)
2010	Difteri - aselüler Boğmaca - İnaktif Polio
2011	Konjuge pnömokok (13 bileşenli)
2012	Hepatit A
2013	Suçiçeği

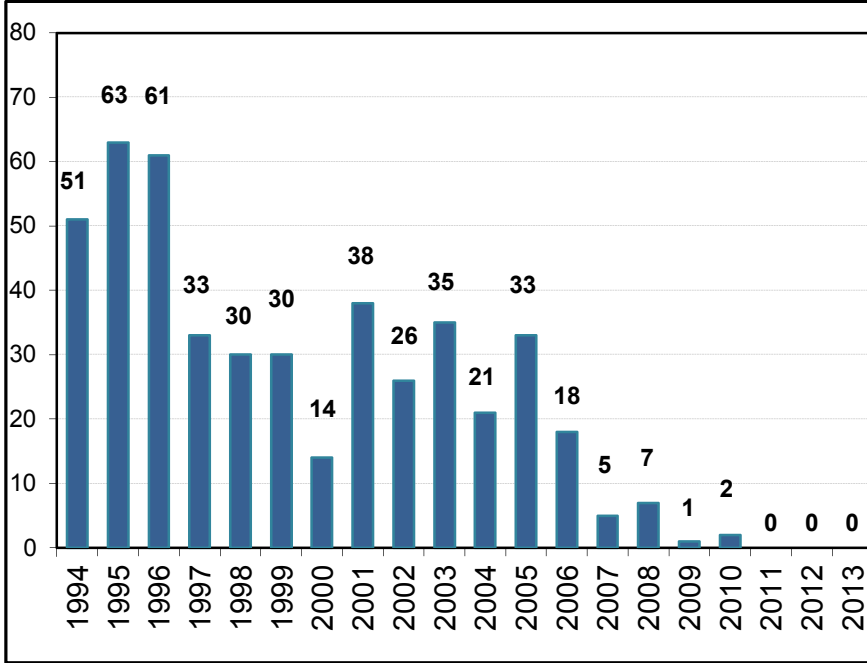
Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulamaları, 2014

- Hep-B Aşılması
- Doğurganlık Çağı Kadınlara Kızamıkçık Aşılması
- Doğurganlık Çağı Kadınlara Tetanoz Aşılması
- Erişkin Tetanoz Aşılması
- Sağlık Çalışanı Aşılması
- Seyahat Sağlığı Aşılması
- Hac Aşılması
- Askerlik Dönemi Aşılması
- Pnömokok ve Grip Aşısı Uygulaması

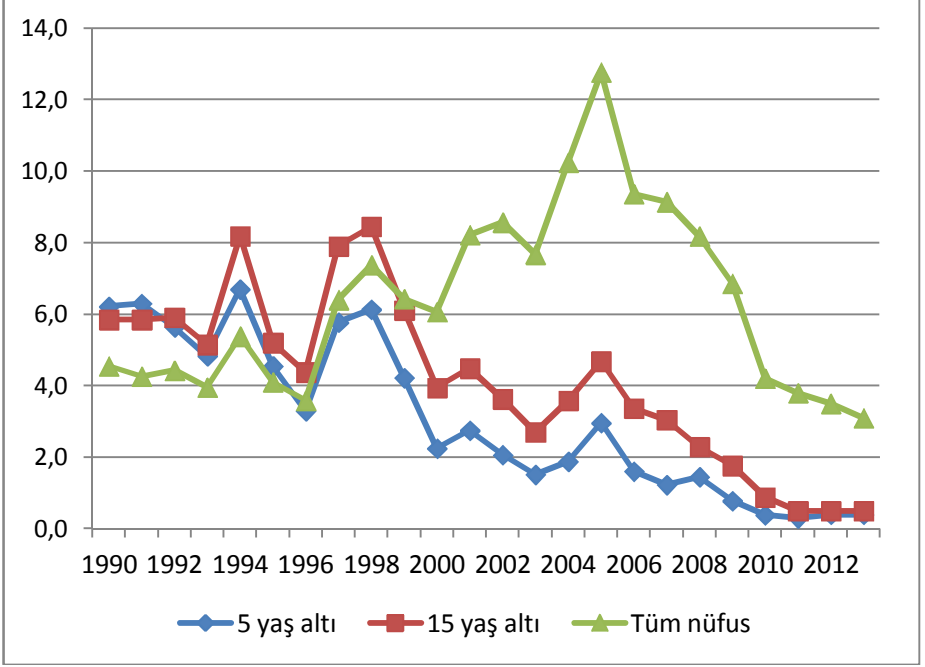
Rutin Aşılama Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı, (Türkiye, 2002-2013)



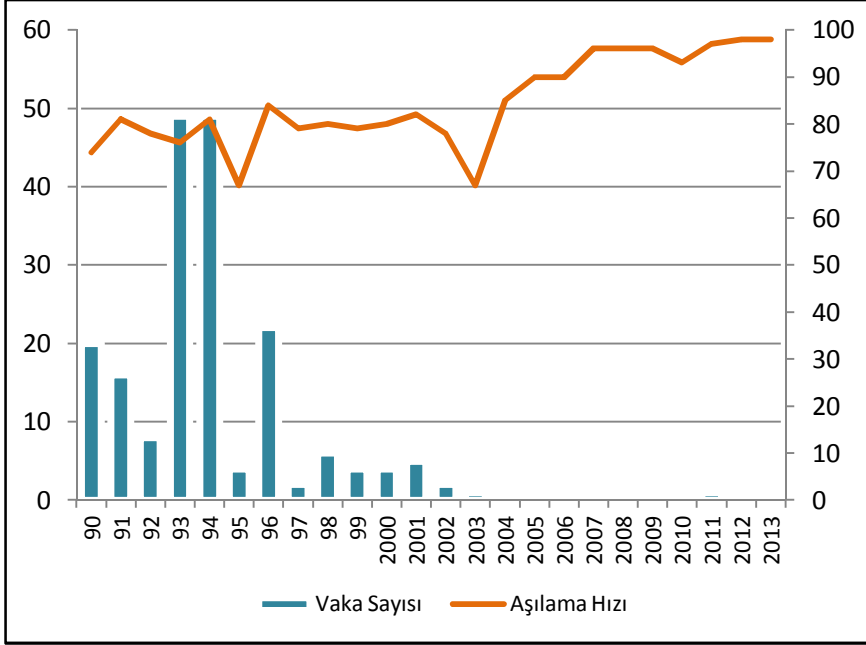
Neonatal Tetanoz Vaka Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı, (Türkiye, 1994-2013)



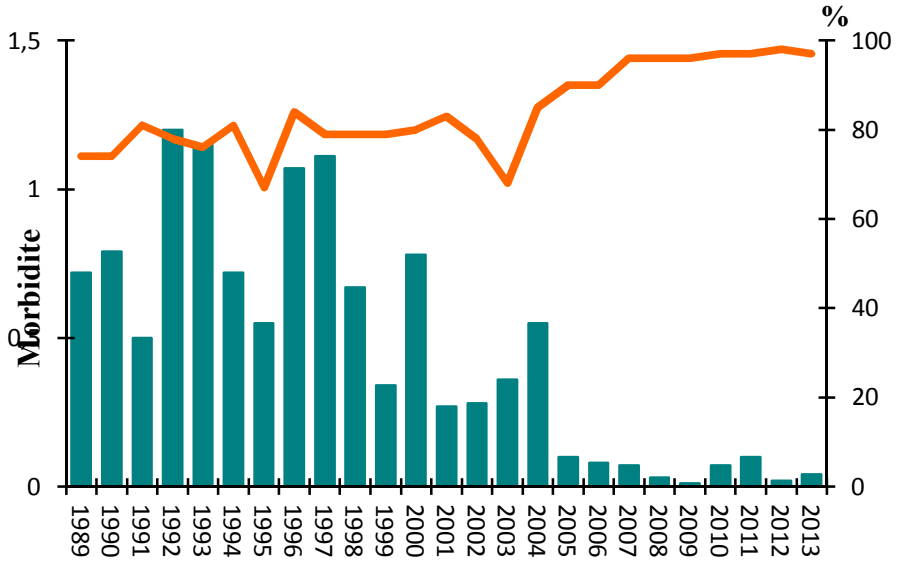
Hepatit B Hastalığı İnsidansının Yıllara Göre Dağılımı (Yüz binde) (Türkiye, 1990-2013)



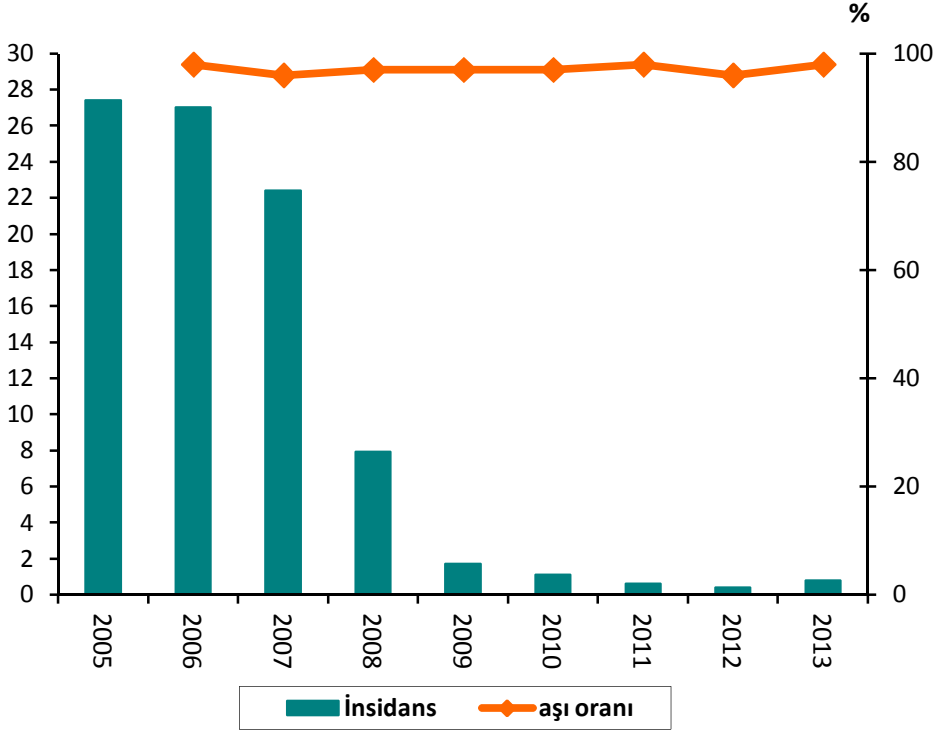
Difteri Vaka Sayıları ve Difteri Antijeni İçeren Aşılama Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı (Türkiye, 1990-2013)



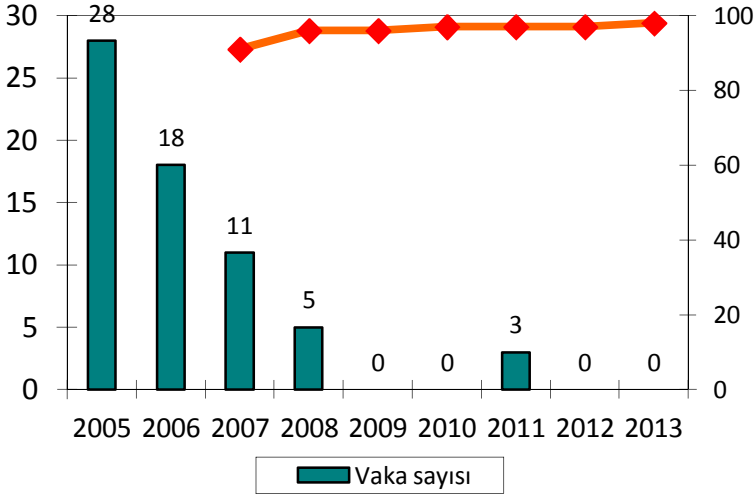
Boğmaca Morbidite Hızları (Yüz binde) ve Aşılama Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı, (Türkiye, 1989-2013)



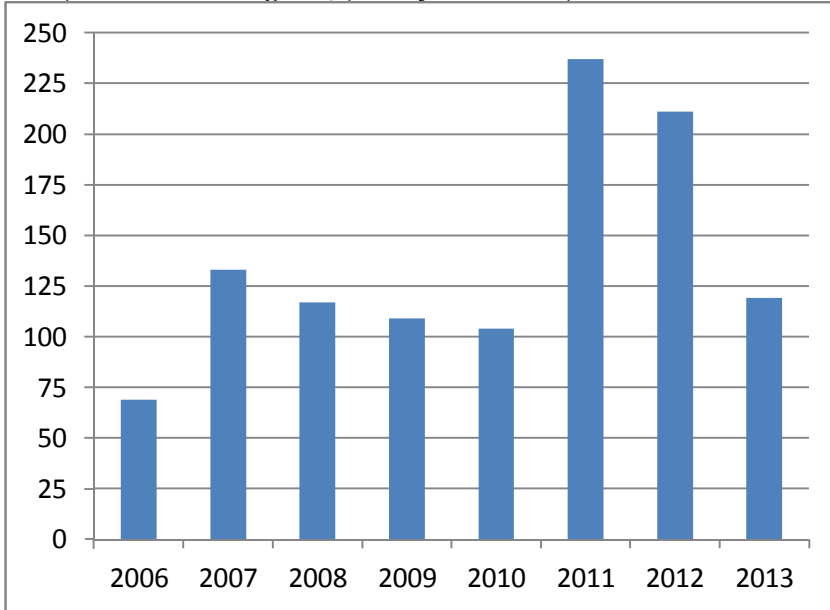
Kabakulak İnsidansının (Yüz binde) ve Aşılama Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı, (Türkiye, 2005-2013)



Hib Menenjit Vaka Sayılarının ve Aşılama Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı, (Türkiye, 2005-2013)

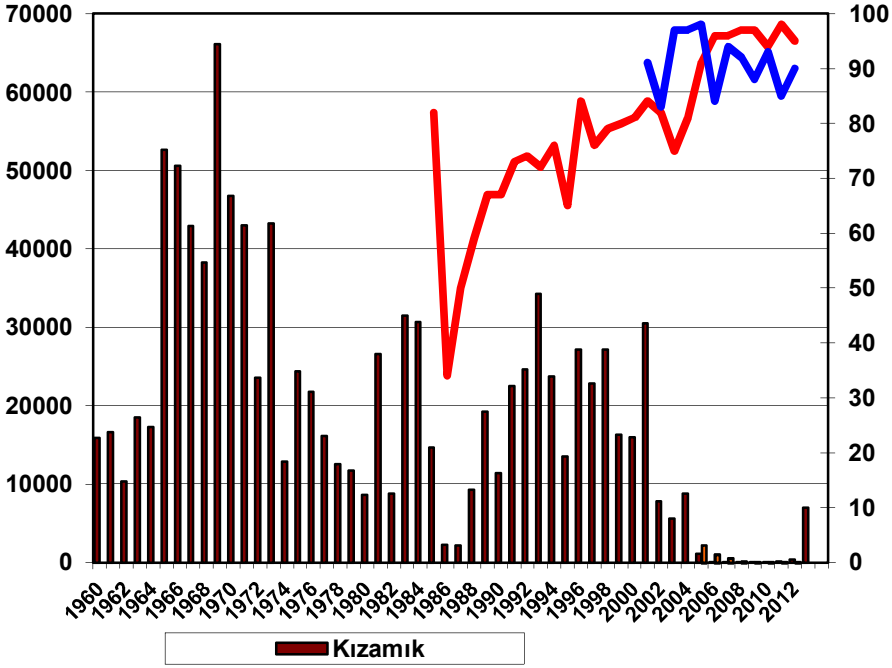


Birinci Basamak Sağlık Kurumlarından Bildirilen Suçiçeği İnsidansının (Yüz binde) Yıllara Göre Dağılımı, (Türkiye 2006-2013)

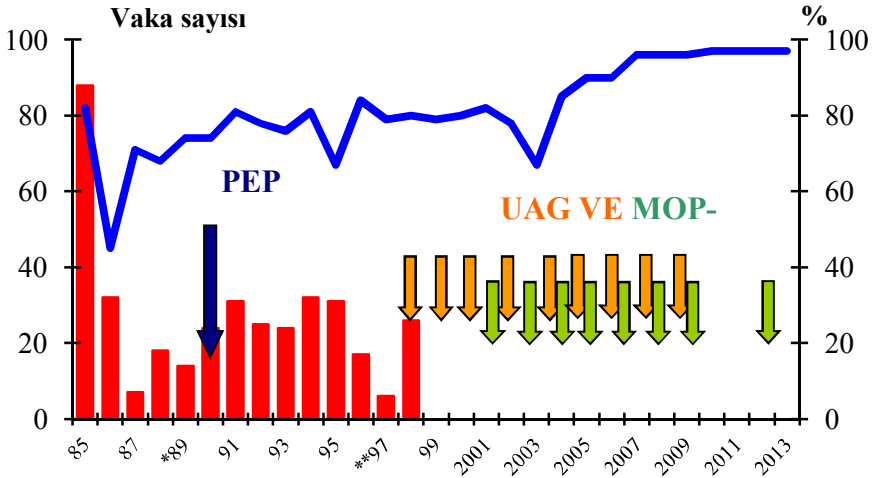


2011 ve sonrası bildirimler AHBS kapsamında yapılmıştır. (ICD 10 kodları B01 ve B01.9)

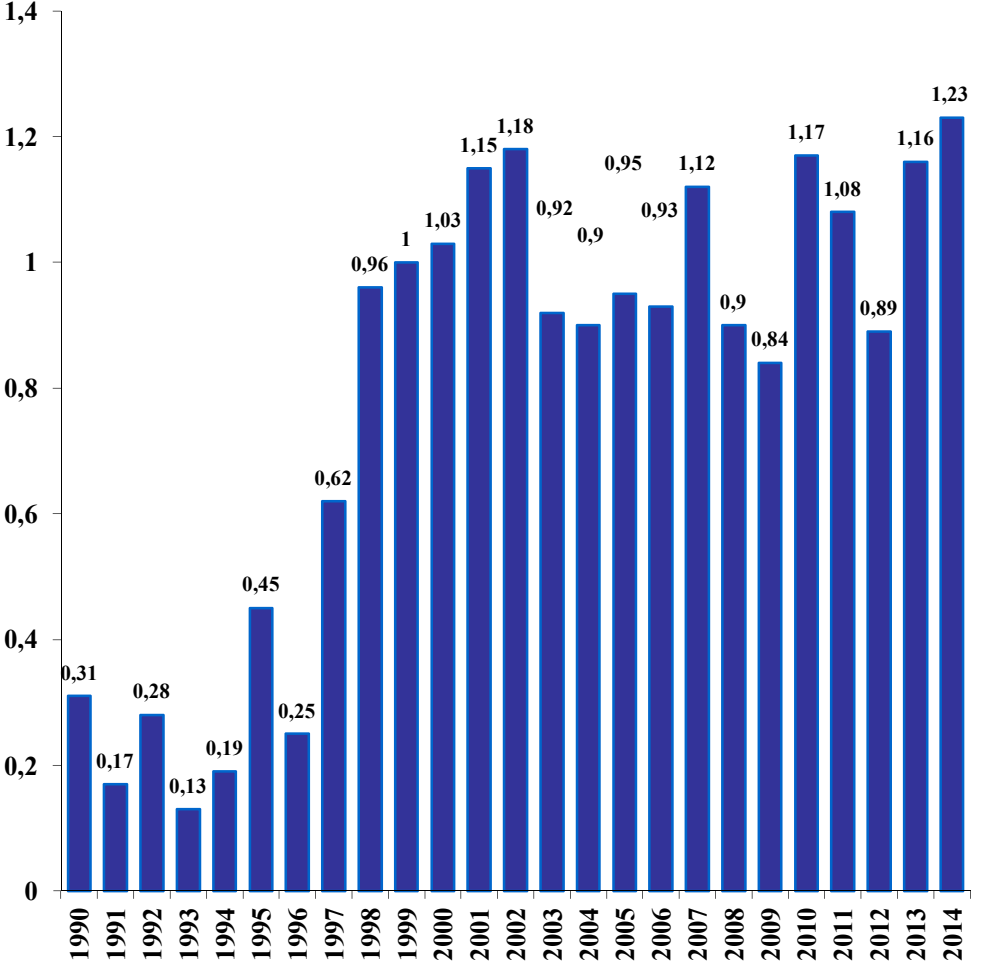
Kızamık ve Kızamıkçık Eliminasyon Stratejileri (Türkiye, 1960-2013)



Polio vakaları ve Polio-3 (DPT+IPV+Hib 5'li karma 3.doz) aşılama hızları, Türkiye, (1985-2013)



Polio dışı AFP hızı, Türkiye, (1990-2014*)



PARAZİT ENFEKSİYONLARI

Ali Ceylan^a, Mutalip ÇİÇEK^b, Ali Osman Karababa^c

^aProf. Dr. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bDoç. Dr. Dicle Ü. Tıp Fak. Tıbbi Mikrobiyoloji AD, Parazitoloji BD

^cProf. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş

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

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

Ülkemizde yapılan çalışmalarda bölgelerin sosyo-ekonomik durumu, iklim ve çevre şartları nedeniyle parazitlerin yaygınlığı ve türleri farklılık göstermektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalar direkt kesin prevalans olarak vermek hatadır. Çünkü her bir araştırmanın çalışma grubu farklılık göstermektedir bazen laboratuvar sonuçları, okul taramaları, immün sistem baskılanmış hastalar gibi küçük farklı çalışma gruplarından oluşmaktadır. Yine de o bölgenin parazit çeşitliliği ve sıklığı hakkında bilgi vermektedir.

Son yıllarda ülkemizde sanitasyon ve alt yapı hizmetlerinin iyileştirilmesiyle birlikte bağırsak parazitlerinin görülme sıklığında azalma olduğu bildirilmekle birlikte, önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Ülkemiz için özellikle *G. intestinalis*, *B. Hominis*, *E.histolytica*, *Cryptosporidium Taenia sp.*, *F.hepatica* ve *E. vermicularis* sorun olarak görülmektedir. 2012-2014'de ülkemizde rapor edilen paraziter hastalıklar Tablo 1 ve 2'de görülmektedir.

Tablo 1. Ülkemizde çocuk yaş grubunda yapılan bazı araştırmalara göre parazit yaygınlığı

İl	Parazit sıklığı	En sık rastlanan parazit türü	%	Araştırmayı yapan
Kayseri	%35.4	Blastocystis hominis	%23.5	Hamamcı B ve ark. 2011 ²¹
Denizli	%10,2	Giardia intestinalis	%31,4	Türk M ve ark. 2009 ²²
Adıyaman	%32.6	Giardia intestinalis	%17.9	Çelik T ve ark. 2014 ²³
Muğla	%11.1	Ascaris lumbricoides	%52	Ekinci ve ark. 2011 ²⁴
Elazığ	%39.5	Giardia intestinalis	%16.1	Şahin B ve ark. 2011 ²⁵
Şanlıurfa	%45.7	Enterobius vermicularis	%19	Gürses G ve ark. 2011 ²⁶
İzmir	%55.5	Cryptosporidium sp.	%38.8	Turgay N ve ark. 2011 ²⁷
Denizli	%10.4	Enterobius vermicularis	%10.4	Yazga ve ark. 2013 ²⁸
Şanlıurfa	%58.0	Giardia intetinalis	%42,5	Yentür Doni N ve ark. 2014 ²⁹

Tablo 2. Ülkemizde 2012-2014 Yılları arasında Bazı İllerimizde Parazit Yaygınlığı

İller	Toplam parazit sıklığı (%)	Toplam parazit sıklığının türlere göre dağılımı											Araştırmacı
		Giardia intestinalis %	Blastocystis hominis %	Entamoeba histolytica/dispar %	Cryptosporidium sp. %	Cyclospora cayentanensis %	Enterobius vermicularis %	Ascaris lumbricoides	Taenia sp. %	Hymenolepis nana %	Trichuris trichiura %	Strongyloides stercoralis %	
İstanbul	5	62	6	2	-	-	16	7	3	2	22		Kırkoyun UH ve ark. 2014 ⁵
Bursa	7.3	3.2	0.37	0.6	-	-	12.0	-	0.1	0.2	-	0.4	Alver O ve ark. 2012 ⁶
Kocaeli	6.1	19.7	21.4	0.2	1.3	-	26.4	-	2.6	0.9	-	0.2	Tamer GS ve ark. 2013 ⁷
İzmir	22.4	5.0	32.3	2.4	33.4	16.4	2.8	0.08	0.7	0.08	-	-	Turgay N ve ark. 2012 ⁸
Manisa	13.1	1.9	7.6	0.27	-	-	4.2	-		0.07	-	-	Düzyol D ve ark. 2012 ⁹
Ankara	4.2	1.3	0.7	0.02		0.003	0.1	0.02	0.1	0.02	-	-	Gülmez D ve ark. 2013 ¹⁰
Sivas	4.2	22.5	13.8	11.6	-	-	17.8	0.2	10.4	-	-	-	Çeliksöz A ve ark. 2013 ¹¹

Tablo 2'nin devamı													
Diyarbakır	11.3	3.4	1.3	1.05	0.3	0.1	0.13	-	0.1	0.4	0.01	-	Çiçek M ve ark. 2013 ¹²
Gaziantep	14.9	0.1	-	2.1	-	-	0.01		0.04	0.1	0.01	0.01	Ekşi F ve ark. 2013 ¹³
Şanlıurfa	20.6	21.2	-	13.0	-	-	0.07	5.4	57.6	2.4	0.07	-	Çiçek A ve ark. 2011 ¹⁴
Mardin	27.6	43.3	-	5.0	-	-	-	1.4	36.4	3.5	0.8	3.3	Yula E ve ark. 2011 ¹⁵
Van	28.5	6.6	18.6	0.1	-	0.1	0.01	0.5	0.03	1.3	0.02	-	Yılmaz H ve ark. 2013 ¹⁶
Hatay	18.3	18.1	51.0	7.5	-	-	0.7	0.1	0.4	2.0	0.1	1.0	Çulha G ve ark. 2011 ¹⁷
Isparta	5.1	1.6	0.24	0.2	-	-	2.5	-	0.07	-	-		Kaya S ve ark. 2014 ¹⁸
Bolu	9.3	-	0.4	7.7	-	-	0.04	0.04	-	-	-	-	Taş T ve ark. 2014 ¹⁹
Tokat	6.7	2.8	-	0.8	-	-	7.9	0.2	1.4	0.1	0.05	-	Ataş AD. Ve ark. 2010 ²⁰

Kaynakça

1. It's a wormy world. Geneva. WHO/CTD/SIP/98.4.
2. Chan MS. The global burden of intestinal nematod infections-fifty years on. *Parasitology Today*.1997;13:438-44.
3. Kucik CJ, Gary ML, Sortor BV. Common Intestinal Parasites. *Am Fam Physician* 2004;65(5):1161- 8.
4. Korkmaz M. Barsak Helminthleri. *ANKEM Derg*, 2006; 20(2) :170-6.
5. Kırkoyun Uysal H, Akgül O, Akgül O, Purisa S, Oner YA. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde 25 Yıllık İntestinal Parazit Prevalansı: Retrospektif Bir Çalışma. *Parazitol Derg*. 2014 Jun;38(2):97-101.
6. Alver O, Özakin C, Töre O. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Farklı Yıllarda Bağırsak Parazit Dağılımlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Parazitol Derg*, 2012;36(1):17-22..
7. Tamer GS, DüNDAR D. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Bağırsak Parazitleri. 18. Ulusal Parazitoloji Kongresi, 29 Eylül -5 Ekim 2013, Denizli, Kongre Kitapçığı,161-162.
8. Turgay N, Ünver Yolaşmaz Ü, Oyur T, ÖzceM SB, Töz S. İzmir Ve Çevresinde Bir Yılda (Mayıs 2009-Nisan 2010) Saptanan bağırsak parazitlerinin aylara göre dağılımı-asid fast ve modifiye trichrome boyama sonuçları. *Türkiye Parazitol Derg*, 2012;36(2):71-74.
9. Düzyol D, Kilimcioğlu AA, Ozyurt BC, Ozkan H, Girginkardeşler N. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Parazitoloji Polikliniği'nde 2006-2010 Yılları Arasında Saptanan Bağırsak Parazitlerinin İnsidansı. *Türkiye Parazitol Derg*. 2012;36(3):147-51.
10. Gülmez D, Sarıbaş Z, Akyön Y, Ergüven S. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Laboratuvarı 2003-2012 Yılları Sonuçları: 10 Yıllık Değerlendirme. *Türkiye Parazitol Derg* 2013; 37: 97-101.
11. Çeliksöz A, Özçelik S, Değerli S, Demirci M. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Laboratuvarında son 5 yıl içinde mikroskopik inceleme sonuçları. 18. Ulusal Parazitoloji Kongresi, 29 Eylül -5 Ekim 2013, Denizli, Kongre Kitapçığı, 159.
12. Çiçek M, Çakır F, Bozdağ H, Bilden H, Mete M, Suay A, Gül K. Dicle Üniversitesi Parazitoloji Laboratuvarına başvuran hastalarda bağırsak parazitlerinin retrospektif değerlendirilmesi. 18. Ulusal Parazitoloji Kongresi, 29 Eylül -5 Ekim 2013, Denizli, Kongre Kitapçığı, 163-164.
13. Fahriye Eksi, Yusuf Doğan, Gül Özdemir, Yasemin Zer, Ayşen Bayram, Tekin Karslıgil. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde bir yıllık sürede gaita örneklerinde saptanan bağırsak parazitlerinin dağılımı. *Fırat Tıp Dergisi*, 2013;18(4):235-238.
14. Çiçek A, Duygu F, Uzala Mızraklı A. Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarında incelenen parazitlerin değerlendirilmesi. *Harran Ü. Tıp Fakül Derg*, 2011;8(1):22-24.
15. Yula E, Deveci Ö, İnci M, Tekin A. Bir devlet hastanesinde intestinal parazit dağılımı ve etiyolojik analiz raporu. *J Clin Exp Invest*, 2011; 2(1):74-79.

16. Yılmaz H, Taş Cengiz Z, Ceylan A, Ekici A. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Parazitoloji Laboratuvarına 2009 yılında başvuran kişilerde intestinal Parazitlerin Dağılımı. 17. Ulusal Parazitoloji Kongresi, 4-10 Eylül 2013, Kars, Kongre Kitapçığı, 279-280.
17. Çulha G, Gülkan B. 2006-2010 Yıllarında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Laboratuvarı'na Başvuran Hastalarda Bağırsak Parazitlerinin Dağılımı. Türk Hijyen ve Deneyisel Biyoloji Dergisi, 2011;68(4):165-174.
18. Kaya S, Ergün A, Aynalı A, Öztürk T, Özseven A, Sesli Çetin E, Cicioğlu Arıdoğan B. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Parazitoloji Labortuvarına Başvuran Hastalarda Bağırsak Parazitlerinin Dağılımı. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2014;21(1):16-19.
19. Tekin Taş, Erol Ayaz, Esra Koçoğlu, Özlem Bucak, Şeyda Karabörk. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarına Başvuran Hastalarda Bağırsak Parazitlerinin Dağılımı. Abant Medical Journal, 2014;3(2): 124-127.
20. Atas AD, Kuşcuoğlu S. Tokat Halk Sağlığı Laboratuvarında Ocak 2007-Aralık 2009 Yılları Arasında Saptanan Bağırsak Parazitlerinin Dağılımı. Türkiye Parazit Derg, 2010; 34(3):161-165.
21. Hamamcı B, Çetinkaya Ü, Delice S, Erçal BD, Gücüyemez S, Yazar S. Kayseri Hacılar'da İlköğretim okulu öğrencilerinde bağırsak parazitlerinin araştırılması. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 2011; 35(2):96-99.
22. Türk M, Polat Y, Erbil N, Işık Balcı Y. Denizli'deki Çocuklarda İntestinal Parazitlerin Dağılımı, Türkiye Parazitoloji Dergisi, 2009;33(4):298-300.
23. Çelik T, Aydın S, Kögelier S. 10-16 Yaş Arasındaki İlköğretim Çocuklarında Bağırsak Parazitlerinin Gelişme Geriliğine Etkisi. Tıp Araştırmaları Dergisi, 2014;12(1):1-5.
24. Ekinci B, Karacaoğlu E, Bulucu E, Sül N. Muğla İli Merkez İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Bağırsak Parazitleri Araştırılması. Türkiye Parazit Derg, 2011;35(2):92-95.
25. Şahin B, Yılmaz H. Elazığ Mehmetçik ilköğretim okulunda Bağırsak parazitlerinin yaygınlığı. 17. Ulusal Parazitoloji Kongresi, 4-10 Eylül 2013, Kars, Kongre Kitapçığı, 283.
26. Gürses G, Yıldız Zeyrek F, Doni NY, Tümer S, Şimşek Z. Şanlıurfa çocuk yuvası ve çocuk evlerinde bağırsak parazitleri yaygınlığının incelenmesi. 17. Ulusal Parazitoloji Kongresi, 4-10 Eylül 2013, Kars, Kongre Kitapçığı, 285.
27. Turgay N, Ünver Aysegül, Töz S, Aydoğdu S. İmmunsuprese çocuklarda fırsatçı intestinal parazitler. 17. Ulusal Parazitoloji Kongresi, 4-10 Eylül 2013, Kars, Kongre Kitapçığı, 285-286.
28. Yazga S, Çetinkaya Ü, Şahin İ. İlköğretim Çağı Çocuklarında Enterobius Vermicularis Yaygınlığı Ve Çeşitli Semptomlar İle İlişisinin Araştırılması. 18. Ulusal Parazitoloji Kongresi, 29 Eylül -5 Ekim 2013, Denizli, Kongre Kitapçığı, 181
29. Yentür Doni N, Yıldız Zeyrek F, Şimşek Z, Zeyrek D. Çocuklarda bağırsak parazitlerinin anemiye etkisi. Türkiye Parazit Derg. 2014, 38(2):85-90.

CİNSEL YOLLA BULAŞABİLEN HASTALIKLAR

Pınar Baysal

Uzm.Dr. Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü

Ülkemizde cinsel yolla bulaşabilen hastalıklar (CYBH) konusunda az sayıda yayınlanan resmi veriler ve yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, CYBH'nin günümüzde hala önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam ettiği göze çarpmaktadır (Tablo. 1-2).

HIV/AIDS: 2013 WHO Sağlık İstatistiklerine göre Türkiye'de 2001 yılı HIV prevalansı yüzbinde 2,8 iken 2011 yılında yüzbinde 7.4 olarak belirtilmiştir(8). Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 30 Haziran 2003 tarihinde ülkedeki HIV taşıyıcılarının sayısı 1123 ve AIDS vakalarının sayısı 477'dir(9). WHO verilerine göre ise ülkemizde 2011 yılı sonunda toplam 4382 HIV + kişi bulunmakta, 59 anne-çocuk bulaşı bildirilmiştir. 2011 yılı HIV olgularında bulaş yolunun %78'inin heteroseksüel yolla olduğu bildirilmiştir. WHO tahminine göre 2011 yılında ülkemizde 5500 (4000-7600) HIV + kişi yaşamaktadır(10). ECDC verilerine göre 2012 yılında Türkiye'de toplam 5650 kişi HIV(+) lidir. Bu kişilerin 3840 ı erkektir. Ayrıca bildirimlerin başladığı zamandan 2012 ye kadar toplam 1016 AIDS hastasına ulaşıldığı ECDC raporunda bildirilmektedir(4). THSK dan Dr. M.A. Torunoğlunun sunumuna göre ise 1985- 2013 yılları arasında toplam 7050 vaka bulunmaktadır¹¹ (şekil:1). Vakaların yaş, cinsiyete ve bulaş yollarına göre dağılımları şekil 2 ve şekil 3 te izlenebilmektedir.

Son yıllarda D86 formu ile toplanan bilgilerle değerlendirme zorlukları ve artan vakalar sonucunda HIV/AIDS bilgi sistemi geliştirilmiştir¹¹. Avrupa Birliği, DSÖ Avrupa Bölgesi insidanslarıyla karşılaştırdığında ülkemizdeki HIV insidansı çok düşük seviyelerde görülmektedir ancak bu HIV/AIDS'in ülkemiz açısından önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğu gerçeğine gölge düşürmemelidir (şekil

Hepatit B: Hep.B de aşılama çalışmalarının yaygın ve başarılı bir şekilde yürütülmesi ile, vaka sayılarının ve insidans hızlarının azalma eğiliminde olduğu dikkat çekmektedir (Tablo. 1, Tablo.3, Şekil 5).

Hepatit C: Bir diğer hepatit virüsü olan HCV'nin ülkemizdeki durumunu incelediğimizde resmi verilerdeki HCV insidans değişimleri ile yapılan araştırmalar birlikte değerlendirildiğinde veri kalitesinde ve bildirimlerde bir sorun olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle kronik hepatitte HCV etkisindeki artış pek çok araştırmacının dikkatini çekmiştir ancak bu noktada tanısal testlerdeki gelişmelerin etkisi göz ardı edilmemelidir. HCV prevalansının ülkemizde %1-2 arasında olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (12,13).

Son yayınlanan sağlık istatistiklerine göre hepatit olgularının yerleşim yeri ve yıllara göre dağılımı Tablo.4'de görülmektedir.

Gençlerin cinsel yolla bulaşabilen enfeksiyonlar konusunda bilgi kaynaklarının kitap-dergi-internet-tv olduğu ancak bilgi düzeylerinin yeterli seviyede

olmadıkları, en sık bilinen hastalığın AIDS ve Hepatit olduğu ama genital siğil (HPV), genital herpes, klamidya, trichomonas gibi etkenlerin ve HPV aşısının daha az bilindiği saptanmıştır (9,16,17,18). Yapılan bir hizmet araştırmasında kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça CYBE bilgilerinin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır(19). AIDS hastalığının yaygın olarak bilinmesine rağmen son yıllardaki insidans hızındaki artış dikkat çekmektedir(şekil:2). Bu nedenle CYBE/HIV virüsünün bulaş yolları, AIDS hastalığı konusunda öncelikli olarak riskli gruplar (heteroseksüel ilişki, erkekler, homoseksüel/ biseksüel ve damardan madde bağımlıları, kan merkezi- laboratuvar çalışanları) olmak üzere toplumda farklı kesimlerde, belirlenen öncelikli bölgeler kuzey, güney ve batı bölgeleri olmak üzere tüm yurttaki eğitim programlarının yürütülmesi önem arz etmektedir(9). (Şekil:3 ve 4) Nitekim çeşitli gruplarda yapılan CYBE/HIV/AIDS eğitimlerinin faydalı ve etkin olduğu saptanmıştır(19,20). 1996 yılında kurulan 31 farklı sektörden üyenin olduğu *Ulusal AIDS Komisyonunca* hazırlanan eylem planında çeşitli aktivitelere yer verilmekte ayrıca farklı gruplara eğitim konusuna ayrı bir önem verilmektedir(21). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı 2005-2015 stratejik eylem planı çerçevesinde CYBE ile ilgili çeşitli hedefler, planlar yapılmıştır(9).

Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017) de ise Ulusal AIDS eylem programını iyileştirmek ve 2017 yılına kadar AIDS insidansını yüzbinde 0,1 in altına düşürmek hedeflenmiştir(22).

Uygulanan Kansere Tarama Programlarının Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Üzerine Etkisi:

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığınca uygulanmaya konulmuş olan Kansere Tarama Programları çerçevesinde 30-65 yaş arası kadınlara KETEMlerde yapılan serviks kanseri taramasında 2 farklı test uygulanmaktadır:

a- Pap smear testi ile hem cinsel yolla bulaşabilen hastalıkların tanısı hemde serviks kanserinin erken tanısı mümkün olmaktadır.

b- HPV taraması ile serviks kanserinin neredeyse %100ünden sorumlu olan ve cinsel yolla da bulaşabilen, hastanelerde yapılan bazı çalışmalarda sıklığının yaklaşık %1.8 olduğu belirlenmiş olan(23) HPV nin DNA analizi ile tiplendirmesi yapılacak böylece smear testinden daha duyarlı bir test kullanılarak erken tanı ve tedavi imkanı yaratılmış olunacaktır.

CYBE larda buzdağının görünmeyen hastalığı sifiliz: kan donörlerinde yapılan (toplumu temsil etmeyen örnek gruplar) çalışmalarda sifilizin yüksek oranlarda saptanması, laboratuvarlarda tespit edilen vakaların düşük oranda bildiriminin yapılması, hastanelerde son yıllarda takip edilen sifiliz olgularının sayılarının artmış olması toplumda sifilizin gerçek insidans ve prevalansının varsayılanın üzerinde olabileceğini düşündürmektedir.^{12,24-26}

Sonuç: Ülkemizde CYBE konusunda bilgi düzeyi eksikliğinin olduğu, eldeki resmi verilere göre HBV insidansında azalma görülürken özellikle HIV/AIDS insidansında artışın olduğu ve diğer CYBH etkenlerinin de toplumda sık görüldüğü belirlenmiştir. Veriler ve yapılan araştırmalar birlikte değerlendirildiğinde gelecek yıllarda da CYBH lar toplum sağlığını tehdit etmeye devam edecektir.

Tablo. 1 WHO ve OECD verilerine göre Türkiye’de cinsel yolla bulaşan hastalık verileri (100000 de)^{1,2}

WHO verileri	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gonore	1.29	1.41	1.37	0.62	1.44	1.45	2.27	0.74	0.7	0.21	-	-	-
HB	6.47	8.64	8.88	7.85	10.34	12.71	-	-	8.25	6.92	4.26	-	-
HC	-	-	-	-	-	-	1.54		1.33	0.02	0.83	-	-
Sifiliz	5.21	5.24	5.17	5.69	0.52	1.17	1.02	1.34	0.93	0.98	-	-	-
Clamidya						0.22	0.41	0.29	0.23	0.14	-	-	-
Herpes Simplex	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HPV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OECD Verileri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hep B ²	6.1	8.1	8.3	7.3	9.5	12.8	10.1	9.1	8.2	6.9	4.2	3.8	3.6

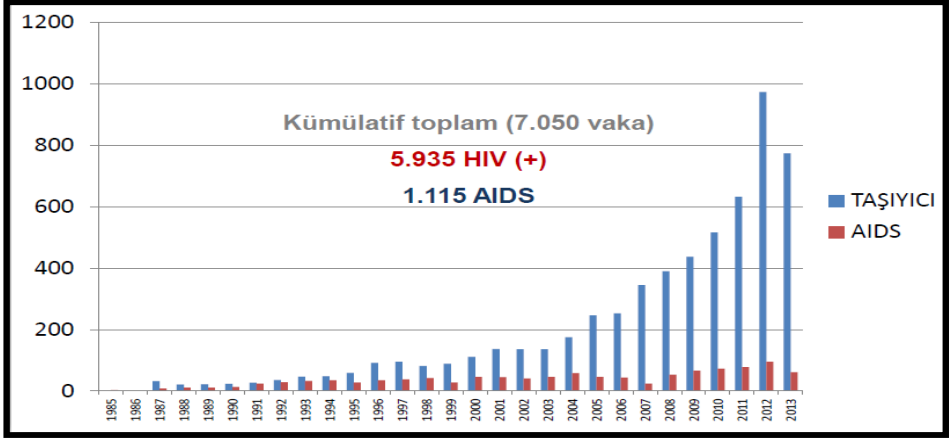
Tablo. 2 Yıllara Göre WHO ve OECD Türkiye HIV/AIDS verileri ^{2, 3, 4}

WHO Verileri³	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AIDS hasta sayısı	44	55	32	30	30	55	67	60	80	95 ⁴
AIDS nedenli ölümler	5	7	4	2	0	0	0	0	0	-
Yeni tanı HIV(+)	141	201	271	276	348	395	470	523	653	880 ⁴
HIV Test sayısı	1139509	1207258	1881750	1908257	1998163	-	-	-	-	-
ECDC Verileri										
İnsidans (%000) ⁴				0.4	0.5	0.6	0.7			1.4
OECD Verileri²	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AIDS Hasta sayısı	52	47	37	35	24	49	75	70	80	89
İnsidans (%000)	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

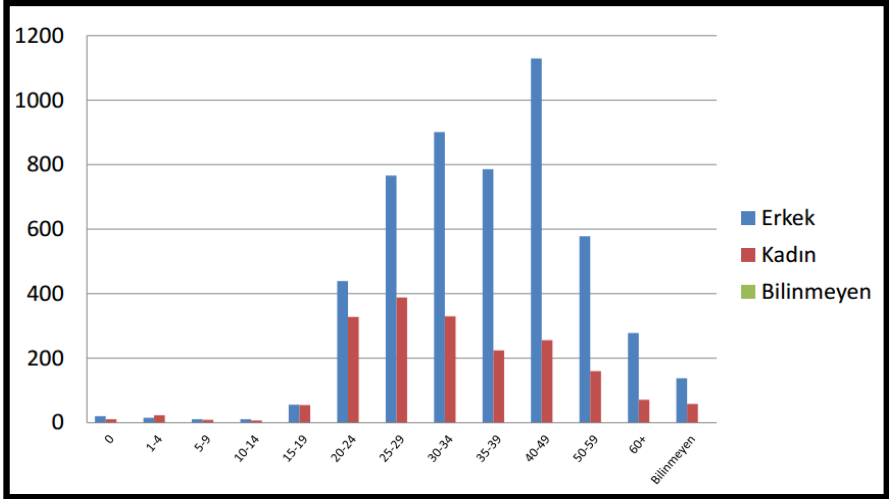
Tablo. 3 Türkiye sağlık istatistiklerine göre cinsel yolla bulaşabilen enfeksiyonların yıllara göre dağılımı^{5, 6, 7}

İnsidans (%000)	Yıllar							
	2002	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hep B	8.26	10.05	9.14	8.18	6.90	4.2	-	-
AIDS	0.07	0.05	0.03	0.07	0.10	0.09	0.11	0.12
HIV	0.22	0.37	0.50	0.56	0.62	0.76	-	-
Hasta sayıları								
Hep B	5813	6612	6451	5849	5005	3099	-	-
AIDS	48	35	24	49	75	70	80	89
HIV	142	255	352	401	453	557	-	-

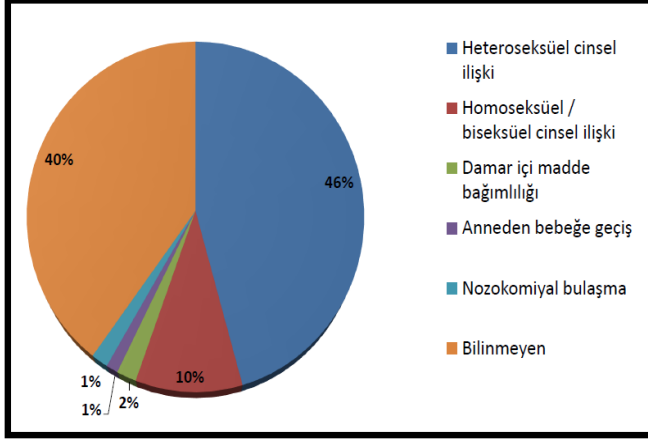
Uluslararası ve ulusal çeşitli kurum ve kuruluşların ülkemiz CYBH verileri çeşitlilik göstermektedir (Tablo. 2-3).



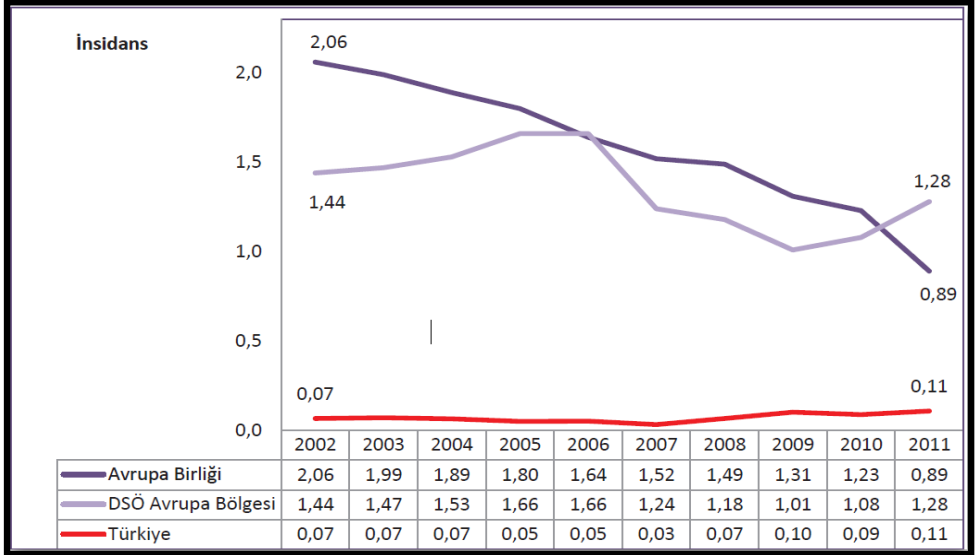
Şekil:1 Ülkemizde Yıllara Göre HIV/AIDS Vaka Dağılımı (1985-2013)¹¹



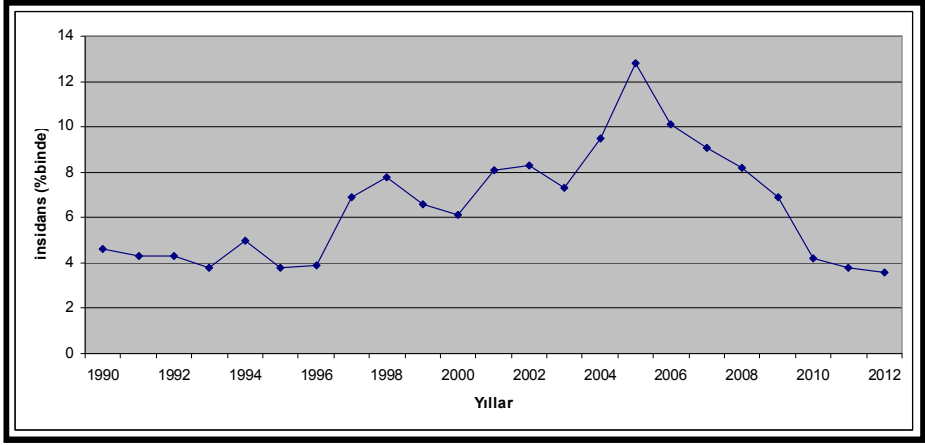
Şekil: Ülkemizde yaş ve cinsiyete göre HIV/AIDS Vaka Dağılımı (1985-2013)¹¹



Şekil:3 Ülkemizde Olası Bulaş Yollarına Göre HIV/AIDS dağılımı (1985-2013)¹¹



Şekil: 4 Yıllara Göre AIDS İnsidansının Uluslararası karşılaştırması (100bin nüfus)⁷

Şekil: 5 OECD verilerine göre yıllara göre Hepatit B insidansları (100000de)²

Tablo:4 Sağlık İstatistiklerinde Ülkemizde Hepatit Olgularının Dağılımı (15 yaş üzeri) (%)

Hepatit tanısı alanlar	Kır			Kent			Türkiye		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
2010 ¹⁴	2.2	1.3	1.7	1.6	1.1	1.4	1.8	1.2	1.5
2012 ¹⁵	0.9	0.6	0.7	1.1	0.7	0.9	1.0	0.7	0.8
Hepatit hastalığı olanlar									
2010 ¹⁴	2.2	1.3	1.8	1.6	1.2	1.4	1.8	1.2	1.5
2012 ¹⁵	0.9	0.6	0.7	1.2	0.7	1.0	1.1	0.7	0.9

Kaynaklar

- 1- Sexually transmitted infections (STI). <http://tinyurl.com/l9m5bw6> (erişim tarihi: 08.08.2014)
- 2- Communicable diseases. <http://tinyurl.com/n7cwblx> (erişim tarihi: 08.08.2014)
- 3- HIV/AIDS. <http://data.euro.who.int/CISID/> (erişim tarihi: 17.08.2014)
- 4- HIV/AIDS Surveillance in Europe 2012. Erişim yeri:<http://tinyurl.com/o52voaa> (erişim tarihi: 20.08.2014)
- 5- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Erişim yeri:<http://tinyurl.com/o28323x> (Erişim tarihi: 07.08.2014)
- 6- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Erişim yeri:<http://tinyurl.com/qhal72n> (Erişim tarihi: 07.08.2014)
- 7- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Erişim yeri:<http://tinyurl.com/pz953vf> (Erişim tarihi: 07.08.2014)
- 8- WHO Health Statistics 2013. Erişim yeri: <http://tinyurl.com/k2x5lbf> (Erişim tarihi: 18.08.2014)
- 9- Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015. Erişim yeri:<http://tinyurl.com/lgf7h7n> (Erişim tarihi: 06.08.2014)
- 10- Key Facts On Hiv Epidemic In Turkey And Progress In 2011. Erişim yeri: <http://tinyurl.com/mpuo5u2> (Erişim tarihi: 11.08.2014)
- 11- Dr. M. Ali TORUNOĞLU Kurum Başkan Yardımcısı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- 2 Aralık 2013 – ANKARA sunumu. Erişim yeri:<http://tinyurl.com/q5u439t> (Erişim tarihi: 06.08.2014)
- 12- Bulut N, Yenişehirli G, Bulut Y. Tokat İli Kan Donörlerinde Hepatit B, Hepatit C, HIV ve Sifiliz Seroprevalansı. Viral Hepatit Dergisi 2012; 18(1): 11-4.
- 13- Barut HŞ, Gunal O. Dunyada ve Ulkemizde Hepatit C Epidemiyolojisi. Klimik Dergisi 2009; 22(2): 38-43.
- 14- TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2010. Erişim yeri:<http://tinyurl.com/p94q4v7> (Erişim tarihi: 18.08.2014)
- 15- TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2012. Erişim yeri:<http://tinyurl.com/p7zklye> (Erişim tarihi: 18.08.2014)
- 16- Ekşi Z, Kömürcü N. Knowledge Level Of University Students About Sexually Transmitted Diseases. Procedia - Social and Behavioral Sciences 122(2014)465 – 472.

17- DurusoyR, Yamazhan M, Taşbakan M, Ergin I, AysinM, Pullukçu H, Yamazhan T. HPV Vaccine Awareness and Willingness of First-Year Students Entering University in Western Turkey

Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 11, 2010. pg.1-6.

18- Çetin O, Verit FF, Keskin S, Zebitay AG, Deregözü A, Usta T, Yücel O. Ergen kızların human papilloma virüsü ve aşısı hakkındaki bilgi düzeyleri.Türk Ped Arş 2014; 49: 142-7.

19- Türkiye de CYBE önemli enfeksiyonlar ve HIV ile ilgili hizmet araştırması 2007. Erişim yeri:

<http://tinyurl.com/q89ekgd> (Erişim tarihi: 06.08.2014)

20- Çitak G G, Zülfiar D K.The effectiveness of hiv-aids informative education conducted at high schools. Procedia Social and Behavioral Sciences 1 (2009) 2086–91.

21- Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS. Erişim yeri:<http://tinyurl.com/l7sdarw> (Erişim tarihi: 06.08.2014)

22- Sağlık Bakanlığı Stratejik Eylem Planı 2013-2017. Erişim yeri:<http://tinyurl.com/nncwgq6> (Erişim tarihi: 13.08.2014)

23- Akman Özgür, Ceylan Özgür Ozan, Gülşen Burak, Şahingözü Can (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayşen Terzi) Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve PAP Testin Önemi. Erişim yeri:<http://tinyurl.com/m8bvwwz>. (Erişim tarihi: 15.08.2014)

24- Durusoy R, Karababa A.O. Completeness of hepatitis, brucellosis, syphilis, measles and HIV/AIDS surveillance in Izmir, Turkey. BMC Public Health 2010, 10:71

25- Karabacak E, Acar A, Aydın E, Doğan B. Bir eğitim araştırma hastanesinde 1996-2012 yılları arasındaki sifiliz olgularının değerlendirilmesi. Türkderm 2014; 48: 67-70

26- Ziver T, Yüksel P, Güngördü Z, İzmirli S, Çelik D G1, Abdelkareem A, Sarıbaş S, Yakar H, Aslan M, Kocazeybek B S.Sifiliz enfeksiyonlarının tanısında kullanılan Rapid Plasma Reagin (RPR) ve *Treponema pallidum* Hemaglutinasyon Assay (TPHA) Test Sonuçlarının 2005-2010 Yılları Arasındaki Değerlendirilmesi. Turk Hij Den Biyol Derg 2011; 68 (1): 1 – 7.

YENİ ORTAYA ÇIKAN VE YENİDEN ORTAYA ÇIKAN BULAŞICI HASTALIKLAR

Hilal Adıgüzel^a, Raika Durusoy^b

^aAraş.Gör.Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bDoç.Dr, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve kapsam

Yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar, 1) daha önce insanlarda görülmemiş olan (belirlenmesi zordur ve nadirdir), 2) insanlarda daha önceden görülmüş olan ancak çok izole alanlarda çok az sayıda kişiyi etkileyen (örneğin AIDS ve Ebola hemorajik ateşi), 3) insanlık tarihi boyunca var olmuş olan ancak yakın zamanda enfeksiyöz bir etkene bağlı olduğu anlaşılan (örneğin Lyme hastalığı ve mide ülseri) hastalıklardır.¹ Ülkemiz açısından bu tanımlara son yıllarda önemi artan Kırım Kongo kanamalı ateşi, Lyme hastalığı, norovirüs enfeksiyonu, tularemi uyabilecektir ve Nisan 2011 yönetmeliğiyle bildirim zorunlu hale gelen diğer hastalıklardan Batı Nil virüsü enfeksiyonu, Hantavirüs enfeksiyonu ve Q ateşinin yeni görülmeleri nedeniyle bildirim sistemine dahil edildikleri anlaşılmaktadır.² MERS-coV ve Ebola da ülkemizde yeni ortaya çıkma olasılıkları nedeniyle aynı kapsamda ele alınabilir.

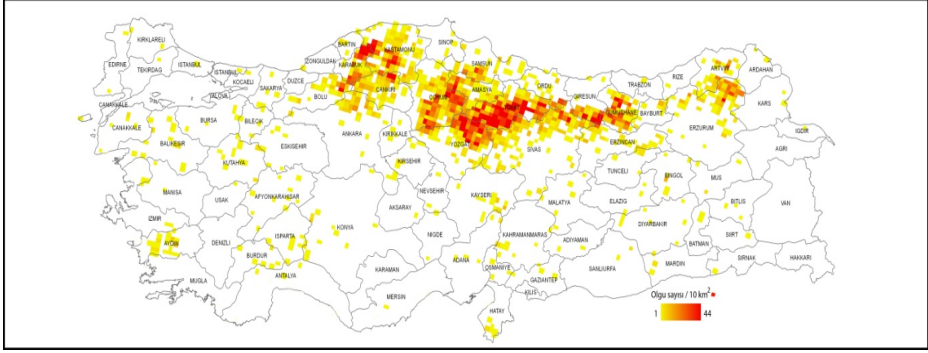
Yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar ise geçmişte dünyada veya bir ülkede ciddi sağlık sorununa yol açmış olan, ardından dramatik azalış gösteren ve yeniden toplumun önemli bir kesiminde sağlık sorunu oluşturmaya başlayan hastalıklardır. Tipik örnekleri sıtma ve mikobakterinin direnç geliştirmesi sonucu tekrar yayılmaya başlayan tüberkülozdur.¹ Bu tanıma göre ülkemiz açısından kızamık ve tüberküloz, yeniden görülen bulaşıcı hastalıklar tanımına uymaktadır. Suriye’de görülen olgular nedeniyle çocuk felcinin de yeniden görülme riski artmıştır.

Bu bölümün bir sınırlılığı, 2007 yılından bu yana süreyans verilerinin yayınlanmaması nedeniyle hastalıkların yeni veya yeniden ortaya çıkma durumlarına dair sistematik bir değerlendirme yapılamamış olmasıdır.

Türkiye’de Yeni Ortaya Çıkan ve Çıkabilecek Bulaşıcı Hastalıklar

Kırım Kongo kanamalı ateşi

Türkiye’de ilk kez Mayıs 2002’de Tokat ilinde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) görülmüştür. 2002 - 2013 yıllarında Türkiye’de görülen Mayıs 2002 - Haziran 2012 arasında toplam 8102 olgu bildirilmiş ve 397’si ölümlü sonuçlanmıştır (fatalite %4,9).³ Hastalık belli bölgelerde yoğunlaşmaktadır (Şekil 1). Endemik bölgelerde tahmini seroprevalansın %10-19,6 arasında olduğu bildirilmiştir.⁴



Şekil 1. Türkiye’de KKK olgularının yoğunluğa göre dağılımı (10 km² alan başına düşen olgu sayısı)⁵

Lyme hastalığı

Lyme hastalığı, *Borrelia burgdorferi*’nin neden olduğu bir zoonozdur. Türkiye’de 1990-2006 yılları arasında toplam 20 Lyme hastası bildirilmiştir. Bildirimi zorunlu olmayan ve az bilinen bir hastalık olduğundan ülkemizde insidans ve prevalansının düşük olduğunu ileri sürmek yanlış olur. Yapılan çalışmalarda riskli gruplarda ülkemiz genelinde seropozitiflik %7,8 ile %35,9 arasında bulunmuştur.⁶ İlk kez 2010 yılında üç hastada serolojik testlere ek olarak kültürde etken gösterilebilmiştir. Bu vakalardan ikisi İstanbul’da yaşarken, biri ABD’den emporte vaka olarak raporlanmıştır.⁷

Norovirüs enfeksiyonu

Norovirus (NoV) gastroenterit ve su/yiyecek kaynaklı tüm yaş gruplarını etkileyen salgınların tüm dünyada önde gelen nedenlerinden olsa da non-bakteriyel gastroenteritler için uygun survekans sistemi yokluğu nedeniyle Türkiye’de 2008 yılına kadar bir NoV salgını raporlanmamıştır. Mayıs 2008’de ilk olarak Aksaray, ardından Şereflikoçhisar, Kırşehir ve Adana’da bakteriyel veya parazitik ajan saptanamayan gastroenterit vakalarından yapılan örneklemelerde nedenin %33 NoV nedenli olduğu saptanmıştır.⁸ Ocak 2011 - Aralık 2012 tarihleri arasında akut viral gastroenterit tanısı alanlarda yapılan bir çalışmada ise hastaların %8.1’inde norovirüs pozitifliği saptanmıştır.⁹

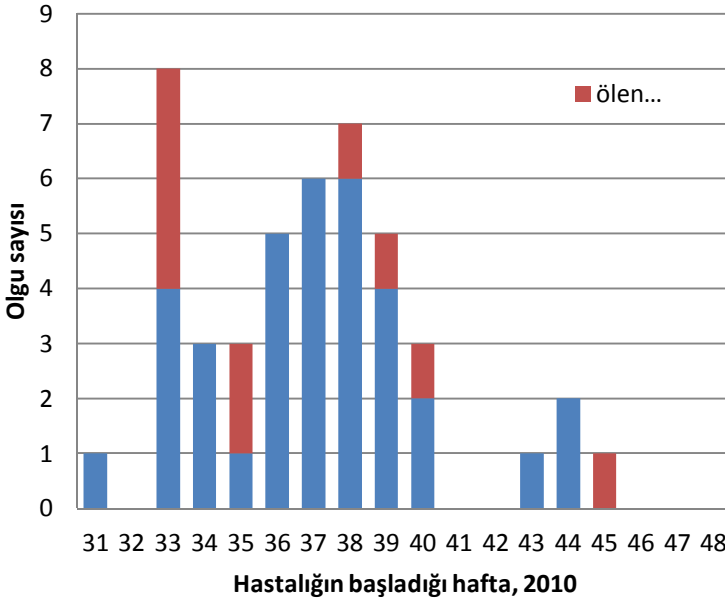
Tularemi

Etkeni *Francisella tularensis* olan tulareminin Türkiye’de yaptığı ilk salgın 1936 yılında Lüleburgaz’da görülmüştür. Bilinen en büyük çaplı salgın ise 1953 yılında Antalya’da gerçekleşmiştir. Tularemi 2005 yılından beri bildirimi zorunlu hastalıklar arasında yer almaktadır. 2010-2011 yıllarında web tabanlı survekans sistemine geçilmesi ve olasılıkla farkındalık artışı nedeniyle tularemi bildirimlerinde önemli bir artış görülmüştür. 2012 yılında ise 601 tularemi vakası raporlanmıştır.¹⁰ Ülkemizde bilinen son tularemi salgını Temmuz – Ağustos 2013 aylarında Bayburt’ta içme suyu kaynaklı olarak gerçekleşmiş ve 122 şüpheli, 16 olası ve 39 kesin olgu saptanmıştır. Köyde atak hızı %19 olarak hesaplanmıştır.¹¹

Türkiye’de tularemi olgularının dağılımı ve görülme sıklığı ile ülkemizde iklimi ve yağış miktarını dolaylı olarak etkileyen Kuzey Atlantik Salınımı arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Buna göre olgular, ülkenin Kuzey Atlantik Salımı’ndan daha fazla etkilenen bölgelerinde yoğunlaşmaktadır ve yağışın arttığı yıllar olgu sayıları artarken yağışın azaldığı yıllar olgu sayısında da azalma görülmektedir.¹²

Batı Nil virüsü enfeksiyonu

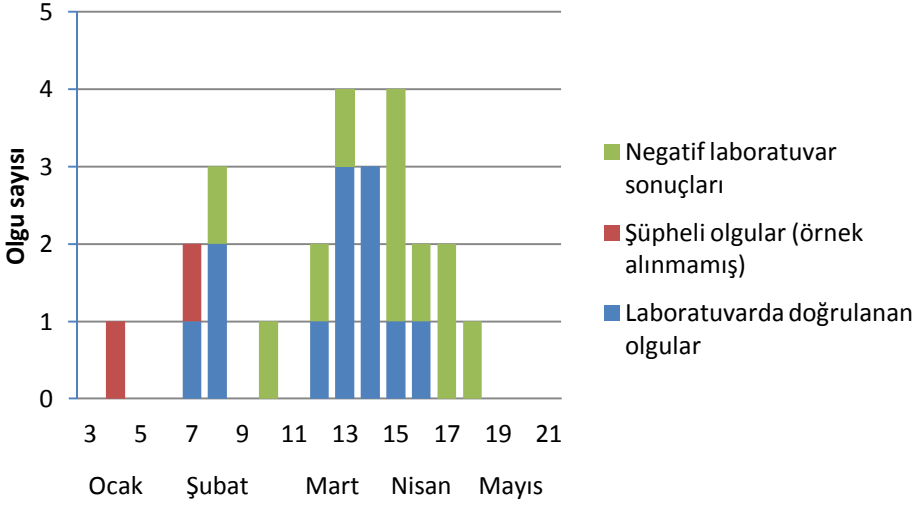
Türkiye’de ilk kez Ağustos 2010’da Manisa’da nedeni bilinmeyen ansefalit vakalarında artış üzerine yapılan araştırmalarda 12 şüpheli olgudan dördünde Batı Nil Virüsü enfeksiyonu tespit edilmiştir. 2010 - 2011 yılları arasında 47 vaka görülmüş ve bu vakalardan 10’u ölmüştür (Şekil 2). Fatalite hızı %21’dir.¹³



Şekil 2. Hastalığın başladığı tarihe göre Batı Nil virüsü enfeksiyonu olguları, Türkiye, 28 Haziran-31 Aralık 2010

Hantavirüs enfeksiyonu

Türkiye’de 2009 yılı öncesi bilinen olgu yokken 2009 yılında Zonguldak, Bartın’da 25 hantavirüs enfeksiyon şüpheli olgu saptanmıştır. İki olgu örnek alınamadan ölmüş ve 23 olgunun 12’sinde seropozitiflik saptanmıştır. Fatalite hızı %8’dir. Bartın ilinde daha sonra yapılan araştırmalarda riskli grupta seroprevalans %5,2 olarak bulunmuştur.¹⁴



Şekil 3. Bildirim haftasına göre Türkiye’de şüpheli hantavirüs enfeksiyonu olgularının dağılımı, Ocak-Mayıs 2009

Q ateşi

Q ateşi, daha çok sporadik veya küçük çaplı salgınlar halinde rastlanan ve Coxiella burnetii’nin etken olduğu bir zoonotik hastalıktır. Türkiye’de bilinen ilk salgın 1947 yılında bugün Aksaray’a bağlı olan Ozancık köyünde gerçekleşmiştir. Yakın dönemde, 4 Mayıs - 8 Ağustos 2002 tarihleri arasında Karadeniz bölgesinde bir salgın gerçekleşmiştir. İncelenen 46 akut ateşli hastanın 19’unda etken tespit edilmiş ve 7 kişi akut Q ateşi olarak raporlanmıştır.¹⁵

Türkiye’de bilinen üçüncü salgın, 2013 yılında Yalova’da gerçekleşmiştir. Yalova’da 1 Nisan-15 Haziran 2013 tarihleri arasında yapılan salgın incelemesinde 120 Q ateşi şüpheli olgu saptanmıştır. Laboratuvar testi uygulanan 93 kişinin 58’inde pozitiflik saptanmıştır. Hastalığın atak hızı %0,02 olarak belirlenmiştir. Besi hayvanlarıyla yakın temas ve süt ürünlerinden kuşkulı olmakla beraber salgının kaynağı netleştirilememiştir.¹⁶

MERS-coV

İlk defa 2012 yılında Suudi Arabistan’da tanımlanan yeni bir coronavirüsün neden olduğu bulaşıcı solunum yolu hastalığıdır. Özellikle hac ve umre amaçlı Suudi Arabistan’a gidilmesi Türkiye’de de bu hastalıkla karşılaşma olasılığını ortaya çıkarmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre belirlenen şüpheli olgu sayısı 570 olmakla birlikte henüz hastalık tanısı alan olmamıştır.¹⁷

Ebola virüsü hastalığı

Son olarak, 2014 yazında dünya gündemini çok meşgul eden Ebola enfeksiyonuna dair ülkemizde henüz açıklanan olgu bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü’nün

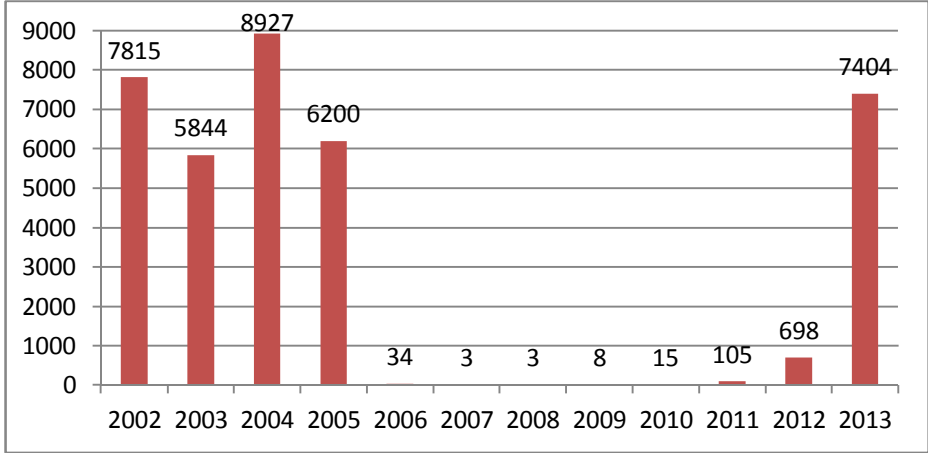
http://www.seyahatsagligi.gov.tr/page/who/who_hastalik.aspx bağlantısında salgınla ilgili güncellemeler sık aralıklarla yayınlanmaktadır.

bağlantısında

Türkiye’de Yeniden Ortaya Çıkan ve Çıkma Olasılığı Bulunan Bulaşıcı Hastalıklar

Kızamık

DSÖ Avrupa Bölgesi’nin bir bileşeni olarak ülkemizde 2002 yılında başlatılan kızamık eliminasyon programı ile 2010 yılı sonuna dek hastalığın eliminasyonu hedeflenmekteydi. Ancak birçok Avrupa ülkesinde bu sürenin sonuna doğru salgınlar yaşanmıştır. Türkiye’de 2006-2010 arasında hastalık çok sınırlanmışken 2011 yılında 111 olgu ile İstanbul’da sınırlı kalan bir salgın yaşanmış, 2012-13 kış döneminde ise ülke genelinde toplam 8000’den fazla kişiyi etkileyen bir salgın yaşanmıştır (Şekil 2).



Şekil 4. Türkiye’de kızamık olgu sayıları, 2002-2013

Ancak Türkiye’de olguların yarısından fazlasının beş yaşın altında olmasına karşılık Avrupa’da görülen salgınlarda genç erişkin yaş grubunun daha ağırlıkta olması, ülkemizde son beş yılda bebek-çocuk aşılamalarında aksaklıklar yaşandığına işaret etmektedir.^{18,19}

İstanbul özelinde ise 2013 yılında görülen olgularla ilgili yapılan sekansiyel prospektif mekan-zaman analizine göre iki kümelenme belirlenmiş, ilk kümelenme 6-8. haftalarda Sultangazi ilçesinde, özellikle göçmenlerin yoğun olduğu mahallelerde saptanmış, ikinci ve daha büyük kümelenme ise 16-29.haftalar arasında Fatih ilçesinde aşı reddinin çok yüksek olduğu, çocukların okul yerine kurslara gönderildiği mahallelerde saptanmıştır²⁰.

Tüberküloz

Tüberküloz uzun yıllardır tüm Dünya'nın önde gelen bulaşıcı hastalık sorunlarından biridir. 2005 yılından bu yana ülkemiz tüberküloz olgu sayılarında gerileme görülmektedir. 2010 yılında toplam tüberküloz olgu hızındaki yıllık değişim %6,4'tür. Buna rağmen tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çok ilaca dirençli tüberküloz (ÇİD-TB) olgularında artış olmaktadır.²¹ Tüm olgular bazında bakıldığında artış görülmezken önceden tedavi görmüş tüberküloz hastalarında ilaç direnç oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ve bu grupta ÇİD-TB oranı yıllar içinde istatistiksel anlamlı artış göstermektedir (Eğimde ki kare $p=0,0011$).

Tablo 1. Yeni, önceden tedavi görmüş ve tüm olgularda çok ilaca dirençli tüberküloz oranları

Yeni, Önceden Tedavi Görmüş ve Tüm Olgularda Çok İlaça Dirençli Tüberküloz (ÇİD-TB) Oranları

Yıl	Yeni Olgular			Önceden Tedavi Görmüş Olgular			Tüm Olgular		
	İDT Yapılan	ÇİD-TB	%	İDT Yapılan	ÇİD-TB	%	İDT Yapılan	ÇİD-TB	%
2005	3.237	101	3,1	508	90	17,7	3.745	191	5,1
2006	4.135	131	3,2	711	118	16,6	4.846	249	5,1
2007	4.134	120	2,9	775	120	15,5	4.909	240	4,9
2008	4.218	125	3,0	740	138	18,6	4.958	263	5,3
2009	3.714	99	2,7	599	123	20,5	4.313	222	5,1
2010	4.342	110	2,5	615	140	22,8	4.957	250	5,0
2011	4.221	116	2,7	602	146	24,3	4.823	262	5,4
2012	4.742	151	3,2	641	140	21,8	5.383	291	5,4
2013	4.938	123	2,5	591	105	17,8	5.529	228	4,1

*Yüzdelere İNH ve RİF için (her ikisine) ilaç duyarlılık testi (İDT) yapılan hasta sayısı üzerinden alınmıştır.

Kaynaklar

1. NIH [internet]. Understanding Emerging and Re-emerging Infectious Diseases. NIH Curriculum Supplement Series <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20370/> Erişim tarihi: 22.07.2014
2. Sağlık Bakanlığı. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans Ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011
3. Sezen F. Sağlık Personeline Verilen Eğitimlerin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Bilgi Düzeyine Etkisi. II. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı, Ankara, 15-17 Nisan 2014
4. Yağcı-Çağlayık D, Korukluoğlu G, Uyar Y. Seroprevalence and risk factors of Crimean-Congo hemorrhagic fever in selected seven provinces in Turkey. *J Med Virol*. 2014 Feb;86(2):306-14.

5. TTB. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Bilimsel Değerlendirme Raporu, Ankara, 2010.
6. Şen E. Lyme Hastalığı Epidemiyolojisi. Türk Mikrobiyol Cem Derg (2006) 36 (1) : 55 – 66
7. Polat E, Turhan V, Aslan M, Müsellim B, Önem Y, Ertuğrul B. Türkiye’de İlk Kez Etkenleri Kültürde Üretilen Üç İnsan Lyme Hastalığı Olgusu, Mikrobiyol Bul 2010; 44: 133-139
8. Uyar Y, Çarhan A, Özkaya E, Ertek M, Türkiye’de 2008 Yılında Ortaya Çıkan İlk Norovirus Salgınının Laboratuvar Sonuçlarının Değerlendirilmesi Mikrobiyol Bul 2008; 42: 607-615
9. İnan N, Kabakoğlu Ünur E, Demirel A, Mamçu, D, Sönmez E, Arısoy A. Akut Viral Gastroenterit Öntanılı Vakalarda Rotavirus, Adenovirus Ve Norovirus Sıklığının Araştırılması ANKEM Derg 2014;28(1):14-19
10. Aktaş D. Tularemi Sürveyans Verilerinin Değerlendirilmesi Türkiye-2012. II. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı, Ankara, 15-17 Nisan 2014
11. Aktaş D, Çelebi B, Tutuş C, Öztürk H, Şebeke Suyu Tüketimine Bağlı Orofarengeal Tularemi Salgını-Sancaktepe Köyü, II. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı, Ankara, 15-17 Nisan 2014
12. Ölgün MK, Kılıç S, Kurtcebe Ö, Çelebi B, Torunoğlu MA, Doğanay M. "Effects of Climate Variability on Tularemia outbreaks in Turkey: A preliminary study", International Symposium on Francisella Tularensis and Tularemia, 19 - 22 Haziran 2013, Nevşehir.
13. Kalaycıoğlu H, Korukluoğlu G, Özkul A, Oncul O, Tosun S, Karabay O, Gozalan A, Uyar Y, Çağlayık DY, Atasoylu G, Altas AB, Yölbakan S, Özden TN, Bayrakdar F, Sezak N, Pelitli TS, Kurtcebe ZO, Aydın E, Ertek M. Emergence Of West Nile Virus Infections In Humans In Turkey, 2010 To 2011 Eurosurveillance, Volume 17, Issue 21, 24 May 2012
14. M Ertek, T Buzgan. An Outbreak Caused By Hantavirus In The Black Sea Region Of Turkey, January – May 2009 Eurosurveillance, Volume 14, Issue 20, 21 May 2009
15. Gozalan A, Esen B, Rolain JM, Akin L, Raoult D. Is Q fever an emerging infection in Turkey? East Mediterr Health J. 2005 May;11(3):384-91.
16. Aktaş D, Barlas B, Demirbilek Y, Çelebi B, Temel F, Köseoğlu S, Yalova İlinde görülen Q Ateşi Vakalarının Tanımlayıcı Özellikleri, 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, sayfa 287
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [internet]. Halk Sağlığına Yönelik Bilgiler, Erişim; <http://thsk.saglik.gov.tr/mers/1410-%C3%BClkemiz-mers%E2%80%99e-kar%C5%9F%C4%B1-hangi-%C3%B6nlemleri-almaktad%C4%B1r.html>, Erişim tarihi: 03.09.2014
18. DSÖ [internet] Centralized Information System for Infectious Diseases (CISID) <http://data.euro.who.int/cisid/>, Erişim tarihi: 2 Mart 2014
19. HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu. Kızamık Raporu, Şubat 2013
20. Göktepe A. İstanbul’da Bebeklerin Aşılınması Kızamık Bulaşını Azalttı mı? II. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı, Ankara, 15-17 Nisan 2014
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı. Türkiye’de Verem Savaşı 2012 Raporu. Ankara, 2013

BULAŞICI HASTALIKLARIN SÜRVEYANSINDA GELİŞMELER, DEĞİŞİKLİKLER

Raika Durusoy

Doç.Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Son iki yılda bulaşıcı hastalıkların sürveyansı alanında; laboratuvar sürveyansı, Erken Uyarı Cevap biriminin etkinlikleri, Saha Epidemiyolojisi Eğitim Programı ile sağlanan kapasite artışı ve yine aynı program kapsamında yapılan sürveyans değerlendirmeleri, tüberküloz sürveyansına mikrobiyoloji laboratuvarlarının yanı sıra patoloji laboratuvarları ve eczanelerin katılımı gibi çeşitli gelişmeler olmuştur.

Laboratuvar sürveyansı alanında gelişmeler

Mikrobiyoloji laboratuvarları, D grubu bulaşıcı hastalıkların etkenlerini bildirmekle yükümlüdürler. Bunun dışında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı'na göre ülkemizde yürütülen laboratuvar sürveyansları, UEPLA (Ulusal Enterik Patojen Laboratuvar Sürveyans Ağı), UAMDSS (Ulusal Antimikrobiyal Direnç Sürveyans Sistemi) ve TuLSA'dır (Ulusal Tüberküloz Laboratuvar Sürveyans Ağı).¹

Ulusal Enterik Patojen Laboratuvar Sürveyans Ağı (UEPLA)

Ekim 2007 tarihinde faaliyete geçen UEPLA kapsamında 32 katılımcı laboratuvardan RSHMB'na gönderilen Salmonella, Shigella, Campylobacter ve verotoksijenik Escherichia coli (VTEC) suşları doğrulanmakta, tiplendirilmekte ve antimikrobiyal direnç durumları belirlenmektedir. Salmonella suşlarının test edilen antibiyotiklere genellikle duyarlı oldukları, Shigella suşlarında direncin daha yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır.²

Ulusal antimikrobiyal direnç sürveyans ağı

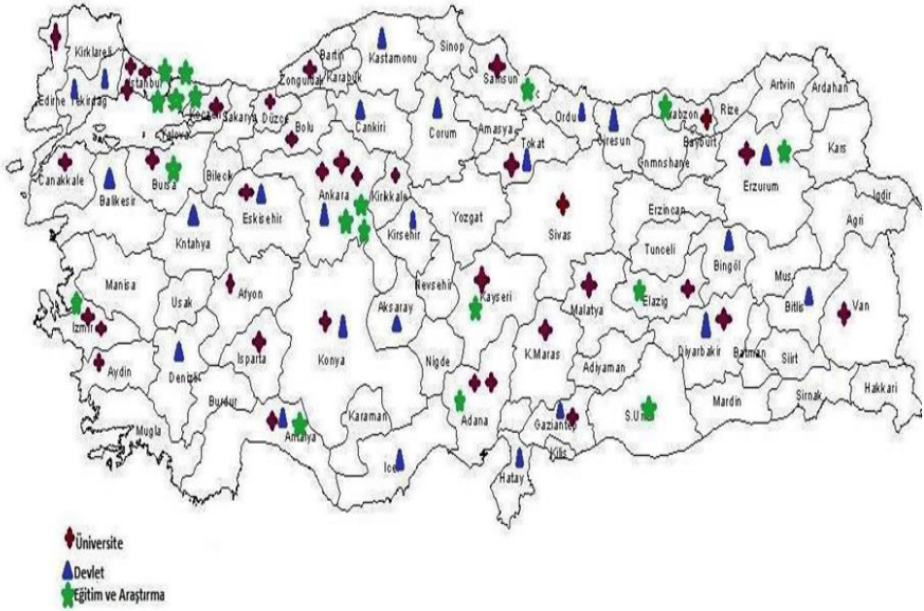
Türkiye'de Ulusal antimikrobiyal direnç sürveyans ağı (UAMDS) oluşturulmuştur. THSK koordinasyonunda ve UAMDS Bilimsel Komisyonu danışmanlığında yürütülmektedir. Toplam 45 ilden, 35'i üniversite hastanesi, 19'u eğitim ve araştırma, 23'ü devlet hastanesi olmak üzere 77 katılımcı merkez bulunmaktadır (Şekil 1) ve veriler 2011 yılında toplanmaya başlanmıştır.³

Ulusal Tüberküloz Tanı Laboratuvarları Ağı

22 Şubat 2012 tarihli Resmi Gazete'de Ulusal Tüberküloz Tanı Laboratuvarları Ağı Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ yayınlanmıştır ve 9 Ekim 2013 tarihli Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği'ne göre tüberküloz tetkiki yapan laboratuvarların THSK tarafından belirlenen usul ve esaslara göre faaliyet göstermesi gerekmektedir.⁴

Laboratuvar sürveyansı alanında bir diğer gelişme de Ulusal Mikrobiyoloji Standartları'nın geliştirilmesidir. Bu çerçevede uzman gruplarla geliştirilen

standartlar yayınlanmaya başlamıştır. Örnek olarak Ulusal Tüberküloz Tanı Rehberi, 2014 yılında yayınlanmıştır.⁵



Şekil 1. Ulusal antimikrobiyal direnç süveyans ağına katılan kurumların illere ve kurum tiplerine göre dağılımı

Süveyans değerlendirmeleri

Birinci basamak çalışanlarıyla yapılan derinlemesine görüşmelere dayanan niteliksel bir araştırmaya göre toplum sağlığı merkezi (TSM) hekimleri bulaşıcı hastalık bildirimlerinin ve filyasyonun yürütülemediğini açıklamış, aile hekimlerinden (AH) bildirim gelmediğini ve bu nedenle bölgelerinde bulaşıcı hastalık sorunu olmadığını belirten TSM hekimleri olmuştur. Yine aynı çalışmada bulaşıcı hastalıkların bildirilmediğini ifade eden AH'lere göre bu durumun en önemli nedeni bildirim işlemlerinin yüküdür ve kıyamakta numune alınması ve gönderilmesi de söz konusu olduğu için bildirimlerde daha fazla aksaklık yaşandığı belirtilmektedir.⁶

Tüberküloz olgularının verem savaş dispanserlerine kayıtlılık oranının artırılması için Sağlık Bakanlığı 2012 yılından itibaren hastanelerdeki tüm klinik, poliklinik ve laboratuvarlarda tüberküloz, patolojide granümatöz yangı tanısı alan ve eczanelerden tüberküloz ilacı verilen hastaların tespitini ve bildirimlerinin kontrol edilmesini talep etmiştir. Mikobakteriyoloji laboratuvarı verilerinin halihazırda süveyansa entegre olduğu Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Ocak 2012

sonrasında eczanenin ilettiği 43 olgudan birinin (%2,3), patoloji biriminin ilettiği 261 olgudan ise 14'ünün (%5,4) bildirimde katkı sağladığı belirlenmiştir ve bu olgular da genelde mikobakteriyoloji laboratuvarı tarafından doğrulanan olgulardır.⁷ Dolayısıyla hastanede uygulama değiştirilmiş ve eczaneden iki tüberküloz ilacı birden alan ve patoloji laboratuvarında kazeifikasyon nekrozu saptanan olguların bildirimini şeklinde daha spesifik kriterlerle devam ettirilmektedir.

THSK Erken Uyarı-Cevap ve Saha Epidemiyolojisi Daire Başkanlığı'na bağlı Saha Epidemiyolojisi Birimi kurulmuştur ve bu birim ve danışma kurulu tarafından iki yıllık Saha Epidemiyolojisi Eğitim Programı yürütülmektedir. Programa katılanların yaparak öğrenme amaçlı saha uygulamaları arasında salgın incelemelerinin yanı sıra süveyans çalışmaları da bulunmaktadır ve katılımcılar, yaptıkları çalışmaları 2013 yılında itibaren yıllık olarak düzenlenmeye başlayan Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferanslarında ve diğer çeşitli bilimsel toplantılarda sunmaktadırlar.⁸ Bu kapsamda 2012-2013 influenza süveyansı üzerine yapılan bir değerlendirmede, sentinel süveyans kapsamında gönderilen örnek sayılarının düşük olduğu, doğru vaka tanımının kullanımının da geliştirilmesi gerektiği belirlenmiştir.⁹ Şark çıbanı olarak A grubu, kala-azar olarak da C grubunda yer alan Leishmaniasis süveyansını Temel Sağlık İstatistikleri (TSİM) Form 017 verileri üzerinden değerlendiren bir çalışmada hastalığın insidansının artmakta olduğu, risk faktörleriyle ilgili bilgi bulunmadığı saptanmış, daha kapsamlı bir formun kullanımı, web tabanlı süveyansa geçilmesi gibi önerilerde bulunulmuştur.¹⁰

Genel değerlendirme

Sonuç olarak, laboratuvar süveyansı alanında kayda değer gelişmeler olmuştur. Ancak A, B ve C grubu bildirimini zorunlu hastalıkların süveyansına laboratuvarların da katkı vermesi sağlanabilirse, ülkemizde bulaşıcı hastalıkların süveyansının tamlığında önemli miktarda artış sağlanabilecektir.^{12,13}

Saha Epidemiyolojisi Eğitim Programı kapsamında Sağlık Bakanlığı personeli tarafından süveyansın sistematik değerlendirilmesi ve sonuçların paylaşılması iyi bir gelişmedir. TSİM Form 017'ye olgunun fiyasyonunun yapıp yapılmadığı ve saptanan risk faktörü(leri)yle ilgili en az iki veri alanı açılması, merkezden fiyasyon durumunun takibi ve risk faktörlerinin değerlendirilmesini sağlayabilecek ve hastalıkların önlenmesi konusunda önemli bilgi sağlayabilecektir. Bakanlık tarafından süveyans verilerinin sistematik biçimde yayınlanması, süveyansta bildirim yapanlara geri bildirimin yapılması, süveyans döngüsünün tamamlanarak daha da güçlenmesini sağlayacaktır.

Son iki yılda Sağlık Bakanlığı'nın yapılanmasında yaşanan değişiklik, bulaşıcı hastalıkların süveyansı ve kontrolünde önemli görevler alabilecek olan halk sağlığı uzmanlarının bir kısmının İl Sağlık Müdürlükleri, bir kısmının da Kamu Hastane Birlikleri'nde görevlendirilmesiyle sonuçlanmıştır. Daha önce de bulaşıcı hastalıklar alanında yetişmiş insan gücünün uygun görevlerde çalışması konusunun geliştirilmesi gerektiği saptanmıştı.¹⁴ Hem halk sağlığı uzmanlarının,

hem de Saha Epidemiyolojisi Eğitim Programı katılımcılarının uygun konumlarda görevlendirilmelerinin takibinde yarar vardır.

Kaynaklar

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [internet]. Laboratuvar Sürveyansları. Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı. <http://mikrobiyoloji.thsk.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 5 Eylül 2014
2. Levent B, Sezen F, Kayalı Güleşen R ve UEPLA Çalışma Grubu. Ulusal Enterik Patojenler Laboratuvar Sürveyans Ağı (UEPLA): 2007-2008 Yıllarına Ait Suşların Değerlendirilmesi. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2009; 66 (2) Ek 2: 25-27.
3. Şimşek H. Ulusal Antimikrobiyal Direnç Sürveyans Ağı. "Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrolü" Projesi Ulusal Toplantısı ve II. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı, Ankara, 15-17 Nisan 2014
4. Albayrak N. Tüberküloz Laboratuvar Sürveyans Ağı(TuLSA) "Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrolü" Projesi Ulusal Toplantısı ve II. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı, Ankara, 15-17 Nisan 2014
5. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Tüberküloz Tanı Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 935, Ankara, 2014
6. Öcek Z ve Çiçeklioğlu M (ed.), Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? TTB Yayınları 2013
7. Adıgüzel H, Durusoy R, Ergin I. Bir Üniversitesi Hastanesinde 2012 Öncesi Ve Sonrası Dönemde Tüberküloz Bildirimlerinin Karşılaştırılması. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 27-31 Ekim 2013, Antalya
8. Temel F. Saha Epidemiyolojisi Eğitim Programı. "Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrolü" Projesi Ulusal Toplantısı ve II. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı, Ankara, 15-17 Nisan 2014
9. Cemil Göktaş D. Türkiye'de İnfluenza Sürveyansı (2012 -2013). "Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrolü" Projesi Ulusal Toplantısı ve II. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı, Ankara, 15-17 Nisan 2014
10. Çoban SÇ. Leishmaniasis Sürveyansının Değerlendirilmesi (2008-2013). "Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrolü" Projesi Ulusal Toplantısı ve II. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı, Ankara, 15-17 Nisan 2014
11. Durusoy R, Karababa A.O, Completeness of hepatitis, brucellosis, syphilis, measles and HIV/AIDS surveillance in İzmir, Turkey BMC Public Health 2010;10:71.
12. Durusoy R, Kantar M. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerini
13. Geliştirmek İçin Laboratuvar Tanılarının Kullanımı ve Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Komitesinin Rolü. Ege Tıp Dergisi, 2009; 48(2): 109-118.
14. Durusoy R, Emek M, İnci R. İl Sağlık Müdürlükleri'nde Bulaşıcı Hastalıklar İnsan Gücünün Değerlendirmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011; 2: 70-85.
15. Gücünün Değerlendirmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011; 2: 70-85.

3- KADIN SAĞLIĞI / ÜREME SAĞLIĞI

Bölüm Editörleri:

Ayşe Akın^a

Türkan Günay^b

^aProf.Dr. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., B.Ü. Kadın Çocuk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM)

^bProf.Dr.Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

1. GİRİŞ

Prof. Dr. Ayşe Akın

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., B.Ü. Kadın Çocuk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM)

1960'lı yıllarda başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünyada, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusunda artan bir duyarlılık gelişmeye başladı. 1970'lerdeki demografi ağırlıklı yaklaşım 1980'lerde yerini, sağlıkla ilgili kaygılara, 1990'larda ise, insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştır. Bu süreçte; çok sayıda hükümetin, uzman kuruluş temsilcilerinin katılımıyla, Bükreş'te (1974), Mexico City'de (1984) ve Kahire'de (1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus-sağlık ve aile planlamasının, sürdürülebilir kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur (1).

1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda - ICPD), kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğu, nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği, insanlığın sadece bugünü için değil, gelecekteki refahının güvence altına alınması için de; nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerin bilincinde olunması ilkeleri kabul edilmiştir. Konferansta ayrıca, cinsiyetlerarası eşitliğin ve hakkaniyetin artırılması, kadınların güçlendirilmesi, kadınlara yönelik şiddetin yokedilmesi ve kadınların kendi doğurganlıklarını kontrol edebilmelerinin sağlanmasının nüfus ve kalkınmaya ilişkin programların temel taşları olduğu vurgulanmıştır (2).

"Üreme Sağlığı", bu konferansta ilk kez ifade edilen ve tüm dünyada kabul gören bir kavram olmuştur. Devletlerin, kadın erkek eşitliğini temel alarak, aile planlaması ve cinsel sağlığı da içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil, tüm sağlık

hizmetlerine evrensel ulaşılabilirliğin sağlanması için gereken bütün önlemleri alması gerektiği ilkesi kabul edilmiştir (1-3).

Üreme Sağlığının Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımında olduğu gibi, üreme sağlığını(ÜS); “Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır” diye tanımlamaktadır (3).

Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme, yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu vurgulanmaktadır

Dünyada Üreme Sağlığı Sorunlarının Boyutları

Tüm dünyada her yıl 500.000’den fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece % 1’i gelişmiş ülkelerde, geri kalan %99’u ise gelişmekte olan ülkelere meydana gelmektedir. Kadın sağlığındaki iyileşmeler çocuk sağlığına kıyasla çok daha yavaş seyretmektedir. Yine de ICPD+20 çalışmaları kapsamında küresel düzeyde son 20 yılın değerlendirildiği “BM-Global (küresel) üreme sağlığı araştırma” sonuçları, son yirmi yılda Ane Ölüm Oranı’nda %47 oranında azalma meydana geldiğini göstermektedir. Global survey Raporuna göre, Anne ölümlerinin azaltılmasındaki başarı, doğum öncesi bakım (DÖB), sağlıklı doğum ve acil obstetrik bakımın (AOB) sağlandığı “Güvenli Annelik” uygulamalarının başarısına bağlıdır. (UN Global Survey 2013) (10)

Saptanan bu iyileşmeye rağmen her gün 800 kadın gebelik ve doğumla ilişkili komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmekte; Gelişmiş ve gelişmekte olan bölgeler arasındaki farklılık ciddiyetini sürdürmektedir. Şöyle ki, Gelişmiş bölgelerdeki kadınların gebelik ve doğuma bağlı yaşam boyu ölüm riski 1/3800 iken, gelişmekte olan bölgelerde 1/150, Sahra altı Afrika’da ise 1/39’dur. Diğer taraftan Global survey sonuçları, 26 ülkede anne ölümlerinin artmış olduğuna da işaret etmektedir.

Son 20 yılda DÖB ve Sağlıklı Doğum yapmadaki değişim (Dünya)

	1994 (%)	20 yıl sonrası (%)
Doğum Öncesi Bakım	63	80
Sağlıklı Doğum	57	66

DÖB alma son 20 yılda global düzeyde % 63’den % 80’e yükselirken sağlıklı doğum yapmada daha az bir artış olmuş ve % 57’den % 66 ‘ya yükselmiştir. Raporda, doğumların en az % 50 sinin kendi kendine olduğu Sahra altı Afrika’da bu konuda çok az gelişmenin kaydedildiği belirtilmektedir.

Üreme sağlığı morbiditeleri arasında üreme sistemi kanserleri önemli yer tutmakta ve küresel ölçekte, yılda yarım milyondan fazla kadın, rahim ağzı kanserine yakalanmaktadır. Büyük çoğunluğu gelişmekte olan bölgelerde, özellikle Sahraaltı Afrika'da olmak üzere, yılda 275.000'den fazla kadın rahim ağzı kanserine bağlı hayatını kaybetmektedir.

Yüksek gelirli ülkelerdeki kadınlar arasında en yaygın kanser türü olan meme kanseri halen her 100.000 kadından 70'ini etkilemektedir. Düşük gelirli ülkelerde insidans daha azdır. Ancak, tanı ve tedaviye yetersiz erişimden dolayı gelişmekte olan ülkelerdeki ölüm oranları gelişmiş ülkelere benzer durumdadır.

Dünyada 40-60 milyon düşük yapıldığı tahmin edilmektedir. Pek çok gelişmekte olan ülkede yasa dışı düşük komplikasyonu olarak septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi boyutlardadır Anne ölümlerinin % 13'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır (4). Dünya nüfusunun yüzde 25'i (52 ülke) oldukça katı düşük yasalarının bulunduğu ülkelerde yaşamaktadır.

Dünyada meydana gelen düşüklerin %86'sı gelişmekte olan ülkelere (GOÜ)'de meydana gelmektedir. Global Raporda belirtilen diğer çarpıcı bir bulgu; Dünyada, sağlıksız düşüklerin anne ölümlerinin içindeki payı artmıştır. Örneğin Afrika, Orta ve Güney Amerika'daki tüm düşükler (%97) güvenli olmayan düşüklerdir. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra, anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine dünyada 300 milyon çift ulaşamamaktadır.

Dünyada üreme dönemi evli ya da birliktelik içindeki kadınlarda, gebelikten korunma, 1994'de %58,4'den, 2012'de %63,6'ya yükselmiştir. Global olarak gebelikten korunmada sadece %10'luk bir artış meydana gelmiş olup bazı çok yoksul ülkelerde ise korunma %10'un da altındadır (**UN Global Survey 2013**) (10) Ayrıca, günümüzde cinsel yolla bulaşan bakteriyel ve viral enfeksiyonlar epidemi düzeyine ulaşmıştır. AIDS pandemisi yaş, cinsiyet, sosyal durum ve cinsel davranış özelliği gözetmeden milyonlarca insanı etkilemektedir. DSÖ tahminlerine göre 100 milyondan fazla kişi HIV ile enfektedir . Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan gonore, sifiliz ve şankroid gibi venerial hastalıklar sanayileşmiş ülkelerde azalırken, tespit ve tedavisi daha zor olan klamidya, herpes virus, papillomavirus ve HIV gibi enfeksiyonlar ortaya çıkmıştır(3,4).

Adolesanların, gençlerin üreme sağlığı da özel dikkat gerektirmektedir. Adolesan gebeliklerin insidansı özellikle gelişmekte olan ülkelere adölesanlarda gebelik sıklığı daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik yönden gelişmelerinin önünde bir engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik, maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır (5).

Diğer taraftan gelişmekte olan ülkelere sağlıksız düşüklerin 4 milyonu ergenlerde meydana gelmektedir. Yine Global Rapor, düşüğe bağlı bütün ölümlerin

yarısının 25 yaşından genç kadınlarda meydana geldiğini belirtmektedir (UN Global Survey 2013,10).

Son yirmi yılda infertilite bir üreme sağlığı sorunu olarak giderek daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır. DSÖ dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir. İnfertilitenin en yaygın nedeni; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, güvenli olmayan düşükler ve puerperal enfeksiyonlara bağlı pelvik enfeksiyonlardır (4).

Üremeye ilişkin hastalıkların sonuçları iki cinsiyet arasında eşitsiz dağılmaktadır. Gebelik ve doğuma bağlı sağlık sorunlarını sadece kadınlar yaşamaktadır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların çoğu kadınlarda daha ciddi sekellere yol açmaktadır. İnfertilite her iki cinsiyet için de sorun olmasına rağmen, pek çok toplumda sosyal ve psikolojik sonuçlarını kadınlar yüklenmektedir.

Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kadınların kullandığı yöntemlerin sağlık riskleri daha fazladır. Genel olarak pekçok toplumda hala tabu sayılan cinsellik konusunda, dünyanın çoğu yöresinde kadın ve erkek arasında büyük eşitsizlik mevcuttur. Kadının cinsellikten zevk almasını önlemeyi amaçlayan kadın sünneti (genital mutilasyon) bunun en çarpıcı örneğidir. Oldukça invaziv bir işlem olmasının yanı sıra medikal sistemin dışında gerçekleşmesi tehlikelerini artırmaktadır (3).

Kadının statüsü ile üreme sağlığı arasında doğrudan bir ilişki mevcuttur: Kadının kendi doğurganlığını kontrol edebilmesi statüsünü yükseltmektedir, ancak bunun tersi de doğrudur. Kadının değerinin doğurduğu çocuk sayısı ile ölçüldüğü toplumlarda kadın, doğurganlığını kontrol etme ve sınırlamada söz sahibi olamamaktadır. Araştırmalar, kadın eğitiminin ve kadının para getiren bir işte çalışmasının üreme sağlığını olumlu etkilediğini göstermektedir. Günümüzde kadınların sağlık gereksinimlerinin, sadece “anne” olarak değil, “kadın” olarak “kadını bir birey” olarak yaşamının her döneminde ele alınması gerekmektedir.

Dünyada son 20 yıla kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları, geleneksel olarak uygulanan, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması(AÇSAP) kapsamında ele alınırken, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tümünde yaşanan ve yukarıda açıklanan faktörler ve gelişmeler sonucu, artık mevcut AÇSAP yaklaşımı, üreme sağlığı ile ilgili tüm sağlık sorunlarını karşılamaya yetmemektedir. Bu nedenle de, yeni bir kavram olarak “Üreme Sağlığı” ve bunun tüm yaşam döngüsünde ele alınması yaklaşımı, dünya ülkelerinin gündemine girmiş ve kabul görmüştür.

Türkiyede, üreme sağlığı konusunda, 1994 Kahire Konferansı ve 1995 IV. Dünya Kadın Konferansı eylem programları paralelinde pekçok girişimlerde bulunulmuş ve programlar başlatılmıştır(2). Ancak, yukarıdaki bilgiler ışığında, üreme sağlığı kapsamına giren konularda ülkemizdeki mevcut durum değerlendirildiğinde, yapılması gerekenlerin hala çok fazla olduğu, programların duyarlı ve bilinçli olarak ele alınması ve uygulamalarda süreklilik sağlanmasının gereği de açıktır.

Gerek dünyada gerekse Türkiye’de nüfusun yarısını oluşturan kadınların sağlığı, taşıdıkları üreme sağlığı sorunları nedeniyle özellik arz etmektedir. Her ne kadar yıllar içinde Türkiye’de Kadın ve Çocuk sağlığı ile ilgili ölüm ve hastalık ölçütlerinde önemli iyileşmeler olduysa da gelinen düzey gelişmiş ülkelerle kıyasladığında hala onların birkaç misli gerisindedir. Sadece bu gerçek bile bu gurubun sağlığının hala çok önem arz ettiğini, daha fazlasının yapılması gerektiğine işaret etmektedir.

Türkiye’de Üreme Sağlığı Sorunlarının Mevcut Durumu (4-8.11.12)

Raporun bu bölümünde kadın sağlığı / üreme sağlığının en önemli başlıkları ayrı ayrı ele alınacaktır. Öncesinde genel bir çerçeve çizilecek olursa;

► Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan “adrese dayalı nüfus kayıtları” sonuçlarına göre Türkiye nüfusu 76 667 864 kişidir. Nüfusun % 50,1’ini (38.473.360 kişi) erkekler, % 49,9’unu (38.194.504 kişi) ise kadınlar oluşturmaktadır Yıllık nüfus artış hızı binde 13,7 dir. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan projeksiyona göre, 2050 yılında Türkiye’nin toplam nüfusu 93 475 575 olacağı, bunun da 47 013 456’ sının Kadın; 46 462 118’inin Erkek olacağı hesaplanmaktadır (TÜİK 2014).

► Türkiye için toplam doğurganlık hızı yıllar içinde giderek azalmış olup halen, kadın başına 2.26 doğumdur. TNSA-2008 den bu yana doğurganlık düzeyinde anlamlı bir değişiklik gözlenmese de; evlenme ve doğurganlığın yaş yapısınd incelendiğinde; Türkiye’de doğurganlığın daha ileriki yaşlara ertelendiğini göstermektedir. Doğurganlık yenilenme düzeyinin (2.10) üzerinde olan bu hız Türkiye’de doğurganlıktaki düşüşün devam ettiğini ancak üsün artmaya devam ettiğini göstermektedir. Türkiye’de son otuz yılda (1978-2008 döneminde) toplam doğurganlık hızının 4.33’den 2.26’ya düştüğü, yani doğurganlık hızının yaklaşık olarak yarı yarıya azaldığı izlenmektedir.

► Kentsel ve kırsal alanlar arasındaki doğurganlık farkının giderek kapandığı, ancak bazı bölgesel farklılıkların devam etmekte olduğu görülmektedir.

► **TNSA 2013 bulgularına göre;** Türkiye’de, adolesan dönemde olan (15-19 yaş grubu) kadınların % 5’i çocuk sahibidir ya da ilk çocuklarına gebedir. Refah düzeyi düşük ailelerde adolesan evlilikler ve doğurganlık da daha yüksektir.

► 15-49 yaş evli çiftlerin %74’ü herhangi bir yöntem ile gebelikten korunmaktadır. Etkili yöntem kulanlar %47, geleneksel yöntem kullananlar ise %26’dır.

► Doğum yapan gebelerin % 97’si 2013 Araştırmasından önceki 5 yılda en az bir Doğum öncesi Bakım (DÖB) almıştır. 4 ve daha fazla DÖB alanlar bütün gebelerin % 89’udur.

► Doğumların %97’si sağlık personeli yardımı ile yapılmış,% 94’ü ise doğum sonu bakım DSB) aldığını ifade etmiştir. Ancak doğum yapan kadınların % 74’ü DSB’ı doğumu izleyen 4 saat içinde almıştır. Belirtilen bu kısa süre annelerin çoğunun, doğum yapılan kuruluştan taburcu olmadan önceki bakımın alındığına işaret etmektedir.

► Yüksek riskli Doğurganlık Davranışları yaygındır. 2008 TNSA’ya göre Son beş yıl içindeki doğumların sadece %33,2’si hiçbir risk kategorisinde değilken, Bu sayı 2013 TNSA’da % 37,3 olarak rapor edilmektedir. . Yani yine her 3 doğumdan biri risklidir.

► Kadın ve erkek arasındaki güç dengesizliğinin diğer bir ifade ile toplumsal cinsiyet ayrımcılığına bağlı düşük olan kadının statüsünün bir sonucu olan “Kadına Yönelik Şiddet” sadece insan onuruna yapılan bir saldırı olmayıp “kadının en temel insan haklarının ihlalidir”ve çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadına yönelik şiddet (KYŞ), uluslar arası belgelerde eşitlik, kalkınma ve barış hedeflerine ulaşılmasını engelleyen çok ciddi bir durum olarak tanımlanmaktadır. Ne yazık ki KYŞ’in her türü Türkiye’de çok yaygındır. Türkiye’de 2008 yılında yapılan ulusal araştırmada yaşamının herhangi bir döneminde kadına, uygulanmış olan fiziksel şiddet: % 39, cinsel şiddet:% 15, duygusal şiddet: % 44 ekonomik şiddet olarak; çalışmasına engel olma % 37, ev içi harcama yapmama % 8, gelirini elinden alma ise % 4 olarak bulunmuştur. Yine sözde namus adına işlenen cinayetler de ne yazık ki bir Türkiye gerçeği olup kadına karşı ayrımcılık ve kadını kontrol etmenin en uç uygulamasıdır ve kadının yaşam hakkı elinden alınmaktadır. 2013 TNSA’da kadının statüsü ile ilgili bulgular da ne yazık ki hala iç açıcı değildir. Bu konu Raporun ileriki bölümlerinde ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

► Türkiye’nin nüfus projeksiyonları, çocuk ve üreme dönemi kadın gurubunun toplam nüfus içindeki payının yıllar içinde azalacağını gösterse de bu grupların sayısal büyüklüğü azalmadan çok uzun yıllar devam edecektir. Bunun anlamı çocuk ve kadın grubuna verilen hizmetler 2050’li yıllara dek önemini koruyacaktır (6,9).Türkiye’de son yıllarda “ nüfusumuz yaşlanıyor, doğurganlık azalıyor öyle ise nüfus da azalacak” kaygıları ifade edilmektedir. Bu 3 kavram birbirinden bağımsız olup, ülkenin nüfusunun artması, mevcut yaş yapısı ile alakalı olup Türkiye, 2050 yılına dek nüfusun artmasını sağlayacak “genç bir nüfusa sahip” bir ülkedir. Kaldığı doğurganlıkla ilgili olaylar, karar verme,davranış, bireylerin “ insan hakları-üremeye ilişkin hakları” bağlamında ele alınması gereken konulardır. Türkiye’de yaşlı yani 65 yaş üstü grup da halen %8 civarında olup, yaşlı nüfus gerçeğini yaşadığı için bunun endişesine kapılan ülkelerin henüz çok gerisindedir.

Yakın geçmişte, Türkiye’de kadın sağlığının iyileşmesinde çok etkili olan yasalar; 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunun (1961); 557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunun (1965) ve 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (1983). Her 3 yasa da Türkiye’de genel sağlık düzeyinin iyileşmesi kadar kadın sağlığı düzeyinin yükselmesinde de çok etkili olmuştur Yıllar içinde, kadın, anne ve çocuk sağlığı dahil diğer sağlık göstergelerindeki iyileşme eğilimleri ve hızları, Türkiye’nin sağlık sisteminde yukarıda belirtilen yasaların sağladığı olumlu uygulamalara bağlı olarak, son 40-50 yılda meydana gelen hızlı iyileşmelere işaret etmektedir.

Türkiye’de özellikle 2000’li yıllardan sonra hız kazanan “sağlıkta dönüşüm” çalışmaları, 24 Kasım 2004 tarihinde, 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" un kabul edilmesi ile uygulanmaya başlamış ve 2011 yılı sonu itibariyle Aile Hekimliği sistemi bütün Türkiye’ye yaygınlaştırılmıştır. Uygulanan yeni sistemin Toplumun sağlığına ve kadın sağlığına olası etkileri gelecek yıllarda dikkatle değerlendirilmesi gereken bir konu olup HASUDER tarafından periyodik olarak oluşturulması planlanan “Türkiye Sağlık Profili Raporu” özellikle de bölgesel, yerel yapılan araştırma ve inceleme sonuçları bu amaca da hizmet edecek, ülkedeki eşitsizlikleri de daha ayrıntılı ortaya koyacaktır, koymalıdır da.

Kaynaklar:

1. Akın A, *Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı*, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 1994; s.: 15-19.
2. Akın A.: *Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar*, Sağlık ve Toplum Dergisi, Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, Yıl: 8, Sayı: 3-4, Ankara, Temmuz-Aralık, 1998, s: 16-22.
3. Akın A.,Özvarış B., Ş., “Kadın Sağlığı , Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması” Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde (Ed. Ç. Güler, L. Akın),Bölüm 6, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2012 (Baskıda)
4. Akın, A., (Editör ve yazarlardan biri)“Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler”, TC.Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını . Ankara, 2008.
5. “Genç Dostu Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Modeli ve İlgili Araştırmaların Sonuçları”,Ed. Akın. A., Hacettepe Üniversitesi, Kadın Sorunları, Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), WHO, UNFPA, Aralık 2006, Ankara.
6. www.tuik.gov.tr (erişim Ocak 2012)
7. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA), 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. SB AÇSAP Gn. Md., T.C. Başbakanlık DPT Müst., TÜBİTAK, Ankara, 2009.
8. www.ksgm.gov.tr (erişim Ocak 2012)
9. TÜSİAD ve UNFPA. 2010. “2050’ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar”. İstanbul: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği – Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Yayın No: TÜSİAD-T/2010/11/505.
10. UN - Global Health Survey –New York 2013
11. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü(2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü,T.C.Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK,Ankara,Türkiye.
12. TÜİK (2014), 2013 Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, Yayın no. 4144

II. TÜRKİYE’DE, ERGEN / GENÇ ÜREME SAĞLIĞI / CİNSEL SAĞLIK SORUNLARI VE BU ALANDAKİ GELİŞMELER

Sare Mihçioğur

Öğ.Gör.Dr. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Genç, Ergen ve Genç İnsanlar —Kimdir Bunlar?

Genellikle çocukluğun bağımlılığından erişkinin bağımsızlığına geçiş dönemi olarak kabul edilen ergen dönemini, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10 – 19 yaş arasını “ergen / adolesan”, 15 – 24 yaş arasını ise “genç” ve 10 – 24 yaş arasında olanları “genç insanlar” olarak tanımlamaktadır. Ergen dönemi, fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin gerçekleştiği, insan yaşamının en dinamik evrelerinden biridir (1,2).

Ergen / Genç Sağlığı ve Üreme / Cinsel Sağlığı

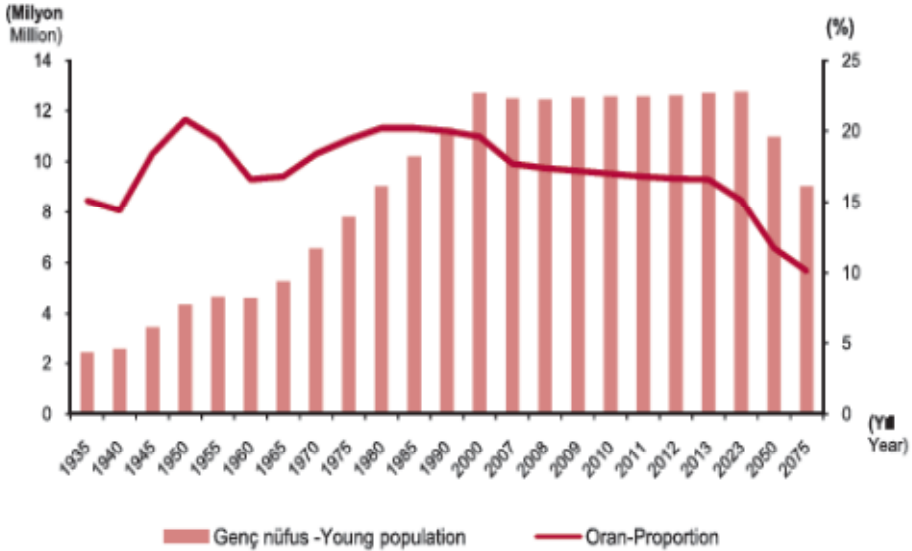
Ergenlik / Gençlik dönemi, genellikle sağlıklı, hastalıklardan nispeten uzak dönem olarak kabul edildiklerinden, ergen ve gençlerin sağlığı, geçmişte oldukça ihmal edilmiştir. Ergen ve gençlerin sağlığının geliştirilmesi ve korunması ile ilgili yapılan araştırmalar ergen ve gençlerin özellikle bu dönemde fiziksel, ruhsal gelişimini olumsuz etkileyebilen sosyo-ekonomik-kültürel faktörlerin etkisinde kaldıklarını, özellikle de cinsel/üreme sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunların gelecekte yaşayabileceği bir çok sağlık sorunlarının, temelini de bu dönemde atıldığını ortaya koymuştur (2). Cinsel etkinlik dönemi daha erken yaşta başlarken, ergenler, cinsellik, gebelikten korunma yöntemleri (GKY) ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla (CYBE) ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları için istenmeyen gebelik ve HIV dahil CYBE, sigara ve alkol alışkanlığı, uyuşturucu madde kullanımı, yanlış beslenme alışkanlıkları, kazalar, intiharlar ve psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (1,3,4,5). Ergen gebeliklerinin ergenlerin hayatında çok önemli sorunlara yol açtığı da bir gerçektir. 18 yaşından küçük yaşlarda yapılan doğumlar bebek ve anne ölümü riskini iki kat arttırmaktadır. Ayrıca, erken yaşta anne olmak ergen annenin eğitime ve sosyal gelişimine de engel olmaktadır (1,4,6).

Ergenlere, gençlere yönelik cinsel/üreme sağlığı konuları uzun bir süre üreme sağlığı ve nüfus çalışmalarının bir parçası olamamıştır. Ancak, 1994 Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı ile 1995 Pekin Dördüncü Dünya Kadın Konferanslarında, temel insan haklarının bir parçası olarak cinsellik, cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilgili kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım geliştirilmiş olup sağlığın iyileştirilebilmesi için tasarlanan programlara ergenlerin/gençlerin cinsel/üreme sağlığı özelliklerinin ve gereksinimlerinin dahil edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (4,7,8).

Bu yazıda daha önce Türkiye Sağlık Raporu 2012’de yayımlanmış olan yazının güncellenmesi ile günümüze kadar gerçekleştirilen araştırmalar, projelerin sonuçları doğrultusunda ergen / gençlerin üreme sağlığı / cinsel sağlık ile ilgili sorunlar ve bu alandaki gelişmeler ile ilgili profilin çıkarılması amaçlanmıştır. 1963’den bu yana her beş yılda bir gerçekleştirilen Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) ülkemizde nüfusun özellikle doğurganlık ve gebelikten korunma yöntemleri konusunda durumunu ortaya koymaktadır. 2013 TNSA sonuçları yayımlandığında yazının ilgili bölümleri yeniden güncellenecektir.

Türkiye’de Ergenlerin / Gençlerin Profili Nüfus

Genç nüfus ve genç nüfusun toplam nüfus içindeki payı yıllar itibariyle incelendiğinde, 1935 yılından 2000 yılına kadar dalgalanmalarla birlikte bir artış olduğu ve 2007-2013 yılları arasında ise doğrusal bir artış olduğu belirlenmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre bakıldığında 2023-2075 yılları için genç nüfusta hızlı bir azalma olacağı tahmin edilmektedir (Şekil 1) (9).



Şekil 1: Genç Nüfus ve Genç Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Payı, 1935-2075

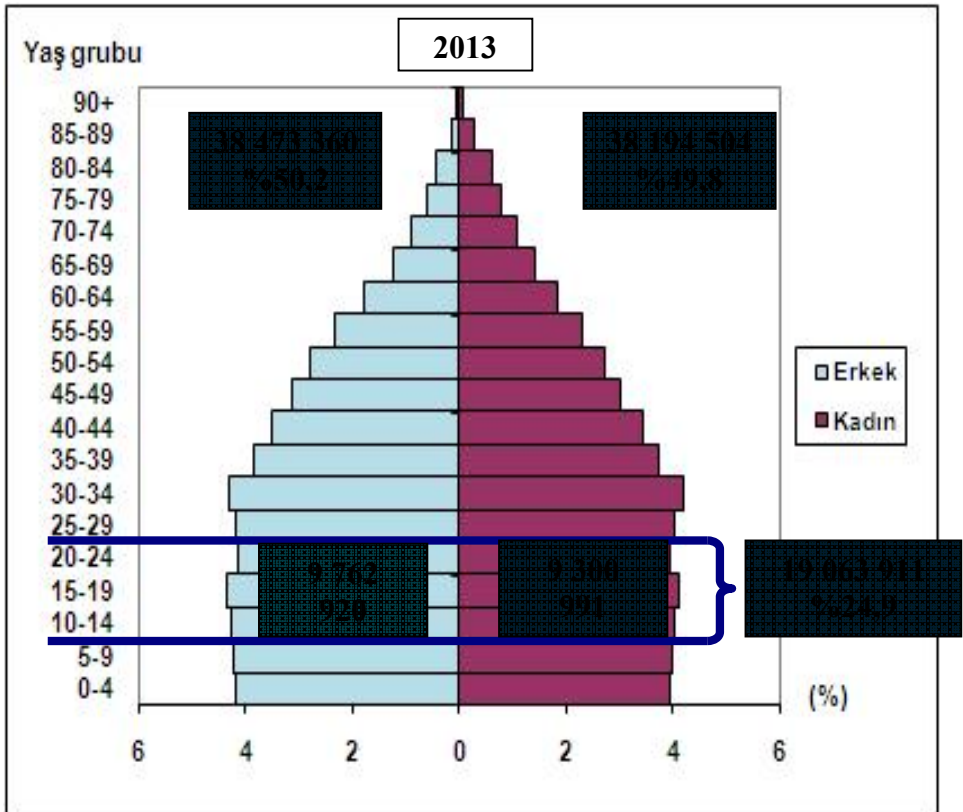
Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) kayıtlarına göre 2013 yılında Türkiye Nüfusu 76 667 864 olup %50,2’sini (38 473 360) erkekler, %49,8’ini de (38 194 504) kadınlar oluşturmaktadır. Türkiye’nin yıllık nüfus artış hızı, yıllık nüfus artış hızı 2012 yılında %12 iken, 2013 yılında %13,7’ye yükselmiştir. 2013 yılında toplam nüfusun %24,9’unu (19 063 911) ergen / gençler (10 – 24 yaş grubu) oluşturmakta olup, %12,7’si genç erkeklerden, %12,1’i genç kadınlardan oluşmaktadır. Türkiye’deki nüfusun %16,6’sını 15-24 yaş grubu gençlerden, erkek nüfusun %25,4’ü erkek ergen /

gençler, kadın nüfusunun da %24,3'ü kadın ergen / gençlerden oluşmaktadır (Tablo 1, Şekil 2) (9,10).

Tablo 1: Türkiye’de Ergenlerin / Gençlerin yaş gruplarına dağılımı, 2013

	Toplam		Erkek		Kadın	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Toplam Nüfus	76 667 864	100,0	38 473 360	50,2	38 194 504	49,8
Ergenlerin /Gençlerin Toplam Nüfus ve Cinsiyetler İçindeki (%) Payları (2013)						
Yaş Grupları						
10 – 14	6 372 165	8,3	3 269 578	8,5	3 102 587	8,1
15 – 19	6 477 722	8,5	3 327 238	8,7	3 150 484	8,2
20 - 24	6 214 024	8,1	3 166 104	8,2	3 047 920	8,0
Toplam	19 063 911	24,9	9 762 920	25,4	9 300 991	24,3

Kaynak: Türkiye İstatistik Yıllığı 2013, TÜİK, Ankara



Şekil 2: Nüfus piramidi

Okuryazarlık, Okullaşma durumu

18.08.1997 tarihli ve 4306 Sayılı Kanun ile 1997/'98 öğretim yılından itibaren 8 yıllık kesintisiz, 30.03.2012 tarihli ve 6287 Sayılı Kanun ile 2012/'13 öğretim yılından itibaren de 12 yıllık kademeli zorunlu eğitime geçilmiştir (10).

Türkiye'de ilköğretim 6 yaşında başlayıp 13 yaşına kadar toplam 8 yıl olduğundan dolayı ergenliğin başlangıcı 10 yaşını da kapsamaktadır. 6-13 yaş grubunda erkek nüfusun %0,1'i, kadın nüfusun ise %0,08'i okuma yazma bilmemektedir. 14-17 yaş lise çağındaki erkek nüfusun %0,05'i, kadın nüfusun ise %0,2'si, 18-24 yaş grubu erkeklerin %0,4'ü, kadınların ise %1,6'sı okuma yazma bilmemektedir (10).

TÜİK'in İstatistiklerle Gençlik 2013 raporuna göre 15-24 yaş grubu erkeklerin %0,3'ü, kadınların ise %1,3'ü okuma yazma bilmemektedir (9).

Çalışma Yaşamına Katılma Durumu

2013 Türkiye İstatistik Yıllığına göre 2009-2013 yıllarında istihdam edilen 15-24 yaş grubundakiler toplam işgücünün %13,2'sini oluşturmaktadır. Bunun sadece %4,4'ü 15-24 yaş grubu kadınlardır (10). 15-24 yaş grubundaki işsizlik oranı %18,7'dir (11).

TÜİK'in İstatistiklerle Gençlik 2013 raporuna göre 2013 yılında genç erkeklerin işgücüne katılımı %51,9 iken genç kadınlar da ise %25,9'dur. İşsizlik oranı genç erkeklerde %17,0 iken genç kadınlarda ise %27,5'dir. 15-24 yaş grubundaki gençler eğitim durumuna göre incelendiğinde en yüksek işsizlik oranı yüksek-öğretim mezunlarında olduğu belirtilmiştir. Yüksek-öğretim mezunu genç kadınlarda işsizlik oranı %34,2 iken bu oran genç erkeklerde %23,4'tür (9).

TÜİK İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri Araştırması 2013 sonuçlarına göre son 12 ay içinde istihdam edilen 15-24 yaş grubundaki fertlerde iş kazası geçirenlerin %1,9 ve işe bağlı sağlık sorunu yaşayanların %1,2 olduğu belirlenmiştir (12).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2013 verilerine göre 18-24 yaş grubundaki bireylerin %65,1'inin mutlu, %26,8'inin orta düzeyde mutlu %8,1'inin mutsuz olduğu belirlenmiştir (13).

Ergenlerin / Gençlerin Üreme Sağlığı Davranışları

İlk Evlilik Yaşı ve Medeni Durumu

Türkiye'de ile 6.9.2003 tarih ve 25221 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Evlendirme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğe göre toplumsal cinsiyet temelinde Medeni Kanun'da yapılan düzenlemeler ile 18 yaşını doldurmuş, mahkemece vesayet altına alınmamış olan erkek ve kadın başka bir kimsenin rızası veya iznine bağlı olmaksızın evlenebilmektedir. Ayrıca; 17 yaşını tamamlayan erkek ve kadın velinin izni, veli yoksa vasi veya vesayet makamının izni ile 16 yaşını dolduran kadın ve erkek ise hakimnin izni ile evlenebilir şeklinde değiştirilmiştir (14).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2013 yılı Evlenme ve Boşanma İstatistikleri'ne göre ortalama ilk evlenme yaşı, 2013 yılında erkekler için 26,8, kadınlar için 23,6'dır. Erkek ile kadın arasındaki ortalama ilk evlenme yaş farkı 3,2 olarak belirlenmiştir (15).

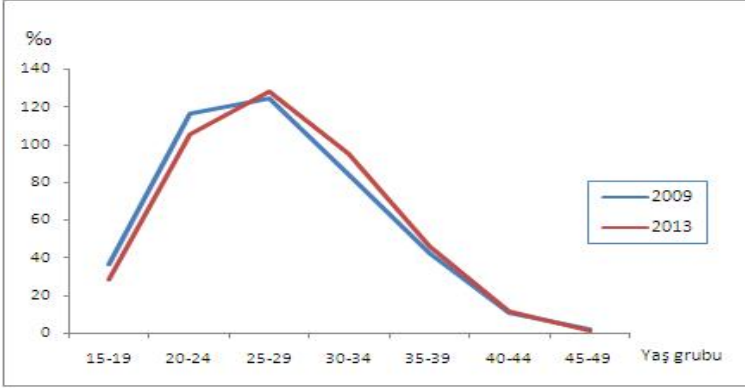
15-19 yaş grubundaki erkek nüfusun %0,4'ü (14 497), kadın nüfusun ise %6,2'si (196 766), 20-24 yaş grubundaki erkek nüfusun %10,5'i (330 879), kadın nüfusun ise %38,7'si (1 180 337) evlenmiştir. 15-24 yaş grubu erkeklerin %0,2'si (6 264), kadınların ise %1,0'i (31 482) boşanmıştır (10).

TUIK'in İstatistiklerle Gençlik 2013 raporuna göre ilk defa evlenen gençlerin yüzdesi incelendiğinde, erkek ve kadınlarda azalma eğilimi olduğu belirlenmiştir. 2012 yılında erkeklerde %33,5 iken, 2013 yılında %32,6'ya düşmüştür. Kadınlarda ise 2012 yılında %64,8 iken 2013 yılında %63,5'e düşmüştür. İlk defa evlenenlerin yüzdesi kadınlarda, erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazladır. Evli genç nüfus cinsiyete göre incelendiğinde ise, erkek ve kadınlarda düşme eğilimi olduğu belirlenmiştir. 2012 yılında evli gençlerin nüfus yüzdesi kadınlarda %23,2 iken 2013 yılında bu %22,4'e düşmüştür. Evli genç erkekler için nüfus yüzdesi kadınların dörtte biri olduğu belirlenmiştir. 2013 yılı verilerine göre genç kadınlarda boşanmaların %45,2'si ve erkeklerin %26,1'i evliliğinin ilk 3 yılı ve sonrasında gerçekleşmiştir. Evlilik süresi 2 yıl olan kadın ve erkeklerde boşanma yüzdeleri birbirine yakındır. Erkeklerin %15,3 ve kadınların ise %9,5'i evliliğinin bir yılını doldurmadan boşandığı saptanmıştır (9).

Doğurganlık ve Aile Planlaması

Erken evliliklerin bir başka sakıncası da gebelikten korunma yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmayan kız çocuklarının istenmeyen gebelik yaşama riskinin yüksek olmasıdır. Demirbağ ve arkadaşları (2013) Trabzon'da yaşayan 15-18 yaşındaki evli kız çocuklarının %65'inin evliliklerinin ilk iki yılında gebelik istemediğini ancak %73'ünün gebelikten korunmak için herhangi bir yöntem kullanmadıklarını saptamıştır. Buna rağmen, sözü edilen adolesan kadınların %94'ünün evliliklerinin ilk yılında; %6'sının ise ikinci yılında çocuk sahibi olduğu görülmüştür. İstenmeyen gebelikler ise henüz kendisi de 'çocuk' olan bireyin bir de annelik sorumluluğunu üstlenmek zorunda kalmasına ve beraberinde birçok problem yaşamasına neden olabilmektedir (16).

2013 Türkiye İstatistik Yıllığı verilerine göre 2013 yılında yaşa özel doğurganlık hızı 15-19 yaş grubunda ‰28, 20-24 yaş grubunda ‰105 olduğu belirtilmiştir (Şekil 3(10)).



kaynak: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16048>

Şekil 3. Yaşa Özel Doğurganlık Hızı, 2009, 2013

TUİK'in İstatistiklerle Gençlik 2013 raporunda genç kadınlarda yaşı özel doğurganlık hızında yıllar itibarıyla düşüş görülmekte olduğu belirtilmiştir. 2012 yılında genç kadınların özel doğurganlık hızı ‰68,8 iken 2013 yılında ‰65,8'e düştüğü saptanmıştır (9).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (2008 ve 2013)

2013 TNSA sonuçlarına göre 15-19 yaş grubu adolesan ve 20-24 yaş grubu gençlerde doğurganlık azalmış olup geleneksel olarak yaşı özel doğurganlık hızının en yüksek olduğu yaş grubunun da 20-24'den 25-29'a kayması, yani doğumların ileri yaşlara ertelenmesi Türkiye'deki doğurganlık dönüşümünün en çarpıcı sonuçlarından birisi olarak dikkati çekmektedir. 15-19 yaş grubunda doğurganlık hızının 28, 20-24 yaş grubunda ise 120 olduğu saptanmıştır (17).

2013 TNSA'a göre 15-19 yaş grubundaki kadınların yaklaşık yüzde 5'i çocuk doğurmaya başlamıştır: bu yaştaki kadınların yüzde 3'ünün bir canlı doğumu olmuştur; yüzde 1'i ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebedir (17). TNSA-2008'den bu yana çocuk sahibi olmaya başlayan adolesanların oranında bir düşüş olmuştur. Bu oran bu dönemde yüzde 6 iken, günümüzde yüzde 5'e gerilemiştir (18).

Tablo 2. 15 - 19 yaşlarındaki anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe olan adolesan kadınların bazı temel özelliklerine göre yüzdesi, Türkiye 2013*

Temel Özellikler	Yüzdelere		Çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesi	Adolesan kadın sayısı
	Canlı doğum yapmış	İlk çocuğuna gebe		
Yaş				
15	0.0	0.0	0.0	321
16	0.2	0.3	0.5	330
17	2.8	0.6	3.4	318
18	3.3	1.4	4.6	322
19	11.5	4.7	16.2	282
Eğitim				
Yok/İlk.bitirmemiş	10.0	7.1	17.1	35
İlkokul	5.5	2.3	7.8	117
Ortaokul	3.7	1.4	5.1	1092
Lise ve üzeri	0.6	0.1	0.8	328
Toplam	3.3	1.3	4.6	1572

* Kaynak: 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA-2013

- Yaşlara göre doğurganlık aşağıdaki gibidir;
 - 15 yaşındaki evli ergenlerin%0,0'ü,
 - 16 yaşındaki evli ergenlerin%0,5'i,
 - 17 yaşındaki evli ergenlerin%3,4'ü,
 - 18 yaşındaki evli ergenlerin%4,6'sı ve
 - 19 yaşındaki evli ergenlerin % 16,2'sinin doğurganlık öyküsü vardır (Tablo 2) (17).
- 2013 TNSA'da, evli kadınların %17,2'sinin 15-19 yaş grubunda, %14,2'sinin de 20-24 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (17).
- TNSA 2013 sonuçlarına göre 20 yaşın altında olan kadınların %90,3'ü bir doktordan, %3,9'u bir ebe/hemşireden doğum öncesi bakım hizmeti almıştır. %70, 5'inin doğumu bir doktor tarafından ve %27,1'inin bir ebe / hemşire yardımıyla gerçekleştirilmiştir. %97,3'ü hastanede, %2,2'si evde doğum yapmıştır. 20 yaşın altında olup doğum yapan kadınların %96,2'si doğum sonu bakım hizmeti almıştır (17).
- 2008 TNSA ile 2013 TNSA kıyaslandığında 15-24 yaş grubunda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumunda artış olduğu saptanmıştır (17, 18). Ancak geleneksel aile planlaması yöntemi kullanımı modern yöntem kullanımından daha fazla artmıştır. Hatta modern yöntem özellikle de hap kullanımı azalmıştır. 2013 TNSA sonuçlarına göre aile planlaması yöntemi kullanma; 15-19 yaş grubunda kadınların %17,3'ü herhangi bir modern yöntem

(%9,4 kondom, %4,1 RİA (Rahim İçi Araç), %1,7 hap, %2,1 diğer yöntemler), %29,5'i herhangi bir geleneksel yöntem (%28,4 geri çekme, %1,1 diğer) kullanmakta; %53,3'ü hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır (17).

- 2013 TNSA sonuçlarına göre 20-24 yaş grubunda kadınların %29,8'i herhangi bir modern yöntem (%16,3 kondom, %9,4 RİA, %3,4 hap, %0,5 diğer yöntemler), %26,1'i herhangi bir geleneksel yöntem (%26,1 geri çekme) kullanmakta; %44,1'i hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır (17).

Ergen / Gençlerin Üreme/Cinsel Sağlık Bilgisi

2001'den bu yana yapılan çeşitli araştırmalarla gençlerin üreme/cinsel sağlığı konularında bilgi düzeyleri, davranışları, sağlık hizmetlerini kullanımı ve gereksinimleri saptanmaya çalışılmıştır.

- Gönen Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniğine ve Doğumhane Bölümü'ne 01.01.2012 tarihinden 31.05.2012 tarihine kadar hastaneye başvuran 55 adolesan gebelerin sağlık durumlarını, gebelik ve doğum sırasında yaşadıkları sorunları, bu sorunların yenidoğan üzerindeki etkilerini saptamak ve adolesan gebeleri cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgilendirmek amacıyla yapılan bir araştırmada adolesan gebelerin %16,3'ünün 16 yaş grubunda, %7,2'sinin 17 yaş grubunda, %32,7'sinin 18 yaş grubunda ve %43,6'sının 19 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. %89'unun ilk gebelik, %11'inin ise çoklu gebelik yaşadığı saptanmıştır. %27,2 oranında gebenin hiç doğum öncesi bakım almadığı, %54,5'inin yetersiz doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir. Gebelik sırasında en sık görülen sağlık problemlerinin, %29'unda kanama sonrası düşük, %18,3'ünde anemi, ve %3,6'sında preeklampsi şeklinde olduğu saptanmıştır. 55 gebeliğin %54,5'i normal doğum, %29'u düşük, %16,5'i ise sezeryan doğum ile sonuçlanmıştır (19).
- Rize üniversitesinde okuyan öğrencilerin üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyleri, tutumlarını ve davranışlarını belirlemek, hizmet gereksinimlerinin saptanması amacıyla 1898 öğrenciye 2012 Nisan-Mayıs 2012 tarihleri arasında anket uygulanan araştırmanın sonuçlarına göre kadın öğrenciler ve erkek öğrencilerin üreme sağlığı bilgisi arasında önemli fark bulunmuştur. Öğrencilerin gebelikten korunma yöntemleri bilgisi oldukça düşük iken CYBE'lar hakkında daha bilgili oldukları saptanmıştır. Cinsel yaşantısı olan öğrencilerin yarısı herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullandığını belirtirken dörtte biri kondom kullandığını belirtmiştir. Her iki cinsiyetinde aile planlaması yöntemlerini bilmedikleri, rahat hizmet alamadıkları, CYBE'den HIV/AIDS'in bilindiği, erkeklerin cinsel deneyim yaşama oranlarının daha yüksek, korunma oranlarının düşük olduğu görülmüştür (20).
- Üniversiteye yeni başlayan öğrencilerin aile planlaması yöntemleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeylerini tespit etmek amacıyla Selçuk Üniversitesi birinci sınıf öğrencilerinde Nisan -Mayıs 2012 tarihleri

arasında 200 öğrenciye anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılanların %89.4'ünün aile planlaması eğitimi almadığı, %77.3'ünün aile planlaması konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Aile planlaması yöntemleri bilgilerinin kaynağının %35.5'inin okul, %29.0'unun medya, internet, gazete, %19.4'ünün ailesi, %10.0'unun arkadaşları olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin aile planlamasını ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları bilgi düzeyinin yetersiz olmasından dolayı bu konuların seçmeli ders olarak müfredata konması ve öğrencilerin bu dersi almaya özendirilmeleri önerilmiştir (21).

- Günümüzde yapılan benzeri araştırmalar ergen/gençlerin üreme/cinsel sağlık konularında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, bildiklerinin de ya eksik ya da yanlış olduklarını göstermektedir. Bazı araştırmalar gençlerin bilgi kaynağının genellikle arkadaşları olduğu dikkate alınarak akran eğitimi çalışmalarının olumlu etkisini ortaya koymaktadırlar (22,23,24).

Ergen/Gençlerin Cinsel sağlık ve Üreme Sağlığı Konularında Bilinçlendirilmelerine Yönelik Bazı Çalışmalar

Gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında bilgi eksikliğinin giderilmesine yönelik eğitimler, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması amacıyla "Genç Dostu Sağlık Hizmetleri"nin entegrasyonuna yönelik çeşitli çalışmalar Sağlık Bakanlığı, UNFPA, Avrupa Birliği, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları desteği ve işbirliğinde yürütülmektedir.

Türkiye'de gençlik politikalarının oluşturulması ve okullardaki eğitim müfredatlarında cinsel sağlık eğitimlerinin yer alması çalışmaları desteklenmektedir. Üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında eğitim almış ve istekli genç insanların, akranları (yaş, çevre ya da ilgi alanları yönünden benzer genç insanlar) ile birlikte gerçekleştirdikleri, gençlerin bilgi, tutum, beceri ve davranış yönünden gelişmesi ve kendi sağlıklarını koruma bilincini kazanmalarını amaçlayan eğitimsel etkinlikler olarak tanımlanan akran eğitimleri sürdürülmektedir. Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi ve hizmet ihtiyaçlarına ulaşmalarına yönelik; gençler ve sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülen farkındalık yaratma faaliyetleri UNFPA, Avrupa Birliği, TAPV Vakfı, Sabancı Hibe Programları ve diğer sektörlerin işbirliğinde desteklenmektedir.

Bazı çalışmalardan örnekler:

- **Sağlık Çatısı:** Projenin akran eğitimleri 2013 boyunca toplamda 28 gençlik grubuna ulaşılmıştır. 17 farklı ilde gerçekleşen ve 80 oturumun yapıldığı bu eğitimlerde toplam 1.343 kişiye ulaşıldı. Böylelikle projede başından beri akran eğitimi alan kişi sayısı 9.524'e yükselmiştir. Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi'nin amacı, 17-25 yaş arası gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda farkındalıklarını ve bilgilerini artırarak, onlara yeni yaşam becerileri kazandırmayı ve onları genç dostu sağlık hizmetlerinin kullanımı için

cesaretlendirerek gençlerde güvenli ve bilinçli davranışa yönelik tutum değişikliği gerçekleştirmektedir (25).

- TAP Vakfı tarafından hazırlanan ve 12 yıldır sürdürülmekte olan **“Cinsel Sağlık Eğitim Programı (CSEP)”**, ergenlerin cinsel gelişimlerini desteklemeyi ve “güvenli cinsellik” kavramı çerçevesinde kazanacakları bilinç ve farkındalık ile riskli davranışlardan korunmalarını sağlamayı amaçlamaktadır. İlkokul kademesinde 3 ve 4; ortaokul kademesinde 5, 6, 7 ve 8; lise kademesinde hazırlık, 9, 10, 11 ve 12. sınıflarda uygulanmaktadır. Uygulama öncesinde veya sonrasında ebeveyn ve öğretmenlere yönelik bilgilendirme semineri gerçekleştirilmektedir (26).
- TAP Vakfı tarafından yürütülmekte olan **Şanlıurfa Yaşama Hazırlanıyorum Projesi**: 10-19 yaş arası 1500 genci hedefleyen, proje kapsamındaki eğitimler, Türkiye Eğitim Gönüllüleri Vakfı (TEGV), Şanlıurfa Belediyesi, Şanlıurfa Gençlik Hizmetleri ve Spor Müdürlüğü işbirliği ile Şanlıurfa'daki Gençlik Merkezlerinde uygulanmaktadır. Proje eğitimleri süresince, cinsiyet rollerini kırmak ve cinsiyet duyarlılığını teşvik etmek amacıyla gençler bir arada eğitim görmeleri planlanmıştır. Modüller ‘Yaşam Becerileri’ çatısı altında; Özguven ve Geleceğe Bakma, Yaratıcılık ve İletişim Becerileri, İnsan Hakları, Toplumsal Cinsiyet ve Bedensel Gelişim ve Sağlık başlıklarından oluşmaktadır. Projenin eğitici eğitimi 9-12 Kasım ve 23-26 Kasım 2012’de Şanlıurfa’da tamamlanmış olup gençlerden oluşan eğiticiler eğitimlere başlayarak Mayıs 2013 tarihi ile 1200 gence ulaşmışlardır (27). Ayrıca, “Kars’taki Kızlar İlerliyor Projesi”nde TAP Vakfı proje ortağı olarak Sağlık Meslek Lisesi 11. ve 12. sınıf öğrencilerinin mesleki bilgi ve becerilerini geliştirerek iş bulma seçeneklerini ve fırsatlarını arttırmak amacıyla katılmıştır. Eğitim programında toplumsal cinsiyet, cinsel sağlık ve kadın sağlığı konularına da ağırlık verilmiştir (28).
- Türkiye’de bazı illerde (Kayseri) Toplum Gönüllüleri Vakfı (TOG), Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ortaklığıyla gençlik alanında çalışan sivil toplum kuruluşlarının ve gençlik gruplarının ICPD ilkelerini hayata geçirmeleri için ortaklıklar kurmak ve bu doğrultudaki çalışmaları desteklemek amacıyla bir Küçük Proje Destek Programı başlatılmıştır. Program kapsamında gençlerin cinsel sağlık üreme sağlığı ve hakları temelinde gençler ve cinsel sağlık üreme sağlığı bilgisi ve hizmetleri, cinsel-toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılık karar mekanizmalarına katılım ve cinsel güvenli davranışlar içeren etkinliklerin Temmuz 2014 - 15 Aralık 2014 tarihine kadar desteklenmesi planlanmıştır (29).

Sonuç

Ergen / gençlerin, sağlık ve üreme / cinsel sağlığı konularında karşı karşıya kaldıkları risk faktörlerinden korunabilmeleri için bilgi düzeylerinin, davranışlarının ve gereksinimlerinin belirlenmesine ve eğitim, istihdam, genç dostu sağlık hizmeti gereksinimlerinin karşılanması için yapılan çalışmaların ülke çapında yaygınlaştırılması, izlenmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasına önem verilmelidir.

Kaynaklar:

1. Adolescence and Adolescent Reproductive Health, International Children's Center (ICC), "Teaching Materials for the Training Courses", Ankara, 2003.
2. Mihçioğur S., Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampusu Öğrenci Sağlık Merkezi'nde Cinsel ve Üreme Sağlığı Hizmet Modeli Oluşturma Araştırması, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Tezi, Ankara 2004.
3. "Adolescents and Young People", State of World Population 2004, UNFPA (<http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9>)
4. "Adolesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler" Projesi, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Nisan 2004.
5. State of World Population 2003, "Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights", UNFPA, 2003.
6. Speizer, S., I., Magnani, R., J., Colvin, C., C., The Effectiveness of Adolescent Reproductive Health Interventions in Developing Countries: A Review of the Evidence, Journal of Adolescent Health 2003, Vol., 33, pp., 324-348, November, 2003.
7. Population and Development, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5 - 13 September, UN, 1994. Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Kahire, 5 - 13 Eylül 1994, T.C., Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, ed., Akın, A., Ankara, 1994.
8. Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu, Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Pekin, Çin, 4 - 15 Eylül 1995, T.C., Başbakanlık, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara.
9. İstatistiklerle Gençlik 2013, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).
10. Türkiye İstatistik Yıllığı 2013, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).
11. Hanehalkı İşgücü Araştırması 2013, TÜİK.
12. İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri Araştırması 2013, TÜİK.
13. Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2013, TÜİK.
14. <http://www.hukuki.net/showthread.php?54206-Yeni-Medeni-Kanuna-gore-Evlenme-yas-siniri>
15. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16051>

16. Demirbağ, B. C., Kürtüncü, M., Erkaya, R. ve Çiçek, Z. (2013). Adolescent Marriage and Pregnancy: Sample of Eastern Black Sea. ACU Sağlık Bil Derg, 4(3), 128-131.
17. Turkey Demographic and Health Survey 2013, Preliminary Report.
18. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008.
19. Battal S. Adolesan Gebelerin Gebelik ve Doğum Sorunları ve Bunların Yenidoğana Etkileri, 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı içinde, Bursa 2012; 900-902.
20. Gümüşler Başaran A, Nur N. Bir Üniversitede Öğrencilerin Üreme Sağlığı ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları, 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı içinde, Antalya 2012;551.
21. Kara F, Asghari N. Üniversiteye Yeni Başlayan Öğrencilerin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyi16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı içinde, Antalya 2013;522.
22. Dağ H, Dönmez S, Kavlak O, Şirin A. Akran eğitiminin üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeylerine etkisi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;15:1.
23. Kırmızıtoprak E, Şimşek Z. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Güvenli Cinsel Yaşam Konusunda Geçlerin Bilgi ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi, Türk Silahlı Kuvvetler Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2011;10(4):463-472.
24. Şimşek Z, Kırmızıtoprak E. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam Bilgi Ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi, Turkish Journal of Public Health, 2013;(11):1-10.
25. Toplum Gönüllüleri Faaliyet Raporu 2013.
26. <http://www.tapv.org.tr/tcid/31/64/Neden-Okul-Egitimi?>
27. <http://www.tapv.org.tr/tcid/48/175/Sanliurfada-Yasama-Hazirlaniyorum-Projesi>
28. <http://www.tapv.org.tr/tcid/48/177/Kars'taki-Kizlar-Ilerliyor-Projesi>
29. <http://www.kayseriab.gov.tr/news.php?kategoriduyurupk=7&duyurupk=218>

III. ANNE ÖLÜMLERİ

M.Ali Biliker^a

Ayşe Akın^b

^aUzm.Dr. Halk Sağlığı Uzmanı, Sağlık Bakanlığı Proje Danışmanı

^bProf.Dr. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.,B.Ü. Kadın Çocuk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM)

Giriş:

Her kadın gebelik sırasında risk altındadır. Her kadının, yaşamı tehdit eden ve beklenmedik bir komplikasyona maruz kaldığında, acil tıbbi müdahaleye gereksinimi vardır. Birçok ülkede, üreme çağındaki 15-49 yaş grubu kadınlar arasında sakatlık ve ölüm nedenleri arasında gebelik ve doğum komplikasyonları önde gelmektedir.

Obstetrik komplikasyonlardan korunma ve zamanında tespit ve tedavisinin sağlanması nitelikli doğum öncesi bakım, doğum hizmeti ve doğum sonrası bakım gerektirir. Güvenli doğum hizmetleri ve eğitilmiş sağlık personeli yardımı ile doğumların yapılmasının sağlanması, acil obstetrik hizmetlere ulaşım anne ve bebekte sağlık risklerinin azaltılmasını sağlar.

Anne ölümlüğü, ülkenin genel gelişmişlik ve sağlık düzeyi hakkında bilgi veren kompleks bir ölçüttür. Buna karşılık, anne ölümleri hakkında bilgi toplama ve güvenilir anne ölüm oranı hesaplamak birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de ne yazık ki hala sorundur. Türkiye’de Anne Ölüm oranı yıllar içinde düşmüştür ancak hala mevcut oran gelişmiş ülkelerden birkaç misli yüksektir. Riskli gebeliklerin yaygın olduğu Türkiye’de anne ölümlerinin üçte ikisi önlenabilir nedenlere bağlı meydana gelmektedir. Önlenabilir nedenler arasında da büyük bir payı “riskli gebelikler oluşturmaktadır (9-11)

Anne ölümü kadının gebeliği, doğum eylemi ve gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde gebelik süresine bakılmaksızın, gebelik ile ilgili veya gebeliğin ağırlaştırdığı herhangi bir neden ile meydana gelen ölüm olayıdır. Anne ölüm riskini değerlendirmek için “**Anne Ölüm Oranı (AÖO); Orantısız Anne Ölüm Oranı (OAÖO); Yaşam boyu Anne Ölüm risk**” olmak üzere üç gösterge tanımlanmıştır (ayrıntılı bilgi için bakınız TSR2012)

2013 yılında Birleşmiş Milletler tarafından yürütülen “Global Sağlık Araştırması” sonuçlarına göre, Dünya ölçeğinde, 1994’den bu yana ÜS/CS göstergeleri içinde en büyük iyileşme anne ölüm oranında (AÖO) olmuştur. 1994’de, çoğu önlenabilir nedenlere bağlı yarım milyondan fazla AÖ meydana gelmiş, **son yirmi yılda ise AÖO % 47 azalmıştır.** Anne ölümlülüğündeki bu önemli düşüş, obstetrik hizmetlerin daha iyi verilmesine özellikle de acil obstetrik bakıma ulaşımındaki artışa bağlı olarak yorumlanmıştır. **Buna rağmen her gün 800 kadın gebelik ve doğumla ilişkili komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir.** Gelişmiş ve gelişmekte olan bölgeler arasındaki farklılık ciddiyetini sürdürmektedir. Gelişmiş bölgelerdeki kadınların

gebelik ve doğuma bağlı yaşam boyu ölüm riski 1/3800 iken, gelişmekte olan bölgelerde 1/150, Sahra altı Afrika'da ise 1/39'dur. Diğer taraftan Global survey sonuçları, 26 ülkede anne ölümlerinin artmış olduğuna işaret etmektedir.

Gebeliğe bağlı nedenlerle ölen her kadına karşılık yaklaşık 20 kadın ciddi ve uzun süren hastalık yaşamaktadır. Üreme Sağlığı Araştırma Raporunda da vurgulandığı gibi bu ölümlerin temel sebepleri, yoksulluk ve nitelikli bakımın olmamasıdır. Anne morbiditelerinin ise büyük çoğunluğunun, sağlıklı doğum ve destek olarak acil obstetrik bakımın sağlanması ile tamamen önlenebileceğine vurgu yapılmaktadır (11-12).

Türkiye'de Yıllara Göre Gebeliğe Bağlı Ölümler ve Tahmin Çalışmaları:

Türkiye'de anne ölüm oranı 1974-75 yıllardan ülke genelinde yapılan bir çalışma ile 100 Bin canlı doğumda 208 olarak hesap edilmiştir^{1,2}. Aynı oran, Orta Anadolu'da yarı kırsal 2 Eğitim ve Araştırma Bölgesinde (Etmesgut-Çubuk) 1973-1983 yılları arasındaki süre içinde 100 Bin canlı doğumda 119 olarak bulunmuştur. Topluma dayalı yapılan bu çalışmada obstetrik kanamalar %58 ile önde gelen ölüm nedeni olarak saptanmıştır.^{1,2}

Kahramanmaraş ve Adıyaman illerinde 1986 yılında DSÖ ile işbirliği içinde HÜ Halk Sağlığı AD ve SB işbirliğinde gerçekleştirilen diğer bir çalışmada, AÖO Kahramanmaraş için 284/100.000 canlı doğumda ve Adıyaman için 91/100.000 canlı doğumda olarak hesaplanmıştır. Obstetrik kanamalar temel ölüm nedeni olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada anne ölümlerinin %90'i korunulabilir nedenler ile meydana geldiği belirlenmiştir^{3,5}.

Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 1989 yılında kız kardeş yöntemiyle gerçekleştirilen araştırmada evli kadınlar arasında AÖO'nı 100 bin canlı doğumda 132 olarak bulunmuştur³. Yaşam boyu gebelikte ölme riski ise 159 da bir olarak hesaplanmıştır. Ölen kadınların çoğunluğunun yoksul, eğitimsiz, doğum öncesi bakım almamış olduğu dikkati çekmektedir^{2,4,5,6}. O tarihten beri anne ölümlerinin önemli ölçüde azaldığı kabul edilir. Bununla birlikte, DSÖ, UNICEF ve BMNF tarafından gerçekleştirilen tahmin çalışmasında 2000 yılında Türkiye AÖO 100 Bin canlı doğumda 70 olarak belirlenmiştir⁷.

Hastane Kayıtlarından Anne Ölüm Nedenleri Belirleme Araştırması (2000)

Bu araştırma, 1997-1998 tarihlerinde Sağlık Bakanlığı AÇS - AP Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Halk Sağlığı AD işbirliğinde UNFPA ve WHO desteği ile Türkiye'nin nüfusunun % 80'nini içeren seçilmiş 53 ilinde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1. 12–55 Yaş Grubu Kadınlarda ilk On ölüm Nedeni. (Hastane Araştırması)

	Ölüm Nedeni:	Sayı	%
1	Serebro-vasküler Hastalık.	1043	16,4
2	Malignansiler	704	11,1
3	Kalp hastalıkları, kalp yetm. vb.	666	10,5
4	Trafik kazaları	588	9,2
5	Anne ölümleri	323	5,1
6	Böbrek yetmezliği	301	4,7
7	Diğer kazalar (düşme, boğulma, yanma, vb.)	270	4,2
8	Lenfatik ve hemopoetik sistem malin tümörleri	257	4,0
9	Solunum Hastalıkları	195	3,0
10	Peritonit	151	2,4

53 ilde hastane kayıtlarından yapılan çalışmada anne ölümlerinin ilk beş kadın ölüm nedeni arasında olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak, bu çalışmada bütün anne ölümlerinin %81,1'inin korunulabilir olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, eğer gerekli koruyucu önlemler alınmış olsaydı incelenen 323 ölüm vakasından 258 sinin önlenmiş olacağı anlamına gelmektedir. Bu rakamların ülke geneline Projekte edildiğinde sorunun boyutları daha iyi anlaşılabilir.

Van İli ve çevresinde meydana gelen anne ölüm nedenlerinin incelendiği bir araştırmada⁷ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kliniğinde Ocak 1997- Aralık 2000 tarihleri arasında 3107 canlı doğuma karşılık 30 anne ölümü meydana geldiği tespit edilmiş. Ölen annelerin; riskli kategoride oldukları ve hastaneye geldiklerinde ağır anemik oldukları tespit edilmiş. Buna karşılık hemen tamamının (%93,3) doğum öncesi bakım almadığı belirlenmiştir.

Ölen annelerin üçte ikisi kırsal kesimden gelmekte ve büyük çoğunluğunun (%93,3) ünün sosyo-ekonomik düzeyinin çok düşük olduğu okur-yazar olanlar ise %3.33 olduğu belirtilmektedir. Ölüm nedenleri incelendiğinde; gebelik toksemisi (%46.66), Gebelik ve doğum kanamalarının (%40) ilk iki sırada olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Anne ölümlerinin yaş gruplarına göre dağılımı (yıl)

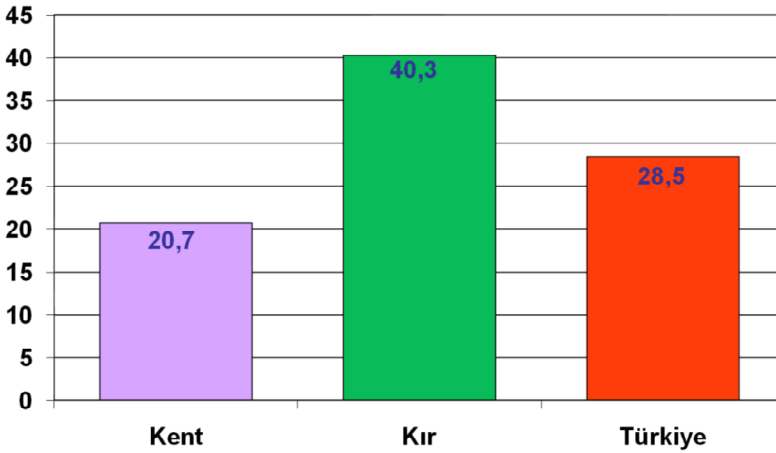
	n=323	%
-19	18	5,6
20–24	81	25,1
25–29	69	21,4
30–34	62	19,2
35, +	91	28,2
Bilinmeyen	2	0.6

Bu araştırmada, anne ölüm nedenleri önlenabilirlik açısından incelenmiş ve tüm anne ölümlerinin %96,6'sının önlenabilir olduğu hesap edilmiştir.

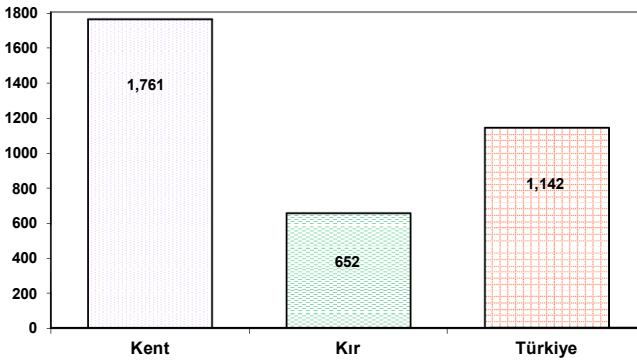
Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 9.

Çalışma, bütün ülkeyi temsil eden örneklem üzerinde yapılmış ilk AÖ araştırması olup, daha sonra benzer bir araştırma yapılmamıştır. Ne var ki Sağlık Bakanlığının gerek 53 il çalışması gerekse UAÖ araştırma sonuçlarına dayalı olarak, Anne ölümleri ile merkez ve perifer düzeyde oluşturduğu inceleme komisyonları ve rutin- doğru veri toplama ile ilgili son yıllarda başlattığı çalışmalar olumlu olup ileriye yönelik “rutin kayıt bildirim” sistemi ile konu ile ilgili durumun incelenebilmesi mümkün olabilecektir.

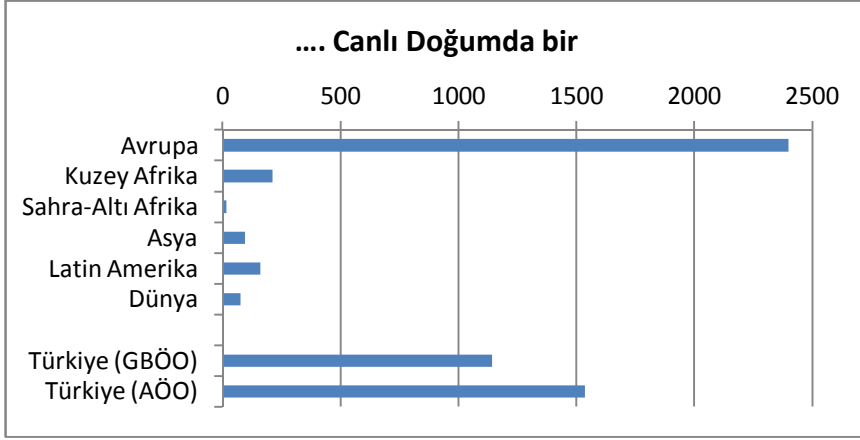
Ulusal Anne Ölümleri Araştırmasının bazı temel bulguları:



Şekil 1. Anne ölüm oranları ((UAÖÇ, 2005)



Şekil 2. Gebeliğe bağlı ölümlerde yaşam boyu risk. (UAÖÇ, 2005)



Şekil 1. Dünyada ve Türkiye'de yaşam boyu anne ölüm riski. (UAÖÇ, 2005)

Sağlık Bakanlığı ve Anne Ölümleri Veri Sistemi

Ülke genelinde yapılan araştırmalarda elde edilen, ülkede anne ölümlerinin kadın üreme sağlığı üzerindeki yükü ve korunulabilir nedenlerle meydana gelen kadın ve anne ölümlerinin sıklığı Sağlık Bakanlığı tarafından dikkate alınmıştır. Bakanlık, anne ölümlerinin düzeyi çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak kullanılması gerektiğini gerekçe göstererek, bu konuda bir genelge ile ülke genelinde meydana gelen her anne ölüm vakasının incelenmesini zorunlu tutarak yeni bir “Anne Ölümleri Veri Sistemini” yürürlüğe koymuştur (2007)¹⁰.

Bu çerçevede, bütün anne ölümleri ile ilgili tespit ve raporlama zorunlu tutulmakta, İlçe ve il düzeyinde sorumluların görevlendirildiği sistemde her 12-50 yaş kadın ölüm olgusu kayıt altına alınmakta ve aylık olarak bildirilmesi sağlanmaktadır. Merkeze bildirilen her ölüm vakası UAÖÇ sırasında uygulanan örneklerle benzer bir “Anne ölümleri Ön İnceleme” ve “Merkez İnceleme Komisyonu” tarafından değerlendirilmesi sağlanmaktadır. Bu uygulama bazı eksikliklerine rağmen sürdürülmektedir. Bu alanda umalım ki Türkiye’de yakın gelecekte artık anne ölümlerinin sayısı ve nedenlerini rutin kayıt bildirimlere dayalı olarak bilinmesi mümkün olacaktır. Üreme sağlığı bölümünün Girişinde de belirtildiği gibi, kadın sağlığındaki iyileşmeler çocuk sağlığına kıyasla çok daha yavaş seyretmektedir yine de 2013 yılında yapılan “küresel üreme sağlığı survey sonuçları”, son 20 yılda Anne Ölüm Oranında % 47’lik bir azalma meydana geldiğini göstermektedir. Global survey Raporunda da vurgulandığı gibi; Anne ölümlerinin azaltılmasındaki başarı, doğum öncesi bakım (DÖB), sağlıklı doğum ve acil obstetrik bakımın sağlandığı “Güvenli Annelik” uygulamalarının başarısına bağlıdır (11,12).

Türkiye’de, Rutin kayıtlardan elde edilen AÖÖ ları ve nedenleri izlenirken, müdahale programlarına yol gösterici olması amacı ile bölgesel ve yerel düzeyde araştırmaların yapılması ve bu araştırmalara ilgililerin ulaşabileceği bir e-formla örneğin Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığının web sayfasına

iletilmesi konu ile ilgili güncel bilimsel çalışmalardan haberdar olunması yönünden son derece katkı sağlayan bir yaklaşım olabilir.

İlgililerin dikkatine sunulmak üzere; 2014 yılı içinde planlanması yapılan “anne ölümlerinin bir önceki aşaması olan ve, Dünya Sağlık Örgütü’nün gerekli araştırmalarını yapmış, ilkelerini saptamış olduğu “Near Miss” yaklaşımının yani ölümle karşıkariya gelen annelerin nedenlerinin, yapılan ve yapılması gereken müdahalelerin ayrıntılı olarak incelenmesini; Türkiye’deki durumla ilgili yol gösterici olması amacı ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Başkent Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi ve Dünya Sağlık Örgütü işbirliğinde bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Öyle umulmaktadır ki gelecek TSR’de bu araştırma sonuçlarına da yer verilebilecektir.

Kaynaklar:

1. Akın Dervişoğlu A. Türkiye’de Anne Ölümleri. Toplum ve Hekim, No.42, Türk Tabipleri Birliği Yayını. (Maternal Mortality in Turkey); 1987.
2. Akın Dervişoğlu A. Türkiye’de kadın sağlığı ve sorunları. Jinekoloji ve obstetrikte yeni görüş ve gelişmeler. Ankara Jinekoloji Derneği Yayını, 1990; 1(1):13-19. (Woman’s Health and Problems in Turkey).
3. Yiğitbaş S. Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması. HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara:1998. (Maternal Mortality Rate and Causes of Maternal Deaths from The Hospital Records in Turkey, unpublished master theses).
4. Akın A, Güçiz Doğan B, Mıhçıokur S. Survey on Causes of Maternal Mortality from the Hospital Records in Turkey. Report prepared by Hacettepe University Medical Faculty Department of Public Health. Ankara: 2000.
5. Sağlık Bakanlığı. Adıyaman ve Kahramanmaraş İlleri’nde Perinatal Bebek ve Ana Ölümleri, SB.-AÇS/AP Genel Müdürlüğü, (rapor) , (Perinatal and Maternal mortalities in Kahramanmaraş and Adıyaman Provinces) Publication of the MoH , Ankara, 1990,
6. SIS. 1989 Turkish Demographic Survey. Publication # 1483, ISBN 975-19-0455-2, Ankara: SIS Printing Division, 1991.
7. WHO. Maternal Mortality in 2000” Estimates developed by WHO;UNICEF and UNFPA. Department of RHR of the WHO. Geneva:Publication of the WHO, p:21, 2004.
8. Van ve Yöresinde Maternal Mortalite Oranı ve Etiyolojide Rol Alan Faktörlerin Tespiti: H. Güler Şahin, Mansur Kamacı, Hüseyin Avni Şahin, Muzaffer Şengül, Neşe Çölçimen. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, VAN, TR. Perinatoloji Dergisi 2001; 9(4):0.
9. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Dector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu.

10. Sağlık Bakanlığı, Anne Ölümleri Genelgesi, 2007. Ankara
11. UN - Global Health Survey –New York 2013
12. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 Report by
WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank (www.who.int- erişim Kasım 2014)

IV. İSTENMEYEN GEBELİKLER VE DÜŞÜKLER

Ayşe Akın^a

M.Ali Biliker^b

^aProf.Dr. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., B.Ü. Kadın Çocuk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM)

^bHalk Sağlığı Uzmanı, Sağlık Bakanlığı Proje Danışmanı

İstenmeyen Gebelikler ve Düşükler:

İstenmeyen gebelikler, kadın sağlığının önemli konularından birini oluşturur. İstenmeyen gebelikler, kadında fiziksel, ruhsal sorunlar yaratabildiği gibi, eğitim ve iş olanaklarını da tehlikeye atabilmektedir. Adolesanlar, özellikle istenmeyen gebeliklerle sık karşılaşan gruptur.

Kendi doğurganlığını kontrol etme, planlama ve bu konuda hizmetlerden yararlanma becerisi ve şansı düşük olan kadınların istenmeyen gebeliklerle karşılaşma riski de yüksektir. Diğer taraftan hiçbir kontraseptif yöntem % 100 güvenilir değildir. Kontraseptif başarısızlığa bağlı olarak, dünyada her yıl milyonlarca planlanmamış gebelik meydana gelmektedir.

Güvenli olmayan düşükler, çok sayıda kadının hayatını tehdit etmektedir, bu konuda en büyük riski en yoksullar ve gençler taşıdığı için, sağlıksız düşükler özellikle bu gruplarda ölümcül bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Düşüğe bağlı ölümlerin, sağlık sorunlarının ve sakatlıkların çoğu önlenabilir niteliktedir. Buna rağmen pek çok ülke, İstenmeyen gebeliklerin ve onun bir sonucu olan düşüklerin önlenmesinde son 20 yıldır kendi vaat ettikleri hedeflere ulaşamamıştır. 2013 yılında yapılmış olan Global Üreme Sağlığı (ÜS) Survey Raporunda da vurgulandığı gibi, bunun sağlanması için ülkeler, Aile Planlaması (AP) ve modern Kontraseptif (KS) yöntemlere erişim dahil Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı (CSÜS) hizmetlerine erişimi ve çiftlerin konuyu tartışması için sosyal eşitlikçi ortamların sağlanmasına öncelik vermelidirler. (UN, 2013) (9) Dünyada düşüklerin toplam hızı 1995’de bin kadında 35’den, 2003’de binde 28’e düşmüş, ancak sonra 2008’de binde 29 olmak üzere sabit kalmıştır. Afrika ve Asya’da düşüğe bağlı ölüm hızları çarpıcı bir şekilde yüksektir; Günümüzde Afrika’daki düşüğe bağlı ölümler ABD’dekinin 800 katıdır. Afrika, Orta ve Güney Amerika’daki tüm düşükler (%97) güvenli olmayan düşüklerdir. En yüksek bölgesel hızlar Doğu Avrupa, Karayipler, Doğu Afrika ve Güneydoğu Asya’da görülmektedir; en düşük bölgesel hız ise Batı Avrupa’dadır.

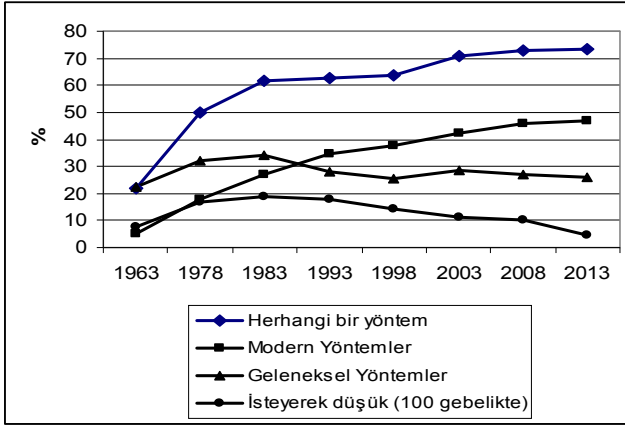
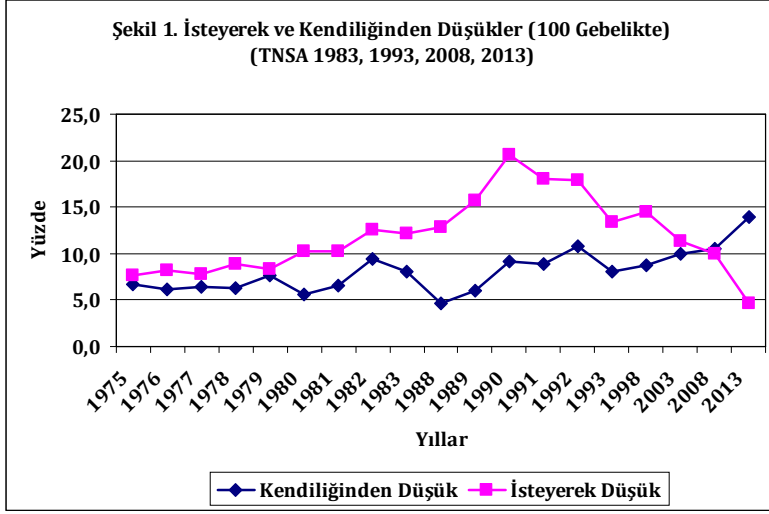
Bütün düşüklerin %86’sı Gelişmekte Olan Ülkelerde (GOÜ) meydana gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlıksız düşüklerin 4 milyonu ergenlerde meydana gelmektedir. 25 yaşından genç kadınlar düşüğe bağlı bütün ölümlerin yarısından sorumludur. Kanıtlar, adolesan ve genç kızların düşüğü geciktirme ve düşüğün yasal olduğu ülkelerde bile korku, bilgi ve parasal kaynakların eksikliğine bağlı

olarak sağlıklı düşük hizmetine ulaşamadıklarını göstermektedir. Ülkelerin daha az bir oranı “yasal olarak sağlıklı düşük hizmetlerine erişim sağlamayı”, %65’i ise “sonuçlarının yönetimi ve önlenmesi” konusunu ele almayı vaad etmişlerdir. Ülkelerin bu konudaki vaatleri, zenginlikleriyle ters orantılı olduğu saptanmıştır. Yine Global Survey sonuçlarına göre 1990 yılında güvenli olmayan düşüklere bağlı 69 000 AÖ meydana gelmiş, 2008 yılında ise bu sayının 47 000 olduğu belirtilmektedir. Dünyada, sağlıksız düşüklerin anne ölümlerinin içindeki payı artmıştır (UN, 2013) (9,10).

Türkiye’de düşük sorunun boyutlarını ve bunun altında yatan faktörleri ortaya çıkartmak için çok sayıda çalışma gerçekleştirilmiştir. İlk kez, 1959’da Fişek ve arkadaşları, Batı ve Orta Anadolu köylerinde yaptıkları çalışmada inceledikleri 7029 kadının % 29 unda en az bir düşük hikayesi olduğunu ve 100 canlı doğuma karşılık 14,5 düşük yapıldığını saptamışlardır. Bu ve bunun gibi 1979 yılından önce Türkiye’de yapılan çalışmalar, Tezcan, Yaman, Fişek(1980) tarafından “Türkiye’de Çocuk Düşürme, 1980.”(1-4) adlı yapıtta değerlendirilmiştir. Bu çalışma, 1963 ve 1968 yıllarında yapılan nüfus araştırmalarında doğurgan yaş grubu kadınlar arasında geçmişte en az bir kez düşük yapan kadınların %7,6 dan %10,1 e yükseldiği ifade edilmektedir. Bu artışta, kadının eğitim düzeyi ile paralel bir ilişkinin yanı sıra, kentlerde oturan kadınların düşük yapma sıklığının arttığı ve sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabilmelerinin rol oynadığı da vurgulanmaktadır. Ayrıca, fazla çocuk sahibi olma, gebelikler arası sürenin çok kısa olması ve ekonomik güçlükler en sık çocuk düşürme nedeni olarak belirtilmektedir. Bu sonuçlara dayanarak, sosyal ve ekonomik nedenlerle çocuk düşürmenin yasal olarak önlenemeyeceği vurgulanmaktadır.

Sadece aile planlaması yöntemlerinin tanıtımı ve kullanımının serbest olduğu, tıbbi nedenler dışında, isteyerek gebeliğin sonlandırılmasının yasak olduğu dönemde yapılan bu çalışmalar, mevcut yasanın isteyerek düşüklerin önlenmesini sağlayamayacağı, kadın sağlığını geliştirmek için istenmeyen gebeliklerin sağlıklı, güvenilir koşullarda yapılabilen, yasal düşüklerle sonlandırılmasının sağlanması gerektiği sonucunu vermektedir

İstenmeyen gebeliklerin güvenli, sağlıklı koşullarda ve ihtiyacı olan herkesin ulaşabileceği ortamlarda yapılmasının, anne ölümlerinin azaltılmasında önemli bir yeri vardır. Türkiye’de, 1983’te yayınlanan “Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun (Kanun No 2827)” ile isteğe bağlı olarak, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin sonlandırılmasına izin verilmiştir, son yıllarda konu ile ilgili bazı tartışma ve çabalara rağmen bir üreme hakkı olan düşük yapmaya birey ve ailenin karar verebilmesini sağlayan bu yasa varlığını aynen sürdürmektedir.



Şekil 2. Türkiye’de Yıllara Göre Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumu (TNSA,1963 – 2013)

Türkiye’de, isteğe bağlı gebeliğin sonlandırılmasının serbest bırakılmasından önce başlayan isteyerek düşük oranındaki artış kanun sonrasında da devam etmiş 1988 TNSA da en az bir isteyerek düşük yapan evli kadın oranının %42,2’ye ulaştığı, isteyerek düşük oranı ise %24 olarak belirlenmiştir. 1990 yılından sonra ise düşüş eğilimine giren isteyerek düşük oranı 2008 TNSA sonuçlarına göre 100 gebelikte %10a en son yapılan 2013 TNSA sonuçlarına göre de 100 gebelikte 4.7’ye düşmüştür (Şekil 1)(3-6,10-13).

2013 yılı TNSA sonuçlarına göre 100 gebelikte - düşükler ve ölü doğumların sıklığı incelendiğinde: Araştırmadan önceki 5 yıl içinde 100 gebelikten 14’ü kendiliğinden düşükle,100 gebelikten 5’i isteyerek düşükle ve 100 gebelikten 1’i de ölü doğumla sonuçlanmıştır. Burada gözlenen eğilimlerin dikkatle yorumlanması gerekir.

İsteyerek düşük oranındaki bu 100 gebelikten 5'e olan düşüş, kadınların artık daha az düşük yapmayı tercih etmelerine; istedikleri halde hizmete ulaşamamalarına ya da şekil 1 deki kendiliğinden düşük oranında son 5 yıl içinde gözlenen artış dikkate alınır ise mevcut politik söylemlerin de etkisi ile hizmet sunmada engellerin olabileceğinin yanı sıra isteyerek düşük hizmeti alındığı halde bunun sorulduğu vakit "kendiliğinden meydana gelen düşük" olarak ifade edilmiş olabileceğini de düşündürmektedir. Düşüklerle ilgili 2013 TNSA'sonuçlarının düşündürdüğü diğer bir durum ise, kullanılan kontraseptif türlerindeki değişimdir. Şöyle ki, 2003 yılından beri Türkiye'de RİA gibi kullanım etkinliği çok yüksek olan bir yöntem benzer faktörlere bağlı giderek azalmaktadır. Etkili yöntem kullanımında belirgin bir artış olmadığı gibi geleneksel yöntemler de durumunu aynen sürdürmektedir. Özetle Kontraseptif kullanımı ve isteyerek düşüklere ilgili sonuçlar dikkatle yorumlanmalı, yapılacak başka araştırmalar ve ileri analiz çalışmaları ile bu sonuçları etkileyen gerçek faktörler ortaya konulmalıdır. Türkiye'de yıllara göre yapılan araştırma sonuçları kadının eğitim durumu ile isteyerek düşüklere arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Araştırmalarda düşük yapan kadınlar arasında eğitim düzeyi yüksek olanların daha büyük grubu oluşturdukları izlenmektedir. (3, 5-7, 13)(Tablo 1.).

Tablo 1. Kadınların eğitim düzeyi ve yıllara göre düşük yapma oranları (Yüz gebelikte)

	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları				2013
	1993	1998	2003	2008	
EĞİTİM					
Yok/İlkokulu bitirmemiş	13,90	11,80	8,30	5,50	3,4
İlkokul birinci kademe	19,40	15,10	11,50	11,10	5,7
İlkokul ikinci kademe	22,60	17,30	12,80	7,10	3,2
Lise ve üzeri	NA	NA	14,80	13,10	5,3
Toplam	18,00	14,50	11,30	10,00	4,7
<i>Kaynak: TNSA 2003-2008,2013</i>					

Kentsel yerleşim yerlerinde daha sık olan isteyerek düşüklere, coğrafi bölgelere göre de büyük farklılıklar göstermektedir. Kentsel kesimde isteyerek düşük yapma oranı yarı yarıya azalırken, en sık isteyerek düşük yapılan Batı bölgeleri başta olmak üzere tüm bölgelerde isteyerek düşük yapma oranında azalma gözlenmektedir. Yaşla birlikte artış gösteren isteyerek düşük hızı, 30 yaş üzerinde belirgin artış göstermektedir. Yıllara göre bütün yaş gruplarında azalma söz konusudur (Tablo 2) (3.7.13).

Tablo 2. Temel özelliklere göre Araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen isteyerek düşüklükler (100 Gebelikte)

	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları				
	1993	1998	2003	2008	2013
YAŞ					
15-19	3,80	5,80	3,40	3,20	1,2
20-24	8,30	7,70	5,60	4,10	2,5
25-29	20,40	12,60	9,50	9,70	3,9
30-34	27,90	23,30	19,10	12,80	4,9
35-39	36,20	33,40	25,50	25,50	10,4
40-44	47,10	42,50	33,70	29,90	19,9
45-49	47,60	66,20	27,60	-	25,4
YERLEŞİM YERİ					
Kent	21,30	16,10	13,20	10,80	5,1
Kır	12,40	11,60	7,20	7,80	3,4
BÖLGE					
Batı	24,90	18,00	14,70	14,10	6,5
Güney	16,30	13,70	10,20	9,90	3,5
Orta	19,80	16,70	14,90	8,80	4,2
Kuzey	17,00	15,60	8,80	11,50	5,0
Doğu	8,70	7,60	5,20	4,60	3,0
TOPLAM	18,00	14,50	11,30	10,00	4,7

Kaynak: TNSA 1993 – 2013

İsteyerek düşüklüklerde kontraseptif kullanım davranışı:

Düşük bir kontraseptif yöntem değildir. Bu yöndeki yaklaşımları değerlendirmek üzere Ankara ve Van illerinde “Türkiye’de İki İlde Kontraseptif ve Düşük Yapmayı Etkileyen Kültürel ve Psiko-sosyal Faktörler Araştırması, 1997.” gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın bulgularına göre Ankara’da evli kadınların %3’ünün, kocalarının %21,1’inin, Van ilinde ise kadınların %18’inin erkeklerin ise %26’sının düşüğü bir kontraseptif yöntem olarak görme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir (3,4,7,13).

TNSA 2008 ve 2013 araştırma sonuçlarına göre , isteyerek düşük öncesi ve sonrası kontraseptif yöntem kullanımını değerlendirildiğinde; Her iki çalışmada da araştırma öncesi beş yıllık dönemde yapılan düşüklüklerde kadınların üçte birinin gebelik öncesi bir aylık dönemde hiçbir yöntem kullanmadıkları belirlenmiştir. Yöntem kullanmış olanların da sırası ile %39’u ve % 36.9’u geri çekme yöntemi, % 10.8 ve % 17.2’si kondom kullandıkları sırada gebe kalmışlardır. (3,4,7,13).

Düşük sonrasında etkili, güvenilir yöntem kullanan kadın oranının arttığı gözlenmektedir. Ancak, yöntem kullanmadan gebe kaldıkları için gebeliklerini isteyerek sonlandıran kadınların düşük sonrası % 48’inin hala yöntem kullanmaması verilen danışmanlık hizmetlerin niteliği yönünden önemli bir soruna işaret etmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. İsteyerek düşük öncesi ve sonrası kontraseptif yöntem kullanım oranları TNSA 2008-2013 (%)

	Düşük öncesinde yöntem kullanma (%)		Düşük sonrasında yöntem kullanma (%)	
	2008	2013	2008	2013
HAP	4,8	3.6	14,0	4.8
RIA	5,0	6.1	11,6	14.8
Enjeksiyon	0,4	1.2	1,6	0.7
Diafram .	0,6	0.9	-	-
Kondom	10,8	17.2	14,9	17.0
Takvim	5,3	-	3,4	-
TL	-		0,5	1.3
Geri Çekme	39,0	36.9	21,7	13.7
Diğer	0,4	-	-	-
Yöntem kullanmayan	33,7	34.2	32,3	47.6

Kaynak: 2008 TNSA

İsteyerek düşüklerde zamanlama: TNSA 2013'e göre, araştırma tarihinden önceki son 5 yıl içinde isteyerek yapılan son düşüğün önemli bir bölümü (% 63) genellikle gebeliğin ilk ayında ; % 23.9'u 2 ay, % 13.4'ü ise 3 ay ve sonrasında gerçekleşmiştir. Bu bulgular daha önceki TNSA sonuçları ile de benzerdir (3-8, 13).

Kadın başına toplam isteyerek düşük hızı TNSA-2013'ten önceki 5 yıllık dönemde 0.4 olarak hesaplanmıştır. İsteyerek düşük hızları ve yaş arasında U şeklinde bir ilişki vardır.

Yerleşim yerine göre yapılan incelemede ise isteyerek düşüklerin kentsel alanlarda kıra göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan hane halkı refahı yükseldikçe toplam düşük hızlarında da bir artış söz konusudur. 2013-TNSA'da düşüğe kimin karar verdiği de incelenmiş olup sonuçlara göre; % 40.0 kendisi ve eşi birlikte, % 37.1'i doktor önerisi ile, % 17.4'ü kendisi karar vermiştir (13).

Tekrarlayan düşükler ve etkileyen faktörler: 1993-TNSA'da birden fazla düşüğü olan kadınların bu durumlarını etkileyen faktörleri açıklamak üzere çok değişkenli analiz uygulanmıştır. Yaş, eğitim, bölge ve yaşanan yerleşim yeri, eşin yaşı eğitimi ve kadının aile planlamasına karşı tutumu incelenmiştir. Geliştirilen üç ayrı modelde yapılan analizlerde, kadının yaşı ve eşinin eğitim düzeyi en önemli değişkenler olarak tespit edilmiştir. Kadının düşüğü olması veya olmaması durumuna çok sayıda faktör etki etmektedir. Bu sonuç, doğurganlığın kontrolüne

yönelik programlarda erkeğin katılımının önemini göstermektedir (6) TNSA-2013 için de benzer ileri analizlerin yapılması yol gösterici olacaktır.

İsteyerek Düşüğün Gerçekleştirildiği Yer:

Daha önceki araştırma bulgularına göre, isteyerek gebeliğin sonlandırılması uygulamalarının büyük çoğunluğu, kamu sağlık kuruluşlarında yapılmamakta ve görüşülen kadınların yarısına yakını, son kez düşük yaptıkları sırada kendileri için önemli sayılacak bir ödemede bulunduklarını ifade etmişlerdi. Bu durum, Türkiye genelinde yaşanmakta olup, günümüzde de sürmektedir isteyerek düşüklerin çoğunluğu (%72.4) belirli bir ücret karşılığı özel hekimler tarafından uygulanmaktadır. Bu oran 2008 TNSA sonuçlarına göre %70,2'dir (3). TNSA-2013'e göre isteyerek düşüklerin % 61.9'u özel sektör, % 31.3'ü Kamu hastanesinde sonlandırılmıştır (13). Burada halk sağlığı / Kadın sağlığı bağlamında düşünülmesi gereken eğer yasal değişikliğe gidilirse de "politik faktörlerle" düşük hizmeti verilmesi kamu kuruluşlarında engellenir ise sonuçta kadınlar istemedikleri gebeliği sosyo-ekonomik durumu uygun olanlar ciddi maddi ödemelerle özel sektörden hizmet alacaklar, maddi gücü yetmeyenler ise sağlıklarını tehlikeye atarak geleneksel düşük yöntemlerine baş vuracaklardır.

Bu bölümde özetlenen bilgilere göre; Günümüzde güvenli olmayan koşullarda yapılan gebelik sonlandırmaları, **1983 yılında kabul edilen ve isteyerek düşükleri 10 hafta dahil istek üzerine izin veren yasadan beri Türkiye'de bir sorun olmaktan çıkmıştır.** Ayrıca, güvenli düşük hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılabilmesi için bu yasa ile, eğitim alan genel pratisyenlerinin de gebeliği sonlandırma yapabilmelerine izin verilmiştir. Alınan yasal önlemler, hizmetin nitelikli olarak veriliyor olması, olumlu sonuçlarını kadın sağlığı üzerinde göstermiş olup yasa öncesi geçmiş yıllarda düşüğün anne ölümleri içindeki payı % 50 lere iken ünümüzde bu pay % 2 lere kadar düşmüştür. Esasen insan haklarının bir parçası olan "üreme hakkında karar yetkisi" 2827 sayılı yasa ile 1983 yılında bireylere, ailelere ve özellikle de "kadınlara" tanınmış bir haktır ve tanınan bu hakla kadın sağlığında ciddi iyileşmeler sağlanmıştır. Son yıllarda, henüz demografik yapımızda bir tehdit oluşturmadığı diğer bir ifade ile bilimsel bir temeli olmadığı halde, "yaşlanan nüfus" endişesi ile, kadınların doğurganlığının teşvik edilmesi, hatta isteyerek düşüğün yasalarla ya da "ıkna yolu ile" engellenme düşüncesi bile kabul edilebilir değildir. Böyle bir uygulama kadın sağlığına zarar vermeden öte kesinlikle yarar sağlamaz, sonuçta ya 20827 sayılı yasa öncesi Türkiye tablosu ya da 1960 larla 1990 lar arasında Romanya'nın konu ile ilgili yaşadığı acı tecrübe'ye geri dönmüş olur ki günümüzde uluslar arası her insan hakkı belgesini imzalamış – onaylamış bir ülke olan Türkiye'de buna hiçbir gücün teşebbüs bile etmemesi gerekir.

2013-TNSA'da bir önceki araştırmaya göre düşük oranında ciddi bir azalma meydana gelmiştir (100 gebelikte 10'dan 5'e düşmüştür - Şekil 1) Bu azalışın açıklamaları, araştırmanın ileri analizi yapıldığında daha iyi anlaşılacaktır ancak son TNSA'da diğer dikkat çeken bulgu, kendiliğinden olan düşüklerde belirgin bir artışın olduğudur (100 gebelikte 10,5'den 14'e yükselmiştir). Bu artışta diğer faktörlerin rolü olabileceği gibi Türkiye'de düşüklerle hatta aile

planlaması hizmetleri ile ilgili olarak yaratılan olumsuz politik atmosferin de yanlış beyana yol açmış olacağı hatırlanması gereken bir noktadır ve incelenilmelidir.

Ulusal ve uluslar arası ilke olarak “Düşük hiçbir koşulda aile planlaması yöntemi olarak kullanılmamalıdır”. Düşükler, özellikle güvenli olmayan düşük uygulamaları sözkonusu olduğunda önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Düşüklerin kadın sağlığı üzerindeki etkilerini kontrol edebilmek, nitelikli, yaygın aile planlaması hizmetleriyle düşüğe başvurmayı azaltmakla mümkündür. Ayrıca, istemeden gebe kalmış kadınların güvenilir bilgiye ve profesyonel danışmanlığa ve talebi varsa klinik hizmete hemen ulaşabilmeleri sağlanmalıdır, bu onların sağlık hakkıdır.

İsteyerek düşüklerle ilgili Türkiye’de son 2 yılda yürütülen en kapsamlı 2 çalışmadan kısaca söz edilecek olursa;

(1) Medikal abortus konusunda 500 vakalık faz III klinik çalışma (Gynuity Health Project işbirliği ile Başkent Üniversitesinin koordinasyonunda İzmir, Ankara ve İstanbul illerinde belirlenen 3 Kamu Hastanesinin Aile Planlaması kliniklerinde yürütülmüştür (10, 12)

Bu çalışma medikal abortusun Türkiye’de sunulan ÜS hizmetleri kapsamında kadınlara bir seçenek olarak sunulabilme durumunu araştıran 3. Faz III klinik araştırma olup vaka sayısı en geniş olandır. Mifepriston ve misoprostol kombinasyonu ile yapılan 3 medikal abortus (tıbbi düşük) araştırmasının hizmet yönünden en anlamlı olan sonuçları:

- Tıbbi düşük yönteminin, 9 haftaya kadar olan gebeliklerde (Son adet tarihi 63 güne kadar) istenmeyen gebelikleri sonlandırmada çok etkili olduğu,
- Sağlıklı ve güvenilir olduğu,
- Mifepristonun evde uygulanmasının da güvenilir olduğu ve kadınlar tarafından özellikle tercih edildiği,
- Yan etkilerinin kadınlar tarafında kabul edilebilir bulunduğu,
- Memnuniyetin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca yöntem, uygulamaları yapan kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, aile hekimliği uzmanları, pratisyen hekimler ve ebe hemşireler tarafından da desteklenen bir yöntem olup, tıbbi düşük yönteminin cerrahi girişimlerin bilinen risklerini taşıyamaları da diğer olumlu yön olarak belirlenmiştir.

Yukarıda kısaca özetlenen araştırmalar, Türkiye’de mifepristonun ruhsatlandırılmamış olması, misoprostolün ise jinekolojik endikasyonlar dışında ruhsatının olması nedeni ile Faz III klinik araştırmalar olarak yürütülmüştür. Bu araştırmalar sonunda tıbbi düşüğün Türkiye’de rutin hizmetler kapsamında bu hizmetin de nasıl verilmesi gerektiği konusunda bir “protokol örneği” de geniş katılımlı ulusal uluslar arası uzmanlar tarafından hazırlanarak, oluşturulan “Rapor” kapsamında, Sağlık Bakanlığına iletilmiştir.

Araştırmalardan elde edilen sonuçlar, tıbbi düşük yönteminin ülke düzeyinde uygulanması halinde kadınlara, düşük hizmetinde ek seçenek sunulması ile,

karşılanamayan hizmet açığının azaltılabileceğini ve kadın sağlığına önemli katkı sağlayacağını düşündürmüştür.

(2) Medikal Abortus konusunda ikinci kapsamlı saha araştırması Dünya Sağlık Örgütü-Cenevre- Üreme Sağlığı Bölümünün desteği, Ankara Başkent Üniversitesi, Hacettepe, Dokuz Eylül, Celal Bayar ve Van Yüzüncü Yıl Üniversitelerinin işbirliğinde, Ankara, İzmir, Manisa ve Van illerinde yürütülmüştür (10, 12). Bu saha araştırması, Türkiye'nin farklı bölgelerinin 4 ilinde düşük hizmeti sunan üç grup sağlık personelinin (uzman, pratisyen hekim, ebe hemşire), genel olarak düşük, özellikle de tıbbi düşük konusundaki bilgi, algı ve görüşlerinin belirlenmesi amacı ile yürütülmüştür. Yürütülen araştırmada, daha önceki faz 3 klinik medikal abortus araştırmalarında bizzat tıbbi düşük uygulamış olan sağlık personelinin görüşlerinin alındığı "niteliksel" bir araştırma da yapılmıştır.

Araştırmada 4 araştırma ilinde 187 kadın- doğum uzmanı, 268 pratisyen hekim, 464 ebe hemşirenin görüş ve algıları incelenmiş olup, araştırmanın niteliksel bölümünde ise 17 sağlık personeli ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Yine bu araştırma kapsamında İzmir, Manisa ve Van illerinde 209 son sınıf tıp öğrencisi ve 200 hemişrelik öğrencilerinin de aynı konularda görüş ve algıları incelenmiştir.

Araştırmanın ayrıntılı bulgularına, 10, 11 ve 12 no lu kaynaklardan erişilebilir ancak en önemli saptamalar; Çalışmanın sonuçları, Türkiye'de genel olarak üreme sağlığının geliştirilmesi ve düşük hizmetlerinde karşılanmamış gereksinimin en aza indirilmesi ile ilgili gelecekteki izlenmesi gereken stratejilerin altını çizmiştir. Şöyle ki; İncelenen gruplarda tıbbi düşükten haberdar olanların yüzdesi beklenenden fazladır. Ancak, katılımcıların genel olarak düşük, özellikle tıbbi düşükle ve Türkiye'de düşük konusundaki mevcut olan mevzuat düzenlemeleri ilgili bilgileri yetersizdir. Araştırma bulguları, hekimlerin düşük dâhil üreme sağlığı konularındaki eğitimlerinin iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Türkiye'de düşük ile ilgili koşullar personelin birçoğu tarafından bilinmemektedir ki bu da hizmetin varlığı ve hizmete erişimde ciddi bir bariyer oluşturabilir. Personel, genel olarak düşüğe karşı değildir. Katılımcıların çoğunluğu düşük hizmetleri konusunda destekleyicidir; Pratisyen hekimler, ülkede tıbbi düşük hizmetinden yana görüş bildirmektedirler.

Uzman ve pratisyen hekimler medikal abortus yönteminin Türkiye'de yaygınlaştırılmasından yanadırlar ancak bu hizmeti kendilerinin vermesi konusunda çok istekli değildirler. Oysa araştırmanın niteliksel bölümünde incelenen, daha önce yürütülen araştırmalarda yer almış olan hekimler hem medikal abortus yönteminin Türkiye'de mutlaka yaygınlaştırılması gerektiğini belirtirken kendilerinin bu yöntemi kullanarak hizmet vermeleri konusunda destekleyicidirler.

Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu da, hizmet sunucularının "toplumsal baskı"yı (aile ve dini baskılar dâhil), mali konuları ve kadının statüsünün düşük

olmasını, isteyerek düşük hizmetlerinin kullanılmasının önünde ciddi engeller olarak bildirmesidir.

Araştırma bulguları, genel olarak, Türkiye’de düşüğün yasal olduğunu, doğurganlığın düzenlenmesi kararının ve bu konuda hizmet almalarının bireylerin insan haklarından olan “üreme haklarının” gereği olduğu; bu gerçekten yola çıkarak, yukarıda belirtilen bütün hususların üreme sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesinde, verilmesinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmüştür (10,11,12,13)

Kaynaklar:

1. Tezcan, S., Yaman, C.E., Fişek, H.N. 1980. “Türkiye’de Çocuk Düşürme.” Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yayın No. 13. Ankara, 1980.
2. Dervişoğlu A.A., Özcan, C., Saka, O., Üstünoğlu N. (1987). “Adıyaman ve Ağrı İllerinde Doğurganlığı ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Etkileyen Faktörler.” Yayınlanmamış. SB. AÇS-AP GM. Ankara.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. HÜNEE, Ankara..
4. Akın, A., Kırcalıoğlu, N., Biliker, M.A. (1997). “Abortion in Turkey : Socio-cultural and Psychological Factors Influencing Couples Decision to Obtain Abortion and Family Planning Services.” A WHO Collaborative Study 1991 – 1992. Project No: 89057. Turkey.
5. Dervişoğlu , A.A. ve G. Ergör. (1994). “Düşükler ve Ölü Doğumlar.” TNSA 1993, Sağlık Bakanlığı, HÜNEE, Macor Int. Inc. içinde Ankara.
6. Ergör, G.ve A. Akın. (1996). “Türkiye’de İsteyerek Düşükler: Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. TNSA 1993 İleri Analiz Sonuçları.” içinde ed. Akın. A, Bertan B., Calverton, Maryland. SB ve Macro Int. Inc.
7. Akın, A. ve Enünlü, T. (2002) “Türkiye’de İsteyerek Düşükler.” Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler.: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları içinde: Ed. A. Akın. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, TAP Vakfı ve UNFPA.
8. Özdemir, U. (1992). “İstemli Düşük Yapan Kadınların, Düşük Yapmadan Önce ve Düşük Yaptıktan 1 Ay Sonraki Ruhsal Belirti Düzeyleri”. III. Halk Sağlığı Kongresi 1992. Kongre Özet Kitabı, içinde. HÜTF. Halk Sağlığı AD. Ankara.
9. UN-Global Health Survey, New York, 2013.
10. Türkiye İçin Yeni Bir Seçenek “ Tıbbi Düşük” Ed:Akın,A., , ISBN-978-975-8571-53-6 Tutkun Ofset Ankara 2013
11. Akın A, Guciz Dogan B, Bahar Ozvaris S, Mihciokur S. Introducing medical abortion in Turkey: perspectives of physicians (in Press, International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2012).
12. Sağlık Hizmeti Sunanların Güvenli Düşük ve Tıbbi Düşük Konusundaki Görüşleri ve Algıları (Çoğaltılmış Araştırma Raporu) Ed.Akın, A., Ankara 2012

13. Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsü(2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsü, T.C.Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK,Ankara,Türkiye.

V. AİLE PLANLAMASI

Nihal Bilgili Aykut

Öğ.gör.Dr. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.,B.Ü.
Kadın Çocuk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM)

Türkiye Sağlık Raporu 2012'den Özet:

Türkiye'nin nüfus politikası 1920'lerin başlarında nüfusun hızla artırılmasını hedeflemiştir. Bu süre içinde nüfus artışı üzerinde doğrudan ya da dolaylı etkisi olan bir dizi yasa kabul edilmiştir. Pronatalist nüfus politikasının izlendiği bu dönemde nüfus artış hızında ve doğurganlık hızında belirgin bir artış görülmüştür. Ek olarak yasadışı düşüklerde ciddi ve hızlı bir artış meydana gelmiştir. Aşırı doğurganlığın kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri dikkat çekici bir boyuta ulaşmasıyla 1950'lerin sonlarına doğru, nüfus artış hızının azaltılması hedeflenmeye başlamıştır. 1965'de kabul edilen ilk Nüfus Planlaması Yasası antinatalist nüfus politikasının başlangıcını oluşturmuştur^{1,2,3}.

1965 yılında kabul edilen Nüfus Planlaması Yasası, nüfus planlamasının amacının kişilerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması olduğunu ve gebeliğin önlenmesi için koruyucu önlemlerin serbest bırakılacağını belirtmiştir. Aynı zamanda düşük ve sterilizasyona izin verilen sınırlı durumları (sadece tıbbi nedenler) ve yasanın ihlal edildiği durumlarda uygulanacak cezaları da belirtmektedir^{1,3}.

İlk NP yasası kendi kendine düşüklere bağlı maternal mortaliteyi önlemekte yeterli olmamış, AP'da karşılanamayan gereksinim yüksek kalmaya devam etmiştir. Bu nedenle ilk NP yasasının değiştirilmesi düşünülmüş, 24 Mayıs 1983'de 2827 no'lu yeni yasa kabul edilmiştir⁴. Bu yasa ile;

- On haftaya kadar isteyerek düşüklere yasallaşmış,
- Eğitimli ebe ve hemşireler RİA uygulaması için yetkilendirilmiş,
- Eğitimli pratisyen hekimler gebelik sonlandırma için yetkilendirilmiş,
- Kadın ve erkek için cerrahi sterilizasyon (tüp ligasyonu ve vazektomi) yasallaştırılmıştır.

2827 sayılı yasa ile ebe ve hemşirelerin RİA uygulaması için yetkilendirilmesi aile planlaması hizmetlerinin ülke düzeyinde batıdan doğuya, kentten kıra yaygın bir biçimde sunulmasını sağlamıştır. Böylece kadınların modern yöntemler hakkındaki bilgisi ve modern yöntem kullanımı giderek artmıştır. Ayrıca isteyerek düşüklere yasallaşması ve pratisyen hekimlerin gebelik sonlandırma için yetkilendirilmesi düşük hizmetlerinin kamu sağlık kuruluşlarında yaygın olarak yürütülmesinin yolunu açmıştır. Bu durum ülkedeki düşüğe bağlı anne ölümlerinin önlenmesinde çok etkili olmuştur⁵⁻⁷.

Aile Planlaması Uygulamalarında Güncel Gelişmeler

2007 yılında dönemin Sağlık Bakanının doğum kontrolü, nüfus planlaması ve aile planlaması gibi tabirlerin rafa kalktığını ifade etmesi⁸, Başbakanın her fırsatta

kadınlara en az üç çocuk doğurmalarını önermesi⁹ 2012 yılında kürtajın cinayet olarak nitelenmesi, hatta sezaryen ile yapılan doğumların kadınların kısırlaştırılmasını amaçladığının iddia edilmesi¹⁰, yasal durumda bir değişiklik yapılmamasına karşın pronatalist politikaların habercisi olarak kabul edilebilir¹¹.

Öte yandan Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci basamak ayağını oluşturan Aile Hekimliği uygulaması 2010 yılında 81 ile yaygınlaştırılmıştır. Pilot uygulama döneminde de olduğu gibi, bundan sonra da aşılama, gebe ve bebek-çocuk takipleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin performans sistemi içinde yer almasına karşın, aile planlaması hizmetleri bu çerçevede değerlendirilmemiş, hekimlerin istek ve hevesine bırakılmıştır¹². Yine bu dönemde aile planlaması hizmetlerine büyük önem verilen Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri hem sayıca azaltılmış, hem de eğitimli kadro açısından zayıflamıştır.

Bu gelişmelerin de etkisiyle Türkiye’de aile planlaması hizmetlerinde, bu hizmetlerin dayandığı yasal mevzuatta bir değişiklik olmamasına karşın fiili olarak bir duraklama yaşandığı görülmektedir.

- 2827 sayılı yasanın kabulünden 10 yıl sonra modern yöntem kullanımı geleneksel yöntem kullanımını geçmiştir. Bundan sonra da modern yöntem kullanımı artmaya devam etmiş, ancak 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre artış hızında azalma meydana gelmiştir (Tablo 1, Şekil 1)^{13,14}.
- Yeni yasadan sonra RİA prevalansı sonraki beş yıl içinde ikiye katlanmıştır. Türkiye’de en çok kullanılan modern yöntem olan Rahim İçi Araç (RİA) kullanımında son on yıldır azalma görülmektedir (Tablo 1)^{13,14}.
- Kombine oral kontraseptiflerin kullanımı %5’ler civarında sabit kalmış görülmektedir. Daha da etkili olan diğer hormonal kontraseptiflerin (enjekte edilenler ve implantlar) kullanımı daha da düşük düzeydedir (Tablo 1)^{13,14}.
- Son on yıldır kondom kullanımında artış görülmesi cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda farkındalık artışının bir sonucu olabilir. Ancak bu kullanımın ne kadar süreklilik gösterdiği (her cinsel ilişkide kullanılıp kullanılmadığı) bilinmemektedir. Oysa ki kontraseptif etkililik için bu yöntemin sürekliliği önem taşımaktadır (Tablo 1)^{13,14}.
- Evli kadınların hemen tamamı en az bir modern yöntem bilmektedir. Hap, enjeksiyon bilgisi yüksek olmasına karşın kullanım sıklığı buna paralel değildir (Tablo 1, 2)^{13,14}.
- Acil korunma hapi bilgisi giderek artmaktadır (Tablo 2)^{13,14}. Bu yönetime daha çok ihtiyaç duyabilecek olan gençlerin ve bariyer yöntem kullanıcılarının acil korunma konusundaki bilgi düzeyinin ayrıca irdelenmesi gerekir.
- Modern yöntem kullanımı 2008’e kadar kırsal ve kentsel bölgelerde ve tüm coğrafi bölgelerde artış göstermiştir. Kır-kent arasındaki fark azalmaya başlamışken 2013 TNSA sonuçlarına göre kentsel bölgede

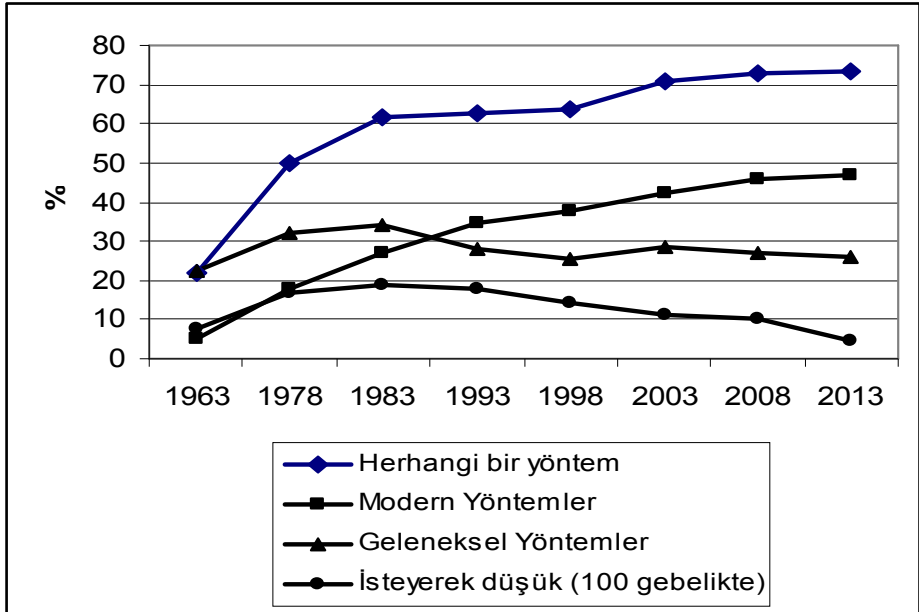
modern yöntem kullanımında artış, kırsal bölgede ise hafif bir azalmayla birlikte aradaki farkın yine açılmaya başladığı görülmüştür^{13,14}. Bölgelere göre yöntem kullanımı incelendiğinde ise Orta Anadolu'da modern yöntem kullanımının arttığı, Batı bölgesinde azaldığı, diğer bölgelerde ise modern yöntem kullanımındaki artışın hız kestiği, belirlenmiştir (Tablo 3, Şekil 2 ve 3)^{13,14}.

- 2827 sayılı yasanın kabulünden sonra ilk yıllarda isteyerek düşük prevalansı artmış olsa da aile planlaması hizmetlerinin etkili sunulmasıyla birlikte 1990'lardan sonra düşmeye başlamıştır (Tablo 1)^{13,14}. 2013 TNSA'da bu düşme eğiliminin daha keskin bir şekilde devam ettiği görülmektedir. Aile planlaması hizmetlerindeki durağanlaşmaya rağmen meydana gelen bu düşüşün sonuçlarının doğurganlıkta artış ya da güvenli olmayan düşükler yönünden izlenmesi gerekir.
- Modern yöntem kullanımı giderek daha fazla benimsenmektedir. İlk kez kontraseptif yöntem kullanmaya başladığında sahip olunan çocuk sayısı incelendiğinde, kadınların kontraseptif yöntem kullanımına başlamak için istedikleri çocuk sayısını tamamlamayı beklemedikleri, giderek daha fazla sayıda kadının ilk gebeliğini de ertelemek için kontraseptif kullandığı görülmektedir. (Tablo 4)^{13,14}. 2013 TNSA sonuçlarına göre bu eğilimin güçlenerek devam ettiği söylenebilir.
- Türkiye'de farklı illerde çeşitli gençlik grupları üzerinde yapılan çalışmalar evli olmayan gençlerin de cinsiyete ve bölgeye göre değişen sıklıklarla olmakla birlikte (%1-%85,8) cinsel ilişki deneyimlerinin olduğunu ortaya koymuştur¹⁵⁻¹⁷. Bu gençlerin üreme sağlığı ve aile planlaması bilgilendirme ve uygulama hizmetlerine olan gereksinimlerinin de karşılanması gerekmektedir.

Tablo1. Türkiye’de Yıllara Göre Kontraseptif Uygulamaları ve İsteyerek Düşükler (1963-2013)

Yöntem	1963	1978	1983	1993	1998	2003	2008	2013
Herhangi bir yöntem	22,0	50,0	61,5	62,6	63,9	71,0	73,0	73,5
RIA	0,0	4,0	8,9	18,8	19,8	20,2	16,9	16,8
KOK	1,0	8,0	9,0	4,9	4,4	4,7	5,3	4,6
Kondom	4,3	4,0	4,9	6,6	8,2	10,8	14,3	15,8
Tüp ligasyonu	0,0	0,0	0,1	2,9	4,2	5,8	8,3	9,4
İğne	--	--	--	0,1	2,9	0,4	0,9	0,6
Geri çekme	10,4	22,0	31,1	26,2	24,4	26,4	26,0	25,5
Diğer	12,0	12,1	8,6	3,2	2,8	4,1	1,1	1,4
Modern Yöntemler	5,3	18,0	27,2	34,5	37,7	42,5	46,0	47,4
Geleneksel Yöntemler	22,4	32,0	34,2	28,1	25,5	28,5	27,0	26,0
İsteyerek düşük (100 gebelikte)	7,6	16,8	19,0	18,0	14,5	11,3	10,0	4,7

Kaynak: Ulusal Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

**Şekil 1.** Türkiye’de Yıllara Göre Aile Planlaması Uygulamaları (1978-2013)

Tablo 2. Türkiye’de Yıllara Göre Aile Planlaması Yöntem Bilgisi (1993-2013)

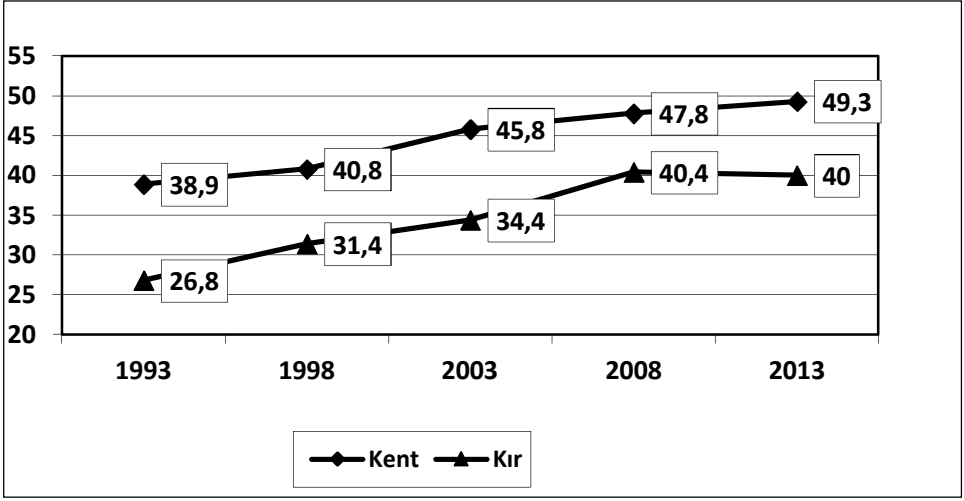
Yöntem	1993	1998	2003	2008	2013
Herhangi bir yöntem	99,1	98,9	99,8	99,8	99,8
Hap	95,7	95,8	97,8	98,0	97,8
RIA	97,1	97,0	98,3	98,0	98,0
Enjeksiyon	38,8	76,2	82,5	84,9	87,0
Diyafram/ Köpük/ Jel	57,5	50,5	45,7	34,8	32,0
Kondom	80,8	85,1	90,0	92,3	92,3
Tüp ligasyonu	75,6	83,4	89,8	91,6	92,8
Vazektomi	35,1	45,0	40,2	42,8	41,4
İmplant	6,7	24,8	43,3	41,0	39,7
Kadın kondomu	--	--	13,4	17,0	19,6
Vajinal halka	--	--	--	--	8,9
Acil korunma hapı	--	--	16,1	29,2	42,9
Modern yöntemler	98,6	98,7	99,5	99,6	99,7
Geleneksel yöntemler	89,1	90,6	97,7	93,6	94,2
Ortalama bilinen yöntem sayısı	6,2	7,0	8,5	7,7	8,2

Kaynak: TNSA 1993-2008, 2013 TNSA Ön Rapor

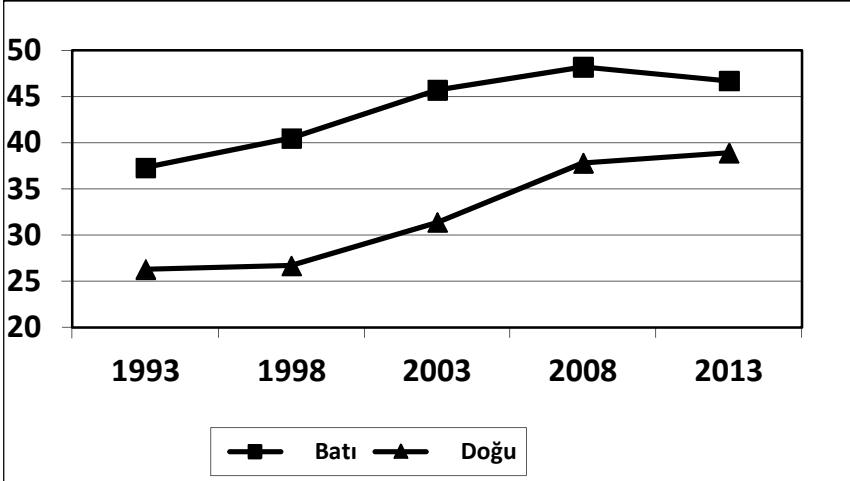
Tablo 3. Türkiye’de Halen Evli Kadınların Yerleşim Yeri ve Bölgelere Göre Modern Yöntem Kullanımı (1993 – 2013)

	1993	1998	2003	2008	2013
Yerleşim Yeri					
Kent	38,9	40,8	45,8	47,8	49,3
Kır	26,8	31,4	34,4	40,4	40,0
Bölge					
Batı	37,3	40,5	45,7	48,2	47,0
Güney	36,7	35,1	44,8	45,8	47,8
Orta	36,6	42,8	46,6	48,8	56,3
Kuzey	29,8	35,2	32,5	41,4	42,3
Doğu	26,3	26,7	31,4	37,8	39,2
Toplam	34,5	37,7	42,5	46,0	47,4

Kaynak: TNSA 1993-2008, 2013 TNSA Ön Rapor



Şekil 2. Türkiye’de Halen Evli Kadınların Yerleşim Yerine Göre Modern Yöntem Kullanımı (1993 – 2013)



Şekil 3. Türkiye’de Halen Evli Kadınların Bölgelere Göre Modern Yöntem Kullanımı (1993 – 2013)

Tablo 4. 15-49 Yaşlarındaki Evlenmiş Kadınların Gebeliği Önleyici İlk Yöntem Kullanımı Sırasında Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Yüzde Dağılımı (1993, 2008)

	1993	2008	2013
Hiç yöntem kullanmamış	20,4	9,5	8,6
0	11,3	25,5	34,1
1	33,2	38,9	36,9
2	16,3	13,9	11,8
3	8,1	6,1	4,3
4+	10,7	5,9	4,3

Kaynak: TNSA 1993-2013

Kaynaklar:

1. Akın A., Bilgili Aykut N., "Araştırmadan Uygulamaya: Nüfus Politikasının Oluşturulmasında Türkiye Deneyimi", Sağlık ve Toplum, Temmuz- Eylül 2011, yıl: 21, sayı: 3, baskıda.
2. Tokgöz T., Akın A.; "Türkiye'de Aile Planlaması Çalışmaları": Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı içinde, Ed: Akın A. Tanıt Matbaası, Ankara 1983, pp.22-29.
3. Akın A., "Emergence of the Family Planning Program in Turkey", The Global Family Planning Revolution içinde Ed. Robinson W.C. ve Ross J.A., The World Bank, Washington D.C.,2007
4. "Nüfus Planlaması Hizmetleri Hakkında Kanun Tüzük ve Yönetmelikler", T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü Yayını- 1983, Ankara.
5. Mıhçıokur, S., Akın, A., "Dünyada ve Türkiye'de Anne Ölümleri", Sağlık ve Toplum, Temmuz-Aralık 1998, yıl: 8, sayı: 3-4, s: 37-44.
6. Senlet P., Cagatay L., Ergin J et al; "Bridging the gap: Integrating family planning with abortion services in Turkey" International Family Planning Perspectives 2001; 27 (2): 90-95.
7. Akın, A. ve Enünlü, T. (2002) "Türkiye'de İsteyerek Düşükler." Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları içinde: Ed. A. Akın. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, TAP Vakfı ve UNFPA.
8. www.haber10.com/haber/33170/#.VAONvPI_uXY, erişim 30.08.2014.
9. www.ntvmsnbc.com/id/25008774/, erişim 30.08.2014.
10. www.ntvmsnbc.com/id/25352507/, erişim 30.08.2014.
11. Oktay E.Y., Türkiye'de Cumhuriyet'in İlanından Günümüze Uygulanan Nüfus Politikaları. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi Ekim 2013 – Nisan 2014, 5 (7): 31-54.
12. Eskioçak M, Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması: 2005-2011. Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı içinde. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları;2012. s.179-212
13. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1978, 1983, 1988, 1993, 1998, 2003 ve 2008 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü yayınları, Ankara.

14. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
15. Kırmızıtoprak E., Şimşek Z. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Güvenli Cinsel Yaşam Konusunda Gençlerin Bilgi ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011: 10(4): 463-472.
16. Civil B., Yıldız H. Erkek Öğrencilerin Cinsel Deneyimleri ve Toplumdaki Cinsel Tabulara Yönelik Görüşleri DEUHYO ED 2010, 3(2), <http://www.deuhyoedergi.org>.
17. Dağ H., Dönmez S., Şirin A., Kavlak O. Akran Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusundaki Bilgi Düzeylerine Etkisi Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15(1): 10-17.

VI. TÜRKİYE'DE KADIN GENİTAL KANSERLERİ

Polat Dursun^a, Murat Gültekin^b, Ali Ayhan^c

^a*Doç.Dr. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.*

^b*Doç.Dr. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı.*

^c*Prof.Dr. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.*

Türkiye Sağlık Raporu 2012'den Özet:

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde %22'lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir. 2030 yılında ise 24 milyon insan kansere yakalanacaktır. 17 milyon insan aynı yıl yaşamını kanser nedeniyle yitirecektir. 2030 yılında 75 milyon insan kanserle yaşıyor olacaktır.¹ Bu artışın %75'inin ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde ortaya çıkacak olması ve bu ağırlığı kaldırmakla karşı karşıya kalacak ülkelerin kansere dünyada harcanan bütçenin ancak %5'ine sahip bulunuyor olması kanser kontrol programlarında kanseri önlemeye ve erken tanıya ağırlık verilmesini zorunlu hale getirmektedir.

Türkiye'nin kanser verileri toplanmasında pasif kayıtçılıktan aktif kayıtçılığa geçilmiş oldu. 2000 yılında İzmir kanser kayıt merkezi örnek alınarak Antalya, Eskişehir, Trabzon, Edirne, Samsun, Ankara ve Erzurum illeri olmak üzere toplam 8 ilde aktif kanser kayıtçılığı başlatılmıştır. İyi bir kanser verisi için hedef toplumun nüfusunun %20'sini kanser gelişimi açısından takip edilmelidir. Şu an 8 il, tüm nüfusun %19'unu temsil etmekte ise de, Gaziantep ve Malatya illeri de sisteme 2010 yılında dahil edilecek ve böylelikle bu oran daha da büyüyecektir. Amerika'daki SEER sistemi de dahil olmak üzere tüm ülkelerde toplam nüfusun %20'sini kapsayan kayıt merkezleri mevcuttur. Şu an tüm dünya nüfusunun da ancak %4'ü kanser kayıt merkezlerince takip edilebilmektedir. Uluslararası standartlara göre bu merkezler metropolitan şehirlerde olmamalıdır, bu nedenle İstanbul'un kayıt merkezi olması da aslında olumsuz değil tam tersi veri güvenliğini artıran bir durumdur. Tüm merkezlere her yıl araç-gereç ve ulusal ve uluslar arası eğitim kapsamında ciddi bütçeler ayrılmaktadır. Ve düzenli olarak bu merkezlerin veri kaliteleri hem ulusal hem de uluslar arası gözlemciler ile denetlenmektedir. Bu sekiz merkezden 2'si (İzmir ve Antalya) 2009 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve IARC tarafınca afiliye edilmiş olup, Eskişehir, Trabzon, Edirne, Samsun ve Erzurum'da 2011 yılında afiliye olacaktır. Elbette ki kayıtlarımız halen istenilen optimal düzeyde değildir ancak yeni yatırımlar ile daha da iyiye götürülecektir. Mevcut durumda da kayıtlarımızın güvenilirliği sürekli kontrol edilmektedir ve artık yeterli güven aralığında kanser verilerimiz vardır.

Türkiye’de Kanser İnsidansları

Şekil 4-3’de 2000 ile 2006 arasında ülkemizdeki kanser insidansının yıllar içerisindeki değişimi görülmektedir. Bu grafikte de görüleceği üzere, ülkemizde en son verilere göre (2006) ortalama kanser insidansı 100,000’de 196’dır. Bu değer kadınlar için 158, 1/100,000; erkeklerde ise 256, 4/100.000’dür.³

2000-2006 arasındaki kanser insidansının genel trendi incelendiğinde, ilk bakışta ülkemizde ciddi bir kanser salgını var gibi görülebilir. Ancak bu hızlı artış esasen kanser kayıtlarımızın kalite ve güvenilirlik artışına paralellik göstermiştir. Özellikle 2000-2004 yılları arasında görülen artışın esasen kanser kayıtçılığının iyileştirilmesine bağlı olduğunu söyleyebiliriz.

Bununla beraber, ülkemizde kanser insidanslarında gerçek bir artışın olduğunu da belirtmemiz gerekir. Özellikle 2004-2006 arasında görülen artışın kayıtçılıktaki iyileşme ile beraber daha çok kanser insidansında gerçek bir artışı gösterdiğini düşünmekteyiz.

Mevcut artış hızları ile projeksiyon yaptığımızda ülkemizde 2030’lu yıllarda kanser insidansımızın iki misline çıkarak yüzbinde 450’lere kadar ulaşacağını tahmin etmekteyiz. Ancak 2006 verileri için projeksiyonumuz 170’lerde iken, yukarıda da ifade ettiğimiz gibi ne yazık ki gerçek insidansımız 196’lar da çıkmıştır. 2030’lu yıllarda da karşılaşacağımız kanser insidansı beklentilerimizin çok daha üzerinde olabilir. Bu nedenle, ülkemizde de öngörülen kanser insidansındaki artışın önüne geçebilmek için, mutlaka önleyici tedbirler ile harekete geçmeliyiz.

Kadın ve erkeklerde en sık görülen ilk 10 kanser türüne bakıldığında; erkeklerde en sık görülen kanser akciğer kanserleri iken, kadınlarda ise meme kanserleridir. Türkiye diğer Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında genel kanser insidansımız açısından şanslı sayılabiliriz çünkü halen pek çok ülkeye göre kanser insidansımız daha düşüktür. Ancak tabiki burada insidansımızın yıllar içerisinde artış trendinin devam ettiğini vurgulamamız gerekir. Türkiye için esas fark akciğer kanseri insidansındadır. AB ülkeleri arasında en fazla sigara kullanımının olduğu ülkemizde bu gerçeğe paralel olarak AB ülkelerine nazaran daha sık oranda akciğer kanserleri görülmektedir.⁴

Türkiye’de Kadın Kanserleri

Türkiye’de en sık görülen kadın kanseri meme kanserleridir. Ancak, kadınlarımızda görülen meme kanseri insidansları Batılı ülkelere göre halen daha düşük düzeydedir.⁴ Bunun dışında endometrium, over ve serviks kanserleri de yıllardır hep en sık görülen ilk on kanser arasındadır. Genel ve alt grup pek çok kanser insidansı yıllar içerisinde hızla bir artış göstermişse de, bu genital veya jinekolojik onkoloji kanserleri için geçerli değildir. Örneğin meme kanserleri yıllar içerisinde insidansı artarken aynı artış diğer jinekolojik kanserlerde görülmemektedir. Bu kanserler

yıllardır benzer insidanslarda seyretmektedir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı verilerindeki düzelme ile beraber diğer başka kanserlerin insidanslarında artış olsa da, genital kanserlerin insidanslarının aynı seviyelerde seyretmesi bu konuda verilerimizin de yıllardır doğru bilgiyi verdiğini göstermektedir.

Servikal kanser insidansı (4,8/100,000) verilerimizi bazı araştırmalar ile de kıyaslayabiliriz. Ülkemizin en önemli jinekolojik onkoloji merkezlerinin katılımı ile yapılan Türkiye Servikal Kanser ve Sitoloji Araştırma Grubunun analizinde 140,000 smear incelenmiş ve %0,06 oranında kansere rastlanmıştır.⁵ Bu tabii ki bizim verilerimize göre daha yüksek bir değer olsa da (60/100,000), incelenen popülasyonun çoğunlukla jinekolojik onkoloji merkezlerinden ve üniversitelerden toplanması nedeni ile farklı ve yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Nitekim, araştırmanın yürütüldüğü Başkent Üniversitesi'nde yapılan bir HPV prevelans çalışmasında da, ülkemizin pek çok merkezinde %4-6 oranında bulunan HPV prevelansı, bu merkezin çalışmasında %20 olarak bulunmuştur.⁶ Tabiki bu bulgular bu merkezin referans hastanesi olarak çalışmasına ve daha çok refere hastaların çalışma grubuna dahil edilmiş olmasına ve genel popülasyondan çok üniversite kliniğine başvuran sosyo-ekonomik düzeyleri genel toplumdaki daha farklı olan bir hasta grubunun çalışmaya dahil edilmiş olmasına bağlıdır.

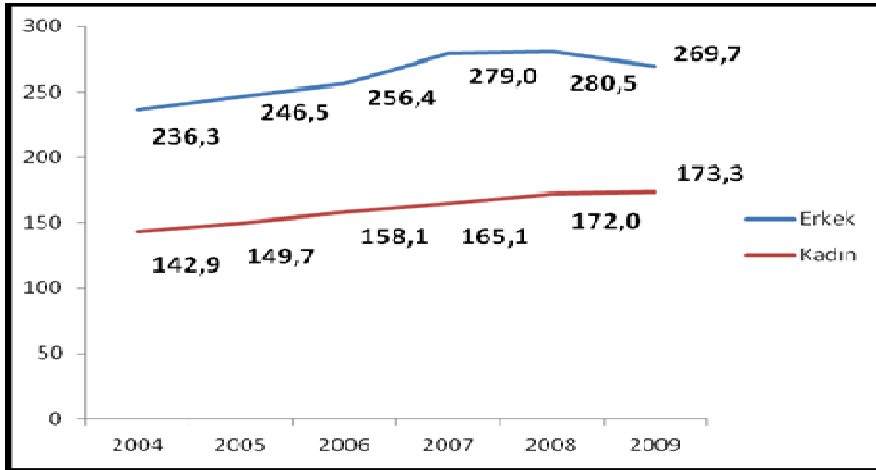
Öte yandan, Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan ve polikliniğe başvuran 65 yaş altı seçilmemiş hasta popülasyonunda HPV prevelansı %4.0 oranında bulunurken, incelenen 1032 smear'de hiçbir kansere rastlanmamıştır.⁷ Haldun Umudum ve ark. tarafınca toplanan 180.000 smearde de %4-5 oranında preinvasive lezyon saptanırken hiçbir kanser olgusuna rastlanmamıştır.⁸ Etlik Doğümevi'nin AB projesi kapsamında Sağlık Bakanlığı ile beraber yürüttüğü Şanlıurfa çalışmasında da 9079 smear değerlendirilmiş ve sadece bir hastada kansere rastlanmıştır.⁹ KETEM'lerde (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri) 2009 yılında 30-69 yaş arasında 137171 smear alınmış ve sadece 35 tane servikal kanser tespit edilmiştir ($35/137171=25,5/100,000$). Tüm bu veriler Türkiye'de normal popülasyonda servikal kanserin ne kadar nadir görüldüğünü göstermektedir. Bu veriler tabii ki smear verileri olup, nihai bir sonuca ulaştırılamasa da en azından genel kapsamda servikal kanserin de ne kadar nadir görüldüğünü vurgulamakta ve Sağlık Bakanlığı verilerini desteklemektedir.

İlk onda görülen kanserlerimizi incelediğimizde ülkemizin Batılı ülkeler gibi olduğunu söyleyebiliriz. Yani en sık görülen jinekolojik kanserler endometrium ve over kanserleridir ve serviks kanseri gelişmekte olan ülkelerin tersine çok daha geridedir. Tabii ki bizdeki bu düşük insidans Batılı gelişmiş ülkelerdeki gibi toplum tabanlı ve en az %70 kapsama oranına sahip bir tarama programına bağlı değildir. Ancak henüz net olarak bilemediğimiz bazı faktörlere bağlı olarak serviks kanserinin düşük insidanslar da görüldüğünü düşünmekteyiz. Tek eşlilik, sosyo-kültürel yapımız ve sünnetin HPV bulaşımını potansiyel olarak önlemesi ülkemizdeki bu düşük insidandan sorumlu olabilir.

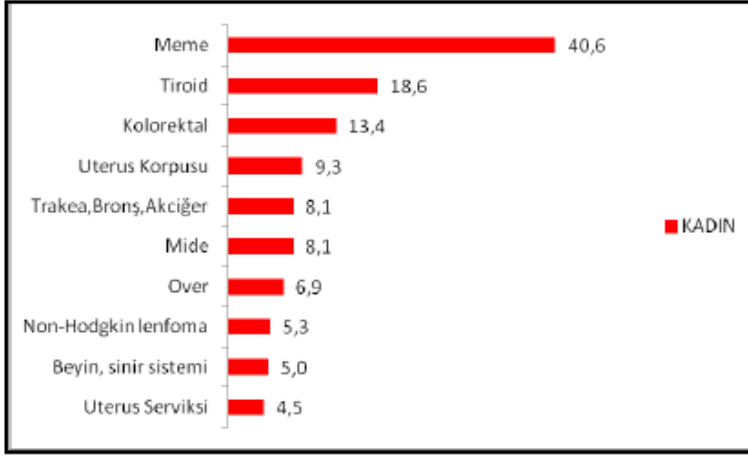
Genital kanserlerin insidansı açısından özellikle servikal kanser kapsamında ülkemiz düşük riskli bir bölgedir. Batılı pek çok ülkeye göre insidans değerlerimiz daha düşüktür. Ancak yine de bunun gelecekte de böyle olacağını söylememiz mümkün değildir. Özellikle genç nesilde değişen cinsel davranışlara paralel olarak, HPV prevelansı ile beraber genital kanser yükünün de değişeceği ve artış göstereceğini düşünmekteyiz. Ayrıca, insidans düşük de olsa ne yazık ki erken evrelerde yakalama oranımız düşüktür. Servikal kanser yıllık 1700 adet yeni teşhis olarak hesaplanırsa da, ne yazık ki bu olguların %90'ından fazlası Evre IB ve üzerindedir. Bu nedenle, az da görülüyor olsa, Sağlık Bakanlığı olarak servikal kanserlerin taranmasını önermekteyiz.

Coğrafi dağılım olarak genital kanserler ülke genelinde oldukça homojen bir dağılım göstermektedir. Sadece endüstrileşmiş bölgelerimizde, özellikle Marmara kıyılarında endometriyum ve over kanserlerinin insidanslarını daha yüksek görmekteyiz. Tüm kanserlerde olduğu gibi, jinekolojik kanserlerde de ortalama görülme yaşı, diğer ülkelere göre daha düşüktür.

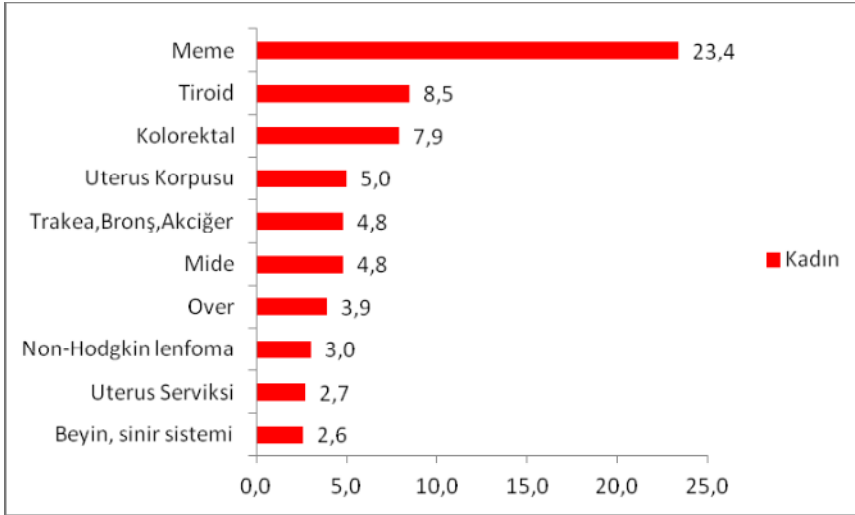
Sağlık bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu bünyesindeki Kanser Savaş Dairesi 2009 yılında Türkiye'deki kanser kayıtçılığına bağlı olarak elde edilen verileri güncellemiştir buna bağlı olarak elde edilen rakamlar ve veriler aşağıda özetlenmiştir.



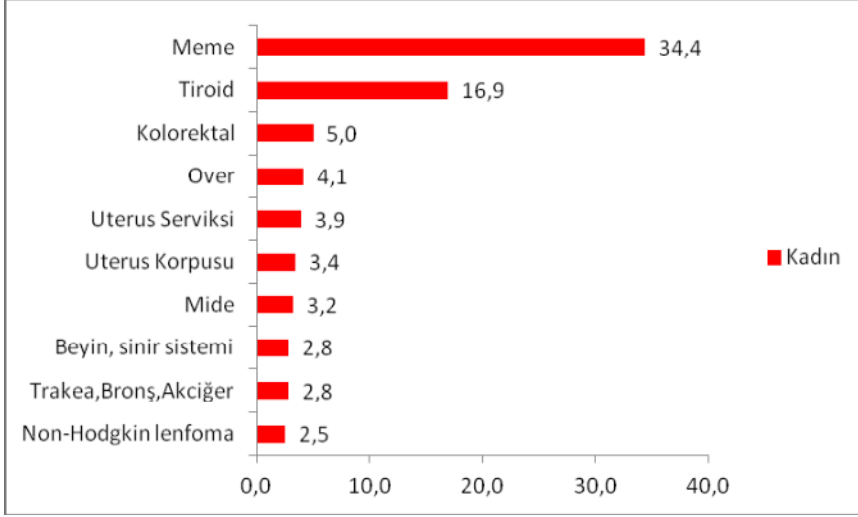
Şekil 1. 2004-2009 yılları yaşa standardize kanser hızları



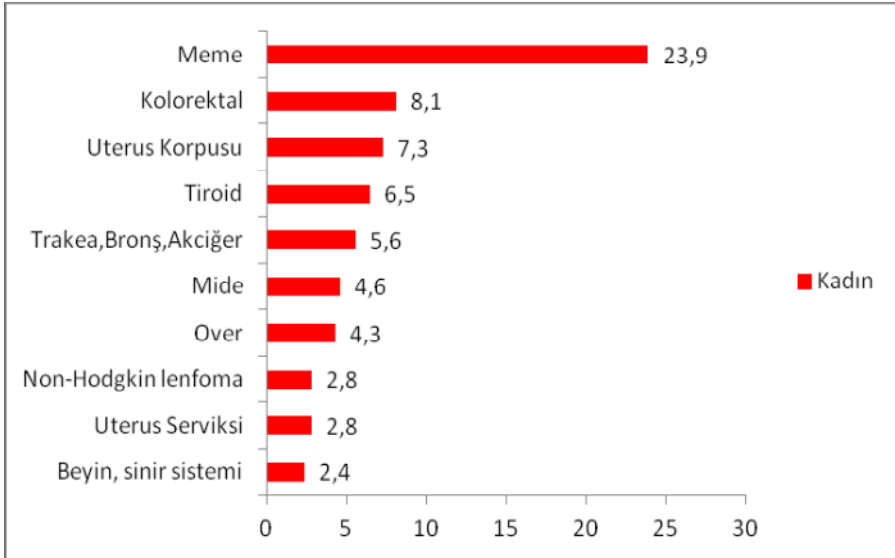
Şekil 2. Kadınlarda en sık görülen ilk on kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızlarının dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)



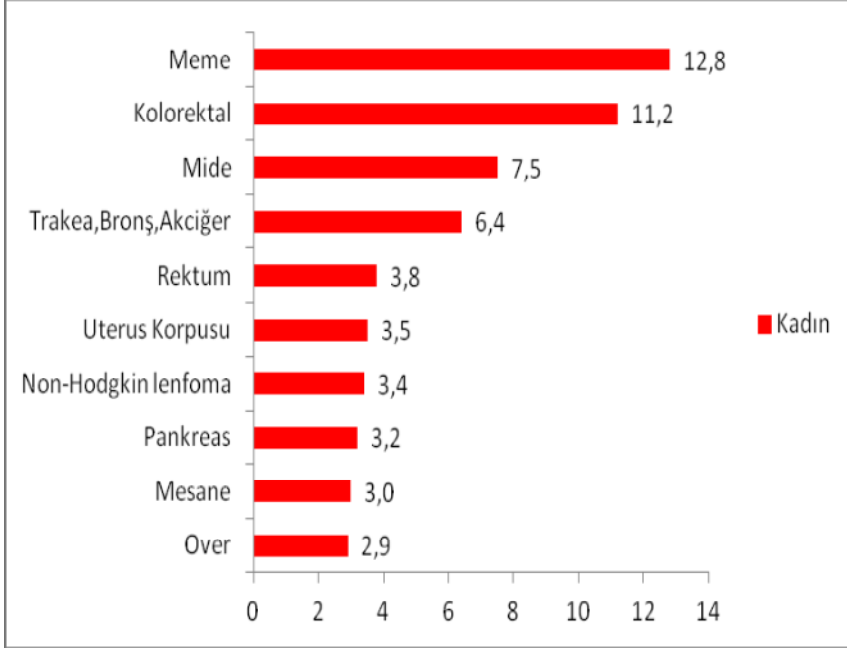
Şekil 3. Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009)



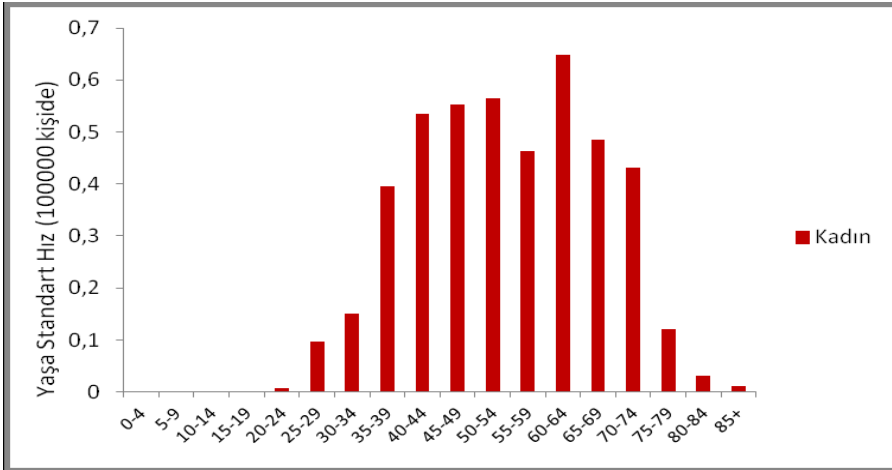
Şekil 4. 25-49 yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009)



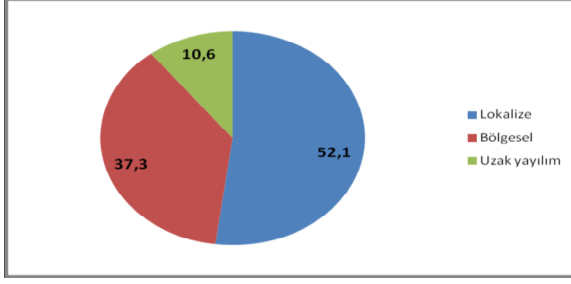
Şekil 5. 50-69 yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009)



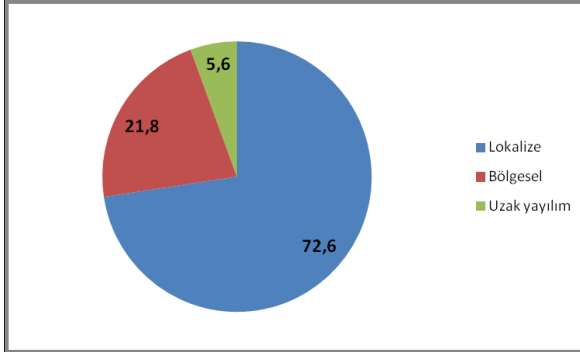
Şekil 6. 70 ve üzeri yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009)



Şekil 6. Serviks kanserinin yaşa özel hızlarının dağılımı (Birleşik Veri Tabanı, 2009)



Şekil 7. Servikal kanser evrelerinin yüzde dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009)



Şekil 8. Uterus korpusu kanser evrelerinin yüzde dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009)

Not. Şekil ve tablolar www.kanser.gov.tr 'deki 2009 kanser raporu adlı kitapçıktan Kanser Savaş Dairesi Başkanlığının izni ile alınmıştır.

Kaynaklar:

1. Peter Boyle, Bernard Levin. World Cancer Report 2008. WHO-IARC Publications, 2008.
2. www.ukdk.org ve www.kanser.gov.tr
3. www.ketem.org
4. A. Murat Tuncer. Asian Pasific Cancer Report 2010. MN Medical & Nobel Publishing Company, 2010.
5. Prevalance of Cervical Cytologic Abnormalities in Turkey. Turkish Cervical Cancer and Cervical Cytology Research Group. Int J Gynaecol Obstet 2009 Sep;106 (3):206-9.
6. Dursun P, Senger SS, Arslan H, Kuşcu E, Ayhan A. Human Papillomavirus (HPV) prevalence and types among Turkish women at a gynecology outpatient unit. BMC Infect Dis.2009 Nov 30;9:191
7. Tuncer ZS, Basaran M, Sezgin Y, Fırat P, Mocan Kuzey G. Clinical results of a split sample liquid-based cytology (Thin-Prep) study of 4,322 patients in a Turkish institution. Eur J Gynaecol Oncol 2005; 26 (6):646-

8. Haldun Umudum ve ark, I. Sitopatoloji Kongresi, Poster Sunumu
9. A. Murat Tuncer. Türkiye’de Kanser Kontrolü, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, II. Baskı, 2010.

VII. TÜRKİYE'DE İLERİ YAŞ DÖNEMİ KADINLARLA İLGİLİ MENOPOZ, OSTEOPOROZ, KARDİYOVASKÜLER SORUNLAR VE GELİŞMELER

Şevkat Bahar Özvarış

Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD.

Tüm dünyada üreme sağlığı hizmetleri kapsamında postmenopozal ve yaşlılık dönemindeki kadınlar en ihmal edilen grupların başında gelmektedir. Uzun yıllar boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık politikalarında ve programlarında kadınlar ve erkekler arasındaki farklara gereken önem verilmemiştir. İleri yaş dönemindeki kadınların sorunları “yaşlılık sorunları” kapsamında ve daha çok cinsiyetler arasındaki biyolojik farklara odaklanılarak ele alınmıştır. Oysa, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, ileri yaş dönemindeki kadınların sağlık, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetlere erişimlerini ve yararlanmalarını etkilemekte, kadınlar aleyhine eşitsiz bir duruma neden olmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre doğumda beklenen yaşam süresinin uzun olması ileri yaş dönemi sorunlarıyla karşılaşanların daha çok kadınlar olmasına neden olmaktadır.

Sosyoekonomik, politik ve kültürel etmenler, yaşlılığa geçiş sürecinde ve yaşlılık süresince yaşananları daha da zorlaştırmaktadır. Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde bu etkiler daha belirgin olmaktadır. Yoksulluk, sağlık güvencesinin olmayışı, temel sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşamama, nitelikli hizmetlerden yararlanamama, yaşılanan kadınların aktif çalışma hayatından uzak tutulmaları ve dolayısıyla var olan sosyal statülerini koruyamamaları, giderek yalnızlaşmaya itilmeleri gibi nedenlerle yaşılanan kadınlar sosyal yaşamdan uzak kalmakta (izolasyon) ve yaşam kalitelerinde kötüleşme meydana gelmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2013 yılı rakamlarına göre, doğuşta beklenen yaşam süresi tüm nüfus için 76,9 iken, cinsiyete göre bu süre, kadınlar için 79,2, erkekler için 74,7 yıldır. Düzenli olarak artan doğuşta beklenen yaşam süresinin 2023 yılında, kadınlar için 80,2 erkekler için ise 75,8 yıl olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2013). 76 667 864 olarak bilinen Türkiye nüfusunun %7,9'unu 65 yaş ve üzeri grubun oluşturduğu, bu grubun yüzdesinin kırsal yerleşim yerlerinde kentsel yerleşim yerlerinde göre daha çok olduğu görülmektedir (HÜNEE, 2014). Farklı senaryolarla yapılan projeksiyonlara göre 2050 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun %18,7'ye ulaşacağı öngörülmektedir(TÜİK, 2014). 2013 TNSA verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfusun üçte ikisinin (%67,5'inin) eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş olduğu da önemli bir bulgudur (HÜNEE, 2014). Bu grup içerisinde kadınların payının daha yüksek olduğu gerçeği (2013 TNSA verilerine göre 65 yaş üzeri nüfusun %8,6'sı kadın, %7,3'ü erkek) göz önüne alındığında ülkemiz açısından bu konunun önemi daha belirgin olarak görülmektedir.

Menopoz ve menopoza bağlı sorunlar:

Menopoz, bilindiği gibi overlerin foliküler aktivitelerini yitirmeleri sonucu kadında menstrüasyonun kalıcı olarak (son 6 ayda adet kanamasının olmaması) kesilmesidir. Türkiye’de menopoza girme yaşı çeşitli çalışmalarda 47–50 arasında bulunmuştur (Vehid S. ve ark. 2001; 2006; Discigil G. ve ark. 2006; Maral I. ve ark. 2001; Özdemir O, Çöl M. 2004; Seçkin NC. ve ark. 1998). 2013 TNSA sonuçlarına göre, kadınların 48-49 yaş grubundaki kadınların %49,1’i menopozdadır. 30-49 yaşları arasındaki kadınların ise %8,4’ünün menopozda olduğu saptanmıştır (HÜNEE, 2014).

Kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birinden fazlasını postmenopozal dönemde geçirmektedirler. Postmenopozal ve yaşlılık döneminde sağlık sorunları; *“menopoza bağlı sorunlar”* ve *“yaşlanma sürecine bağlı sorunlar”* olarak iki grupta ele alınabilir. Postmenopozal yaş grubundaki kadınlarda menopozun çeşitli organ sistemleri üzerinden etkileri özel bazı sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır; menopoz döneminde gelişen başlıca hormonal değişiklikler; nöroendokrin sistem, kardiyovasküler sistem, kas-iskelet sistemi ve ürogenital sistem dahil olmak üzere çeşitli vücut sistemlerini etkilemektedir. Bu dönemde görülen sorunlardan başlıcaları; vazomotor semptomlar, vulvovajinal atrofi, cinsel işlev bozuklukları, üriner inkontinans, deri ve eklerinde değişiklikler, duygudurum bozuklukları, uyku problemleri ve osteoporozdur. Ayrıca, menopoz döneminde cinsel ilgi kaybı, orgazma ulaşmada zorluk, klitoral uyarılda azalma sıkça görülür. Cinsel ilişki sayısında azalma saptanır. Östrojen eksikliği, vajinal değişiklikler, Bartholin bezlerindeki atrofi nedeniyle menopozda ağırlı cinsel ilişki görülme sıklığı artar. 60 yaş ve üstü kadınlarda ise cinsel değişiklikler daha sık görülmektedir. Postmenopozal dönemdeki kadınların yaşayacağı yaşam olayları da sorunu daha karmaşık hale getirir. Yaşam olayları arasında dul kalma, eşlerin kendilerine ait bir evleri olmamaları, yaşlının yakınlarının ileri yaşlardaki cinselliğe karşı olumsuz ön yargılara sahip olmaları vardır. Öte yandan eş yokluğu, eşin cinsel işlevi, yaşlanan kadında cinsel sorunların artmasına neden olmaktadır (CETAD 2006)

Menopoza bağlı sorunlardan; ateş ve ter basması menopoza giren kadınların % 75-85’inde görülmektedir. Bu semptomlar kadınların %35’inde günlük yaşamı olumsuz etkileyebilecek kadar sık görülmektedir. Östrojen hormonunun menopozla birlikte ortadan kalkması ile semptomatik ürogenital atrofi postmenopozal kadınların % 48’inde görülür. Buna bağlı vajende kuruluk, vajen duvarında incelme, cinsel ilişkide ağrı, tekrarlayan vajinitler sıkça görülür. 70 yaş üzeri kadınlarda pelvik organ prolapsusu/üriner inkontinans insidansı yılda 1000 kadında 8,2’dir. Kadınların %25-45’inde üriner inkontinans görülebilir. Yaşam kalitesini bozacak ölçüde idrar kaçırma, tualete zor yetişme, sık idrara çıkma, geceleri idrara çıkma gibi sorunlara neden olur. Prolapsus veya inkontinans nedeniyle yaşam boyu cerrahi geçirme gereksinimi 80 yaşındaki kadınlarda %11’dir. Bir kez cerrahi uygulandığında rekürens ve tekrar cerrahi hızı %12-29 arasında değişmektedir. Yaşlı kadınlarda yapılan elektif pelvik taban cerrahisinde perioperatif komplikasyon hızı %7-20 arasındadır. 65 yaş üzeri kadınlarda fekal

inkontinans prevalansı %12'dir. Risk faktörleri arasında yaş, kronik diyare, parite, idrar inkontinansı, yaşlı bakımevinde kalıyor olmak, obezite ve geçirilmiş anorektal cerrahi gelmektedir. Menopozla birlikte ortaya çıkan bazı psikolojik faktörlerin libido üzerinde olumsuz etkisi olabilmektedir.

Literatüre dayalı bu bilgilerimize rağmen Türkiye'deki ileri yaş kadınlara ait bu konularda araştırmaların sayısı sınırlıdır. Konuyla ilgili yerel bazı çalışmalar aşağıda özetlenerek verilmiştir:

Şahin'in tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 321 kadına "Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL)" uygulayarak İstanbul'da yaptığı çalışmasında Türk kadınlarında menopozal yakınmalar ve görülme oranları şu şekilde saptanmıştır; kadınların %75,7'inde kas-eklem ağrıları, %74,5'inde sinirlilik-gerginlik, %72,9'unda sıcak basması-gece terlemesi, %71,3'inde uykusuzluk-yorgunluk, %68,8'inde başağrısı-başdönmesi, %53,6'sında çarpıntı, %49,8'unda içe kapanma-ağlama olarak bulunmuştur (Şahin, 1998).

Saka ve arkadaşları tarafından Diyarbakır'da il merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş, rastgele seçilen 40 yaş üzeri 390 kadınla yüz yüze görüşülerek yapılan araştırmada; kadınların %28,7'sinin menopoza girmiş olduğu, postmenopozal kadınların %18,8'inde histerektomi veya ilaç kullanma öyküsünün olduğu, doğal olarak menopoza girenlerin son adet yaşı ortalamasının $45,63 \pm 4,60$ olduğu saptanmıştır. Araştırmada kadınların boy ve ağırlıkları ölçülerek beden kitle indeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. BKİ'ne göre kadınların %37,4'ü hafif şişman, %8,2'si şişman olduğu, şişmanlığın menopoza girmiş kadınlarda daha yaygın olduğu, kadınların %24,6'sının menopoz nedeniyle doktora başvurduğu, %14,6'sının düzenli olarak kalsiyum preparatı almakta olduğu, %6,4'ünün düzenli olarak östrojen preparatı kullanmakta olduklarını belirlenmiştir. Menopoz sonrası dönemde kalsiyum gereksiniminin arttığını bilen kadınların oranı %82,3 gibi yüksek düzeyde iken, kalsiyum kaynağı yiyecek tüketimi yeterli olanlar %35,1 gibi düşük düzeyde bulunmuştur. Aynı araştırmada, araştırma kapsamına alınan tüm kadınların %36,7'sinin, menopoza girmiş kadınların ise %94,6'sının menopoz ile ilgili yakınmaları olduğu saptanmıştır. Menopoz dönemindeki kadınlarda en sık ifade edilen yakınmalar, sıcak basması (%65,2), sinirlilik (%63,4), çarpıntı (%55,4), uykusuzluk ve yorgunluk (%50,0) olarak ifade edilmiştir (Saka ve ark., 2005).

Bilgili ve arkadaşlarının 65 yaş üstü 543 kadın üzerinde yaptığı araştırmada kadınların % 43,6'sının üriner inkontinansının olduğu ve %41,4'ünün bu şikayet nedeniyle doktora gittiği belirlenmiştir. Bu araştırmada kadınların % 27,6'sının doğum eyleminin 24 saatten uzun sürdüğü, %28,9'unda uterus prolapsusu olduğu belirlenmiştir. Doğum eylemi uzun sürenler ve genital prolapsusu olanlarda üriner inkontinansın daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bilgili ve ark., 2008).

İlçe ve Ayhan'ın Bolu Valiliği Yaşlı Bakım Merkezine kayıtlı araştırmaya katılmaya istekli 44'ü kadın, 11'i erkek olmak üzere 55 yaşlı ile gerçekleştirdikleri araştırmada üriner inkontinans prevalansı %98, fekal inkontinans prevalansı

%29,1 oldukça yüksek bulunmuş ve üriner inkontinanslı yaşlıların yaklaşık 2/3'sinin orta ve çok derecede yaşam kalitesinin etkilendiğini görmüştür (İlçe ve Ayhan, 2011).

Ateşkan ve arkadaşlarının GATA polikliniklerine kontrol amaçlı başvuran 65 yaş ve üstü 2000 yaşında (1276 kadın, 724 erkek) üriner inkontinans prevalansı %44,2 olarak bulunmuş, kadınlarda görülme sıklığı, erkeklere göre daha yüksek tespit edilmiş, kadınların %12,6'sı, erkeklerin ise %10,3'ü bu problem dolayısıyla doktora başvurdıklarını ifade etmiştir. Araştırmada üriner inkontinans, sık görülmesine rağmen, oranın %50'yi geçtiği kadınlarda bile doktora başvuru yüzdeleri oldukça düşük olduğu bulunmuştur (Ateşkan ve ark, 2000).

Karadağ ve arkadaşlarının Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Servisi'nde tedavi gören 60 yaş ve üzeri 214 kadınlara görüşerek yaptıkları araştırmada; kadınların %57,0'ının jinekolojik yakınması olduğu ve bu yakınmaların sırasıyla; kaşıntı %31,3, ağrı %22,0, akıntı %20,1, kanama %17,8 olduğu; ayrıca kadınların %25,7'sinin jinekolojik sorunlara bağlı cinsellikle ilgili sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %83,2'sinin düzenli jinekolojik muayene yaptırmadıkları ve büyük çoğunluğunun (%74,3) jinekolojik sorunların gelişmesinin önlenmesi için koruyucu amaçlı bilgilendirilmedikleri saptanmıştır (Karadağ ve ark. 2014).

Özvarış ve arkadaşlarının 2014 yılında Ankara İli Çankaya İlçesi'nde bulunan "100+ Yaş Kulübü" ve "Ayrancı Toplum Dayanışma Merkezi'ne-TODAM" gelen postmenopozal dönemde olan 112 kadınlara görüşerek yaptığı tanımlayıcı tipteki araştırmada; kadınların yaş ortalaması 64,5±9,3 olup %51,8'inin evli, %34,8'inin eşinin ölmüş olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların menopozda olma süresi ortancası 15 yıl olarak bulunmuştur. Kadınların %81,3'ünün en az bir kronik hastalığı olduğu ve %75,9'unun düzenli olarak en az bir ilaç kullandığı, %23,2'sinin sigara içtiği; %4,5'inin baston, %91,1'inin yakın ve veya uzak gözlük kullandığı belirtilen araştırmada, kadınların üçte ikisinin (%66,1) kendi kendine meme muayenesi yaptıkları, %50,0'ının yılda en az bir kez mammografi, %53,4'ünün pap-smear yaptırdıkları saptanmıştır. Sıcak basması (%67,9), terleme (%67,0), gece terlemesi (%58,0) ve kilo artışı (%56,2) en çok bildirilen menopoz sonrası yakınmalardır. Beş kadından ikisi postmenopozal dönemde cinsel sorunlar, idrar kaçırma ve vajinal kuruluk problemleri olduğunu bildirmiştir. Grubun %30,4'ü hormon replasman tedavisi görmüş, bunların %32,4'ü tedaviden hiç yarar sağlamadığını belirtmiştir.

Osteoporoz

Menopozdan sonraki ilk 10 yılın sonunda kadınların yarısında osteopeni ve osteoporoz gelişir. Kadınlarda menopozdan sonra kemik mineral yoğunluğu hızla azalmaya başlar. Menopozu izleyen 7-10 yıl içinde, östrojen eksiliği ile birlikte yılda %3-7 oranında kemik mineral dansitesi kaybı olur, 80 yaş sonrası ise %30-50'sini kaybeder. Postmenopozal kadınlarda görülen hızlı kemik kaybı ve yaşlılıkta ortaya çıkan osteoporoz için bazı risk faktörleri tanımlanmıştır:

Erken veya cerrahi menopoza giren, kalsiyumdan zengin süt ve süt ürünlerinden yetersiz beslenen, güneş ışığından yeterince yararlanamayan, özellikle yatalak ve bakımevlerindeki kadınlarda, alkol-sigara kullananlarda, ailesinde osteoporoz ve buna bağlı kırık öyküsü olan kadınlarda, bazı ilaçlar, hareketsiz yaşam, ince vücut yapısı ve açık renk tene sahip olanlarda osteoporoz görülme olasılığı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyadaki 50 yaş üzeri postmenopozal kadınların %30'unun osteoporoz tanımı içine girdiği ve oluşabilecek kırıklar için çok belirgin risk taşıdıkları bildirilmiştir. Kemik kitlesindeki azalma kemik kırılabilirliğinde artışa ve kırığa yol açar. Kırıklarda (özellikle kalça kırıkları), ilerleyen yaş, düşük BKİ (BMI) etkili olmaktadır. Osteoporozla ilgili kalça kırıklarının % 12-20'sinde bir yıl içinde ölüm gerçekleşmektedir.

Osteoporozun önlenmesinde amaç kemik kütlesini maksimum düzeye çıkarmaktır. Kemik kütlesi maksimum yoğunluğuna 30-35 yaşlarında ulaşır. Bu yaştan sonra, kemik döngüsü kemik kütlesi kaybı ile sonuçlanır. Kemik kütlesi ne kadar yüksekse, ileri yaşlarda osteoporoz gelişim riski o kadar düşük olur. Bu açıdan çocukluk yaşlarından itibaren kemik kütlesini artırıcı önlemler almak gerekir (Sarrel, 2002; Hadjidakis ve ark., 2003).

Yaş, cinsiyet ve genetik faktörlerin değiştirilemeyeceği düşünülürse osteoporozdan korunmada beslenmenin ve egzersizin değiştirilebilir faktörler olarak önemli olduğu görülmektedir. Kalsiyum ve D vitamini alımı ve düzenli egzersiz osteoporozu azaltırken, sigara, çay, kahve tüketiminin osteoporozu artırıcı etkisi vardır (Lombardi ve ark., 2004; Kanis ve ark., 2008).

Osteoporoz, pek çok kişide kırık gelişinceye kadar semptom vermez. Bu nedenle erken tanı oldukça önemlidir. Osteoporozun tanısında ve takibinde kemik mineral yoğunluğu ölçümü yapılmaktadır. Bu amaçla anteroposterior olarak çift enerjili X-ışınli absorbsiyometri (DXA) yöntemi altın standart olarak kullanılmaktadır (Akpolat, 2008). Son yıllarda DSÖ tarafından, FRAXTM olarak bilinen osteoporotik kırık riski hesaplanmasında kullanılan bir tablo geliştirilmiştir (WHO, 2014).

Menopoza giren kadınlarda önemli problemlerden biri olan osteoporozun ülkemizde gerçek yaygınlığı hakkında yeterli ve güvenilir veri bulunmamakla birlikte, yerel bazı araştırma bulguları aşağıda özetlenerek belirtilmiştir:

Alkan ve arkadaşları tarafından 2010 yılında altı ayda başvuran toplam 11 624 hastanın dosyaları retrospektif olarak değerlendirilmiş ve bunlardan femur boynu ve/veya lomber omurga dual enerji X ışını absorbsiyometri ölçümleriyle osteoporoz tanısı konulan 644 hastanın çalışmaya dahil edildiği çalışmada; kadınlarda osteoporoz oranı %7,6 bulunmuş ve kadınlarda erkeklerden 5 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca osteoporozlu hastalarda kronik hastalıkların ve düşme öyküsünün yüksek oranlarda birlikteliği tespit edilmiştir (Alkan ve ark., 2010).

Taşkale ve Sermez tarafından Denizli'nin merkezindeki ve kırsal kesimindeki postmenopozal kadınlarda osteoporoz oranını saptamak ve osteoporozla çeşitli

risk faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada, sağlık ocaklarında kayıtlı postmenopozal kadınlar arasından rastgele seçilen yaşları 45-80 arasında olan 16 113 kadından 1100 postmenopozal kadın değerlendirilmiştir. Bu araştırmada, kadınların kemik mineral yoğunlukları tibianın kantitatif ultrasonu ile ölçülmüştür. Araştırmada, çeşitli bölgelerde osteoporoz oranının %19,8 ile %53,9 arasında değiştiği (ortalama %36,8) saptanmıştır. Osteoporozu olan grupta menarş yaşının daha büyük olduğu, hormon replasman tedavisi (HRT) alanlarda osteoporoz oranının daha düşük olduğu, osteoporozu olanların egzersiz skorunun daha düşük olduğu ve örtünmeye bağlı olarak güneşe maruziyetlerinin az olduğu bulunmuş ve yaş, menopoz süresi, menarş yaşı ve multipartitenin osteoporoz gelişiminde önemli risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (Taşkale ve Sermez, 2010).

Pınar ve arkadaşlarının Başkent Üniversitesi Menopoz Polikliniği'ne başvuran ve takibi bu klinik tarafından yapılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 45 yaş ve üstü 272 postmenapozal kadın üzerinde yaptıkları araştırmada; kadınların %68,8'i menopozda olduğu, %53,7'sinin osteoporoz tanısı aldığı, ailesinde osteoporoz öyküsü (%60,8), ailesinde minör travmaya bağlı kırık öyküsü (%69,8), kendinde düşme ve çarpmaya bağlı kırık öyküsü olanlarda (%71,0), osteoporoz dışında kronik hastalığı olan (%59,9), düzenli ilaç kullanan (%61,0), uzun süre yatağa bağımlı olan (%67,3), 3 cm ve üzerinde boyda kısalma (%77,3) sırt-bel ağrısı (%61,1) ve sırtta kamburlaşması olanlarda (%70,9) osteoporozun anlamlı bir şekilde daha sık görüldüğü, osteoporoz risk faktörü sayısı >5 olanlarda osteoporoz görülme sıklığının da anlamlı bir şekilde artmış olduğu saptanmıştır (Pınar ve ark, 2009).

Türkiye'nin de içinde olduğu altı güney Avrupa ülkesinde yapılan MEDOS çalışmasında diğer ülkelere nazaran kalça kemiği kırığı sıklığı daha düşük bulunmuş olsa da kadınlar arasındaki sıklık erkeklere göre daha yüksek bulunmuş, menopozla birlikte sıklığın arttığı ve 80'li yaşlardan sonra plato yaptığı saptanmıştır (Elffors ve ark., 1994).

Türkiye'de düşük Tüzün ve arkadaşlarının Türkiye'de hastane ve toplum tabanlı çalışma verileri kullanılarak yaptıkları araştırmaya göre, 50 yaşta erkekler arasında yaşam boyu kalça kemiği kırığı olasılığı %3.5 iken, kadınlar arasında %14.6 olduğu saptanmıştır. Türkiye'de 2009'da, %73'ü kadınlarda olan, yaklaşık 24 000 kalça kemiği kırığı vakasının olduğu tahmin edilmiştir (Tüzün ve ark. 2011).

Kutlu ve arkadaşlarının Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğinde menopoz tanısı almış 254 kadında yaptığı araştırmada; kemik mineral yoğunluğu Dual-Enerji X-Ray Absorpsiyometri (DXA) ile ölçülerek ve Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği kırık riskini değerlendirme skalası FRAXTM ile 10 yıllık kırık riski hesaplanmıştır. Yaş ortalamasının 56,82±7,79 yıl olduğu, %57,5'inin obez, %19,3'ünün halen sigara kullandığı belirtilen bu araştırmada, kadınlarda osteoporoz ve osteopeni görülme yüzdesi sırasıyla %14,9 ve %39,2 olarak bulunmuştur (Kutlu ve ark., 2012).

Aslan ve arkadaşlarının 2009-2011 yılları arasında Kastamonu’da yaşayan kadınlarında kemik mineral yoğunluğu, osteoporoz yaygınlığı ve bölgesel risk faktörlerinin değerlendirilmesi amacıyla, elli yaş üzeri 778 kadında yaptıkları KASTÜRKOS çalışmasında; osteoporoz yaygınlığı %19,6 olarak bulunmuştur (Aslan ve ark., 2012)

Koroner damar hastalığı

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) kadınlarda ve erkeklerde başlıca mortalite nedenini oluşturmaktadır. Kadınlar KVH’a erkeklerden yaklaşık 10 yaş daha geç yakalanmaktadır. Ancak, kadınlarda hastalığın seyri erkeklere göre daha kötü olmakta, hastalığa bağlı ölüm ise daha fazla görülmektedir. Kadınlarda hastaneye ulaşmadan ani kardiyak ölüm gelişme oranı daha yüksektir. Kadınlarda ölümün daha fazla olmasının nedeni, kalp hastalığının kadınlarda daha ileri yaşlarda görülmesi, eşlik eden hastalıkların fazlalığı, semptomların atipik olması (kadınlarda hiçbir şikayet olmadan kalp krizi gelişebilmekte), kadınların hastaneye ve hekime daha geç başvurması, geç ve yetersiz tedavi gibi kadınlara özgü faktörler bağlı olabileceği belirtilmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2010)

Menopoz öncesi düşük olan KVH riski yaşlanmayla birlikte, özellikle postmenopozal dönemde endojen östrojenin koruyucu etkisinin ortadan kalkmasıyla hızla artmaktadır (Yıldırım, 2010). KVH’lar kadınlarda birinci sırada gelen ölüm nedeni olmasına rağmen hem kadınların hem de hekimlerin kadınlardaki KVH sıklığı ve prognozu ile ilgili farkındalığı yetersizdir. Dünyada farklı toplumlarda değişiklik göstermekle birlikte, her 2,6 kadından biri KVH’tan dolayı hayatını kaybederken, kadınların en korktukları hastalık olan meme Ca için bu oran 1/30’dur. KVH’ın oluşum mekanizması her iki cinsiyette benzer olmakla birlikte, kadınların hastalıktan şüphelenme oranları düşük olması, klinik bulguların farklılaşması, tanı ve tedavi yaklaşımları da değişebilmektedir. Kadınlarda tıkalı koroner arter hastalığından ziyade daha çok diffüz mikrovasküler disfonksiyon söz konusu olduğundan “İskemik kalp hastalığı” (İKH) terimini kullanmak daha doğrudur (Kayıkçıoğlu, 2010).

İskemik kalp hastalığı açısından risk faktörleri arasında kadınlarda sigara, obezite, hipertansiyon, hiperlipidemi ve diabetes mellitus gelmektedir. Bunların bilinmesi önlemeye ilişkin politika geliştirmede önemlidir.

Türkiye’de ulusal hastalık yükü çalışmasına göre, ölüme neden olan ilk 20 hastalık incelendiğinde, kentsel alanda İKH 60 yaş üzeri nüfusta hem kadınlarda, hem de erkeklerde birinci sırada gelmektedir. Ancak, kadınlarda (% 30,9) İKH sıklığı, erkeklere (%24,7) göre daha yüksektir. Kırsal alanda da durum benzerdir; kadınlarda İKH %27,4, erkeklerde %24,9 ile ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (Ulusal Hastalık Yüğü-ME, 2000). Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı 2013 Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı’nda; 15 yaş ve üzeri kadınların %4,2’sinde (erkeklerde %4) doktor tarafından tanı konmuş Koroner Kalp Hastalığı (Anjina, Göğüs Ağrısı, Spazm) sorunu olduğu belirtilmektedir, bu yüzdeler kırsal yerleşim yerlerinde, kente göre daha yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Ülkemizde 1990 yılından bu yana 18 yıllık izlemini tamamlayan TEKHARF çalışmasına göre KVH sıklığında yıllar içerisinde önemli artış görülmektedir. 2009 raporuna göre, 45-74 yaş kohortunda izlem süresi içerisinde gelişen ölümler incelendiğinde koroner kalp hastalığına bağlı ölüm hızı kadınlarda yılda binde 3,8, erkeklerde ise, binde 7,6 bulunmuştur (Onat, 2009).

Risk faktörlerine bakılacak olursa; 2003 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans çalışmasına göre Türk kadınlarında ortalama sistolik kan basıncı 129.8 ± 24.2 mmHg, ortalama diyastolik kan basıncı ise 82.0 ± 14.3 mmHg olarak hesaplanmıştır. Ortalama sistolik kan basıncı 18-29 yaş grubu hariç, kadınlarda tüm yaş gruplarında erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Diyastolik kan basıncı değerleri de 40 yaş sonrasında kadınlarda daha yüksektir. Hipertansiyon prevalansı kadınlarda (% 36,1) erkeklerden (% 27,5) daha yüksek olarak bulunmuştur. 2013 Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda; 15 yaş ve üzeri kadınların %17,1'inde (erkeklerde %8,5) doktor tarafından tanı konmuş "hipertansiyon" sorunu olduğu belirtilmektedir, bu yüzdeler kırsal yerleşim yerlerinde, kente göre daha yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Geriatrik popülasyonda (≥ 65 yaş) hipertansiyon prevalansı ise % 75,1 (erkeklerde % 67,2, kadınlarda % 81,7) değerinde bulunmuştur. Hipertansiyonun farkında olma oranı kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksektir (% 47,9'a karşın % 27,9). Anti-hipertansif ilaç alma düzeyi kadınlarda %47 olarak belirlenmiştir (Altun ve ark., 2003).

Hipertansiyon risk faktörlerinden BKİ'nin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ($27,7 \text{ kg/m}^2$ ye karşın $25,5 \text{ kg/m}^2$). 2013 Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre, 15 yaş ve üzeri bireylerin beyana dayalı Vücut Kitle İndeksinin (VKİ) hesaplanmış ve kadınların % 30,4'ünün "fazla kilolu", %20,9'unun ise "obez" olduğu saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013). 2013 TNSA verilerine göre de; 15-49 yaş grubu kadınların ölçümle hesaplanan VKİ değerlendirmesinde; %28,6'sının fazla kilolu, %26,5'inin ise "obez" olduğu saptanmıştır. Bu yüzdeler 40-49 yaş grubu kadınlarda sırasıyla %32,7 ve %51,1 olmaktadır (HÜNEE, 2014). Görüldüğü gibi bu yaş grubu her iki kadından biri KVH açısından doğrudan risk grubu olmaktadır.

HDL kolesterol düşüklüğü erkeklerde % 35,1, kadınlarda % 44,8 oranlarındadır. Kadınlar arasında kilo kaybı ve düzenli egzersiz yapma önerilerine uyum (% 43,2 ve % 35,1) erkeklere nazaran (%56,5 ve % 54,7) daha az olarak saptanmıştır (Altun ve ark., 2003). Bununla birlikte, 2013 Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre, 15 yaş ve üzeri kadınların son bir yıl içinde %56,8'i kan basıncını, %36,7'si kolesterol düzeyini ölçtürmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Sonuç olarak; Türkiye'de ileri yaş dönemi kadınlar Sağlık Bakanlığı tarafından hedef grubu olarak görülmemekte ve bu yaş grubunun üreme sağlığı sorunları Sağlık Bakanlığı'nın programlarının kapsamında ele alınmamaktadır. Bunun yanı sıra ileri yaş dönemi kadınların menopoz, postmenopozal sorunlar, kadınlarda

osteoporoz, KVH gibi konularda ülke genelinde büyük ölçekli bilimsel çalışmalar bulunmamaktadır. Oysa yukarıda da belirtildiği gibi, gelecek yıllarda daha da belirgin olacak şekilde bu dönemdeki kadınları da kapsayan sağlık programlarının yürütülmesi bir zorunluluk olacaktır.

Kaynaklar:

1. Akpolat V. Osteoporoz tanısında kullanılan kemik mineral yoğunluğu ölçüm yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2008; 35:216-20.
2. Alkan BM., Fidan F., Tosun A., Ardıçoğlu A. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğimize Başvuran Hastalarda Osteoporoz İnsidansı, *Türk Osteoporoz Dergisi*, 17:4, 2011
3. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar S; for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*. 2005 Oct;23(10):1817-23.
4. Aslan A., Karakoyun Ö., Güler E., Aydın S., Gök M.V., Akkurt S. Kastamonu'da yaşayan Türk kadınlarında kemik mineral yoğunluğu, osteoporoz yaygınlığı ve bölgesel risk faktörlerinin değerlendirilmesi: KASTÜRKOS çalışması. *Eklem Hastalık Cerrahisi*, 2012;23(2):62-67
5. Ateşkan Ü, Mas MR, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri Ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 2000, Cilt 3, Sayı 2, Sayfa: 45-50
6. Bilgili N., Akın B., Ege E., Ayaz S. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008, 28:487-493
7. CETAD. "Kadında Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Sağlıklı Yaşlanma", Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Bilgilendirme Dosyası-3. 2006, s: 11-15
8. Discigil G, Gemalmaz A, Tekin N, Basak O. Profile of menopausal women in west Anatolian rural region sample. *Maturitas* 2006;55:247-54.
9. Elffors I., Allander E., Kanis J. A., Gullberg B., Johnell O., Dequeker J., Dilsen G., Gennari C., Lopes Vaz A. A. and Lyritis G., et al. The variable incidence of hip fracture in Southern Europe: The MEDOS study *Osteoporosis International*, 1994, Volume 4, Number 5, 253-263, DOI: 10.1007/BF01623349
10. FRAX WHO Fracture Risk Assessment Tool. <http://www.shf.ac.uk/FRAX/tool.jsp> Erişim Tarihi: 22.08.2014
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010). Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, TÜBİTAK, Ankara
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014). "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". HÜNEE, TC Kalkınma Bakanlığı, TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

13. Hadjidakis DJ, Kokkinakis EP, Sfakianakis ME, Raptis SA. Bone density patterns after normal and premature menopause. *Maturitas*, 2003;44:279-86
14. İlçe A., Ayhan F. Yaşlılarda Üriner ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme ve Eğitim, *Anatol J Clin Investig* 2011;5(1):15-23
15. Kanis JA, Burlet N, Cooper C, Delmas PD, Reginster JY, Borgstrom F, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*, 2008;19:399-28.
16. Karadağ E., Aylaz R., Işık K., Yetiş G, Bayır B. Altmış Yaş ve Üzeri Kadınlarda Jinekolojik Sorunlar, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2014, Cilt 23, sayı: 3, s: 80-85
17. Kayıkçıoğlu M. Kadınlarda İskemik Kalp Hastalıkları, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, Supplementum, Mart 2010, s: 41-49
18. Kutlu R., Çivi S., Pamuk G., Postmenapozal Kadınlarda Osteoporoz Sıklığı ve FRAXTM Skalasını Kullanılarak 10 Yıllık Kırık Riskinin Hesaplanması. *Türk Fiz. Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 2012;58:126-35
19. Lombardi IJr, Oliveria LM, Monteiro CR, Confessor YQ, Barros TL, Natour J. Evaluation of physical capacity and quality of life in osteoporotic women. *Osteoporos Int*, 2004;15:80-5.
20. Maral I, Yıldırım U, Özkan S, Aycan S. Ankara Gölbaşı bölgesi kadınlarında doğal menopoza yaşı ve menopoza yaşına eşlik eden faktörler. *Klinik Bilimler ve Doktor* 2001;7:550-4.
21. Onat A. TEKHARF Çalışması 2009. http://www.tkd-online.org/dergi/TKDA_38_3_159_163.pdf (Erişim tarihi: 23. 08.2014).
22. Özdemir O, Çöl M. The age at menopause and associated factors at the health center area in Ankara, Turkey. *Maturitas* 2004;49:211-9.
23. Özvarış Bahar Ş, Metin BC, Dülger Ş, Eşme G, Tolunay GA, Zengin G. Menopoz Dönemindeki Bir Grup Kadında Genel Sağlık Durumu ve Postmenopozal Yakınmaların Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ocak-Şubat 2014
24. Pınar G, Pınar T, Doğan N, Karahan A, Algier L, Abbasoğlu A, Kuşcu E, Kırk beş yaş ve üstü kadınlarda osteoporoz risk faktörleri, *Dicle Tıp Dergisi*, 2009, Cilt/Vol 36, No 4, 258-266
25. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No: SB-SAG-2014/7, Ankara
26. Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palancı Y, Toksöz P tarafından, Diyarbakır İl Merkezinde Lise ve Üzeri Öğrenim Görmüş 40 Yaş Üzeri Kadınların Menopoz Dönemine Ait Bazı Özellikleri ve Kalsiyum Kaynağı Yiyecekleri Tüketim Sıklıkları, *Dicle Tıp Dergisi*, 32 (2): 77-83, 2005
27. Sarrel PM. Androgen deficiency: menopause and estrogen-related factors. *Fertil Steril*, 2002;77 Suppl 4:S63-7.
28. Seckin NC, Şener AB, Turhan N, Gokmen O, Orhon A, Bulgurlu H. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas* 1998;30:37-40.

29. Şahin (Hotun) N. Bir Kilometre Taşı: Menopoz; İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği Yayınları No:2; 1998
30. Taşkale MG, Sermez Y. Denizli İlindeki Postmenopozal Kadınlarda Osteoporoz Oranı ve Çeşitli Risk Faktörleriyle İlişkisi, Türkiye Klinikleri, 2010, Cilt: 30, Sayı: 6
31. TÜİK. Demografik Göstergeler 2000-2023. <http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3714&sayfa=giris&metod=IlgiliGosterge> (Erişim tarihi: 09.08.2014)
32. TÜİK. Haber Bülteni, Sayı: 1345808 Mart 2013, İstatistiklerle Kadın, 2012. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13458> (Erişim tarihi: 09.08.2014)
33. Türk Kardiyoloji Derneği, Kadınlar ve Kalp Damar Hastalıkları ESC-EHN Proje Ekibi. Kadın Kalbinde Kırmızı Alarm Sonuç Raporu, Avrupa Kalp Sağlığı Projesi, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, Supplementum*, Mart 2010, s: 9-16
34. Tüzün S., Eskişurt N., Akarırnak U., Sarıdoğan M., Şenocak M., Johansson H., Kanis J. A. Turkish Osteoporosis Society. Incidence of hip fracture and prevalence of osteoporosis in Turkey: the FRACTURK study Osteoporos Int 19 May 2011 p. DOI 10.1007/s00198-011-1655-5
35. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Rapor, Sağlık Bakanlığı, RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004
36. Vehid S, Köksal S, Aran SN, Kaypmaz A. Ortalama menopoz yaşına etkisi olan bazı faktörler. *İstanbul Tıp Fak Mecmuası* 2001;64:39-45.
37. Vehid S, Aran SN, Köksal S, Isiloglu H, Senocak M. The prevalence and the age at the onset of menopause in Turkish women in rural area. *Saudi Med J* 2006;27:1381-6.
38. Yıldırım A. Postmenopozal hormon replasman (yerine koyma) tedavisi ve kardiyovasküler sistem. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, Supplementum*, Mart 2010, s: 32-40

VIII. TÜRKİYE’DE KADINLAR ARASINDA TÜTÜN KULLANIMI: GÜNCEL DURUM

Dilek Aslan

Prof.Dr. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD.

“Türkiye’de kadınlar arasında tütün kullanımı ile ilgili güncel durum” başlıklı bu yazı Türkiye Sağlık Raporu 2012 Kadın ve Üreme Sağlığı bölümünde yer alan *Tütün Kullanımı/Sigara Dumanından Pasif Etkilenim ve Kadın Sağlığı: Türkiye’ye İlişkin Değerlendirmeler* başlıklı yazının güncel verilerle zenginleştirilmiş “devamı” niteliğindedir(1).

Dünyada, son 50 yılda, kadınlar arasında sigara içme sıklığı artma eğilimi içindedir ve bu nedenle kadınların sık görülen sorunlar arasında yer alan akciğer kanseri, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) ve kalp ve damar hastalıkları riskleri erkeklerle eşit düzeye gelmiştir. Diğer hastalıklar konusunda da benzer bir beklenti vardır(1).

Kadınlar arasında sigara içme davranışı kimi yönlerden erkeklerden farklıdır. Bu farklılıkları bilmek kadınlara özel olarak uygulanacak programların başarısını etkileyebilir(1,2). Yoksunluk belirtilerinin şiddetli görülebilme riski, stresle baş etme konusunda zorluklar, psikolojik nedenlerle sigara içme davranışının sürdürülmesi gibi konular kadınlar ile ilgili çalışanların bilmesi gereken başlıklar arasındadır(3). Tütün endüstrisinin kadınlara yönelik yapmayı sürdürdüğü kampanyaların da bu kadınlar arasında tütün kullanımı ile mücadeleyi zorlaştıran bir başka önemli ayrıntıdır. Tütün endüstrisinin kadınlar üzerindeki “oyunları” 1920’li yıllardan bu yana sürmektedir(4).

Türkiye’de kadınlar arasında sigara içme sıklığındaki değişim

1. Ulusal düzeyde yapılan çalışma sonuçları aşağıda sunulmuştur:

- a. Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması 2008 yılı sonuçlarına göre kadınlar arasında sigara içme sıklığı %15,2’dir. Hiç eğitimi olmayanlara göre herhangi bir okulda okumuş kadınlar arasında sigara içme sıklığı artmıştır. Aynı araştırma sonuçlarına göre diğer tütün ürünlerinin kullanımı incelendiğinde kadınlar arasında nargile içiminin %0,7 olduğu saptanmıştır(5).
- b. Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması 2012 yılı sonuçlarına göre kadınlar arasında sigara içme sıklığı %13,1’dir(6). Aynı çalışmada 15 yaş üzeri kadınlar arasında en fazla sigara içme sıklığı %21,4 ile 35-44 yaş grubundadır. Kentte yaşayan kadınlar (%15,5) kırdaki yaşayan kadınlara göre (%6,7) daha yüksek sıklıkta sigara içmektedirler(7).
- c. Kadınlar arasında 2012 yılı itibarıyla 2008 yılı ile kıyaslama yapıldığında son 12 ay içinde sigarayı bırakma girişimi %40,8’den %44,9’a yükselmiştir(8).

- d. Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı araştırmasının 13 farklı ülke verilerinin karşılaştırıldığı bir analiz sonucuna göre kadınlar arasında nargile kullanım sıklığı %0,7 (0,4-1,1GA) olarak bulunmuştur. Bu değer erkekler arasında %4'dür (%3,0-5,1 GA). Kadınlar nargile içimine çoğunlukla 18 yaş üzerinde başlamaktadırlar ve genellikle bir seanstaki içimleri 30-59 dakika sürmektedir(9).
- e. Küresel Gençlik Tütün Kullanımı Araştırması 2003 yılı sonuçları 13-15 yaş kız çocuklarının %4'ünün halen sigara içtiğini ortaya koymuştur(10). Bu rakamın 2009 yılında %5,3'e yükseldiği belirtilmektedir. Aynı çalışmada sigara içmeyi deneyen kız öğrencilerin yüzdesinin 2003 ile karşılaştırıldığında, %19,7'den %25,4'e yükseldiği görülmüştür(11).
- f. Sigara dumanından pasif etkilenim (SDPE) riski de kadınlar açısından önemlidir. Dünyada çoğunluğu kadın ve çocuk olan 600 000 kişi SDPE nedeniyle yaşamını yitirmektedir(12). Bu ölümlerin 430 000'i erişkinler arasındadır. Erişkinler arasındaki ölümlerin de %64'ü kadınlar arasındadır(13).

Türkiye'de 2008 ve 2010 yıllarında evde kadınların SDPE ile karşılaşma riski evde %61 ve işyerlerinde %28,9 olarak belirtilmektedir. Kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar arasında SDPE riski kentsel bölgelerde yaşayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur(14).

Ülkemizde özel gruplar arasında da çalışmalar yapılmaktadır. Bazı örnekler aşağıda sunulmuştur:

1. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'in gebelere ilişkin verilerinin Aslan ve arkadaşları tarafından yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, 15-49 yaş gebeler arasında sigara içme sıklığı %11,4 olarak bulunmuştur. Sıklık, öğrenim durumu yüksek olan kadınlar arasında (%12,7) öğrenim durumu daha düşük olan kadınlar arasında olduğundan (%7,5) daha yüksektir. Lojistik regresyon analizleri sonuçlarına göre, kadınların öğrenim durumu yükseldikçe (OR=2,72; CI=1,14-6,50) ve evin içinde sigara içilmesi arttıkça (OR=20,83; GA=4,23-102,49) gebelik döneminde sigara içme sıklığı artmıştır. Ancak riskli olarak kabul edilen *18'den küçük ve 35'den büyük* yaşlarda gebeliği olan kadınlar diğer yaş gruplarına göre daha az sıklıkta sigara içtiklerini belirtmişlerdir (OR=0,32; GA=0,16-0,65)(15).
2. Göçmen olmanın gebelik döneminde sigara içimini artırdığına dair veriler bulunmaktadır(16).
3. Özellikle kadınlar arasında daha yaygın olan "light" sigara tercihinin yarattığı sağlık riskleri diğer sigara çeşitlerinden farklı olmadığına dair çalışmalar yapılmıştır. Örneğin, Çiftçi ve arkadaşları tarafından kalp ve damar sistemi üzerine yapılan bir çalışmada aort elastisitesi ve ventriküler diyastolik fonksiyonlar açısından bu farksızlık ortaya konulmuştur(17).

Ülkemiz dışından da tütün kullanımı/sigara içimi konulu çalışmalar yapılmaktadır. Örneğin, Vedoy tarafından Norveç'te yapılmış olan bir çalışmada, Norveç'te yaşayan Türk kadınları arasında sigara içme sıklığı %28 olarak tespit edilmiştir. Norveç'li kadınlar arasında sigara içme sıklığının %30 olduğuna da işaret edilmiştir. Öğrenim durumunun ortaokul olması daha alt düzeydeki öğrenim durumuna sahip olan kadınlarla karşılaştırıldığında sigara içmek açısından bir risk olarak düşünülmüştür(18).

Yukarıda sunulan araştırma sonuçları Türkiye'de kadınlar arasında sigara içme sıklığına müdahale yolları denerken aşağıda yazılı olan kimi konulara dikkat etmek gerektiğini vurgulamaktadır:

1. Kadınlar arasında yaş gruplarına özel çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.
2. Yaş grupları içerisinde de sağlığın belirleyicileri temelinde farklı analizler yapılarak sigara içme konusunda farklılıkları ve benzerlikleri ortaya koyan durumların tanımlanması uygun olur.
3. Kadınlar arasında sigara/tütün kullanımı bırakma çalışmaları yaparken durumu güçleştirmesi olası etkilerin azaltılmasına yönelik özel yaklaşımların geliştirilmesi uygun olur.
4. Tütün endüstrisinin kadınlara yönelimini engelleyici çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.
5. Kadınlar arasında sigara ve diğer tütün ürünlerinin yarattığı tehditlere ilişkin farkındalık düzeyinin geliştirilmesi uygundur.
6. Özellikle genç kadınların sigara içmeyi deneme konusundaki önerilere HAYIR DİYEBİLME BECERİSİNİN geliştirilmesi gerekmektedir.

Bütün bu önerilere ek olarak, tütün kontrolünün “içmeye başlamama”, “bırakma”, “sigara dumanından pasif etkilenimden koruma” üç müdahale yönteminin eş güdüm içerisinde kamusal bir politika olarak uygulanabilmesi kadınlara özel çabaları da kolaylaştıran bir zemin olacaktır. Ek olarak, kadınlar arasında tütün kontrolü çalışmalarında başarılı olabilmek için bu hizmetlerin çocuk, kadın ve üreme sağlığı hizmetlerine entegrasyonu önerilmektedir(14).

Kaynaklar

1. Surgeon General Report, 2014, Major conclusions from the report. p7. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>. Erişim:7.7.2014.
2. Öztoprak SD, Günay T. Sağlık Açısından toplumsal cinsiyet ve tütün kontrolü. TJPB 2013;11(3):197-206.
3. Empower Women-Combating Tobacco Industry Marketing in the WHO European Region. WHO Publications, 2010, pp 2, 3.
4. Highlights: Marketing cigarettes on women. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2001/highlights/marketing/index.htm. Erişim:7.7.2014.

5. Global Adult Tobacco Survey, 2008; The Ministry of Health of Turkey-General Directorate of Primary Health Care, Publication nb. 803, Anıl Matbaacılık Ltd., Ankara, 2010, p 20, 38-41, 48.
6. Comparison Fact Sheet Turkey 2008 & 2012 http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_turkey_2008v2012_comparison_fact_sheet.pdf.
7. TÜİK, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012. TÜİK Haber Bülteni. Sayı: 13142. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>. Erişim: 19.4.2014.
8. Global Adult Tobacco Survey 2012. <http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>. Erişim: 7.7.2014.
9. Morton J, Song Y, Fouad H, Awa FE, Abou El Naga R, Zhao L, Palipudi K, Asma S; on behalf of the GATS Collaborative Group. Cross-country comparison of waterpipe use: nationally representative data from 13 low and middle-income countries from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). Tob Control 2013 Jun 11.
10. Erguder T, Cakir B, Aslan D, Warren CW, Jones NR, Asma S. Evaluation of the use of Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data for developing evidence-based tobacco control policies in Turkey. BMC Public Health 2008 Dec 15;8 Suppl 1:S4.
11. Erguder T, Polat H, Arpad C, Khoury RN, Warren CW, Lee J, Lea V. Linking Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data to tobacco control policy in Turkey – 2003 and 2009. Cent Eur J Public Health 2012; 20 (1): 87–91.
12. Ten facts on second hand smoke. <http://www.who.int/features/factfiles/tobacco/en/>. Erişim: 6.7.2014.
13. Ten facts on gender and tobacco. http://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/en/. Erişim: 5.7.2014.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Current tobacco use and secondhand smoke exposure among women of reproductive age--14 countries, 2008-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2012 Nov 2;61(43):877-82.
15. Aslan D, Şengelen M, Çağatay P. Factors related to smoking status of pregnant women aged 15-49 in Turkey (Türkiye’de 15-49 yaş gebe kadınlar arasında sigara içme durumunu etkileyen faktörler). Turk Toraks Derg 2014;15:27-32.
16. Ergin I, Hassoy H, Tanik FA, Aslan G. Maternal age, education level and migration: socioeconomic determinants for smoking during pregnancy in a field study from Turkey. BMC Public Health 2010 Jun 9;10:325.
17. Ciftçi O, Günday M, Çalışkan M, Güllü H, Güven A, Müderrisoğlu H. Light cigarette smoking and vascular function. Acta Cardiologica 2013; 68(3), 255-61.
18. Vedøy TF. The role of education for current, former and never-smoking among non-western immigrants in norway. does the pattern fit the model of the cigarette epidemic? Ethnicity & Health 2013;18(2):190-210.

IX. TÜRKİYE’DE TOPLUMSAL CİNSİYET AYRIMCILIĞI, SORUNLAR, GELİŞMELER

Ezgi Türkçelik

Psk.Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Toplumsal cinsiyet sağlığın en önemli belirleyicilerinden biridir ve sosyal ekonomik düzey, yaş, etnisite, cinsel yönelim gibi pek çok faktörle de etkileşerek yaşam boyu bireylerin sağlığını etkilemektedir(1,2).

Toplumsal cinsiyete dayalı kadınlık ve erkeklik kalıpları, kadınlar ve erkekler arasında basit farklılıklar yaratmaz, aynı zamanda toplumsal kaynaklara erişim konusunda çoğunlukla kadınların aleyhine eşitsizlikler yaratır(3). Bu durum, kadınlar ve erkekler arasında biyolojik farklılığın ortaya çıkardığı sağlık sonuçlarının da ötesinde sonuçlar ortaya çıkmasına neden olur. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı bireylerin sağlık durumu, sağlık hizmetlerine erişimleri, sağlık ihtiyaçlarının dikkate alınıp alınmadığı, bedenleri ve cinsellikleri üzerinde ne kadar söz sahibi oldukları gibi pek çok konuda etkili olur. Bu nedenle, sağlık alanında toplumsal cinsiyet ile ilişkili veya kadınlar ve erkeklerde farklılaşan sağlık sonuçlarının, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile ilişkilerini ortaya koyan çalışmalar yapılması bu etkileri görmemiz açısından oldukça önemlidir.

Bu bölümde amaç; toplumsal cinsiyetle ilgili Türkiye’de halk sağlığı alanındaki çalışmalara örnek vermek ve daha sonra sağlığın en önemli belirleyicilerinden biri olan toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda Türkiye’deki durumu ortaya koymaktır.

Halk Sağlığı alanında, toplumsal cinsiyetin önemli bir sağlık belirleyicisi olduğu gerçeği Türkiye’de de araştırmalara yön veren bir konu olmuştur. Ancak toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini konu alan çalışmaların sayısı artmakla birlikte, toplumsal cinsiyet etkisinin derinlikli olarak işlendiği sınırlı sayıda araştırma olduğu söylenebilir. Bu araştırmalardan bazıları, toplumsal cinsiyet algısı, toplumsal cinsiyetle ilgili değerler, tutumlar ve davranışları incelerken bir kısmı da sağlık davranışlarının, sağlık sonuçlarının ve sağlık hizmetlerine erişimdeki sorunların, toplumsal cinsiyet ile ilişkisini ortaya koyan çalışmalardır.

Yapılan araştırmalara örnek vermek ve konuyla ilgili bir değerlendirme yapmak amacıyla; Türk Halk Sağlığı Dergisi /Turkish Journal of Public Health internet arşivinde “gender” anahtar sözcüğü ile tarama yapıldığında 10 yayına ulaşılmıştır. Metin içerisinde “gender/toplumsal cinsiyet” kavramı geçen bu yayınlardan 7’sinin toplumsal cinsiyet rolleri veya toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile ilişkilere değindikleri ve birkaçının ise toplumsal cinsiyetle ilgili tutum değişikliğini içeren eğitim/müdahale çalışmaları olduğu görülmüştür. Bu yayınlarda; öğrencilerin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları(4), intihar girişimlerine ilişkin

özellikler(5), babaların bebek bakımına katılımları ve deneyimleri(6), tütün kontrolü ve politikaları(7), mevsimlik tarım işçisi gençlerin sağlık davranışları(8), evli erkeklerde eşe yönelik şiddet(9), üniversite öğrencilerinde riskli davranışlar(10) gibi farklı konular, toplumsal cinsiyet rolleri veya eşitsizliklerine de değinilerek yer almıştır. Diğer 3 yayında(11,12,13) ise “gender” kavramı cinsiyet değişkenini ifade etmek için kullanılmış ancak araştırma bulgularında çıkan cinsiyet farklılıklarının toplumsal cinsiyet ilişkileri açısından bir değerlendirmesi yapılmamıştır. Örneğin; hekimlerin meslek örgütleriyle ilişkisini inceleyen bir çalışmada, erkeklerin meslek örgütlerinde sayısal olarak çoğunluğu oluşturdukları ve kadınlardan daha aktif oldukları belirtilmiş ancak bu farklılaşmanın toplumsal cinsiyet rolleri ve ilişkileri açısından bir değerlendirilmesine yer verilmemiştir.

Yine aynı amaçla son 2 yıl içerisinde yayımlanmış olan Halk Sağlığı kongre kitapları incelenmiş; 15. Halk Sağlığı Kongre kitabı içinde yer alan 66 sözel bildiriden 8’inde toplumsal cinsiyet kavramına değinildiği görülmüştür(14). 16. Halk Sağlığı Kongresi için ise bu sayı 3’tür(15). Bu çalışmalarda, toplumsal cinsiyet ilişkili olarak gebelikte aile içi şiddet(16), kadınlarda şiddet görme ve depresyon ilişkisi(17), 60 yaş üzeri kadınlarda yaşam kalitesi(18), aile planlaması yöntemleri kullanım düzeyi(19), gebelerin çocuğun cinsiyeti konusunda tercihleri(20), kanserli hastalara bakım veren araştırmalarda toplumsal cinsiyet bakış açısı(21) gibi çok çeşitli ve önemli konular araştırılmıştır. Bu çalışmalar toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin Türkiye’de sağlık alanındaki etkilerini anlamamıza ve etkili müdahalelerin belirlenmesine yardımcı olmaktadır.

Sağlık, ekonomik katılım ve fırsatlar, ve politik güçlenme gibi alanlarda kadın ve erkekler arasındaki eşitsizlikleri değerlendirerek oluşturulan Dünya Ekonomik Forumu 2013 yılı Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu’na göre (Global Gender Gap Report), Türkiye toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en derin olduğu ülkelerden biridir ve sıralamada 136 ülke arasında 120. sırada yer almaktadır. Toplumsal Cinsiyet Uçurumu göstergesinde Türkiye’den sonra gelen ve sıralamanın en sonunda yer alan ülkeler ise Suudi Arabistan, Mali, Fas, İran, Fildişi Sahili, Moritanya, Suriye, Çad, Pakistan ve Yemen’dir(22).

Yazının bundan sonraki bölümünde, 2012 Türkiye Sağlık Raporu’nda(23) da değinilen, kadınların sağlıklarında, kendi hayatları ve bedenleri üzerinde söz sahibi olmalarında ve sağlık hizmetlerine erişimlerinde belirleyici olan 3 temel alanda (eğitim, işgücü ve siyasete katılım) güncel durum kısaca açıklanacaktır.

Eğitim

Türkiye, Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu’nun eğitime erişim endeksinde 136 ülke arasında 104. sırada yer almıştır(24). TÜİK Ulusal Eğitim İstatistikleri, 2013 yılı itibarıyla Türkiye’de 2.643.712 kişinin okuryazar olmadığını ve bunun 2.200.072’sini kadınların oluşturduğunu göstermektedir. Bu verilere göre, okuma yazma bilmeyen yetişkinler, nüfusun yaklaşık olarak % 4,6’sını oluşturmakta ve okuma yazma bilmeyen yetişkinlerin % 83,22’sini, yani büyük bir çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır(25). Türkiye’de yıllar içinde kadın erkek okuryazarlığı ve kadınların eğitim düzeyleri artmakla birlikte, hemen hemen her eğitim düzeyinde

kadınlar ve erkekler arasında kadınların aleyhine belirgin bir farklılık olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Cinsiyete göre okuma-yazma durumu ve eğitim düzeyi (15+ yaş) 2013 Türkiye

Bitirilen eğitim düzeyi	Toplam	Erkek	Kadın
Okuma yazma bilmeyen	2.643.712	443.640	2.200.072
Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	3.829.953	1.203.461	2.626.492
İlkokul mezunu	14.994.232	6.454.722	8.539.510
İlköğretim mezunu	11.959.942	6.783.011	5.176.931
Ortaokul veya dengi okul mezunu	2.828.299	1.720.425	1.107.874
Lise veya dengi okul mezunu	12.085.335	6.976.694	5.108.641
Yüksekokul veya fakülte mezunu	6.706.780	3.762.530	2.944.250
Yüksek lisans mezunu	532.757	313.397	219.360
Doktora mezunu	154.180	93.407	60.773
Bilinmeyen	1.683.918	862.885	821.033
Toplam	57.419.108	28.614.172	28.804.936

Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) veri tabanı 2013 sonuçları

*Yabancılar kapsama alınmamıştır.

Eğitimde önemli göstergelerden biri olan okullulaşma oranlarına bakıldığında, yıllar içerisinde kadınlar ve erkekler için önemli bir artış olduğu gözlenmektedir. Örneğin, ilköğretim düzeyinde 2005-2006 yıllarında okullulaşma oranı erkekler için %92,3, kadınlar için %87,2 iken; 2012 -2013 öğretim yılında okullaşma oranlarında kadınlar ve erkekler arasındaki fark kapanmış ve her iki grup için de %100'e yaklaşmıştır (kadınlarda %98,9 ve erkeklerde %98,8). Yüksek öğretim düzeyinde ise okullaşma oranı kadınlarda %38,6 iken, erkeklerde %38,4'tür(26). Eğitim düzeyi yükseldikçe, her iki grup için de okullulaşma oranları düşmekle birlikte, kadınlar ve erkekler için eğitim düzeylerinde farkın kapanmış olması önemli bir gelişmedir. Ancak Eğitim Reformu Girişimi tarafından hazırlanan Türkiye Eğitim Sisteminde Eşitlik ve Başarı Raporu'na göre, bölgesel farklılıklar dikkate alındığında kız öğrenci ve erkek öğrenciler arasında farkın açıldığı görülmektedir. Diğer bölgelere göre daha düşük okullulaşma oranına sahip olan Ortadoğu, Kuzeydoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu'da oranlar, erkek öğrenciler için %7-8 daha yüksektir(27). Bu durum genel göstergelerin kadın erkek eşitliği konusunda yanıltıcı olabileceğini ve bölgesel farklılıklar dikkate alınarak daha doğru değerlendirmeler yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

2013 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA-2013) sonuçlarına göre; ilkokul veya üzeri eğitimi tamamlama yüzdesi erkeklerde 83,5 iken kadınlarda bu oran %71,7'dir. Lise ve üzeri eğitimi tamamlama ise erkekler ve kadınlar için sırasıyla % 29,1 ve %20,5 olarak bulunmuştur. Eğitime katılımında kadınlar ve erkekler arasında belirgin farklılıklar olmasına rağmen, araştırma bu farklılıkların genç yaş grubunda azaldığını göstermektedir. Bunun yanı sıra, TNSA 2008 ile

karşılaştırıldığında bütün bölgelerde ilkökul ve ortaokul düzeyinde net okullaşma oranlarında cinsiyet farklılığı kapanırken, Doğu bölgelerinde kadınların lise düzeyinde net okullaşma oranları erkeklerden %13 daha düşüktür(28).

İşgücüne Katılım

Son yıllarda Türkiye’de kadın işgücüne katılımında ve istihdamında artış izlenmiştir. 2010 yılında %27,6 olan işgücüne katılım oranı, 2012 yılı itibariyle ise 28,8’e ve 2013 yılı itibariyle ise %30,8’e ulaşmıştır(29). Aynı yıllarda erkeklerin işgücüne katılım oranları ise sırasıyla %71,7, %71 ve %71,5 olmuştur (Tablo 2). 2014 yılının Mayıs ayı işgücüne katılım istatistiklerine bakıldığında, kadınların işgücüne katılım oranının % 31 olduğu görülmektedir. Bu artışlar önemli olmakla birlikte, Türkiye’de kadınların işgücüne katılımdaki ve istihdamdaki payı, OECD ülkeleri içerisindeki en düşük oranlardan biridir(30). Türkiye, kadınların işgücüne katılımdaki düşük oranlarıyla, Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Endeksinin *iş gücüne katılım* alanında en geride kalan ülkeleri arasında olmayı sürdürmektedir ve 136 ülke arasında 123. sırada yer almaktadır(31).

Tablo 2: 15 ve üzeri yaştaki nüfusun yıllar ve cinsiyete göre İşgücü durumu

Erkek				Kadın		
Yıllar	Kurumsal olmayan çalışma çağındaki nüfus (000)	İşgücü (000)	İşgücüne katılma oranı (%)	Kurumsal olmayan çalışma çağındaki nüfus (000)	İşgücü (000)	İşgücüne katılma oranı (%)
2010	25 801	18257	70,8	26 740	7 383	27,6
2011	26320	18867	71,7	27273	7859	28,8
2012	26951	19147	71,0	27773	8192	29,5
2013	27411	19597	71,5	28197	8674	30,8

Kaynak: TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları, 2014

Tablo 3: 15 ve üzeri yaştaki nüfusun 2014 yılı içerisinde aylara ve cinsiyete göre işgücü durumu

Erkek				Kadın		
Aylar	Kurumsal olmayan çalışma çağındaki nüfus (000)	İşgücü (000)	İşgücüne katılma oranı (%)	Kurumsal olmayan çalışma çağındaki nüfus (000)	İşgücü (000)	İşgücüne katılma oranı (%)
Ocak	27644	19599	70,9	28840	8437	29,7
Şubat	27981	19599	70,0	28867	8225	28,7
Mart	28.014	19782	70,6	28704	8548	29,8
Nisan	28052	19947	71,1	28743	8825	30,7
Mayıs	28 088	20180	71,8	28781	8909	31,0

Kaynak: TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları, 2014

2014 Mayıs ayı itibariyle istihdam edilen kadın ve erkeklerin işteki durumlarına bakıldığında kadınların %31.2'sinin erkeklerin ise %4.9'unun ücretsiz aile işçisi olarak çalışmakta olduğu görülmektedir. Aynı tarihte herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olma durumuna bakıldığında, herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olmayan kadınların sayısı 3.952.000, erkeklerin sayısı ise 5.519.000'dir, yani erkeklerin % 27.35'i kayıt dışı çalışırken, kadınların % 44.36'sı kayıt dışı çalışmaktadır. Ücretli ve güvenceli olduğunda kadınların güçlenmesinin en önemli dayanaklarından biri olan işgücüne katılım(32), kadınlar için sosyal güvence ve gelir getirmediği sürece bu olanağı yaratmaktan uzak gözükmemektedir.

İşgücüne dahil olmama nedenleri incelendiğinde, “ev işleriyle meşgul olma” erkeklerin işgücüne dahil olmama nedenleri arasında sunulmazken; kadınların %58,7'si işgücüne dahil olmama nedeni olarak ev işleriyle meşgul olmalarını göstermektedir(33). Bu yüksek oran, ev işlerinin ve bakım hizmetlerinin sadece kadınların sorumluluğu olarak görülmesi ve Türkiye’de kurumsallaşmış çocuk, yaşlı engelli bakım hizmetlerinin yetersizliğinin kadınların çalışma yaşamına katılımını engelleyen veya kesintiye uğratan en önemli etkenlerden biri olmayı sürdürdüğünü göstermektedir.

TNSA-2013 verilerine göre;15-49 yaş grubundaki kadınların %31'i araştırma sırasında çalışmakta olduğunu belirtmiştir. Halen çalışan ve araştırmadan önceki son 12 ay içinde çalışmış olan kadınların %61,4'ünün hizmet sektöründe, %24.2'sinin tarımda ve %14.3'ünün sanayi sektöründe çalıştığı görülmektedir. Çalışan kadınların % 45,3'ü düzenli, % 8,5'i geçici ücretli işçi olarak; %10,5'i ise devlet memuru olarak çalışmaktadır. Ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadınların yüzdesi ise 18,7'dir. Kadınların %50'si çalışırken herhangi bir sosyal güvenlik kapsamı altından değildir. Araştırmaya katılan ve son 12 ay içinde çalışmayan kadınların, çalışmama nedenlerine bakıldığında %21,7'sinin ev kadını olmak, %19,2'sinin çocuk bakmak, % 5,5'inin ise engelli, hasta ve yaşlı bakımı gibi nedenlerle çalışmadığı görülmektedir. Kadınların %14,8'i ise eşlerinin ya da ailelerinin çalışmalarına izin vermediklerini belirtmiştir. Araştırma, kadınlarda istihdamın düşüklüğünü, kadınların aile baskısı ve bakım hizmetleri yükleri nedeniyle istihdam dışında kaldıklarını göstermektedir(34).

İşgücü piyasası içerisinde yer alan kadınların çalışırken karşı karşıya kaldıkları pek çok sorunun devam ettiği söylenebilir. Meslekte yükselememe, düşük statüli sektörlerde yoğunlaşma, aynı nitelikteki işlerde dahi erkeklerden daha düşük ücret alma, yönetici kadrolarda yer alamama, işyerinde cinsel taciz ve mobbing gibi sorunlar büyük oranda devam etmektedir.

2014 yılı Mayıs ayında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Ulusal İstihdam Stratejisi (2014-2023) yayımlanmıştır(35). Stratejide 2023 yılında kadınların işgücüne katılma oranının %41'e çıkarılması hedeflenmiştir. Ancak, 2023 yılı için belirlenmiş olan bu hedef, Avrupa Bölgesi istihdamının çok altındadır. Stratejide kadının istihdamının artırılmasına sınırlı olarak ve özel gruplar içerisinde yer verilmiş, kadın istihdamının artırılmasına yönelik olarak esnekliğin ve güvencenin artırılması amaçlanmıştır. Kadının istihdamının artırılmasına yönelik olarak

oluşturulmaya çalışan politikalarda kadınlara esnek, yarı zamanlı işlerin yaratılması, kadını tek başına bir birey olarak görmeyen sadece aile içerisinde veya bir erkeğe bağımlı bir kişi olarak tanımlayan bir yaklaşımın sonucudur. Annelik ve bakım hizmetleri kadının asli görevleri olarak değerlendirilmekte, kadınlar iş gücü piyasasında geçici ve eğreti görülerek, tam zamanlı, güvenceli ve sürekli istihdam ve çalışma biçimlerine yönlendirilmemektedir(36, 37).

Siyasal Katılım

Türkiye’de kadınlar ulusal ve yerel siyasal karar alma süreçlerinde yetersiz düzeyde temsil edilmeye devam etmektedir. Parlamentodaki milletvekili oranları yıllar içerisinde artış göstermekle birlikte 550 milletvekili içerisinde sadece %14,4’lük kadın temsil oranıyla Türkiye, 2013 Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu endeksine göre, 136 ülkede kadınların 91. sırada yer almaktadır(38).

Tablo 4: Türkiye’de yıllara göre kadın milletvekili oranları

Seçim yılı	Parlamentodaki milletvekili sayısı	Kadın milletvekili Sayısı	Toplam içindeki pay (%)
1991	450	8	1.8
1995	550	13	2.4
1999	550	23	4.2
2002	550	24	4.4
2007	550	50	9.1
2011	550	79	14.4

Kaynak: TÜİK, Milletvekili Seçim İstatistikleri(39)

Yerel yönetimlerde kadın katılımına baktığımızdaysa oranların yerel düzeyde de kadınların lehine çevrilmediği görülmektedir. 30 Mart 2014’de yapılan yerel seçimlerde, 1364 belediye başkanlığından sadece 37’sine kadınlar seçilmiştir(40). Belediye meclis üyesi ve il genel meclisi üyesi kadın sayıları da oldukça düşüktür. Söz konusu seçimlerde, kadın belediye başkanı oranlarında artış olması ve ilk kez büyükşehirlerde belediye başkanlığına kadınların seçilmiş olması olumlu gelişmeler olmakla birlikte, bu artışlar kadınların siyasette varlık göstermesini sağlayacak seviyede değildir.

Tablo 5: 30 Mart 2014 tarihli mahalli idareler seçim sonuçları¹

	Erkek	Kadın	Toplam
Belediye Başkanı Sayısı	1314	37	1351
Büyükşehir Belediye Başkanı Sayısı	27	3	30
Belediye Meclis Üye sayısı	18 300	2 198	20 498
İl Genel Meclis Üye sayısı	1191	60	1251

Kaynak: YSK, 2014 www.ysk.gov.tr

Toplumsal cinsiyet rolleri, bakım yükleri, siyasetin erkeklerin altından kalkabileceği alanlar olarak görülmesi gibi nedenlerle kadınların kendilerinin siyasete katılmayı istemedikleri belirli bir oranda gerçekliği yansıtmakla beraber; siyasi partilerin bu konuda eşitlikçi bir politika oluşturmamaları, kadınların katılımı konusunda Seçim Kanunu'nda ve Siyasi Partiler Kanunu'nda kadınların katılımını destekleyecek gerekli düzenlemelerin yapılmaması kadınların sistematik olarak siyaset alanından dışlanmalarına neden olmaktadır.

Sonuç olarak; 2015 yılı itibarıyla, Türkiye'nin Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi'ni imzalamasının üzerinden 30 yıl, 4. Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı'nda bildiren taahhütlerin üzerinden 20 yıl, Binyıl Kalkınma Hedefleri'nin belirlendiği Binyıl Zirvesi üzerinden 15 yıl geçmiş olacaktır. Ancak, gelinen noktaya bakıldığında bazı alanlarda gelişme kaydetmekle birlikte Türkiye, onaylamış olduğu sözleşmeler ve bağlılığını bildirmiş olduğu uluslararası taahhütlerde yer alan toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması konusundaki hedeflere ulaşmaktan uzak gözükmektedir.

Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması ancak kadını merkeze alan ve onu birey olarak gören bir bakış açısının gerçekleştirilmesiyle mümkündür. Bu bakış açısı geliştirilmediği, tüm politika, söylem ve uygulamalara yansımadağı sürece eğitim, istihdam, siyasal yaşama katılım gibi çok temel alanlarda eşitsizlikler kendini göstermeye devam edecek ve kadın sağlığı üzerinde de yarattığı olumsuz sonuçlarıyla karşımıza çıkmaya devam edecektir.

Kaynaklar:

1. Sen G, Östlin P. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 2008; 3:S1, 1-12.

¹ 30 Mart 2014 yerel seçimlerinde, 1364 belediyede, belediye başkanlığı seçimi yapılmış ancak 13 belediyenin belediye başkanlığı seçimi, 20540 adet belediye meclisi üyeliğinden, 2 ilçede 40 adet belediye meclisi üyeliğine ilişkin seçimler ve 1258 adet il genel meclisi üyeliğinden, 2 ilçede 7 adet il genel meclisi üyeliğine ilişkin seçimler iptal edilmiştir. Yukarıdaki tabloda verilen sonuçlara 1 Haziran 2014 tarihinde yenilenen seçim sonuçları dahil değildir.

2. Akın A. Kadın Sağlığında Eşitsizlikler ve Toplumsal Cinsiyet. İçinde: 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2010, 73-82.
3. Bora A. Sivil Toplum Kuruluşları İçin Toplumsal Cinsiyet Rehberi. Ankara: STGM yayınları, 2008.
4. Davas Aksana H A, Ergina I, Hassoy H, Durusoy R, Çiçeklioğlu M. Müfredata eklenen bir dersin ikinci sınıf tıp öğrencilerinin kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi ve tutumlarına etkilerinin değerlendirilmesi. Turk J Public Health 2011; 9(3): 144-156.
5. Şimşek H, Donmez G, Binbay T, Erkoyun E, Uçku R. Manisa İli'nde özkiyım girişimlerine ilişkin özellikler: Beş yıllık verinin değerlendirilmesi Turk J Public Health 2014; 12(1): 23-34.
6. Kuruçırak Ş, Kulakaç Ö. Yaşamın 4-12 aylık döneminde babaların bebek bakımına katılımları ve deneyimleri: bir karma yöntem araştırması. Turk J Public Health 2014; 12(2): 113-126.
7. Öztoprak SD, Günay T. Sağlık açısından toplumsal cinsiyet ve tütün kontrolü. Turk J Public Health 2013; 11(3): 197-206.
8. Şimşek Z, Kırmızıtoprak E. Mevsimlik tarım işçisi gençlerin sağlıklı yaşam bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. Turk J Public Health 2013; 11(1): 1-10.
9. Dönmez G, Şimşek H, Günay T. Evli erkeklerde eşlerine yönelik şiddet ve ilişkili etmenler. Turk J Public Health 2012; 10(3): 151-159.
10. Ozcebe H, Uner S, Tezcan S, Paksoy Erbaydar N, Teletar G. Risky behaviors of university students: A cross-sectional study. Turk J Public Health 2012; 10(1): 1-12.
11. Pekel Ö, Günay T, Soysal A, Doğanay S, Budak R, Damgacı V, Altuna D, Ergör G. Koroner kalp hastalığı(KKH) riski olup Toplum Tabanlı Sigara Bırakma Merkezi'ne davet edilenlerin başvurusunu etkileyen etmenler. Turk J Public Health 2012; 10(2): 68-75.
12. Eskioçak M, Tokuç B, Karakaya M. Edirne merkez ilçede prematür ölümler, 2004 ve 2008. Turk J Public Health 2014; 12(1): 35-41.
13. Kurt AÖ, Yapıcı G, Şaşmaz T, Uzabacı M, Tol A, Bozgedik İ.H, Öztürk G. Mersin ilinde görev yapan hekimlerin meslek örgütüyle ilişkileri ve beklentileri. Turk J Public Health 2011; 9(3): 174-182.
14. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). 15. Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2012.
15. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). 16 . Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2013.
16. Yılmazel G, Baykan Z, Çetinkaya F. Gebelikte Aile İçi Şiddet ve İlişkili Faktörler. İçinde: 15. Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2012.
17. Ünal S, Özyurda F. 15-49 Yaş Kadınlarda Şiddet Görme ve Depresyon İlişkisi İçinde: 15. Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2012.
18. Koyuncu T, Metintaş S, Kalyoncu C. Eskişehir Kırsal Alanında 60 Yaş Üzeri Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkili Değişkenler İçinde: 15. Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2012.
19. Hamidanoğlu M, Koruk İ. Şanlıurfa'da Aile Planlaması Yöntemleri Kullanım Düzeyi. İçinde: 15. Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2012.

20. Mıhçıokur S, Akın A. Bazi Hastane Polikliniklerine Başvuran Gebelerin Çocuğunun Cinsiyeti Konusunda Tercihini Etkileyen Faktörler. İçinde: 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2013.
21. Deniz Yüce D, Küçük Biçer B, Bahar Özvarış Ş. Kanseri Hastalara Bakım Verenler Hakkındaki Çalışmalarda Toplumsal Cinsiyet Bakış Açısı. İçinde: 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2013.
22. World Economic Forum (WEF). The Global Gender Gap Report 2013. <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2013/>
23. Türkçelik E. Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı, Sorunlar, Gelişmeler. İçinde: HASUDER, Türkiye Sağlık Raporu 2012, 353-359.
24. World Economic Forum (WEF). The Global Gender Gap Report. 2013. <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2013/>
25. TÜİK, Ulusal Eğitim İstatistikleri 2013.
26. Milli Eğitim Bakanlığı, Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2013-2014. Resmi İstatistik Programı yayını http://sgb.meb.gov.tr/istatistik/meb_istatistikleri_orgun_egitim_2013_2014.pdf
27. Oral I, McGivney AJ. Eğitim Reformu Girişimi Türkiye Eğitim sisteminde Eşitlik ve Akademik Başarı: Araştırma Raporu ve Analiz, 2014 Eğitim Reformu Girişimi İstanbul. <http://erg.sabanciuniv.edu/sites/erg.sabanciuniv.edu/files/ERGE%C5%9FitlikWEB.22.05.14.pdf>
28. Hacettepe Nüfus Etütleri enstitüsü(HÜNEE). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2014
29. TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları, 2014.
30. OECD. Employment rate of women, *Employment and Labour Markets: Key Tables from OECD*, 2013, No. 5. DOI: [10.1787/emp-fe-table-2013-1-en](https://doi.org/10.1787/emp-fe-table-2013-1-en)
31. WEF 2013
32. Ecevit Y. İşgücüne Katılım ve İstihdam. İçinde: TÜSİAD&KAGİDER, Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sorunlar, Öncelikler ve Çözüm Önerileri 2008 (ss. 113-214) İstanbul.
33. TÜİK, Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri 2013, Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları, 2014.
34. Hacettepe Nüfus Etütleri enstitüsü(HÜNEE). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.
35. 30 Mayıs 2014 tarih 29015 sayılı Resmi Gazete <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140530-7-1.pdf>
36. Kadın Emeği ve İstihdamı Girişimi (KEİG). Türkiye’de Kadın Emeği ve İstihdamı: Sorun Alanları ve Politika Önerileri II, 2013.
37. Kadın Emeği ve İstihdamı Girişimi (KEİG). Çalışma Yaşamında Eğretilik Eğreti İstihdam ve Atıf İstihdam İlişkisi 2014.
38. WEF 2013.
39. TÜİK Milletvekili Seçim İstatistikleri 2011, http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1061
40. Yüksek Seçim Kurumu YSK, Seçim İstatistikleri 2014. www.ysk.gov.tr

X. TÜRKİYE’DE KADINA YÖNELİK ŞİDDET

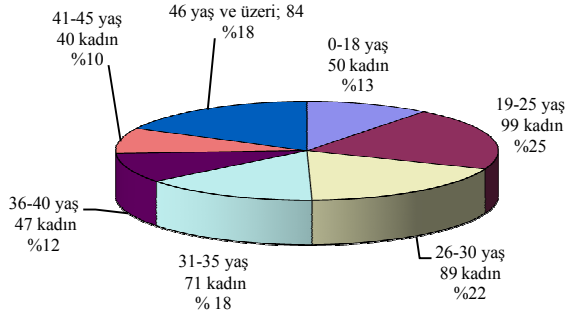
Nüket Paksoy Erbaydar

Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Kadına yönelik şiddet (violence against woman), cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içinde ya da özel yaşamında kadına baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır (UN, 1993).

Kadına yönelik şiddet, temel bir insan hakkı ihlali olup, kadınlara yönelik toplumsal cinsiyet ayrımcılığının sürdürülmesinde kullanılan bir araçtır. Kadınlara şiddet uygulayanlar genelde eşleri, babaları erkek kardeşleri gibi tanıdıkları erkeklerdir. Kadınlara uygulanan şiddet fiziksel, psikolojik (duygusal, sözel şiddet), cinsel, ekonomik şiddet biçiminde ya da kontrol etme davranışı şeklinde olabilir (WHO, 2002:sf.89).

Kadına yönelik şiddet, kadının ölümü, sakatlanması ya da diğer sağlık sorunları ile sonuçlanabilir. Şiddete bağlı kadın ölümleri arasında namus adına işlenen cinayetlerin özel bir yeri vardır. Ancak, Türkiye’de namus adına işlenen cinayetlerle ilgili resmi istatistiklere hala konuya özel veri toplanmaması nedeniyle ulaşılamamaktadır. Bu nedenle ne kadar kadının namus kisvesi altında işlenen cinayetler nedeniyle öldüğü bilinmemektedir. Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde 2005-2006 döneminde Töre ve Namus Cinayetleri ile Çocuklara yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu için yapılan sınırlı bir çalışmaya göre T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kayıtlarında 2000-2005 yılları arasında töre ve namus adına işlendiği ifade edilen 1091 cinayet vardır. Bu cinayetlerde 480 kadın öldürülmüştür (TBMM Araştırma Komisyonu raporu, 2006:sf.118). Bu nedenlerle öldürüldüğü iddia edilen kadınların yaş dağılımları aşağıdaki şekilde verilmiştir. T.C. İçişleri Bakanlığı Jandarma Genel Komutanlığı kayıtlarına göre aynı dönemde sorumluluk bölgelerinde namus meselesi nedeniyle meydana gelen kasten öldürme ve öldürmeye teşebbüs olaylarından 138 kadın ve çocuk etkilenmiştir (TBMM Araştırma Komisyonu raporu, 2006:sf.126).



Şekil 1. 2000-2005 yılları arasında ülke genelinde meydana gelen töre ve namus adına işlenen cinayetlerde ölen kadınların yaş grupları (TBMM Araştırma Komisyonu raporu, 2006:sf.126).

Kadınlar yaşamlarının her döneminde ve aile dahil olmak üzere her ortamda şiddetle karşılaşabilmektedir. Türkiye’de kadının aile içinde yaşadığı şiddet konusunda 1996-2008 yılları arasındaki 12 yıllık dönemde yapılmış beş büyük ölçekli saha araştırması vardır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre aile içinde kadına yönelik şiddet sıktır ve evli ya da başından evlilik geçmiş kadınların %21,7 ile %39,0’u yaşamı boyunca en az bir kez eşinden fiziksel şiddet görmüştür. Araştırma metodolojilerinin farklılığı nedeniyle karşılaştırma yapmak mümkün olmamakla birlikte kadınların şiddeti deneyimleme durumlarının yıllar içinde hiç azalmadığı söylenebilir. Bu araştırmalara dair bazı bilgiler aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Bu araştırmalardan Aile Araştırma Kurumu tarafından yaptırılan “Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları” araştırmasında, araştırma kapsamındaki hanelerde yaşayan erkeklerin ifadelerine göre en az %34,0’ında, kadınların ifadelerine göre ise %29,6’sında erkeğin eşine fiziksel şiddet uygulaması söz konusudur ve kadınların %52,5’i eşlerinin kendilerine ağır sözler söylediğini ifade etmiştir (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1995:sf. 136,137).

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü’nün “Ailede kadına karşı şiddet ve kadın suçluluğu” araştırması üç büyük ilde yapılmıştır ve bu araştırmaya göre kadınların fiziksel şiddet görme düzeyleri %21,2 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada cinsel şiddet sıklığı ise %21,7 olarak belirlenmiştir (T.C. Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 1995:sf.29).

Aile Araştırma Kurumu’nun 1998 yılında yayınlanan “Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet” konulu araştırmasına göre evli ve/veya başından evlilik geçmiş kadınların eşleri tarafından dövülme düzeyi %25,2, hakarete uğrama düzeyi ise %30,7 olarak saptanmıştır. (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1998:sf.87).

Tablo :Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet sıklığını belirlemeye yönelik saha araştırmaları (1994-2008)

Araştırmanın adı	Örnek büyüklüğü	Kapsamı	Fiziksel şiddet sıklığı %
Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları araştırması” 1995 ¹	4287 hane	5 coğrafi bölgeyi temsilen 12 il	29,6 (kadın yanıtı) 34,0 (erkek yanıtı)
“Ailede kadına karşı şiddet ve kadın suçluluğu” araştırması, 1995 ²	1070 hane	Ankara, İstanbul, İzmir,	21,2(kadın yanıtı)
”Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet” araştırması,1998 ³	2578 hane	6 coğrafi bölgeyi temsilen 18 il	25,2(kadın yanıtı)
“Türkiye’de kadına yönelik şiddet” araştırması, 2007 ⁴	1800 kadın	12 bölgeyi temsilen 56 il	35,0(kadın yanıtı)
“Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet” araştırması, 2008 ⁵	17168 hane 14854 kadın	12 bölgeyi temsilen 51 il	39,0 (kadın yanıtı)

¹ T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1995:sf. 136,137.

² T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 1995:sf. 29.

³ T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu ,1998:sf. 87.

⁴ Altınay, Arat, 2007:sf.79.

⁵ T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008:sf.46.

Ayşegül Altınay ve Yeşim Arat’ın TÜBİTAK desteğiyle yürüttükleri “Türkiye’de kadına yönelik şiddet” araştırmasına göre Türkiye’de kadınların %35,0’ı hayatları boyunca en az bir kez fiziksel şiddet görmüş, %14’ü cinsel şiddete maruz kalmıştır (Altınay A, Arat Y. 2007:sf.79).

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve HÜNEE tarafından yürütülen “Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet” Araştırmasına göre kadınların %39’u yaşamının herhangi bir döneminde eşi veya birlikte olduğu kişi(ler)den fiziksel şiddet görmüştür ve son 12 ayda kadınların eşlerinden şiddet görme sıklığı %10’dur (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2009:sf.46). Kadınların %15’i cinsel şiddet, %42’si fiziksel ya da cinsel şiddet, %44’ü duygusal şiddet görmüştür (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2009: sf. 46, 52).

Aile içinde kadına yönelik şiddet yaygındır. Ancak kadınlar aile dışında sokakta, okulda, işyerinde de şiddetle karşılaşmaktadır. Bu nedenle şiddet yaşayan kadınların sayısının yukarıda sunulanlardan daha yüksek olduğu bilinmelidir. Temel bir insan hakkı ihlali olması nedeniyle kadınlara yönelen şiddetin durdurulmasında devletin tartışılmaz bir sorumluluğu vardır. Bu sorunun çözümü kadın erkek eşitliğini sağlayıcı, toplumda erkek egemenliğine son verecek girişimlerde bulunulmasına bağlıdır.

Kaynaklar

- The UN General Assembly Declaration on the Elimination of Violence against Women of 1993. <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>. Erişim tarihi: 14.07.2011.
- World Report on Violence and Health, Geneva, World Health Organization, 2002:sf. 89.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Töre ve Namus Cinayetleri ile, Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak, Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan TBMM Araştırma Komisyonu Raporu. Can Ofset Matbaa, Ankara, 2006:sf.118, 126.
- T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. Genel Yayın No.86. Ankara, 1995:sf.136, 137.
- T.C. Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ailede Kadına Karşı Şiddet ve Kadın Suçluluğu. Bizim Büro, Ankara, 1995:sf.29.
- T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Ankara, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları. Genel Yayın No. 113, 1998:sf.87.
- Altınay A, Arat Y. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. Punto, İstanbul 2007:sf.79.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Ankara, 2009:sf.46, 52.

XI. ÇALIŞMA ORTAMI VE ÜREME SAĞLIĞI

Meral Türk

Doç.Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

On dokuzuncu yüzyılda endüstri devrimi, günümüzde küreselleşme ile karşımıza çıkan sosyal adalet sorunları etkisini üreme sağlığı üzerinde de göstermiştir. Çalışma yaşamında cinsel sağlık ve üreme sağlığının çok sayıda tehlike ile karşı karşıya olduğunu gösteren acı öyküler vardır. Bu acı öyküler fetal dönemde maruz kalınan radyasyonun çocuklarda lösemiye neden olduğu, 60'lı yıllarda gebelikte alınan Thalidomid nedeniyle doğan kolsuz bebeklerin, metilcivanın Minamata'da yarattığı büyük endüstriyel felaketin, anneleri DES (dietilstilbesterol) aldığı için 15-22 yaşlarda vajen kanseri olan genç kızların, DBCP (dibromokloropropan) kullanılan muz çiftliklerinde çalışan işçilerin çocuk sahibi olamayışlarının öyküleridir.

Üreme Sağlığı Riskleri

Çalışma ortamı kadın ve erkeğin üreme riskleri ile en fazla karşılaştığı yerlerden biridir. Bu riskleri fiziksel, biyolojik, kimyasal, ergonomik, psikososyal riskler başlıkları altında ele alabiliriz. Söz konusu etkenlere maruz kalma solunum, sindirim veya deri yolu ile olabilir ve sonuçlar kendini “gebelik kazaları”(infertilite, düşük, ölü doğum vb.), embriyo ve fetüsün malformasyonları şeklinde gösterir.

Üreme açısından toksik olarak sınıflandırılan maddeler toksik etiketine sahip tüm maddeleri değil; radyasyon, bazı ilaçlar, sigara gibi kadının ya da erkeğin üreme fonksiyonunu etkileyerek sonraki kuşak üzerinde kötü etki yaratan maddeleri kapsar (1). Ortaya çıkan zararın ciddiyeti, maruz kalınan süre (ne zaman ve ne kadar), doz, sinerjik etki oluşup oluşmadığı (farklı etmenlerin kombinasyonu, çevrenin katkısı), bireysel duyarlılığa bağlı olarak değişkenlik gösterir (2).

Üreme sağlığı üzerine etkiler; **kadında** menstrüel düzensizlikler, fertilizasyon ve implantasyon sorunları, ovulasyon bozuklukları, postpartum hemoraji, toksemi, cinsel isteksizlik; **erkek**te sperm sayısında azalma, yapısında bozulma, hareketliliğinde ve dölleme yeteneğinde azalma, cinsel isteksizlik ve impotansı olarak sayılabilir. İnfertilite olgularının ne kadarının çevresel ve mesleki etmenlere atfedileceği net olarak bilinmese de söz konusu etmenlerin kadın ve erkeğin üreme sağlığını etkiledikleri ve endüstrileşmiş ülkelerde sperm kalitesini bozduklarından şüphelenilmektedir(3,4,5). CDC (Center for Diseases Control and Prevention) yayınladığı İnfertilitenin Tanı, Önleme ve Yönetimi için Ulusal Halk Sağlığı Eylem Planı içinde NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health) özellikle kadın ve erkeklerde üreme sağlığına zarar veren mesleki etmenlere maruz kalmayı azaltacak önlemler üzerinde durmuştur. Suçlanan mesleki etmenler arasında çok sayıda çözücü, kurşun gibi bazı metaller, fitalatlar, bisfenol eter sayılmaktadır.

İşyerinde üreme sağlığını etkileyen kimyasal tehlikeler

Çalışma ortamında ya da yaşadığımız alanlarda karşılaşabildiğimiz pestisitler, gıda katkı maddeleri ve bazı ağır metallerin üreme sağlığı üzerine olan etkileri çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur(6,7,8). Kanserojen olan arseniğe mesleki olarak maruz kalmanın, sperm anomalileri ve prostat kanserlerine, serum testosteron düzeyinde azalmaya yol açtığı bildirilmiştir(9). NIOSH'un gerçekleştirdiği epidemiyolojik çalışmalar ile boya, yapıştırıcı, parfüm, turnak cilası, esnek PVC içinde bulunan, endüstride çözücü ve plastikleştirici olarak kullanılan fitalatlar, elektronik ve metal endüstrisinde yağ çözücü 1-bromopropan (N-propile-bromide), polimer ve jel üretiminde ya da dolgu maddesi yapıştırıcısı olan akrilamid ve borun üreme sistemine toksik olduğunu gösterilmiştir (8). ABD'li araştırmacılar da nanopartiküllerin ve çoklu etkileşim değerlendirmelerinin de gündeme alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

ABD'de bebek ölüm hızının diğer gelişmiş ülkelerden daha yüksek, istem dışı düşük ve fetal ölümlerin ve infertilitenin oranının da düşündürücü olması 1991'deki ABD Senato Raporu'nda değerlendirilmiş ve bu sorunların çevresel, kimyasal etkilenimden kaynaklandığı rapor edilmiştir(8). Bu tarihten onbeş yıl önce, 1977'lerde, muz üretim çiftliklerindeki işçilerin infertilite sorunu yaşadıkları farkedilince, kullanılan Dibromokloropropan (DBCP)'nin azospermi ve oligospermiye yol açtığı belirlenmiş ve Dole firması ciddi tazminatlar ödemiştir(10). DBCP'nin reprotoksik etkisinin ortaya çıkarılmasını başka pestisitler de izlediler; klordekon isimli bir pestisidin testis fonksiyonlarını bozduğu, ferromanganez üretiminde çalışanların seksüel davranış bozuklukları gösterdiği, eşleri vinilklorüre maruz kalan kadınlarda spontan düşük ve ölü doğum oranının daha yüksek olduğu gösterildi (8). Sağlık sektöründe anestezi gazları, antineoplastik ajanlar, etilen oksit, formaldehit, sanayide karbonmonoksit, karbondisülfür, heksaklorobenzen, organik çözücüler, kurşun, poliklorbifeniller, vinilklorid, nitrozamin, mangandioksit, glikoleterler, metilciva, östrojen, kadmiyum gibi metaller maruz kalma süre ve şiddetine göre değişkenlik göstermekle birlikte reprotoksik olarak değerlendirilmektedir (6).

Üreme sağlığına olan etkilerin değerlendirilme sürecinde çevremizde var olup hormon gibi davranarak tüm biyolojik süreçleri düzenleyen endokrin sistemi etkileyen "endokrin bozucular"dan bahsedilmeye başlanmıştır. Bu terimi ilk kullanan Colborn, "Çalınan Geleceğimiz" kitabında DDT, PCB'ler, dioksinler, fenil alkoller endokrin bozucular arasında saymış ve kitabının önemli bir bölümünü östrojenik etkili kimyasal bileşik dietilstilbesterolün dramatik öyküsüne ayırmıştır. Spontan düşük, erken doğum, ölü doğum gibi komplikasyonları önlemek üzere DES kullanan kadınların kızlarında vajen kanserinin yanı sıra uterus anomalilerinin yüksek olduğu gösterilmiştir (8). Kalıcı organik kirleticiler olarak isimlendirilen organoklorlu pestisitler, DBCP, organik çözücü, civa gibi ağır metallerin bulunduğu 250 maddelik bir liste alman araştırmacılar tarafından çıkarılmıştır. Epoksi reçinesinin, polikarbonatların üretiminde, gıda sektöründe, diş hekimliğinde, biberon, su şişesi, pipet, konserve kutularının üretiminde kullanılmakta olan bifenol A da önemli bir endüstriyel kirleticidir. DES gibi östrojenik özelliği olan bu maddenin reprotoksik özelliği sorgulanmış, hayvan deneylerinde gelişim sırasında bifenol A'ya maruz kalmanın erişkinlikte prostat ya da meme kanseri riskine yol

açabileceği gösterilmiştir. ABD İnsan Üremesi için Riskleri değerlendirme Raporu (CERHR) fetüs, yenidoğan ve bebeklerin nörolojik sistemi ve davranışı üzerinde etkileri olduğuna ilişkin endişeleri doğrular şekildedir (8).

İşyerinde üreme sağlığını etkileyen fiziksel tehlikeler

Reprotoksik etkinin ancak kadın ve erkeği birden etkilediğinde kabul edildiği düşünülürse radyasyon, bu açıdan önemli bir reprotoksik etmendir.

Alice Stewart, on yaşından önce lösemi ya da başka bir kanserden ölen çocuklarla ilgili yaptığı ve 1958'de British Medical Journal'da yayınladığı makalede fetal radyasyon alımında dozun önemini ortaya koymuştur; fetüsün ve yenidoğanın radyasyona yetiskinden daha duyarlı olduğunu göstermiştir (11).

Ebeveynlerin konsepsiyondan önce radyasyona maruz kaldığı koşullarda "ikinci kuşak kanser" olasılığı karşımıza çıkabilmektedir. Son veriler, çocuk lösemilerinin çoğunluğunun kaynağının intrauterin iyonizan radyasyona maruz kalma sonucu olduğunu ortaya koymaktadır (12). Ebeveynlerin germ hücrelerinin mutasyona uğraması sonrası çocukların DNA'larının etkilendiğini gösteren çalışmalar vardır; İngiliz çocuklarla Çernobil felaketi sırasında orada bulunan ebeveynlerin çocuklarının DNA'sı karşılaştırıldığında Çernobil'i yaşayan ebeveynlerin çocuklarındaki DNA mutasyonu iki kat daha fazla çıkmıştır (13). Şenlik, iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları ile çalışan kadın sağlık çalışanlarının %1.6'sının en az bir kez ölü doğum, %7.1'inin de en az bir kez istemsiz düşük yaptığını belirttiklerini saptamıştır (14).

Üreme sağlığına etkileri açısından non-iyonizan radyasyon, düşük frekanslı elektrik alanları, mikrodalga ve elektromanyetik alanlar da sorgulanmakta fakat henüz etkilerini net olarak ortaya koyacak sonuçlara ulaşılamamaktadır. İlhan'ın yürüttüğü çalışmada elektromanyetik alana maruz kalan ve kalmayan gruplarda yer alan kadınların adet düzensizliği, menapoza girme durumu, ölü doğum ve istemsiz düşük sayıları arasında farklılık bulunmamıştır (15).

Gürültü açısından değerlendirildiğinde, gebelik sırasında fetüsün özellikle son üç ay içinde ve düşük frekanslarda yüksek yoğunluktaki gürültüden etkilendiği düşünülmektedir. Fetüsün etkilenimini ölçebilmek için gürültü ölçümünün desibel C üzerinden yapılması uygundur. Kişisel koruyucu donanım kullanımının fetüsü değil gebeyi koruduğunu da unutmamak gerekir. Bu durumda, son üç ayını çalışarak geçirecek bir gebe için maruziyet sınırı, kişisel koruyucu donanım kullanmayı gerektiren 87 desibel A yerine, fetüsün ışıtmesine zarar vermemesi için 8 saatte 87 desibel C sınırında tutulması gerekmektedir (16).

Yüksek ısıda çalışma kardiyovasküler risk açısından önemlidir. Gebeliğin ilk dönemlerinde aşırı sıcakta çalışma malformasyonlara yol açabilir. Gebe kadının ısı adaptasyonu iyi olmasına rağmen ısıyı tutan giysiler kullandığında risk artar.

İşyerinde üreme sağlığını etkileyen biyolojik tehlikeler

Biyolojik risklerin yoğun olarak karşılaşıldığı sağlık hizmet sektöründe, özellikle gebeler ve doğmamış bebekler açısından risk oldukça büyüktür. Kızamık, kızamıkçık, suçiçeği, kan ve vücut sıvıları ve cinsel yolla bulaşan hastalık

etkenleri(HIV, Hepatit), zoonozlar, toksoplazma, listeria, klamidya psittaci, sıtma, kolera, tüberküloz gibi hastalık etkenleri kadın ve erkek üreme sağlığını konsepsiyondan önce de etkileyebilir. Gebelik sırası ve sonrası, emzirme ile de geçiş olabilir. Sağlık, eğitim, cezaevi, huzurevi, kreş gibi hizmet sektörü çalışanları, tarım çalışanları, dış alanlarda (park, bahçe vb.) çalışanlar risk altındadır. Maruz kalınan dönem, immünite ve direnç düzeyleri riskten etkilenme durumunu belirler. Biyolojik risklerden korunmada çalışanlar açısından hijyen etkin önlemlerden biridir (16).

İşyerinde üreme sağlığını etkileyen ergonomik tehlikeler

Gebelikte karşılaşılan ergonomik riskler düşüklere yol açabilir. Zorlayıcı hareket ve duruş, uzun süre ayakta kalmalar prematür doğumlara yol açabilmektedir (17). Yorucu etmenlerin birikici etkisini göz ardı etmemek gerekir (18, 19)

Mammelle ve arkadaşlarının çalışması özellikle beş faktör üzerinde durmuştu: Vücudu zorlayan duruş, makinada çalışma, ağır yük, yorucu iş çevresi, ağır psikolojik yük.

Gebe kadının antropometrisi denge kaybı, düşme riskini artıran hareketlerde zorlanma nedeniyle çarpma, vurma kazalarını artırabilir. Özellikle bel, sırt ağrıları, bası sendromları (karpal tünel sendromu vb.) kas iskelet sistemi sorunları olarak karşımıza çıkabilir. Zorlayan çalışma şekli kardiyovasküler riski de artırabilir.

Ankara Üniversitesi'nde gerçekleştirilen bir doktora tezinde, üremeye yardımcı tedaviler merkezine yapılan başvurular üzerinden erkek infertilitesi grubunda, oturarak çalışanlarda, , sperm sayısı normal morfolojisi daha düşük iken ayakta çalışanlarda sperm sayısı daha düşük bulunmuştur. Ağır işte çalışanlarda ise hem sperm sayı, hem hareketlilik hem de normal morfoloji daha düşük saptanmıştır (20).

Uzunlar'ın hemşire ve sekreterlerin reproduktif özellikleri konulu tez çalışmasında hemşirelerin sekreterlere göre daha fazla prematüre doğum yaptıkları saptanmıştır (21).

İşyerinde üreme sağlığını etkileyen psikososyal tehlikeler

Gece çalışması, vardiyalı çalışma, uzun çalışma saatleri, yetersiz molalar, sağlık hizmetine erişememe, doğum izninin yeterli olmaması, erken işe dönüş, süt izninin kullanılamaması gibi nedenler iş yükünü, iş temposunu etkileyerek psikososyal yükü artırır. Psikososyal yükün artışı menstrüel siklusta düzensizliklere, fertilitede düşüş, düşük, erken doğum, daha sonrasında aşırı yorgunluk, tükenmişlik, preeklampsi, dehidratasyon, sistit gibi gebede sorunlara ve bebekte malnütrisyon, gelişme geriliği gibi patolojilere yol açabilir. Esnek üretimin yarattığı güvencesizlik, iş üzerinde kontrolün olmaması, parça başı iş, çağrılı çalışma gibi koşullar tüm çalışanları etkilemekte fakat kadınları toplumsal cinsiyetçi işbölümü çerçevesinde bir risk grubuna dönüştürmekte ve özellikle gebe çalışanları daha duyarlı kılmaktadır (22). Gelecek güvencesizliği, güvencesiz iş, İtalya'da bir kongre sırasında kadın araştırmacılarının belirttiği gibi, kadınları çocuk sayısını azaltma, gebelik yaşını öteleme gibi önlemlere itmektedir .(8, 23, 24)

Büyükpamukçu tezinde gelir gruplarına göre erkek ve kadın grupları arasında infertilite açısından fark saptamıştır (20).

Üreme Risklerine Yönelik Önlem ve Politikalar

Yakın zamana dek, çalışma ortamının ve koşullarının üreme sağlığına etkileri yönünde ciddi bir değerlendirme yapılmamıştır. Bunun nedeni risk değerlendirmesinde üremeye ilişkin risklerin görünmez olması, ayrıntılı şekilde ele alınmamasıdır (25). Konuya olan dikkat, etilgikole maruz kalan ebeveynlerin çocuklarında ciddi malformasyonların görülmesi gibi durumlarda yoğunlaşmakta fakat yasal düzenlemeler yine de sadece gebeyi işverenine bildirdikten sonra en iyi koşullarda tehlikeli alandan uzaklaştırma ile sınırlı kalmaktadır; bu uzaklaştırma da gebeliğin sekizinci haftasını bulmaktadır; yani embriyonun en kritik olan gelişim döneminden sonra önlem alınmaktadır.

Üreme sağlığı ve riskler düşünüldüğünde yaklaşım gebeyi, etkilenecek kişiyi izole etmek değil, işi riski düşürerek tüm çalışanlara adapte etmek olmalıdır; gebe, erkek ya da kadın tüm çalışanlar arasında yukarıda sözü edilen riskler açısından risk altındadır. Dikkat edilmesi gereken diğer nokta, üreme sağlığını korumak adına önerilen önlemlerin kadınların çalışma yaşamına katılmasında olumsuz yönde ayrımcılığa yol açmamasıdır. Kaynağında risk etmenlerini ortadan kaldırmak yerine, genelde yapılan, kadınların farklı sektörler ya da aktivitelerden dışlanması, risklerden uzaklaştırılması, asıl yapılması gerekenin gerçekleşmemesine yani üretimin organizasyonu içinde o risklerin ortadan kaldırılmaması yönündeki geleneğin sürmesine neden olmaktadır.

Üreme tehlikeleri söz konusu olduğunda, üreme için toksik olan pek çok kimyasalın reprotoksik olarak kabul edilmediği farkedilir. Kimyasalların çoğu üreme sağlığına etkileri yönünden hiçbir testten geçirilmemektedir. Karsinojen, mutajen ve reprotoksik maddelerin sınıflandırılmasında Avrupa Birliği düzenlemeleri ile bilinenler arasında boşluklar, çelişkiler bulunmaktadır; endüstrinin baskısı bunda önemli bir rol oynamaktadır. 2006 yılında kabul edilen REACH düzenlemesi (kimyasal maddelerin kayıt, değerlendirme ve izni) Avrupa Birliği'nde kimyasal üretimi ve pazarlamasıyla ilgili önemli adımların atılmasını sağlamıştır fakat üreme risklerine ilişkin REACH'in katkısı ancak ilerleyen zaman içinde değerlendirilebilecektir.

Bu alanda ileri düzenlemeler yapan bir ülke olarak Kanada gebe ya da emzirmekte olan kadının tehlikelerden uzak bir şekilde çalışmasını öngören bir programa sahiptir. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na dayanarak, 1981'de kabul ettiği "Tehlikesiz Annelik Programı" gebenin ya da emziren annenin tehlikelerden uzak bir işte çalışabilmesini, böyle bir iş yoksa işten çekilmesini sağlayan bir programdır. İşten çekilmesi gereken durumlarda doğum iznine kadar olan sürede çalışan gebeye ücretinin %90'ı ödenmeye devam edilir. 2007'de gebe çalışanların %46'sının bu programdan faydalandığı belirtilmektedir. Başvuruların çoğunluğunda ergonomik sonra sırasıyla biyolojik(%48) ve kimyasal(%28.1) etmenlerin varlığı tehlike olarak gösterilmiştir. Bu uygulamanın, özellikle gebeliğin ilk 24 haftasında üremeye zararlı etmenlerden uzaklaştırma gerçekleştiğinde,

erken doğum, gebelik yaşına göre düşük kilolu bebek gibi sorunları önlemede çok etkili olduğu düşünülmektedir (16).

Kanada'nın üremeye zararlı etmenlere yönelik bir diğer adımı Bifenol A'ya ilişkindir. CERHR yayınlandıktan sonra Kanada, Bifenol A'dan üretilmiş plastik biberonların üretimini yasaklama niyetini açıklamıştır (8).

Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ)'nün genel müdürü 2000 yılında annelik döneminin sağlıklı geçmesinin toplum için çok önemli olduğuna vurgu yaptığı konuşmasında bu alanda pazara ya da işletmeye göre karar alınamayacağını belirtmiştir. UÇÖ'nün anneliğin korunmasına ilişkin sözleşmeleri 1919'a kadar çıkmaktadır. Daha sonra 1952'de ve 2000'de 183 no'lu sözleşme ile çalışma ortamında anneliğin sağlıklı geçmesine ilişkin doğum izninin 14 hafta, doğum izni sırasında ödenen ücretin önceki kazancının en az üçte ikisi kadar olması, gebelik, doğum öncesi ve sonrası izin sırasında işten atılmaya karşı korunması, sağlık hizmetinin karşılanması, emzirme döneminde de işyerinde zararlı etmenlerden korunmasının sağlanması hedeflenmiştir. 191 no'lu sözleşme, 183 no'lu sözleşmeyi destekleyecek şekilde, önlemlerin tüm istihdam şekillerini kapsamaları, işverenin anne ve çocuğu etkileyecek riskleri değerlendirmek, önlem almakla ve kadın çalışanları haberdar etmek, bilgilendirmekle yükümlü olduğunu, kadının gebelik, doğum izni ve işe dönüşünde korunması, emzirme döneminde bir daha fazla ara ya da çalışma zamanında kısaltmaya gidilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

ILO C183 Annelik Koruması Sözleşmesi (2000); işverenlerin annenin veya çocuğunun sağlığı için önemli bir riski barındırdığı belirlenen işleri yapmak zorunda bırakılmamasını sağlayan uygun önlemleri kabul edeceği (Md 3); doğum izni olarak 14 haftadan az olmayan bir annelik izni süresine hak kazanacağı (Md 4); bu hakkı kazanan kadınlara kendisini ve çocuğunu düzgün sağlık koşullarında ve uygun yaşam standardında tutabilmesini sağlayacak, daha önceki kazancının ya da hakkın hesaplanması için dikkate alınan kazancın üçte ikisinden az olmayan nakit ödeme yapılacağına (Md 6) ilişkin maddeler içermektedir.

2005 yılında imzalanan Prag Deklarasyonu ile de endokrin bozucular konusunda daha fazla araştırma ve güçlü yasal düzenlemeler yapılması gerektiği üzerinde durulmuştur.

Türkiye'deki düzenlemeler

1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

► MADDE 177:

- Gebe kadınlar doğumlarından evvel üç ay zarfında çocuğunun ve kendisinin sıhhatine zarar veren ağır hizmetlerde kullanılamaz. Doğurduktan sonra 155. maddede tayin edilen muayyen müddet, istirahatini müteakip işe başlayan emzikli kadınlara, ilk altı ay zarfında çocuğunu emzirmek üzere mesai zamanlarında yarımşar saatlik iki fasıla verilir.

4857 Sayılı İş Kanunu

► **Madde 5:**

- İşveren, biyolojik veya işin niteliğine ilişkin sebepler zorunlu kılmadıkça, bir işçiye, iş sözleşmesinin yapılmasında, şartlarının oluşturulmasında, uygulanmasında ve sona ermesinde, cinsiyet veya gebelik nedeniyle doğrudan veya dolaylı farklı işlem yapamaz.

► **Madde 74:**

- Kadın işçilerin doğumdan önce sekiz ve doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam on altı haftalık süre için çalıştırılmamaları esastır. Çoğul gebelik halinde doğumdan önce çalıştırılmayacak sekiz haftalık süreye iki hafta süre eklenir. Ancak, sağlık durumu uygun olduğu takdirde, doktorun onayı ile kadın işçi isterse doğumdan önceki üç haftaya kadar işyerinde çalışabilir. Bu durumda, kadın işçinin çalıştığı süreler doğum sonrası sürelerle eklenir. (Ek cümle: 13/2/2011-6111/76 Md.) Kadın işçinin erken doğum yapması halinde ise doğumdan önce kullanamadığı çalıştırılmayacak süreler, doğum sonrası sürelerle eklenmek suretiyle kullanılır.
- Yukarıda öngörülen süreler işçinin sağlık durumuna ve işin özelliğine göre doğumdan önce ve sonra gerekirse artırılabilir. Bu süreler hekim raporu ile belirtilir.
- Hamilelik süresince kadın işçiye periyodik kontroller için ücretli izin verilir.
- Hekim raporu ile gerekli görüldüğü takdirde, hamile kadın işçi sağlığına uygun daha hafif işlerde çalıştırılır. Bu halde işçinin ücretinde bir indirim yapılmaz.
- İsteği halinde kadın işçiye, on altı haftalık sürenin tamamlanmasından veya çoğul gebelik halinde on sekiz haftalık süreden sonra altı aya kadar ücretsiz izin verilir. Bu süre, yıllık ücretli izin hakkının hesabında dikkate alınmaz.
- Kadın işçilere bir yaşından küçük çocuklarını emzirmeleri için günde toplam bir buçuk saat süt izni verilir. Bu sürenin hangi saatler arasında ve kaç bölünerek kullanılacağını işçi kendisi belirler. Bu süre günlük çalışma süresinden sayılır.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

► **MADDE 15:**

- Sigortalı kadının veya sigortalı erkeğin sigortalı olmayan eşinin gebeliğinin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özrürlülük halleri analık hali kabul edilir.

► **MADDE 18:**

- Kurumca yetkilendirilen hekim veya sağlık kurullarından istirahat raporu alınmış olması şartıyla;
 - c) Sigortalı kadının analığı halinde, doğumdan önceki bir yıl içinde en az doksan gün kısa vadeli sigorta primi

bildirilmiş olması şartıyla, doğumdan önceki ve sonraki sekizer haftalık sürede, çoğul gebelik halinde ise doğumdan önceki sekiz haftalık süreye iki haftalık süre ilave edilerek çalışmadığı her gün için geçici iş göremezlik ödeneği verilir.

- ▶ Sigortalı kadına, analığı dolayısıyla çalışmadığı her gün için verilecek geçici iş göremezlik ödeneği, günlük kazancın 2/3 (üçte ikisi) üzerinden hesaplanır.

657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu

▶ Madde 101-(Değişik: 132/2011-6111/105 Md.):

- Günün yirmi dört saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışan devlet memurlarının çalışma saat ve şekilleri kurumlarınca düzenlenir. Ancak, kadın memurlara; tabip raporunda belirtilmesi hâlinde hamileliğin yirmi dördüncü haftasından önce ve her hâlde hamileliğin yirmi dördüncü haftasından itibaren ve doğumdan sonraki iki yıl süreyle gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilemez. Engelli memurlara da isteği dışında gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilemez.

▶ Madde 108-Değişik: 13/2/2011-6111/108 Md.:

- B) Doğum yapan memura, 104'üncü madde uyarınca verilen doğum sonrası analık izni süresinin bitiminden; eşi doğum yapan memura ise, doğum tarihinden itibaren istekleri üzerine yirmi dört aya kadar aylıksız izin verilir.

Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik

24 Temmuz 2013, Resmî Gazete Sayı : 28717

▶ MADDE 9:

- 1. Kadın çalışanlar, gebe olduklarının doktor raporuyla tespitinden itibaren doğuma kadar, emziren kadın çalışanlar ise doğum tarihinden başlamak üzere kendi mevzuatlarındaki hükümler saklı kalmak kaydıyla bir yıl süre ile gece postalarında çalıştırılmazlar.
- 2. Ancak emziren kadın çalışanlarda bu süre, anne veya çocuğun sağlığı açısından gerekli olduğunun işyerinde görevli işyeri hekiminden alınan raporla belgelenmesi halinde altı ay daha uzatılır.
- 3. Bu çalışanların anılan sürelerdeki çalışmaları, 14/7/2004 tarihli ve 25522 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik hükümleri saklı kalmak üzere gündüz postalarına rastlayacak şekilde düzenlenir.

Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları Ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik

16 Ağustos 2013 , Resmî Gazete Sayı : 28737

▶ MADDE 6:

- 1.Çalışan, gebelik ve emzirmeye başlama halinde işvereni bilgilendirir.

- 2.İşveren, gebe veya emziren çalışanın sağlık ve güvenliği için tehlikeli sayılan kimyasal, fiziksel, biyolojik etkenlerin ve çalışma süreçlerinin çalışanlar üzerindeki etkilerini değerlendirir. Bu değerlendirme sonucuna göre EK-I'de belirtilen genel ve özel önlemleri alır.
- 3.İşveren, işyerindeki maruziyetin şeklini, düzeyini ve süresini EK-II ve EK-III'teki etkenler, süreçler, çalışma koşulları veya özel bir riske maruz kalma olasılığı bulunan işleri de;
 - a) sağlık ve güvenlik risklerinin, gebe veya emziren çalışanlar üzerindeki etkilerini belirlemek,
 - b) alınacak önlemleri kararlaştırmaküzere değerlendirir. Bu değerlendirmede kişisel olarak çalışanı etkileyen psikososyal ve tıbbi faktörleri de dikkate alır.
- 4.Gebe veya emziren çalışan, işyerinde yapılan değerlendirmenin sonuçları ile sağlık ve güvenlik amacıyla alınması gereken önlemler hakkında bilgilendirilir.
- **MADDE 7:**
 - 1.Değerlendirme sonuçları, gebe veya emziren çalışan için sağlık ve güvenlik riskini veya çalışanın gebeliği veya emzirmesi üzerindeki bir etkiyi ortaya çıkardığında işveren, ilgili çalışanın çalışma koşullarını ve/veya çalışma saatlerini, çalışanın bu risklere maruz kalmasını önleyecek bir biçimde geçici olarak değiştirir.
 - 2.Çalışma koşullarının ve/veya çalışma saatlerinin uyarlanması mümkün değilse, işveren ilgili çalışanı başka bir işe aktarmak için gerekli önlemleri alır.
 - 3.Sağlık raporu ile gerekli görüldüğü takdirde gebe çalışan, sağlığına uygun daha hafif işlerde çalıştırılır. Bu halde çalışanın ücretinde bir kesinti yapılmaz. Başka bir işe aktarılması mümkün değilse, çalışanın sağlık ve güvenliğinin korunması için gerekli süre içinde, isteği halinde çalışanın tabi olduğu mevzuat hükümleri saklı kalmak kaydıyla ücretsiz izinli sayılması sağlanır. Bu süre, yıllık ücretli izin hakkının hesabında dikkate alınmaz.
- **MADDE 8:**
 - 1.Kadın çalışanlar, gebe olduklarının sağlık raporuyla tespitinden itibaren doğuma kadar geçen sürede gece çalışmaya zorlanamazlar.
 - 2.Yeni doğum yapmış çalışanın doğumu izleyen bir yıl boyunca gece çalıştırılması yasaktır. Bu sürenin sonunda sağlık ve güvenlik açısından sakıncalı olduğunun sağlık raporu ile belirlendiği dönem boyunca gece çalıştırılmaz.
- **MADDE 9:**
 - Gebe veya emziren çalışan günde yedi buçuk saatten fazla çalıştırılmaz.
- **MADDE 11:**

- Gebe çalışanlara gebelikleri süresince, periyodik kontrolleri için ücretli izin verilir.

Çıkarılan yönetmeliklerin amacı, yukarıda sözünü ettiğimiz gibi üreme sağlığını korumak adına, risklerin ortadan kaldırılması değil, çalışanların risklerden uzaklaştırılmasına yöneliktir. **2013 Türkiye İlerleme Raporu'nda** "Bazı kadınlar, hamile olmaları veya çocuk sahibi olmaları neticesinde işten çıkarılmakta veya çalışmaktan vazgeçirilmektedir" denmektedir. Canbaz ve arkadaşlarının çalışması kadın sağlık çalışanlarının beşte birinin doğum öncesi izni ve doğum sonrası süt iznini kullanmadıklarını göstermiştir(26). Üreme sağlığı bakımından, kadın açısından olumlu görünen uzun süreli gebelik, doğum ve süt izinleri sonuç olarak kadın istihdamından caydırıcı olabilir (27).

Son Söz

Üreme riskleri ve etkileri oldukça karmaşık ve birbirinden farklıdır ve çoğunlukla bu riskler görmezden gelir. Sınır değerler ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Gelecek kuşakları tehdit eden endüstriyel süreçlerin önüne geçilmesi için işçiler, bilim insanları ve politikacılar işbirliği içinde hiçbir fırsatı kaçırmamalıdır.

Kaynaklar:

1. Université d'Ottawa, Service de l'environnement et de la santé et sécurité au travail, Politique sur les dangers pour le système reproducteur humain, <http://www.uottawa.ca/services/ehss/docs/systeme-reproducteur.pdf>, erişim:26.08.2014.
2. Paul J., Partir du bon pied: Guide sur la Maternité sans risques et le monde du travail, Bureau International du Travail Cenevre, 2004
3. Hauser R. The environment and male fertility: recent research on emerging chemicals and semen quality. Semin Reprod Med. 2006; 24:156-167.
4. Swan S.H., Elkin E.P., Fenster L. The question of declining sperm density revisited: an analysis of 101 studies published 1934–1996. Environ Health Perspect. 2000; 108:961-966. .
5. Rolland M., Le Moal J., Wagner V., Royère D., De Mouzon J. Decline in semen concentration and morphology in a sample of 26,609 men close to general population between 1989 and 2005 in France. Hum Reprod. 2013; 28:462-470.
6. Tekbaş F. Kimyasallar ve Üreme Sağlığı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006:5(1).
7. Bilir N. Çalışma Hayatı ve Üreme Sağlığı, sted 2002, 11(3), s:86-90.
8. Üretmek ve Üremek, Gelecek Kuşakları Tehdit Eden Çalışma, Mengeot MA, Musu T., Vogel L. Çeviri Editörü Türk, M. Çevirenler Çiçeklioğlu M., Türk M., Pala K., Zencir Z. 2012, Türk Tabipleri Birliği, Ankara
9. Mathur N., Pandey G. and Jain G.C., 2010. Male reproductive toxicity of some selected metals: a review. Journal of Biological Sciences, 10:396-404.

10. Bingham E., Monforton C. The pesticide DBCP and male infertility: lessons from health hazards | The pesticide DBCP and male infertility, vol:II, ch:9, www.eea.europa.eu/.../late-lessons-ii-chapter-9
11. Stewart A., Webb J., Hewitt D. A Survey Of Childhood Malignancies, BMJ, June 28, 1958, 1495-1508.
12. Anderson, LM. et al., Critical windows of exposure for children's health: cancer in human, epidemiological studies and neoplasms in experimental animal models, Environmental Health Perspectives, 2000, 108 (suppl. 3), p. 573-594 in Üretmek ve Üremek, Gelecek Kuşakları Tehdit Eden Çalışma, Mengeot MA, Musu T., Vogel L. Çeviri Editörü Türk, M. Çevirenler Çiçeklioğlu M., Türk M., Pala K., Zencir Z. 2012, Türk Tabipleri Birliği, Ankara
13. Slama R. Effets sur la santé des rayonnements ionisants, INSERM-INED, le Kremlin-Bicetre, France, 2002.
14. Şenlik B., Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Sağlık Çalışanlarında İyonlaştırıcı Radyasyonun Olası Sağlık Etkilerinin Belirlenmesi Konulu Tezi, 2010.
15. İlhan M.N., Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Elektromanyetik Alan Haritası Çıkarılması ve Elektromanyetik Alan Bulunan Yerlerde Çalışanların Sağlık Durumları, Ankara Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2008.
16. Lafon D., Falcy M., Ganem Y., Le Bacle C., Nikolova N., Campo P., Meyer J.P. Grossesse et travail, Documents pour le Medecin du Travail, no:123, 3 trimestre 2010, p:307-318.
17. Ulusal B.U., Çakmak M., Borman H. Gebe Cerrahların Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Riskler ve Korunma Yolları, Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi, 2008, cilt:16, sayı:2, s:107.
18. Mamelle N., Laumon B., Lazar P. Prematurity and occupational activity during pregnancy. Am J Epidemiol. March 1984; 119(3):309-22.
19. Newman R.B., Goldenberg R.L., Moawad A.H., Iams J.D., Meis P.J., Das A., Miodovnik M., Caritis S.N., Thurnau G.R., Dombrowski M.P., Roberts J. Occupational fatigue and preterm premature rupture of membranes, Am J Obstet. Gynecol. February 2001; 184(3):438-46.
20. Büyükpamukçu M. Bir Üremeye Yardımcı Tedaviler Merkezine 2006 Yılında Başvuran İnfertil Erkeklerde Bazı Risk Etmenleri, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2008.
21. Uzunlar A. Gazi Hastanesinde Çalışan 15-49 Yaş Grubu Evli Hemşire ve Sekreterlerin Reprodüktif Özellikleri, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, 2001.
22. Gökbayrak Ş. Çalışan Kadınlar ve Üreme Sağlığı Üzerindeki Riskler, Çalışma Ortamı, 72, 10-12, 2004.
23. Şişe Ş., Fenkçi İ.V. Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Gebelik Komplikasyonlarının Karşılaştırılması, Kocatepe Medical Journal, 2013; 14(3):118-23.

24. Yılmaz F., Türkiye’de Kadın Çalışanların Mesleki Sağlık ve Güvenlik Sorunları, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3(13), Woman Studies Special Issue, 2010.
25. Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie, Évaluation des risques cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques en Haute-Normandie, 2008, p:123, [http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/Votre_Sante/Votre_environnement/Tableau_de_bord SE/axe3.2.pdf](http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/Votre_Sante/Votre_environnement/Tableau_de_bord_SE/axe3.2.pdf)
26. Canbaz S., Sünter A.T., Süren C., Pekşen Y. Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik ve Doğum Sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları, The Medical Journal of Kocatepe, 6:39-44, Mayıs 2005.
27. Süral N. Türkiye’de Kadın İstihdamı: Fırsatlar, Engeller ve Hukuki Çerçeve. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, cilt:15, Özel S., 2013, s:279-309(basım yılı: 2014).

XII. BİR HALK SAĞLIĞI PROBLEMİ OLARAK İNFERTİLİTE

Elif Durukan

Yrd. Doç. Dr. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

İnfertilite, bir yıl süresince herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmadan, düzenli cinsel ilişkiye rağmen, gebe kalamama olarak tanımlanmaktadır. ⁽¹⁾ Ancak infertilite ile ilgili farklı tanımlar ve terminoloji söz konusudur; bu tanımlamaları şu başlıklar altında sınıflamak mümkündür:

Klinik tanımlar

İnfertilite “12 ay ve daha uzun süre düzenli korunmasız cinsel ilişki sonucunda klinik gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanan bir üreme sistemi hastalığıdır”⁽²⁾

“İnfertilite cinsel yönden aktif, korunma yöntemi kullanmayan bir çiftin, 1 yıl içerisinde gebe kalamamasıdır. Erkek partner bir dizi klinik müdahale ve semenin laboratuvar incelemesi ile infertilite-subfertilite yönünden değerlendirilmelidir”. ⁽³⁾

Demografik tanımlar

“Üreme çağındaki (15-49 yaş) bir kadının 5 yıl boyunca gebe kalamaması veya oluşan gebeliğin canlı doğum ile tamamlanamamasıdır”.⁽⁴⁾

“5 yıl süresince, düzenli cinsel ilişkiye girilmesine, kontraseptif yöntem kullanılmamasına ve emzikli olunmamasına rağmen canlı doğumla sonuçlanan bir gebeliğin oluşmaması ve çocuk isteğinin devam etmesidir”. ⁽⁵⁾

İnfertilitenin epidemiyolojik olarak tanımı (İzlem ve sürveyans için)

Gebe kalma olasılığı olan (gebe olmayan, cinsel yönden aktif, kontraseptif yöntem kullanmayan ve emzirmeyen) ve 2 yıl ve daha uzun süredir gebe kalmayı deneyen ancak başarısız olan üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınlar. ⁽⁶⁾

Engellilik olarak infertilite

İnfertilite engellilik (fonksiyon kaybı) oluşturmakta ve bu bireylerin-çiftlerin “Engelli Kişi Hakları Sözleşmesi” uyarınca sağlık hizmetlerine ulaşmalarının sağlanması gerekmektedir. Çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tahminen 34 milyon kadın maternal sepsis ve güvenli olmayan düşükler nedeniyle oluşmuş infertiliteye sahiptir. Tüm engellilikler içerisinde infertilite 5.sırada yer almaktadır (60 yaş altı kişiler için).⁽⁶⁾

Primer infertilite

Kadının hiç çocuk doğuramaması durumu (bu durum kadının hamile kalamaması olabileceği gibi, oluşan gebeliğin canlı doğumla sonuçlanamaması da olabilir) primer infertilite olarak sınıflandırılır. Yani tüm gebelikleri spontan düşüklerle veya ölü doğumla sonlanan kadınlar için primer infertilite tanımı kullanılır. ⁽⁶⁾

Sekonder infertilite

Daha önce gebe kalmış ve/veya canlı doğum yapmış olmasına rağmen, gebe kalamayan veya gebelikleri canlı doğumla sonuçlanamayan kadınlar için sekonder infertilite terimi kullanılmaktadır.⁽⁶⁾

İnfertilite Sıklığı ve Nedenleri

Sıklık

İnfertilite üreme çağındaki çiftlerin %15'ini etkilemektedir. Korunmasız geçen 12 aylık süre sonunda çiftlerin %80'i ilk 6 ay içinde, geri kalanların da %10'u takip eden 6 ay içinde gebe kalabilmektedir.^(7,8) Tüm infertil çiftlerin %30-40'ında erkek, %40-50'sinde kadın faktörü tespit edilir. %20-25 çiftte hem erkek hem de kadına ait patolojiler birlikte gözlenir. %15 çiftte ise tüm tanısal tetkikler sonucunda bir infertilite nedeni tanımlanamaz (açıklanamayan infertilite).⁽⁹⁾

Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda artma, evlilik zamanının geciktirilmesi, doğum kontrol yöntemlerinin yaygınlaşması ve sosyoekonomik şartlardaki değişiklikler, gebe kalma yaşının geciktirilmesine neden olmaktadır. Bu nedenlere bağlı olarak, infertilite insidansı giderek artmaktadır.

Hem erkeğe hem kadına bağlı nedenlere bağlı olabildiği için infertilite prevalansını belirlemek oldukça güçtür.⁽¹⁰⁾

İnfertilite ve subfertilite tüm popülasyonun önemli bir kısmını etkilemektedir. DSÖ'nün hesaplamalarına göre; 5 yıl veya daha uzun stabil bir ilişkiye sahip kadınların %10'unun başarısız denemelerden etkilendiğini bildirmektedir. Bu süre 2 yıla çekildiğinde ise prevalans 2.5 kat artmaktadır. Erkeklerdeki yük tam olarak bilinmemektedir. Subfertilite/infertilitenin toplam hastalık yükü her ne kadar gözardı edilse de aslında oldukça yüksektir ve son 20 yılda bu yükte herhangi bir düşme izlenememiştir.⁽¹⁰⁾

DSÖ'nün 1990-2004 yılları arasında Dünya'da gerçekleştirilen Ulusal Sağlık Araştırmalarını referans alarak çıkardığı istatistiklere göre, infertiliteye bağlı hastalık yükü hep yüksektir. 2012'de yayınlanan rapora göre 190 ülkeden elde edilen veriler 1990 ve 2010 yılları arasında tahmin ve trendlerde değişim olmadığını göstermektedir.^(5,11)

DSÖ'nün "küresel izlem ve değerlendirme için üreme sağlığı göstergelerinin oluşturulması, sunulması ve izlenmesi rehberinde ülkeler için "kadınlarda infertilite prevalansı" formülü geliştirilmiştir.⁽¹¹⁾ Buna göre pay ve payda şu sayıların yer alması gerekmektedir:

- Pay: hamile kalma olasılığı olan (o sırada hamile olmayan, cinsel yönden aktif, kontraseptif yöntem kullanmayan, emzirmeyen) , 2 yıl veya daha uzun süredir gebe kalmayı denediğini ancak başarısız olduğunu bildiren üreme çağındaki (15-49 yaş) kadın sayısı x 100
- Payda: hamile kalma olasılığı olan hamile kalma olasılığı olan (o sırada hamile olmayan, cinsel yönden aktif, kontraseptif yöntem kullanmayan, emzirmeyen) , 2 yıl veya daha uzun süredir gebe kalmayı deneyen üreme çağındaki (15-49 yaş) kadın sayısı

Ancak bu sayılar ulusal sağlık araştırmalarında rutin olarak veri olarak toplanmadığı gibi bu araştırmalarda infertilite ile ilgili kesin bir tanım kullanılarak

direk sorular da sorulmamaktadır. Erkeklerle ilgili prevalans ise bilinmemektedir.⁽¹¹⁾

DSÖ'nün Ulusal Sağlık Araştırmaları verilerinden yola çıkarak yaptığı hesaplamaya göre üreme çağındaki ve en az bir kez evlenmiş olan kadınların 186 milyondan fazlası "çocuk istemektedir". Bu sayı her 4 çiftten biri anlamına gelmektedir.⁽¹¹⁾

DSÖ verilerine göre 2010 yılında 48.5 milyon çift infertilidir; 20-44 yaşlarında çocuk yapmak isteyen kadınların %1.9'u hiç canlı doğum yapamamış (primer infertilite; %95 GA= %1.7-2.2); %10.5'i de daha önce en az bir canlı doğum gerçekleştirmiş olmasına rağmen tekrar bir canlı doğum yapamamıştır (sekonder infertilite; %95 Güven Aralığı %9.5-%11.7). 1990 ve 2010 yılları arasında infertilite oranları hemen hemen aynı kalmış primer infertilite oranı 1990'da %2 iken 2010'da %1.9'a; sekonder infertilite oranı ise %10.2'den %10.5'e çıkmıştır. ⁽⁵⁾

Türkiye için bu sayılar değerlendirildiğinde, yapılan araştırmalarda infertilite prevalansı %3.2-20.0'dır.⁽¹²⁾ TNSA 2008'e göre araştırma kapsamında görüşülen en az bir evlilik yapmış kadınların %37.4'ü, halen evli kadınların %9'unun hiç canlı doğumu olmamıştır.⁽¹³⁾ Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Kadın Sağlığı Araştırması sonuçlarına göre ise 15-65 yaş, en az bir kez evlenmiş kadınların %1.37'sin hiç canlı doğumu olmamıştır.⁽¹⁴⁾ Ancak bu sayıları konu ile ilgili ileri analiz yapılmamış olduğundan direk olarak primer infertilite oranı olarak değerlendirmek doğru bir yaklaşım olmayacaktır. 2013 TNSA Ön Raporu'na göre kadınların %6.6'sı gebe kalamadıklarını bildirmişlerdir.⁽¹⁵⁾ 2008 araştırmasında ise bu oran %3.5'tir. ⁽¹³⁾

Nedenler

İnfertilite nedenlerini "Ana Nedenler" ve "Diğer Nedenler" olarak gruplamak mümkündür.⁽¹⁾ Bu nedenlerin dağılımı ve sıklıkları Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. İnfertilite nedenleri

Ana nedenler	Sıklık
Sperm defektleri ve disfonksiyonu	%30
Ovulasyon bozuklukları (amenore veya oligomenore)	%25 (%1-2sinde primer ovaryan yetmezliği içerir)
Tubal enfeksiyon hasarları	%20
Açıklanamayan infertilite	%25
Diğer sebepler	
Endometriozis (tubal ve ovaryan yapısal hasar)	%5
Koital yetmezlik ya da seyreklik	%5
Servikal mukus eksikliği veya disfonksiyonu	%3
Uterin anormallikler (öneğin fibroidler)	Gerçek sebep olarak nadirdir
Genital tüberküloz	Gelişmiş ülkelerde nadirdir
Genel düşkünlük yaratan hastalıklar	Seyrek

Erkek ve kadın infertilitesi'ne ayrı ayrı bakıldığında ise sıklıklar⁽¹⁶⁾ Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Erkek ve kadın infertilitesinde nedenlerin sıklık dağılımı

Nedenler	Sıklık
Erkek infertilitesi	
Cinsel faktörler	%1.7
Ürogenital enfeksiyonlar	%6.6
Konjenital anomaliler	%2.1
Varikozel	%12.3
Endokrin bozukluklar	%0.6
İmmünolojik faktörler	%3.1
Diğer hastalıklar	%3.0
İdiyopatik semen bozuklukları veya gösterilebilir bir neden yokluğu	%75.1
Kadın infertilitesi	
Ovulatuvar disfonksiyon	~%40
Tubal ve pelvik patolojiler	~%40
Sık görülmeyen nedenler(uterin, servikalpatolojiler)	~%10
Açıklanamayan infertilite	~%10

İnfertilite'nin Halk Sağlığı Açısından Önemi

“Üreme sistemi hastalıkları” arasında tanımlanmakta olan infertilite “engellilik “ ile sonuçlanmaktadır. Yüksek hastalık yüküne rağmen, gebelik isteyen ancak bunu sağlayamayan kişi ve/veya çiftler, özellikle de düşük gelirli bölgelerde, karşılanmayan birtakım ihtiyaçlara sahiptir. Üreme tıbbı ve endokrinolojide hızlı ilerlemeler kaydedilmekte ve infertilite problemlerine ilişkin önemli başarı hikayeleri gerçekleşmektedir. ⁽¹⁰⁾

Çocuk doğuramamak pek çok çift için kayıp, yetersizlik ve dışlanmışlık hissi doğuran bir trajedi olabilmekte; çiftler sosyal, ekonomik, psikolojik ve fiziksel etkiler nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedir.⁽¹⁷⁾ Bu nedenle de “Çocuk doğuramamak” bir yaşam kalitesi sorunu olarak da karşımıza çıkmaktadır. İnfertilite DSÖ ve Amerikan Üreme Tıbbı Birliği gibi pek çok mesleki örgüt tarafından da bir hastalık olarak kabul edilmektedir. ⁽¹⁸⁻²²⁾

Uterin dönem ya da çocukluk çağındaki çevresel, kimyasal maruziyetler veya iş ortamıyla ilgili faktörler de jinekolojik-ürolojik sağlık durumu veya gebeliğin gidişatını etkileyerek fekondite ve biyolojik kapasiteyi olumsuz etkileyebilmektedir. Bu maruziyetler aynı zamanda doğurganlık sonuçlarını da (örneğin çok doğum, prematürite) etkileyebilmekte veya prostat kanseri, over kanseri, testis kanseri, Metabolik Sendrom, Polikistik Over Sendromu gibi erişkinlik dönemi hastalıklarının da sebebi olabilmektedir. Bu yönüyle değerlendirildiğinde infertilite geçmişteki, mevcut ve ileride oluşabilecek sağlık sorunları ile ilgili de ipucu verebilmektedir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda aslında infertilite sadece ve basitçe birey ya da çiftin çocuk sahibi olamamasından öte aslında önemli bir halk sağlığı sorunudur. ⁽¹⁷⁾

Bu durumda da akla “infertilitenin önlenebilirliği” sorusu gelmektedir. Önlenabilir infertilitenin oranı tam olarak bilinmemektedir.⁽²³⁾ Bilinen önlenabilir infertilite nedenleri arasında genetik anomaliler, yaş, bazı akut ve kronik hastalıklar, davranışsal risk faktörleri (vücut ağırlığı, sigara kullanımı vb) ve bazı çevresel, mesleki ve enfeksiyöz ajanlara maruziyet sayılabilir. Infertilite için önlenabilir nedenlere örnek olarak hem erkek hem de kadın için tedavi edilmemiş cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları verebiliriz. Özellikle Chlamydia Trachomatis kadınlarda Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PIH) riskini artırmaktadır. ⁽¹⁷⁾ Tedavi edilmediği takdirde, PIH kadında yapısal ya da fonksiyonel olarak fallop tüp hasarı yapmakta ve tubal faktöre bağlı infertiliteye yol açmaktadır. Infertilite tedavisi gören kadınların %18’inde Neisseria Gonorrhea ve/veya Chlamydia Trachomatis enfeksiyonu nedeniyle tubal hasar saptanmıştır.⁽²³⁾ Erkeklerde de Chlamydia Trachomatis enfeksiyonu uretrit, epididimit ve sperm sayısında azalmaya neden olmaktadır.⁽²⁴⁾ Bu enfeksiyonların ve bunlarla ilişkili risklerin halk sağlığı yönünden kaydının tutulması, izlenmesi infertilite yönünden de durumun belirlenmesi, danışmanlık verilmesi, efektif önleme programlarının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Ülkemizde infertilite sıklığı kesin olarak bilinmemektedir. Buna yönelik, standart tanımlar kullanılarak oluşturulacak sorularla tüm nüfusu kapsayan araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır. Diğer yandan da, infertiliteyi önlemek üzere gerçekleştirilecek halk sağlığı müdahaleleri kanıta dayandırılmalıdır. Bu nedenle infertilitenin aşağıda sayılan bilinen ve olası nedenlerini belirlemeye, izlemeye yönelik olarak şu konularda araştırmalar önem verilmelidir:

- Ovaryan rezervin erken tükenmesini, rezervin ne zaman tükeneceğini belirleyen biomarkerların tanımlanması, yaşın semen kalitesi ve üreme fonksiyonları üzerindeki etkisinin belirlenmesi
- Gelişimsel süreçte (prekonsepsiyon, in utero, puberte,..) en iyi müdahale zamanının belirlenmesi
- Chlamydia, gonorrhea, mikoplazma, trichomoniasis, bakteriyel vaginosis, üreme sisteminin tüberkülozu; epididimiorşit, prostatit gibi üreme yolları enfeksiyonları ile ilgili mikrobiyal organizmalar ve kabakulağa atfedilen infertilite oranlarının belirlenmesi
- Primer ovaryen yetmezlik, Polikistik Over Sendromu, hiptalamik amenore, menstruel siklus defektleri, endometriyozis, uterin leiomyomata, tirod bozuklukları, metabolik sendrom, diyabet gibi endokrin ve metabolik hastalıklar, otoimmün hastalıklar, kistik fibrozis, varikosel, testiküler hastalıklar, Multiple Skleroz, genel ürolojik sağlık ve immün sistem hastalıklarının varlığının ve sıklığının belirlenmesi, izlenmesi
- Davranışsal nedenler-diyet, egzersiz, uyku, psikolojik ve fizyolojik stres, -kafein tüketimi, tütün ve alkol kullanımı, kilo kaybı veya alımı, madde kullanımı, anabolik steroid ve Growth hormon kullanım düzeyinin belirlenmesi
- İatrojenik nedenler-testis ve over kanseri için kullanılan kemoterapotik ajanlar, HIV/AIDS antiretroviral tedavi oranlarının belirlenmesi
- Mesleki ve çevresel maruziyetler- radyasyon, tekrarlayıcı hareketler ve postur, yaralanmalar (üreme ve ürine sistem travmaları), doğal ya da sentetik kimyasallara maruziyetin belirlenmesi

- Genetik etkiler- erkek karyotip anomalileri, y kromozomunda mikrodlesyonlar, androjen respötör anomalilerinin belirlenmesi

Bu araştırmalara da dayanarak şu tür müdahaleler gerçekleştirilebilir:

- Cinsel yolla Bulaşan Enfeksiyonlara yönelik tarama, tedavi, önlem, infertiliteyi azaltmak üzere eğitim verilmesi, hem bu enfeksiyonlar hem de infertilite yönünden hizmetlere ulaşımında eşitsizliklerin ortadan kaldırılması
- Diyabet, polikistik over sendromu gibi kronik hastalıkların insidans ve ciddiyetini azaltmaya yönelik kronik hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme programlarının geliştirilmesi
- İatrojenik infertiliteye neden olabilecek tedavilerin uygulanmasından önce üreme potansiyelinin değerlendirilmesi (over rezervi ve semen analizleri)
- Üreme sağlığı ve fertilitate potansiyelini olumsuz etkileyebilecek etkenlere maruz kalınan işlerde çalışanlar için çalışma ortamında koruyucu önlemlerin sağlanması
- Infertiliteye neden olabilen davranışlara yönelik programlar geliştirilmesi (madde kullanımı, sigara-alkol kullanımının, anabolik steroid kullanımının önlenmesi; sağlıklı beslenmenin sağlanması ve fiziksel aktivitenin artırılması)
- Infertiliteyi önlemeye yönelik programların maliyet etkinlik ve maliyet etkililiğinin araştırılması

Kaynaklar

1. Johnson J.v; Wright K.P. Çeviri: Koç Ö, Tıraş B. Infertilite. İçinde: Çeviri Editörü: Ayahn A. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Onuncu Baskı. Güneş Tıp Kaitapevleri; 201. S: 705-715
2. WHO-ICMART revised glossary.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2.pdf?ua=1 . Erişim tarihi: 20 Ağustos 2014
3. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547789_eng.pdf?ua=1 . Erişim tarihi: 20 Ağustos 2014
4. Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. Demographic and Health Surveys (DHS) Comparative reports No. 9
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf?ua=1> . Erişim tarihi: 20 Ağustos 2014
5. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*. 2012;9(12):e1001356.
6. WHO. Infertility definitions and terminology.
www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en . Erişim tarihi: 20 Ağustos 2014
7. Mosher WD, Pratt WF. Fecundity and infertility in the United States: incidence and trends. *Fertil Steril* 1991;56:192.
8. Gnoth C, Godehardt D, Godehardt E, Frank-Herrmann P, Freundl G. Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility. *Hum Reprod* 2003;18:1959-1966.

9. Thonneau P, Marchand S, Tallec A, et al. Incidence and main causes of infertility in a resident population of three French regions. Hum Reprod 1991;6:811-816.
10. WHO. Infertility is a global public health issue
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en/>. Erişim tarihi: 20 Ağustos 2014
11. WHO. Global prevalence of infertility, infecundity and childlessness.
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/>. Erişim tarihi: 20 Ağustos 2014
12. Gokler ME, Unsal A, Arslantas D. The Prevalence of Infertility and Loneliness among Women Aged 18-49 Years Who Are Living in Semi-Rural Areas in Western Turkey. Int J Fertil Steril. 2014 Jul;8(2):155-62.
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
14. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı.
http://www.adanasm.gov.tr/uploads/subeler/sbs/files/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf. Erişim tarihi: 20 Ağustos 2014
15. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013, ön raporu
16. Yumru AE, Öndeş B . İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyon'a Doğru Hasta Seçimi . JAREM 2011; 1: 57-60
17. Centers for Disease Control and Prevention. National Public Health Action Plan for the Detection, Prevention, and Management of Infertility, Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; June 2014.
18. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril. 2013;99:63.
19. Gurunath S, Pandian Z, Anderson RA, Bhattacharya S. Defining infertility—a systematic review of prevalence studies. Hum Reprod Update. 2011;17:575-588.
20. Larsen U. Research on infertility: which definition should we use? Fertil Steril. 2005;83:846-852.
21. Chandra A, Copen CE, Stephen EH. Infertility and Impaired Fecundity in the United States, 1982–2010: Data from the National Survey of Family Growth. National Health Statistics Reports; no 67. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2013.
22. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S; International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization

- (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril.* 2009;92:1520-1524.
23. Macaluso M, Wright-Schnapp TJ, Chandra A, Johnson R, Satterwhite CL, Pulver A, Berman SM, Wang RY, Farr SL, Pollack LA. A public health focus on infertility prevention, detection, and management. *Fertil Steril.* 2010;93:16.E1-E10.
24. Reefhuis J, Honein MA, Schieve LA, Rasmussen SA; National Birth Defects Prevention Study. Use of clomiphene citrate and birth defects, National Birth Defects Prevention Study, 1997-2005. *Hum Reprod.* 2011;26:451-457.

4- TÜRKİYE’DE BULAŞICI OLMAYAN KRONİK HASTALIKLAR

Bölüm Editörü:

Prof.Dr. Belgin Ünal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bulaşıcı olmayan (ya da kronik) hastalıklar artmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli bir bölümünü kalp ve damar hastalıkları (KDH), kanserler ve ruh sağlığı sorunları oluşturmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü birincil ve ikincil korumanın eş güdüm içinde uygulandığı ulusal sağlık politikalarının varlığını ve sağlık sisteminin altyapı ve iş gücü olarak uygun şekilde yapılandırılmasını gerektirir. Toplumsal düzeyde bulaşıcı olmayan hastalık kontrol programlarını geliştirme, izleme ve değerlendirme için mortalite, morbidite, risk faktörleri ve hastaların tedaviye ulaşımı konusundaki verilerin bilinmesi önemlidir. Türkiye Sağlık Raporu 2012’de ülkemizde varolan epidemiyolojik veri kaynakları sistematik olarak incelenerek bulaşıcı olmayan hastalıkların boyutuna ilişkin epidemiyolojik veriler sunulmuştur. Son iki yılda yapılan çalışmalar ve veri kaynaklarındaki gelişmeler ise bu raporda güncellenerek sunulmuştur.

KALP DAMAR HASTALIKLARI MORTALİTESİ

Işık Top^a, Ceyda Şahan^a, Belgin Ünal^b

^aAraş.Gör.Dr. Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

^bProf.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Giriş

KDH’lar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de halen önemli bir halk sağlığı sorunudur. KDH’ların bu denli önemli olmasının temel nedeni hem sıklığının, hem de mortalitesinin yüksek olmasıdır. DSÖ verilerine göre KDH’lar gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin yarısını, gelişmekte olan ülkelerde ise dörtte birini oluşturmaktadır. Ülkemizde ise KDH mortalitesi ile ilgili 2008 yılından sonra ulusal düzeyde yapılmış önemli bir çalışma bulunmamaktadır. Ölüm verileri daha çok Türkiye İstatistik Kurumu’nun yayınladığı istatistik verilerden elde edilmektedir. TÜİK verilerine göre 2013 yılı için ölüme neden olan hastalıklarda birinci sırada kardiyovasküler sistem hastalıkları gelmektedir(%39,8). Kardiyovasküler hastalıklar 2010 yılında ölüm nedenlerinin %39,6’sını, 2011 yılında %38,8’ini, 2012 yılında %37,9’unu oluşturarak en sık ölüm nedeni olmuştur. Ölüme neden olan hastalıklar cinsiyet açısından incelendiğinde kardiyovasküler hastalıklarından kaynaklı ölümlerin en çok kadınlarda, benign ve malign tümörlerden kaynaklı

ölümlerin ise erkeklerde görüldüğü saptanmıştır. Hastalıklar ayrıntılı incelendiğinde kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %38,8'i iskemik kalp hastalığı, %25,2'si serebro-vasküler hastalık, %17,7'si diğer kalp hastalığı ve %12,8'i hipertansif hastalıklardan kaynaklanmıştır.

Türkiye’de mortalite verilerinin bildirimi ve kalitesi

Ülkemizde ölüm istatistikleri 1931 yılından bu yana Devlet İstatistik Enstitüsü, 2005 yılından sonraki adı ile Türkiye İstatistik Kurumu tarafından toplanmaktadır. 1949 yılı sonuna kadar, “nüfusu en fazla olan 25 il merkezi”, 1950-1956 yılları arasında “bütün il merkezleri”, 1957 yılından itibaren ise “bütün il ve ilçe merkezleri” kapsam içine alınarak yayımlanmıştır. 1957-2008 yılları arasında il ve ilçe merkezleri için ölüm istatistikleri ayrı bir yayın olarak sunulmuştur. 2009 yılından itibaren ölüm nedeni istatistikleri de ayrı bir istatistik olarak yayınlanmaya başlanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı; Avrupa Birliği uyum sürecinde, ölüm nedeni istatistiklerinin AB standartlarına uyumlu hale getirilmesi amacıyla 2005 yılından itibaren ölüm nedeni istatistikleri konusunda bir proje yürütmektedir. Proje ile, ölüm nedeni istatistiklerinin kalite ve güvenilirliğinin artırılması, ülkelerarası karşılaştırılabilirliğin sağlanması ve uluslararası standartlarda ölüm nedeni istatistiklerinin üretilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda; öncelikle Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen ICD10 kodları temel alınarak yeni bir “Ölüm Belgesi” geliştirilmiş, elektronik ortamda web üzerinde çalışan Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) Ocak 2013’ten itibaren kullanılmaya başlanmıştır. Ölüm nedeni istatistikleri, tüm il ve ilçe merkezleri ile hekimi olan tüm yerleşim yerlerini kapsamaktadır. Ölüm belgesi; hekim tarafından görülen tüm ölüm olguları için hastaneler, aile sağlığı merkezleri, belediye tabiplikleri, adli tıp kurumları ile diğer sağlık kuruluşları tarafından doldurulmaktadır. Daha önce hekimin görmediği ölümler için ölüm belgesi vermekle yetkilendirilmiş kişiler(örneğin mahalle ve köy muhtarları) bu belgeyi doldurmakta ve nüfus müdürlüğüne bu belge ile başvurulmakta idi. 01/01/2013 tarihinden itibaren web üzerinden doldurulan bu belgede ölüm nedeni ile ilgili bölüm yalnız hekimler tarafından doldurulabilmektedir. Ancak hekim tarafından doldurulmuş olsa bile bu veriyi ulusal düzeyde ve DSÖ’nün önerdiği şekilde standardize etmek pek mümkün değildir. Çünkü belge tamamen dolduran kişinin bilgi ve yorumu çerçevesinde oluşmaktadır. Bunu düzeltmek amacıyla hastaneler, belediye tabiplikleri, sağlık grup başkanlıkları, toplum sağlığı merkezleri, adli tıp kurumu gibi merkezler için ölüm belgesi düzenleme konusunda referans hekimler belirlenmiş ve bu hekimlere ulusal ölüm verisinin kalitesinin artırılması amacıyla düzeltilmesi gereken aksaklıklar konusunda çeşitli eğitimler verilmiştir. Ölüm belgesinde sıklıkla yanlış doldurulan bölüm gerçek ölüm nedeninin kaydedildiği bölümdür. Bu bölüme son dönem bulgusu gerçek ölüm nedeni yerine belirtilebilmektedir. Referans hekimler bu konudaki hataları önlemek amacıyla her ölüm için belgeyi düzenleyen doktorla iletişime geçerek ölüm nedenini netleştirmektedir. Doldurulan ve referans hekimler tarafından onaylanan ölüm belgeleri, İl Sağlık Müdürlüklerinde tüm il için derlenerek ilgili TÜİK bölge müdürlüklerine iletilmektedir. Bu sistem ile ölüm nedenine ilişkin istatistiklerde kapsam ve kalitenin artırılması hedeflenmiştir. DSÖ 2013 yılı dünya sağlık istatistikleri raporunda Türkiye’de ölüm nedenleri kayıt sisteminin kapsayıcılığı 2005-2011 yılları arasında %61 olarak belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığı ÖBS’de yeni döneme geçilmesiyle kapsayıcılığın %93’e ulaştığını belirtmektedir.

Kalp damar hastalıklarına bağlı mortalite hızı

KDH’ları, ICD 10 sınıflamasına göre hipertansif hastalıklar, iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği gibi diğer kalp hastalıkları ve serobrovasküler hastalıklar olarak ayrı ayrı gruplanmıştır. Bu temel başlıkların da alt başlıkları bulunmaktadır. Tablo 1.1’de 2013 yılı yaşa ve cinsiyete özel KDH mortalite hızları TÜİK verileri kullanılarak hesaplanmıştır. KDH mortalite hızı erkeklerde yüz binde 439,9, kadınlarda 431,5 olarak saptanmıştır ve özellikle 55 yaş ve üzerinde yaşla birlikte hızla artış gösterdiği dikkat çekmektedir.

Kardiyovasküler hastalığa bağlı mortalite hızının son beş yıl içindeki değişimi

KDH mortalite hızının son beş yıl içinde artış gösterdiği söylenebilir. Ancak özellikle 2013 yılında önceki yıllara göre daha fazla artış olması dikkat çekmektedir. Bu durum özellikle 2013 yılından itibaren kayıt sistemdeki ve veri toplama yöntemindeki değişimden kaynaklanmış olabilir. 2013 yılından sonra ölüm belgesi daha ayrıntılı olarak doldurulmaya başlanmış, ölüm belgesini hazırlayan hekimlere çeşitli eğitimler verilmiş ve bu şekilde ölüm kayıtlarının kalitesi artırılmaya çalışılmıştır. Bu nedenle 2013 yılı verilerini daha önceki yılların verisiyle karşılaştırmak çok doğru bir yorum yapılmasını engellemektedir. KDH mortalite hızı cinsiyet açısından incelendiğinde 2010-2013 yıllarında erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Her iki cinste de en sık ölüm nedeni KDH’ya bağlı ölümlerdir. Yıllar arındaki farkı mortalite hızı açısından karşılaştırmak yerine yıllara göre ölüm sayılarındaki artış hızı ile karşılaştırmak veri toplama yönteminden kaynaklanan bir fark olduğunu ortaya koymaktadır. Aşağıdaki tabloda 2009-2013 yılları için KDH nedenli ölüm sayıları ve toplam ölüm sayıları ile yıllık artış hızları görülmektedir.

Tablo 1. Türkiye’de 2013 yılı cinsiyete ve yaşa özel KDH mortalite hızı (yüz binde)

Yaş grubu	Erkek	Kadın	Toplam
35-44	29,5	13,5	21,6
45-54	119,0	49,3	84,4
55-64	357,9	164,4	259,8
65-74	1019,8	662,8	826,1
75+	3717,9	3576,6	3633,2
Toplam	439,9	431,5	435,6

Tablo 2. 2009-2013 yılları için KDH nedenli ölüm sayıları ve toplam ölüm sayıları ile ölüm sayılarının yıllık artışı

Yıllar	KDH nedenli ölüm sayıları	KDH nedenli ölüm sayılarının yıllık artış hızı	Toplam ölüm sayıları	Toplam ölüm sayılarının yıllık artış hızı
2009	111830		280531	
2010	116710	%4,4	294501	%5,0
2011	121154	%3,8	312249	%6,0
2012	121754	%0,5	320967	%2,8
2013	142228	%16,8	357581	%11,4

Sonuç ve Öneriler

TÜİK verileri kullanılarak Türkiye’de KDH mortalite hızı hesaplandığında son beş yıl içinde artış görülmektedir. Dinç G. ve arkadaşlarının yaptığı “Türkiye’de 1995-2008 yıllarında kalp damar hastalıklarına bağlı mortalite hızındaki azalma trendi” çalışmasında Türkiye’de KDH’ a bağlı mortalite hızında azalma trendi olduğu gösterilmiştir. Bu iki farklı sonuç özellikle 2009 yılından itibaren ölüm nedeni kayıtlarının veri kalitesinin ve kapsayıcılığın artışına bağlanabilir. 2013 yılından itibaren yapılan değişikliklerle ölüm nedeni verisi toplanırken ulusal düzeyde daha standardize edilmiş bir yöntem kullanılmaya başlandığı söylenebilir. Bu nedenle 2013 yılını daha öncesi ile karşılaştırmak mortalite hızlarındaki değişimi değil veri toplama yöntemindeki değişimi göstermektedir. Gerçek ölüm nedeni yerine son dönem bulgusunun ölüm belgesine kaydedilmesinin önlenmesi ulusal ölüm verisinin DSÖ’nün uygun bulduğu şekilde düzenlenmesini sağlamaktadır. Ölüm verisinin kalitesinin artırılması için bir diğer önemli nokta kapsayıcılığın artırılmasıdır. DSÖ sağlık istatistikleri 2009 yılı raporunda Türkiye için 2000-2007 yılları arasında ölüm bildirim sistemi kapsayıcılığı %50-74 olarak belirtilmişken 2013 yılı raporunda 2005-2011 yılları için %61 olarak belirtilmiştir. 2013 yılı için kayıtlı ölüm sayılarına bakıldığında kapsayıcılığın artmış olduğu söylenebilir. Mortalite istatistiklerinin kalitesini kapsayıcılık, zamanlılık, tamlık ve doğruluk açısından değerlendirmek gerekirse ÖBS’deki değişikliklerin sonuçlarını ve KDH mortalite hızlarını tam olarak yorumlayabilmek için zamana gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Dinç G. Gerçeklioğlu G, Sözmen K, Arık H, Ünal B “Decreasing trends in cardiovascular mortality in Turkey between 1995 and 2008” 27. Ulusal Kardioloji Kongresi 2011, İstanbul.
2. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2012.
http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf. Erişim Tarihi: 10.09.2014.
3. TÜİK ADNKS sonuçları.
http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_yasgr.RDF&p_yil=2013&p_dil=1&desformat=pdf. Erişim Tarihi: 11.09.2014 .
4. TÜİK Haber Bülteni Ölüm İstatistikleri 2013.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16050>. Erişim tarihi: 10.09.2014.
5. TÜİK Haber Bültenleri. <http://www.tuik.gov.tr/OncekiHBArama.do>. Erişim Tarihi: 10.09.2014.
6. TÜİK Nüfus İstatistikleri.
<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. Erişim Tarihi: 10.09.2014.
7. TÜİK Ölüm İstatistikleri 2013. Ölüm_İstatistikleri_30.04.2014 (1).zip - ZIP arşiv, paketsiz boyut 339.407 bayt. Erişim Tarihi: 10.09.2014.
8. TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri 2009. Ölüm_Nedeni_İstatistikleri_06.09.2011.zip - ZIP arşiv, paketsiz boyut 302.811 bayt. Erişim Tarihi. 10.09.2014.
9. TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri 2010, 2011, 2012. Ölüm_Nedeni_İstatistikleri_16.04.2013 (1).zip - ZIP arşiv, paketsiz boyut 373.617 bayt. Erişim Tarihi: 10.09.2014.
10. TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri 2013. Ölüm_Nedeni_İstatistikleri_01.04.2014.zip - ZIP arşiv, paketsiz boyut 474.688 bayt. Erişim Tarihi:10.09.2014.
11. World Health Statistics 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588_eng.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 15.09.2014.

KALP DAMAR HASTALIKLARI MORBİDİTESİ

Ceyda Şahan^a, Kaan Sözmen^b, Belgin Ünal^c

^aAraş.Gör.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

^bYrd.Doç.Dr.Katip Çelebi Üniversitesi Halk Sağlığı AD, İzmir

^cProf.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2008 yılında dünyada olan 57 milyon ölümün 7.3 milyonu koroner kalp hastalığı (KKH), 6.2 milyonunun ise inme ve diğer serebrovasküler hastalıklar (SVH) nedeniyle meydana geldiği öngörülmektedir.¹ Türkiye İstatistik Kurumu 2012 verilerine göre, her iki cinsiyette en sık görülen ölüm nedenlerinin başında kalp-damar hastalıkları gelmektedir.² KKH ve inme, bulaşıcı olmayan ve önlenabilir hastalıklardır. Birçok ülkede bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli bir kısmını oluşturan kardiyovasküler hastalıkların salgın haline geldiği ve önlenmesi gerektiği kabul edilmekte, önleme-kontrol programları geliştirilmektedir. Programların etkililiğini değerlendirmek için ulusal morbidite verilerine gereksinim bulunmaktadır.

Hastalıkların morbiditesinin saptanması, mortalitesinin saptanmasından daha zordur. Sürveyans sisteminin kullanılarak morbidite göstergelerinin hesaplanması mümkün olmakla birlikte, bunun için sağlık sisteminin ülkeyi kapsayacak şekilde düzenlenmiş ve entegre olması, kayıtların da doğru ve düzenli tutulması gereklidir. Tüm bunları sağlamak birçok gelişmekte olan ülkede mümkün olmamaktadır. Türkiye'de prevalans çalışmaları birçok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi az sayıdadır.

Türkiye'de kalp-damar hastalıkları ile ilgili araştırmalar

Türkiye'de kalp damar hastalıkları ile ilgili verisi olan çalışmalar sistematik olarak incelenmiş ve HASUDER Türkiye Sağlık Raporu 2012'de³ yayınlanmıştır. Bu rapora göre Türkiye'de genellikle kardiyovasküler hastalık prevalansının bulunduğu çalışmaların çoğu bölgeseldir. Bunun yanında özellikle son yıllarda bu konuda nitelikli ve standart ulusal çalışmaların^{2,4,5,6} da yapıldığı görülmüştür.

Bu konuda yapılan ulusal çalışmalardan olan Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması 2008⁴, 2010⁵ ve 2012² sırasıyla 15 yaş ve üzeri 14655, 14447 ve 28055 kişi de yapılmıştır. Örneklem kırsal-kentsel yerleşim yerine göre, tabakalı ve küme örnekleme yöntemleri kullanılarak seçilmiştir. Ulaşılmaması gereken minimum örnek büyüklüğü belirtilmemiştir. TÜİK Sağlık Araştırması 2008⁴ ve 2012²'de katılım oranları bildirilmemiştir. TÜİK Sağlık Araştırması 2010⁵'de ise katılım oranı %83'tür. Hekim tarafından KKH ve SVH tanısı konma durumu sorgulanmış; ilgili hastalık prevalanslarının kır-kent ve cinsiyete göre dağılımı verilmiştir (Tablo2.1).

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı Çalışması 2012⁶, örneklemin Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nin (AHBS) elektronik veri tabanı kullanılarak belirlenmiş olması yönünden bir ilk olup, 15 yaş ve üstü 18477 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşılmaması gereken en az örnek büyüklüğü 16622 olarak hesaplanmıştır. Evren, AHBS'ne kayıtlı 73.7 milyon kişiden oluşmaktadır. Örneklem belirlendiği sırada görev yapan 20044 aile hekiminin, kendi listesinden 2 kişiyle görüşmesine karar verilmiştir. TÜİK tarafından, her aile hekimi listesinden iki kişi rastgele belirlenmiştir. Katılım oranı %47.5'tir. Hekim tarafından KKH ve SVH tanısı konma durumu sorgulanmış; KKH ve SVH prevalanslarının dağılımı kır-kent ve cinsiyete göre verilmiştir (Tablo2.2).

Kardiyovasküler hastalık prevalansının belirlenmesi için yapılan bölgesel çalışmaların çoğunda araştırma yöntemi ve örnek seçimi uygun yapılmamıştır³. KKH ve SVH tanı konma kriterleri özellikle bölgesel çalışmalarda değişiklik göstermektedir³.

TÜİK Sağlık Araştırması 2008⁴ verilerine göre, 15 yaş ve üzerindeki erkeklerde %4.6 ve kadınlarda %5.5 olan KKH sıklığı, 2010⁵ yılında erkeklerde ve kadınlarda % 4.2, 2012² yılında erkeklerde % 4.0 ve kadınlarda % 4.2 olarak bulunmuştur. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda⁶ ise 2011 yılında KKH sıklığı erkeklerde %4.0, kadınlarda ise %2.3'tür.

TÜİK Sağlık Araştırması 2008⁴ verilerine göre erkekler ve kadınlarda %1.1 olan SVH sıklığı, 2010⁵ yılında erkeklerde %1.2 ve kadınlarda %1.0, 2012² yılında erkeklerde ve kadınlarda %0.9 olarak saptanmıştır. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda⁶ ise 2012 yılı için SVH sıklıkları erkeklerde %1.8, kadınlarda %2.2'dir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmaların ulusal düzeyde, tüm bölgeleri temsil eden, karşılaştırılabilir ve geçerli yöntemler kullanılarak yapılması toplumdaki boyutu ve değişimi değerlendirmek için gereklidir. Ülkemizde KDH'a yönelik ulusal bir kontrol programı hazırlanmıştır.⁷ Kontrol programlarının etkililiği, hastalıkların görülme sıklığının zaman içindeki değişimi ve seçilen göstergelerdeki değişim ile değerlendirilebilir. Prevalans ve insidans hızları bu amaçla kullanılabilecek en önemli göstergelerdendir. Gelişmekte olan bir ülke olan Türkiye'de bu konuda yapılan ulusal çalışmalar olmasının yanında, geliştirilmesi gereken yönlerinin olduğu düşünülmektedir.

Tablo 1. Türkiye’de cinsiyete göre KKH sıklığı

Araştırma	Yapıldığı yer, yıl	Yaş Grubu, Kişi Sayısı	Erkek (%)	Kadın (%)	Toplam (%)
TÜİK Sağ. Arş. 2008 ⁴	Ulusal Çalışma, 2008	15 yaş üstü, 14655 kişi	4.6	5.5	5.1
TÜİK Sağ. Arş. 2010 ⁵	Ulusal Çalışma, 2010	15 yaş üstü, 14447 kişi	4.2	4.2	4.2
TKrHRF, 2011 ⁵	Ulusal Çalışma, 2011	15 yaş üstü, 18477 kişi	4.0	2.3	3.1
TÜİK Sağ. Arş., 2012 ²	Ulusal Çalışma, 2012	15 yaş üstü, 28055 kişi	4.0	4.2	4.1

Tablo 2. Türkiye’de cinsiyete göre SVH sıklığı

Araştırma	Yapıldığı yer, yıl	Yaş Grubu, Kişi Sayısı	Erkek (%)	Kadın (%)	Toplam (%)
TÜİK Sağ. Arş, 2008 ⁴	Ulusal Çalışma, 2008	15 yaş üstü, 14655 kişi	1.1	1.1	1.1
TÜİK Sağ. Arş, 2010 ⁵	Ulusal Çalışma, 2010	15 yaş üstü, 14447 kişi	1.2	1.0	1.1
TKrHRF, 2011 ⁵	Ulusal Çalışma, 2011	15 yaş üstü, 18477 kişi	1.8	2.2	1.9
TÜİK Sağ. Arş, 2012 ²	Ulusal Çalışma, 2012	15 yaş üstü, 28055 kişi	0.9	0.9	0.9

Tablo3. Türkiye’de 2008-2014 yılları arasında toplumda yapılan kalp damar hastalıkları prevalansı ile ilgili çalışmalar ve özellikleri

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
TÜİK Sağlık Araştırması, 2008 ⁴	Kesitsel, 2008, Türkiye, kentte 4294, kırdaki 1846 olmak üzere 6140 hanedeki 15 yaş üstü kişiler (Hanehalkı; aralarında akrabalık bağı bulunsun ya da bulunmasın aynı konutta veya konutlarda, aynı konutun bir bölümünde yaşayan, kazanç ve masraflarını	Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış. Örneklem büyüklüğü Türkiye toplam, kent-kır tahmini yapabilecek şekilde hesaplanmıştır. Tasarım gereği toplam örneklem 7910 hane olarak belirlenmiştir. Katılım oranı haneye göre % 78’dir.	KKH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (anjina, göğüs ağrısı, spazm) olarak tanımlanmıştır.	SVH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (inme, felç, beyin kanaması, serebral tromboz) olarak tanımlanmıştır.

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
TÜİK Sağlık Araştırması, 2010 ⁵	ayırmayan, hanehalkı hizmet ve yönetimine katılan bir veya birden fazla kişidir.) Kesitsel, 2010, Türkiye, kentte 4682, kırdaki 1869 olmak üzere 6551 hanedeki 15 yaş üstü kişiler (Hanehalkı; aralarında akrabalık bağı bulunsun ya da bulunmasın aynı konutta veya konutlarda, aynı	Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış. Kır-kent ayrımı yapılmış. Birinci aşama örnekleme birimi ortalama 100 hanehalkından oluşan bloklar, ikinci aşama örnekleme birimi ise her bloktan sistematik olarak seçilen hanehalklarıdır. Ulusal adres veritabanı kullanılmış, nüfusu 133'ün altında olan yerleşim yerleri dahil edilmemiştir. Kentte	KKH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (anjina, göğüs ağrısı, spazm) olarak tanımlanmıştır.	SVH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (inme, felç, beyin kanaması, serebral tromboz) olarak tanımlanmıştır.

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
TKrHRF, 2011 ⁶	konutun bir bölümünde yaşayan, kazanç ve masraflarını ayırmayan, hanehalkı hizmet ve yönetimine katılan bir veya birden fazla kişidir.)	5696, kırdaki 2190 olmak üzere 7886 hane örnek seçilmiştir. Katılım oranı haneye göre % 83'tür.	Akut miyokard infarktüsü (AMI), "Doktorun tanı koyduğu kalp krizi ya da miyokard infarktüsü geçirdiniz mi?" şeklinde sorulmuştur. Ek olarak koroner By-pass ameliyatı ya da balon anjiyoplasti olup olmadıkları sorulmuştur. Öyküsünde AMI, koroner by-	İnme için "vücudunuzun bir tarafında 24 saatten uzun süren ani gelişen güçsüzlük, uyuşma, konuşma bozukluğu, görme bozukluğu, dengesizlik, göz hareketlerinde bozukluk oldu mu?" sorusu sorulmuştur. "Evet" yanıtı verenler inme geçirmiş olarak kabul edilmiştir. Geçici İnme/felç için "vücudunuzun bir tarafında 24

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
		kapsamaktadır.Örneklem belirlendiği sırada görev yapan 20044 aile hekiminin kendi listesinden 2 kişiyle görüşmesine karar verilmiştir. TÜİK, her aile hekimi listesinden ikişer kişiyi rastgele yöntemle belirlemiştir. Ayrıca aile hekimlerinin adreslerine göre seçilen kişilerin yanına 1. düzey (12 bölge) ve 2. düzey (26 bölge) NUTS bölge kodları eklenmiştir. Katılım oranı %47.5'tir.	pass ameliyatı ya da balon anjioplasti bulunan kişiler "koroner kalp hastası" olarak kabul edilmiştir.	saatten kısa süren ani gelişen güçsüzlük, uyuşma, konuşma bozukluğu, görme bozukluğu, dengesizlik, göz hareketlerinde bozukluk oldu mu?" sorusu sorulmuştur. İnme veya geçici inme öyküsüne olumlu yanıt verenler serebrovasküler hastalık var olarak kabul edilmiştir.
TÜİK Sağlık Araştırması, 2012 ²	Kesitsel, 2012, Türkiye, 15 yaş üstü12925 erkek, 15130 kadın 28055 kişi	Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış. Kır-kent ayrımı yapılmış. Birinci aşama örnekleme birimi ortalama	KKH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (anjina, göğüs ağrısı, spazm) olarak tanımlanmıştır.	SVH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (inme, felç, beyin kanaması, serebral tromboz) olarak tanımlanmıştır.

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
		100 hanehalkından oluşan bloklar, ikinci aşama örnekleme birimi ise her bloktan sistematik olarak seçilen hanehalklarıdır. Ulusal adres veritabanı kullanılmış, nüfusu 133'ün altında olan yerleşim yerleri dahil edilmemiştir. Kentte 10656, kırdaki 3744 olmak üzere 14400 hane örnek seçilmiştir. Katılım oranı belirtilmemiştir.		

Kaynaklar

1. WHO. World Health Organization. The top 10 causes of death, 2011 (online). Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310.pdf>. Erişim tarihi: 03/01/2012
2. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması. Ankara; 2012. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223 Erişim tarihi: 12/12/2013.
3. HASUDER. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Türkiye Halk Sağlığı Raporu. Ankara; 2012. Erişim adresi: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf Erişim tarihi: 02/09/2014.
4. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması. Ankara; 2008. Erişim adresi: <http://www.ozelhastaneler.org.tr/images/Documents/sanal%20k%C3%BCt%C3%BCphane/SA%C4%9ELIK%20ARA%C5%9ETIRMASI%202008%20%28T%C3%9C%C4%B0K%29.pdf> Erişim tarihi: 12/06/2012.
5. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması. Ankara; 2010. Erişim adresi: http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/turkey_annex2_turkish_health_survey_2010.pdf Erişim tarihi: 12/06/2012.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı Çalışması. Ankara: 2013. Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> Erişim tarihi: 12/12/2013.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (online). Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-39047/h/plan1.pdf>. Erişim tarihi: 12/06/2012.

KALP DAMAR HASTALIKLARI RİSK FAKTÖRLERİ

Sigara

Sinem Doğanay

Halk Sağ Uzm. Dr. Gaziemir Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

Sigara, dünyada yaygın olarak kullanılan, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve önlenabilir ölümlerin başlıca nedenidir. Dünyada tütün kullanımına bağlı olarak her altı saniyede bir kişi hayatını kaybetmektedir. Yapılan çalışmalarda sigaraya bağlı ölümlerin artarak 2030 yılında 8.4 milyon kişinin ölümüne neden olacağı öngörülmektedir (1).

Tütün kullanımının gelişmiş ülkelerde azalma, gelişmekte olan ülkelerde ise artma eğiliminde olduğu bildirilmektedir. Tütüne bağlı ölümlerin %80'inin 2030 yılında gelişmekte olan ülkelerde görüleceği öngörülmektedir (1). Türkiye'de 2012 yılına kadar sigara içme ile ilgili verisi olan çalışmalar sistematik olarak incelenmiş; sigara içme tanımı ve sigara içme sıklığı TSR 2012'de sunulmuştur(2). Son 2 yılda yapılan ulusal çalışmalar aşağıda özetlenmiştir.

Tablo 1. Türkiye'de erkeklerde yaş gruplarına göre sigara içme sıklığı

Araştırma		Yıl	15 - 24	25- 34	35- 44	45- 54	55- 64	65- 74	75 +	Toplam
TKHRF, 2011	Erkek	2011	38.3	56.4	50.1	45.0	34.9	25.7	11.0	43.7
	Kadın	2011	11.3	24.0	24.6	20.5	9.8	4.1	3.0	17.0
KYTA	Erkek	2012	31.2	53.1	50.9	45.1	31.5	17.9		41.4
	Kadın	2012	6.8	16.5	21.4	16.8	8.5	2.6		13.1

Kaynak:(3,4)

Türkiye'de 15 yaş üzeri nüfusta rasgele örnekleme yöntemiyle seçilen ulusal örnekte yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na

(TKHRF) göre erkeklerde sigara içme sıklığı %43.0, kadınlarda sigara içme sıklığı %17.0 olup toplamda %30.0 saptanmıştır (3). Son olarak 2012 yılında yapılan tüm Türkiye'yi temsil eden Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na (KYTA) göre tütün ve tütün mamullerini hergün ve ara sıra içme sıklığı erkeklerde %41.4, kadınlarda %13.1 olup toplamda %27.0'dır(4). İlki 2008 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına göre tütün ve tütün ürünü kullanma sıklığı erkeklerde %47.9'dan %41.4'e, kadınlarda %15.2'den %13.1'e, toplamda %31.3'ten %27.0'a düşmüştür. Tütün kullanımı konusunda veri içeren çalışmalar ve özellikleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi Tablo 3.2'de sunulmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de tütün kullanımı oldukça yaygındır. Ancak son yıllarda kullanım sıklığı azalmaktadır. Toplumda sigara içme sıklığını belirlemeye yönelik çalışmaların daha çok bölgesel düzeyde yapıldığı ve sigara içme tanımının ortak olmadığı görülmüştür. Sigara kullanımının epidemiyolojik özelliklerinin yıllar içindeki değişimini değerlendirmek için ulusal boyutta, karşılaştırılabilir yöntemlere dayanan ve belli aralarla tekrarlanan çalışmalara gereksinim vardır.

Tablo 2. Türkiye’de toplumda yapılan sigara çalışmaları ve özellikleri

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Sigara içme tanımı
Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 (4)	Kesitsel , 2012, , Tüm Türkiye’yi temsil eden, 15 yaş üzeri bireyler, 2012 Şubat	Araştırmanın örnekleme yöntemi 3 aşamalı tabakalı sistematik küme örneklemesidir. Birinci aşamada ortalama 300 haneden oluşan toplam 412 blok (küme) seçilmiştir. Bu bloklardan 206’sı kent, 206’sı da kır yerleşim yerlerinden seçilmiştir. İkinci aşamada, örneğe seçilen her bloktan sistematik seçim yöntemi kullanılarak 28 hane seçilmiştir. Üçüncü aşamada ise, seçilen her bir haneden 15 ve daha yukarı yaşta uygun bir fert bilgisayar programı yardımıyla tesadüfi olarak seçilmiştir. örneklem hacmi 11 bin 536 olarak belirlenmiştir.	Anket formunda sigara kullanımı düzenli (her gün bir adet), ara sıra, kullanıyordu bıraktı ve kullanmıyor şeklinde sınıflandırılmıştır.
Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması, 2011 (3)	Kesitsel, Tüm Türkiye’yi temsil eden, 15 yaş üzeri bireyler, 2011 Temmuz,	Örneklem büyüklüğü yüzde 1’lik bir prevalansı (p) %0.15’lik bir sapma (d) ile belirleyebilmek için hesaplanmıştır. Bu durumda en küçük örnek büyüklüğü 16 622 olarak belirlenmiştir. Örneklem belirlendiği sırada görev yapan 20044 aile hekiminin kendi listesinden 2 kişiyle görüşmesine karar verilmiştir. TÜİK, her aile hekimi listesinden ikişer kişi olmak üzere toplamda 40088 kişiyi rastgele yöntemle belirlemiştir. Analize alınan kişi oranı: %46.1	Anket formunda sigara kullanımı düzenli (her gün bir adet), ara sıra, kullanıyordu bıraktı ve kullanmıyor şeklinde sınıflandırılmıştır. Düzenli olarak sigaraya başlama yaşı sorulmuştur. Halen kullananlara sigarayı bırakmayı deneme, deneyenlere tekrar bırakma düşüncesi, denemeyenlere bundan sonra deneme düşüncesi sorulmuştur

Kaynaklar

1. Mathers C. D., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006. 3(11): p. e442.
2. Ünal B, editör. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, İzmir, 2012, sf: 29-31
3. Ünal B, Ergör G, editörler. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye'de Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması, Ankara, Anıl Matbaa Ltd. Şti, 2013, sf: 43-53.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu". TÜİK, Ankara, 2012.

Kolesterol ve Yüksek Kan Basıncı

Özlem Pekel

Halk Sağ Uzm. Dr. İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, İzmir

Bulaşıcı olmayan hastalıklar özellikle kalp-damar hastalıkları (KDH) ve diyabet hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Dünyada 2004 yılındaki ölümlerin %30'unun KDH'dan kaynaklandığı ve 17.1 milyon kişinin KDH sonucu öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin 7.2 milyonu koroner kalp hastalıkları (KKH), geri kalan 5.7 milyonu ise inme nedeniyle ve %82'si orta ve düşük gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir (2). Türkiye'de ise Ulusal Hastalık Yüklü Çalışması 2000 yılı verilerine göre erkeklerde %20.7, kadınlarda ise %22.9 ile KKH'ı tüm ölümler arasında birincil ölüm nedenidir. KKH'ını tüm toplumda %15.0 ile serebrovasküler hastalıklar izlemektedir (3).

KKH için bilinen değiştirilebilir, güçlü, bağımsız, doz-yanıt ilişkisi olan, biyolojik olarak tutarlılığı olan ve pek çok deneysel, epidemiyolojik gözlemsel araştırmalarla kanıtlanmış olan altı risk etmeni tanımlanmıştır. Bu risk etmenleri; sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, serum toplam kolesterol düzeyi, kan basıncı düzeyi, aşırı kiloluluk (BKİ ≥ 25 kg/m²) / şişmanlık (BKİ ≥ 30 kg/m²) ve yüksek kan şekeri (4).

KDH'da önemli risk etmenleri olan kan basıncı ve kolesterol düzeyleri ile ilgili Türkiye'de yapılan araştırmaların önemli bir kısmı 2000'li yıllarda başlamıştır. Ulusal çalışma olarak değerlendirilen çalışmalar TEKHARF (5), TURDEP (6) , PATENT (7) ve METSAR (8) ve Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı (9) çalışmalarıdır.

Araştırmalarda yüksek kan basıncı, çoğunlukla kan basıncının 140/90 mmHg'ya eşit ya da üzerinde olması ya da hipertansiyon tedavisi alma olarak tanımlanmıştır (10). Yüksek kolesterol toplam kolesterol düzeyinin ≥ 200 mg/dl olması olarak tanımlanmıştır (11).

Türkiye'de yüksek kolesterol sıklığı ile ilgili Trabzon'da 2003 yılında yapılan Trabzon Lipid Çalışması'nda yüksek kolesterol sıklığı kadınlarda %50.5,

erkeklerde % 47.2 olarak, 2008 yılında İzmir, Balçova’da yapılan BAK çalışmasında ise kadınlarda % 59.8 erkeklerde ise % 56.0 olarak saptanmıştır(12),(13). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında ise öykü ve ölçümle elde edilen veriye göre toplam yüksek LDL kolesterol prevalansı yüzde 12,5 olup erkeklerde yüzde 11, kadınlarda yüzde 14’dür (9) .

Tablo 3. Türkiye’de yaş gruplarına göre erkeklerde hiperkolesterolemi sıklığı

Araştırma	Yılı	35-44	45-54	55-64	65-74	75 üstü	Toplam
Trabzon (12)	2003	43.2	53.1	46.5	50.0	41.4	47.2
Konak (16)	2007	38.6	60.0	73.2	66.7	40.0	57.1
BAK (13)	2008	55.0	61.5	58.6	53.8	45.9	57.0
TKHRF (9)	2011	33.2	40.3	38.5	32.7	28.8	27.1

Tablo 4. Türkiye’de yaş gruplarına göre kadınlarda hiperkolesterolemi sıklığı

Araştırma	Yılı	35-44	45-54	55-64	65-74	75 üstü	Toplam
Trabzon (12)	2003	38.1	56.1	62.8	68.9	50.0	50.5
Konak (16)	2007	41.4	61.5	75.9	76.7	77.8	62.2
BAK (13)	2008	43.8	66.1	72.9	70.0	65.5	62.4
TKHRF (9)	2011	31.5	48.0	54.7	52.5	46.1	31.7

Tablo 5. Türkiye’de yapılan çalışmalarda cinsiyete göre kolesterol ortalamaları

Araştırma	Kolesterol Ortalama± standart sapma		
	Yılı	Erkek	Kadın
Erem C. (12)	2003	189.3±0.9	190.7±0.8
Demiral Y. (16)	2004	203.4±49.2	203.0±45.7
METSAR (8)	2005	173.6±40.9	179.6±41.4
BAK Projesi (13)	2007	208.36 ± 0.63	211.32 ± 0.44
TKHRF (9)	2011	177.4±0.5	183.2±0.5

Türkiye’de yüksek kan basıncı sıklığı 2007 yılında yapılan HinT çalışmasında kadınlarda %59.0, erkeklerde %49.0 olarak bulunmuştur (14). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP 2) 2010 yılında çalışmasında hipertansiyon prevalansı kadınlarda %32.3, erkeklerde %30.9 bulunmuştur (6). PATENT çalışma grubunun 2003 yılında başlayıp 2007’de sonlanan çalışmasında hipertansiyon sıklığının yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında 35 yaş altı grupta %13.8, 35-64 yaş grubunda %31.1 ve 65 yaş üzeri grupta %43.3 bulunmuştur (15). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında öykü ve ölçümle elde edilen veriye göre araştırmada bulunan toplam hipertansiyon prevalansı yüzde 24 olup; erkeklerde yüzde 21, kadınlarda yüzde 26’dır (9) (Tablo 3.6, Tablo 3.7).

Tablo 6. Türkiye’de erkeklerde yaş gruplarına göre hipertansiyon sıklığı

Araştırma	Yılı	35-44	45-54	55-64	65-74	75 üstü	Toplam
PATENT (7)	2003	20.5	30.3	49.3	60.9	62.7	37.7
PATENT (15)	2007	34.0	47.6	61.9	74.0	70.5	52.2
TRABZON (12)	2003	39.0	56.3	70.2	75.4	86.2	54.3
KONAK (16)	2007	34.1	48.9	63.4	95.0	80.0	56.3
BAK (13)	2008	14.7	30.8	48.5	65.2	76.9	41.4
TKHRF (9)	2011	14.6	28.0	43.6	58.4	60.3	21.1

Tablo 7. Türkiye’de kadınlarda yaş gruplarına göre hipertansiyon sıklığı

Araştırma	Yılı	35-44	45-54	55-64	65-74	75 üstü	Toplam
PATENT (7)	2003	28.3	50.5	67.2	76.2	72.3	50.0
PATENT (15)	2007	37.8	59.5	75.9	84.7	84.6	60.3
TRABZON (12)	2003	46.5	67.5	84.8	87.8	87.9	64.2
KONAK (16)	2007	34.3	59.0	72.4	90.0	88.9	61.0
BAK (13)	2008	11.6	35.2	61.9	81.5	88.0	45.0
TKHRF (9)	2011	14.0	37.3	62.1	75.1	77.6	26.1

Hipertansiyon ve hiperkolesterolemi konusunda veri içeren çalışmalar ve özellikleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi Tablo 3.8, Tablo 3.9’de sunulmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye’de kan basıncı, hipertansiyon ve hiperkolesterolemiyi inceleyen çalışmalar sayısal olarak yeterli olsa da, küçük örnekli, bölgesel ve yöntem açısından kısıtlıdır. Tüm toplumu demografik ve coğrafi olarak temsil eden, standart yöntemlerin kullanıldığı, güvenilir verinin elde edildiği ve belli aralarla tekrarlanan kesitsel araştırmalara gereksinim vardır.

Tablo 8. Türkiye’de kan basıncı ve hipertansiyon prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalar

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kan basıncı ölçüm yöntemi ve hipertansiyon tanımı
TURDEP,2002 (6)	Kesitsel, 1997-98, 5 Coğrafi bölge, 24788 birey (15,699 kentsel, 9,119 kırsal)	29050 birey, katılma oranı %85, örnek büyüklüğü prevalansta %1 hata ve %95 GA ile hesaplanmış. ETF kayıtlarından sistematik örnekleme ile hane halkı davet edilmiş.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 olarak tanımlanmıştır.
Altun B, 2005 (7)	Kesitsel, 2003. 7 bölgeden 26 şehirden kır ve kent oranına göre ağırlıklandırılarak 18 yaş üstü kadın ve erkek nüfus seçilmiştir	Örnek büyüklüğü 4967 olarak hesaplanmıştır. 4992 kişi 26 şehirden (%65 kentsel, %35 kırsal alandan) tabakalı rasgele örnek seçme yöntemi ile seçilmiştir. Katılım oranı %100.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır.
Arıcı M, 2009 (14)	Kohort, 2007. Patent araştırmasının katılımcıları ile dört yıl sonra tekrar görüşülmüştür	Patent araştırmasına katılanlardan 902 kişiye ulaşılammış. Dışlananlardan sonra araştırmada kalanların sayısı 2866 kişidir. İzlem oranı %81.6’dır.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır.

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kan basıncı ölçüm yöntemi ve hipertansiyon tanımı
BAK Projesi, 2008 (13)	Kesitsel, 2008. Balçova'da yaşayan tüm 30 yaş üstü kadın ve erkek bireyler.	Tüm Balçova alınmış. Katılan kişi sayısı 15971.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB $\geq$ 140/ DKB $\geq$ 90 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır.
Trabzon Lipid Çalışması, 2008 (12)	Kesitsel, 2003-2005. Trabzon şehri 20 yaş üstü kadın ve erkek.	Örnek büyüklüğü 4147 olarak hesaplanmış. 4809 kişi (2601 kadın ve 2208 erkek) araştırmaya katılmış. Ev halkı tespit fişleri kullanılarak sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB $\geq$ 140/ DKB $\geq$ 90 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır.
Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2011 (9)	Kesitsel, 2011, Tüm Türkiye'yi temsil eden, TÜİK 2010 ADNKS'nin Bölge nüfus dağılımına uygun, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi kayıtlarından seçilmiş 15 yaş üstü 16622 birey	Hipertansiyon prevalansı %1 alınarak, %0.15'lik sapma ile örnek büyüklüğü 16622 olarak belirlenmiştir. AHBS'ye kayıtlı 15 yaş üstü bireylerden TÜİK her aile hekimi listesinden ikişer kişiyi rastgele yöntemle belirlemiştir. Ayrıca aile hekimlerinin adreslerine göre seçilen kişilerin yanına 1. düzey (12 bölge) ve 2. düzey (26 bölge) NUTS bölge kodları eklenmiştir	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB $\geq$ 140/ DKB $\geq$ 90 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır

Tablo 9. Türkiye’de hiperkolesterolemi prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalar

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Total kolesterol ölçüm yöntemi ve hiperkolesterolemi tanımı
Trabzon Lipid Çalışması, 2008 (12)	Kesitsel, 2003-2005, Trabzon merkez ve 9 kasabada yapmış (Akçaabat, Düzköy, Araklı, Sürmene, Çaykara, Vakfıkebir, Maçka, Yomra), 20 yaş üstü 4809 birey	Örneklem büyüklüğü için %50 dislipidemi prevalansı alınmış. Rasgele küme örneklem yöntemi kullanılmış. Katılım oranı %96.	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak tanımlanmış.
Metintaş, 2008 (17)	Kesitsel, 2008 – 2009. Eskişehir - Tepebaşı ilçesine bağlı iki beldede aile sağlığı merkezine bağlı olan 20-69 yaş kadın ve erkek nüfus.	Bütün evrene gidilmiştir. Çukurhisar beldesinde 1318 kişi katılmıştır. Muttalıp beldesinde 1448 kişi katılmıştır. Katılım oranları sırasıyla %55.5 ve %31’dir.	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Framingham risk skoru hesaplanmıştır. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak tanımlanmıştır.
Demiral Y, 2007 (16)	Kesitsel, 2007. İzmir, Konak’ta 5 Sağlık Ocağı Bölgesi 20 yaş üstü kadın ve erkek	Örnek büyüklüğü 799 kişi olarak hesaplanmış. Örnek seçiminde sağlık ocaklarındaki ev halkı tespit fişlerinden yararlanılmıştır. Katılım oranı %76.	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak tanımlanmış.
BAK Projesi, 2008 (13)	Kesitsel, 2008, Balçova, 30 yaş üstü 15971 birey	Balçova’da yaşayan 30 yaş üzeri bireylerin tümü. Ulaşma oranı %44’tür.	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Total kolesterol ölçüm yöntemi ve hiperkolesterolemi tanımı
			tanımlanmış.
TURDEP 2, 2010 (6)	Kesitsel, Tüm Türkiye'yi temsil eden, TÜİK 2008 ADNKS'nin Bölge nüfus dağılımına uygun, aile sağlığı merkezi kayıtlarından random olarak seçilerek davet edilmiş ≥ 20 yaş 26499 birey	1997 TURDEP 1 için TÜİK tarafından randomize belirlenmiş beş coğrafi bölgeden üçer il, toplam 15 il, her ilden altı ilçe her ilçeden üçer kentsel (mahalle) ve üçer kırsal merkez toplam 540 merkez. Katılım oranı %89'dur.	Çalışma diyabet prevalansını saptamak amacıyla planlandığından araştırma grubunda yaşa ve cinsiyete göre hiperkolesterolemi prevalansları verilmemiştir.
Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri ve Sıklığı Çalışması, 2011 (9)	Kesitsel, 2011, Tüm Türkiye'yi temsil eden, TÜİK 2010 ADNKS'nin Bölge nüfus dağılımına uygun, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi kayıtlarından seçilmiş 15 yaş üstü 16622 birey	Hipertansiyon prevalansı %1 alınarak, %0.15'lik sapma ile örnek büyüklüğü 16622 olarak belirlenmiştir. AHBS'ye kayıtlı 15 yaş üstü bireylerden TÜİK her aile hekimi listesinden ikişer kişiyi rastgele yöntemle belirlemiştir. Ayrıca aile hekimlerinin adreslerine göre seçilen kişilerin yanına 1. düzey (12 bölge) ve 2. düzey (26 bölge) NUTS bölge kodları eklenmiştir	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak tanımlanmış. LDL kolesterol düzeyinin 160 mg/dl ve üstünde olması ya da antihiperlipidemik ilaç kullanımı olması durumu "hiperlipidemi var" olarak tanımlanmıştır

Kaynaklar

1. Lopez, A.D., et al., Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet, 2006. 367(9524): p. 1747-57.
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesini. Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik projesi, 2004;128-129.
4. Stamler J, Established major coronary risk factors: historical overview, In: Marmot M, Elliot P, ed. Coronary Heart Disease Epidemiology: From etiology to public health, second edition. Oxford University Press, 2005: p. 18-31.
5. Onat, A., et al., Plasma lipids and their interrelationship in Turkish adults. J Epidemiol Community Health, 1992. 46(5): p. 470-6.
6. Satman İ. ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II. (TURDEP II).
www.istanbul.edu.tr/itf/.../021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf
7. Altun B, Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens, 2005. 23(10): p. 1817-23.8.
8. Kozan Ö. Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. Eur J Clin Nutr, 2007. 61: p. 548-553.
9. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara, 2013. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-32182/turkiye-kronik-hastaliklar-ve-risk-faktorleri-saha-cali-.html>
10. Alderman, M.H., JNC V revisited: standard of care or individualized treatment for hypertension? Am Heart J, 1998. 135(2 Pt 2): p. S8-15.
11. Grundy SM. Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, 2004. 44(3): p. 720-732.
12. Erem C. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon lipid study. 2008;34(1-3):36-51.
13. Ergör G, Soysal A. Balçova heart study: rationale and methodology of the Turkish cohort. Int J Public Health. September 2011.
14. Arıcı M. for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. J Hypertens. 2009.
15. Arıcı M. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. Journal of Hypertension 2010. 28: p. 240-244.

- 16.Demiral Y. İzmir Konak İlçesinde 20 Yaş Ve Üzeri Nüfusta Sosyoekonomik Göstergeler Ve Koroner Kalp Hastalığı İlişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007. 6(1): p. 27-40.
- 17.Metintaş S. Eskişehir’de sağlıklı kalp programı uygulaması. Uzmanlık Tezi. Eskişehir, 2010.

Türkiye’de Diyabet Sıklığı

Sibel Sakarya

Prof.Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Ülkemizde 1998’li yıllardan bu yana ulusal düzeyde yapılan diyabet prevalansı çalışmaları bulunmaktadır. Çalışmaların sonuçları, diyabetin Türkiye sağlık gündeminde 2000 li yıllardan itibaren önemli ve öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak yer aldığını göstermektedir. 1998 yılında yapılan TURDEP-I çalışmasında 20 yaş üzerindeki bireylerde diyabet prevalansı % 7, bozulmuş glukoz toleransı % 7, yeni tanı sıklığı % 2 bulunmuştur (1). TURDEP-I’den yaklaşık 10 yıl sonra yapılan çeşitli çalışmalarda bulunan diyabet prevalansı sıklığı % 11 ile % 16 arasında değişmektedir (2-5). Bu çalışmalar arasında hem araştırma grubunun yaşı hem de diyabet tanısı kriterleri açısından bazı farklılıklar bulunmakla birlikte, ülkemizde son 10 yılda diyabet prevalansında önemli bir artış olduğu açıkça görülmektedir. 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasının sonuçları, ülkemizde diyabetin yirmi yıl sonrası için öngörülen rakamlarına şimdiden ulaşıldığına işaret etmektedir (6) .

Tablo 10. Ülkemizde 2008-2011’de yapılan dört çalışmada diyabet tanımı için kullanılan kriterler, yaş grupları ve karşılaştırmalı sonuçlar (7)

	CREDIT	PURE	TURDEP II	SBKHas
Yaş grubu	≥18 yaş	35-70	≥20 yaş	≥15 yaş
Çalışmanın yapıldığı yıl	2008	2009	2010	2011
DM tanımı	Diyabet öyküsü İlaç kullanma öyküsü APG ölçümü	Diyabet öyküsü APG ölçümü	Diyabet öyküsü İlaç kullanma öyküsü APG ölçümü Oral glikoz tolerans testi	Diyabet öyküsü İlaç kullanma öyküsü APG ölçümü
Bulunan sıklık (kaba hız)	% 13,0	% 14,7	% 16,5	% 11,1
Karşılaştırmalı Sonuçlar				% 12,3* % 17,5**

*TURDEP II yaş grubu alındığında, **PURE çalışmasındaki yaş grubu alındığında ve

aynı tanı kriteri kullanıldığında

Ayrıntılı sonuçları 2013’de yayımlanan TURDEP II çalışmasına göre (2) diyabetin kaba prevalansı %16.5’tir (%95 GA: 16.1–17.0); bunun % 45.5’ini yeni diyabet tanısı alanlar oluşturmaktadır (yeni diyabet prevalansı % 7.5; %95 GA: 6.3–8.7); %54 ‘ü bilinen diyabetlilerdir (bilinen diyabet sıklığı %9.0; %95 GA:7.8–10.1). Bilinen diyabeti olanların %85.5’i anti diyabetik tedavi almaktadır. TURDEP I popülasyonuna göre standardize edilmiş diyabet prevalansı % 13,7 dir.

Sonuçları 2013 yılında yayımlanan, 15 yaş üzeri popülasyonda yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasında (7) diyabet tanısı: diyabet öyküsü, diyabet için ilaç kullanma ve venöz kan örneğinde bakılan açlık plazma glukozuna göre yapılmıştır. Buna göre diyabet prevalansı % 11’dir. TÜİK 2010 nüfusuna göre standardize edilmiş diyabet prevalansı % 10’dur.

TURDEP II çalışmasındaki diyabet tanımında bunlara ek olarak oral glikoz tolerans testi sonuçları da kullanılmıştır. TURDEP II’de, TURDEP I’deki kriterler kullanıldığında, diyabet prevalansı % 11.4 (%95 CI %11.0 – %11.8) olmaktadır (2). Türkiye Kronik hastalıklar ve risk faktörleri çalışmasındaki yaş grubu TURDEP II’deki gibi 20 yaş ve üzeri olarak alındığında diyabet sıklığı % 12 bulunmaktadır. Ülkemizde 2008-2011 yılları arasında yapılan dört çalışmada saptanan diyabet sıklıkları Tablo 10’da sunulmuştur (7).

TURDEP II çalışmasında diyabet prevalansı kadınlarda % 17.2 (% 95 GA: 16.6–17.8), erkeklerde %16 (% 95 GA: 15.3–16.7); kentte % 17 (%95 GA: 16.4–17.6) kırdaki %15.5 (% 95 GA: 14.8–16.2) bulunmuştur. TURDEP I e göre kır-kent farkı azalmakla birlikte; kadınlardaki ve şehirdeki yükseklik, obezite ve hareketsizlikle açıklanabilir. Kronik hastalıklar ve risk faktörleri çalışmasında, diyabet sıklığı yerleşim yerine ve cinsiyete göre farklılık göstermemektedir; diyabet sıklığının en yüksek olduğu bölgeler Batı Marmara ve Batı Anadolu bölgeleridir (7).

Bilinen diyabet sıklığı açısından bakıldığında, TURDEP II’de saptanan oran % 8 olup, kadınlarda (%9), erkeklerden fazladır (% 7) (2). Kronik hastalık çalışmasında da önceki çalışmalara benzer biçimde, bilinen diyabet sıklığı % 8 olup, kadınlarda (%9) erkeklerden fazladır (% 7) (7).

TURDEP II ye göre, yeni diyabet sıklığı Doğu, Güney ve orta bölgelerde; buna karşın bilinen diyabet sıklığı ise Batı ve Kuzeyde daha yüksektir (2) .

Diyabette farkındalık, kontrol ve tedavisizlik oranları diyabetin etkin kontrolü açısından önemli göstergelerdir. Farkındalık oranı TURDEP-II çalışmasında % 54 (2), PURE çalışmasında % 87 (5); kronik hastalık çalışmasında % 74 bulunmuştur (7). Son çalışmada, farkındalık kadınlarda (% 78) erkeklere göre (% 69) daha yüksektir. Diyabette kontrolde olma oranlarına bakıldığında, 35-70 yaş grubu kişilerde yapılan PURE çalışmasında kontrolde olanların oranı % 29, tedavisiz olanların oranı ise % 38’dir (5). 15 yaş üzeri kişilerin değerlendirildiği bu çalışmada kontrolde olma oranı % 29, tedavisiz olanların oranı ise % 31’dir.

Son çalışmanın sonuçları dikkate alınır, ülkemizde 45 yaş ve üzerindeki her beş

kişiden birisi prediyabetiktir (7). TURDEP II'nin sonuçları dikkate alınırsa Türkiye'de 6,5 milyon diyabetli kişi bulunmaktadır ve bu kişilerin yaklaşık yarısı durumun farkında değildir. Ayrıca 14,5 milyon kadar kişi de diyabet gelişmesi açısından yüksek risk altında olan bozulmuş açlık glukozu veya bozulmuş glukoz toleransı olan kişilerdir (2).

Çalışmalar diyabetin Türkiye'de epidemik boyutlara ulaştığını göstermektedir . Obezite hem kadınlar hem de erkekler için diyabetle ilişkili en önemli faktördür. Diyabetle mücadele obeziteye ve fizik aktivitenin artırılmasına özellikle önem verilmelidir.

Diyabetin önlenmesi dışında, diyabeti olan kişilerin olabildiğince erken dönemde tanınması ve uygun şekilde tedavi edilmesi şarttır. Diyabetin önlenmesi ve kontrolünün önemi nedeni ile TC Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014) hazırlanmış, planın bazı etkinlikleri uygulamaya koyulmaya başlanmıştır (6).

Kaynaklar

1. Satman I, Yılmaz MT, Şengül A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002;25:1551-6
2. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yılmaz T, Cakır B, Tuomilehto J. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*. Eur J Epidemiol. 2013 Feb;28(2):169-80. DOI: 10.1007/s10654-013-9771-5
3. TEKHARF Çalışması, 2007. <http://tekharf.org/2007.html>
4. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T ve ark. A population based survey of Chronic Renal Disease in Turkey-the CREDIT Study. *Nephrol Dial Transplant* (2010); 26; 1862-71
5. Oguz A, Altuntaş Y, Karşıdağ K ve ark. Türkiye'de diabetes mellitus ve prediyabet prevalansı (PURE çalışması). 32. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi. 13-17 Ekim 2010 Antalya. Bildiri Özetleri Kitabı, sayfa 73, ref no: 288, no: 001.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014). Ankara, 2011
7. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara 2013. Ed. B.Ünal, G. Ergör. Ulaşım: sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf

Türkiye’de Obezite Sıklığı

Deniz Altun^a, Kaan Sözmen^b

^a Halk Sağlığı Uzmanı Dr. Urfa Halk Sağlığı Müdürlüğü

^b Yrd.Doç.Dr. Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

2012-2014 yılları arasında obezite konusunda bir çok klinik ve alan çalışması yapılmıştır. Alan çalışmaları değerlendirildiğinde çocukluk çağı obezitesinin araştırma konusu olduğu ve yalnızca 3 çalışmanın toplum tabanlı ve erişkinlerde yapıldığı saptanmıştır. İncelenen çalışmalarda obesite tanısı için beden kütle indeksi (BKİ) kullanılmıştır. Santral obesite için bel ve kalça çevresi ölçümünden hesaplanan bel/kalça oranının (BKO) kullanıldığı çalışmalar da yer almaktadır. İkisi ulusal düzeyde biri yerel olmak üzere yapılan çalışmalarda obezite; BKİ 30.0 ve üzeri olanlar, biçiminde tanımlanmıştır(Tablo 11).

Ulusal çalışmalarda obezite sıklığı 15 yaş ve üzerinde erkeklerde %13.7-16.2, kadınlarda %20.9-31.2 olarak saptanmıştır.

Geçmiş yıllardaki çalışmalarla karşılaştırıldığında son 3 yıldaki çalışmalar obezitenin kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülme durumunun sürdüğünü göstermektedir(Tablo 12-13).

Tablo 11. Türkiye'de yapılmış obezite sıklığı çalışmaları ve özellikleri

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, temsiliyet, katılma oranı	Obezite tanısı
TÜİK Sağlık Araştırması, 2012(1)	Kesitsel, 2012, 15 yaş ve üzeri nüfus	Kentsel,Bölgeden 8928 hane(Ulaşma oranı: %83.7), kırsal bölgeden 3232 hane(Ulaşma oranı:%86.3), Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme,Temsiliyeti arttırmak için 3 aşamalı ağırlıklandırma yapılmıştır	BKİ ≥ 30.0 olanlar obez olarak değerlendirilmiştir.
Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktorleri Sıklığı Çalışması, 2013(2)	Kesitsel, 2012, 15 yaş ve üzeri nüfus	40088 kişi, Türkiye'deki tüm aile hekimleri nüfusundan rasgele yöntemle 2'şer kişi seçilmiştir,Türkiye'yi temsil ettiği düşünülen NUTS 1 bölgesindeki tüm aile hekimliği birimlerine ulaşılmış, Ulaşma oranı %76.1	BKİ ≥ 30.0 olanlar obez olarak değerlendirilmiştir.
Ustu Y, 2012(3)	Kesitsel, 18 yaş üstü kadın ve erkekler	Tokat ili, 5162 kişi,	BKİ ≥ 30.0 olanlar obez olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 12. Türkiye'de yapılan çalışmalarda erkeklerde yaş gruplarına göre obezite sıklığı

Araştırma	Yıl	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Toplam
TÜİK Sağlık Araştırması(1)	2012								13.7
TKHRF, 2011(2)	2011	4,4	10,7	20,1	24,7	26	20,4	12,3	16.2
Ustu Y, 2012 (3)	2012								33.6

Tablo 13. Türkiye'de yapılan çalışmalarda kadınlarda yaş gruplarına göre obezite sıklığı

Araştırma	Yıl	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Toplam
TÜİK Sağlık Araş.(1)	2012								20.9
TKHRF, 2011(2)	2011	5,6	15,9	33,9	48,5	56,9	49,8	34,6	31.2
Ustu Y, 2012 (3)	2012								22.3

Kaynaklar

1. TÜİK Sağlık Araştırması 2012.
(http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223)
Son erişim tarihi:04.09.2014
2. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrrfat.pdf>) Son erişim tarihi:04.09.2014
3. Ustu Y, Uğurlu M, Aslan O. High prevalence of obesity in Tokat, a northern province of Turkey. J Pak Med Assoc. 2012 May;62(5):435-40.

KANSER MORTALİTESİ

Gül Ergör

Prof.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

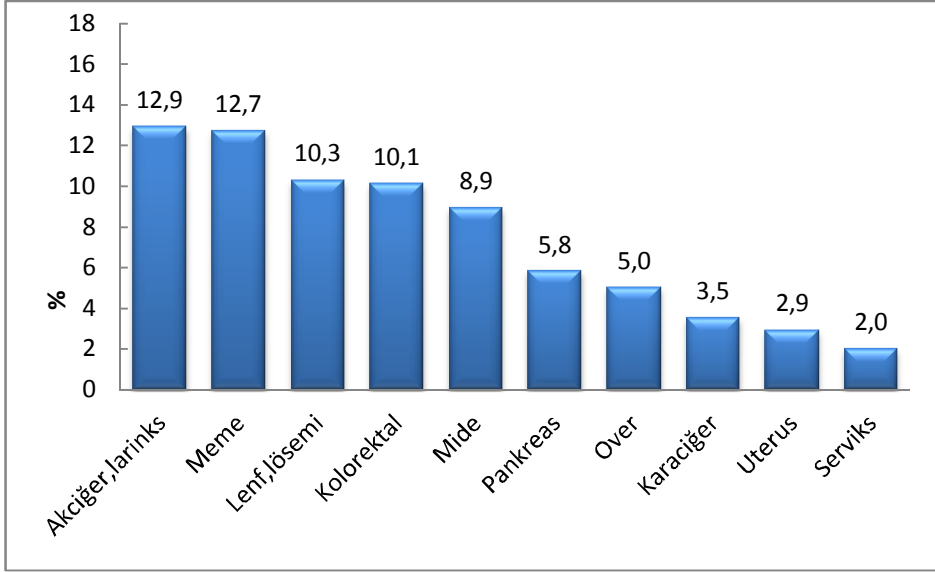
Türkiye’de TUIK’in topladığı ölüm kayıt sisteminin akpsayıcılığı ve niteliği kısıtlı olduğundan tam ve doğru veri elde edilememekte ve kanser mortalitesine ilişkin gerçeği yansıtan hızlar hesaplanamamaktadır. Ancak bildirilen kanser ölümlerinin nedenlere göre dağılımı incelenebilir.

Kadınlarda kanser mortalitesi

Kadınlardaki kanser ölümlerinin en sık görülen ilk iki nedeni akciğer/larinks kanserleriyle meme kanseridir(Şekil 4.1). Meme kanseri insidansı yüzbinde 39, akciğer kanseri insidansı yüzbinde 8 olmasına karşın, mortalitede akciğer kanseri, meme kanserinin biraz üzerinde yer almaktadır. Olasılıkla akciğer metastazlarının, primer ölüm nedeni olarak yazılması buna neden olmaktadır.

Karaciğer kanserinin de benzer olarak ölüm nedenleri içinde yer alması, olasılıkla metastazların primer neden olarak kayıt edilmesinden kaynaklanmaktadır, çünkü kanser insidansı sıralamasında ilk on kanser içinde yer almamasına karşın mortalitede sekizinci sıradadır. Beyin tümörü ölümleri TÜİK verilerinde bildirilmemiştir. Oysa Edirne, Ankara, Eskişehir, Samsun ve Trabzon’da 7-9 sırada yer aldığına göre olasılıkla kanser ölümleri içinde de mide kanseri ölümlerine yakın bir payı olması beklenir. Pankreas kanseri insidansta ilk on içinde yer almazken, ölüm nedenlerinde 6.sırada yer almıştır. Sadece Eskişehir’de ilk on kanser içinde pankreas görülmektedir, diğer illerde sıralamada yoktur.

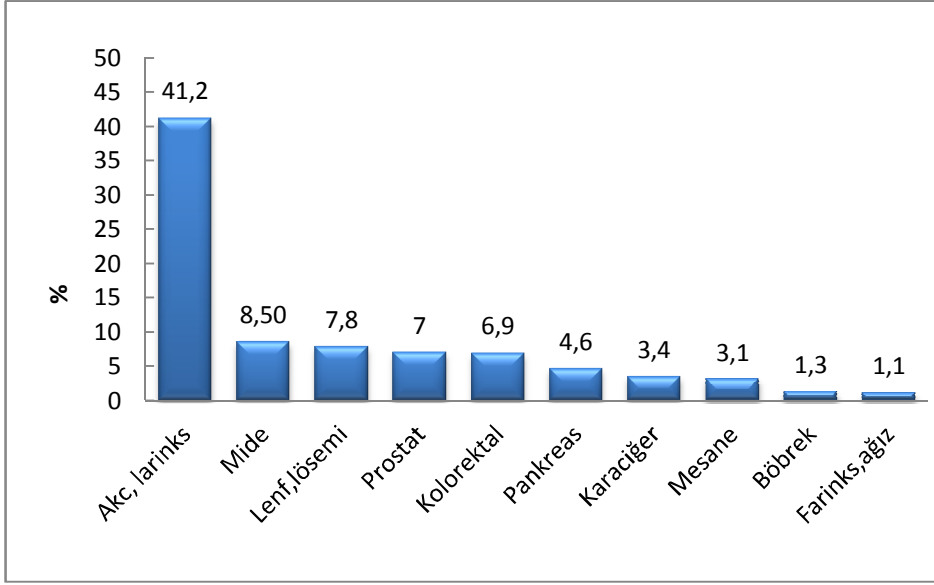
Dikkat çekici bir biçimde Edirne hariç tüm illerde tiroid kanseri ilk onda hatta Türkiye’de deri hariç 2.sırada yer almaktadır. Mortalitesi düşük bir kanser olması nedeniyle ölümler içinde ilk sıralarda bulunmamaktadır.

Şekil1. Türkiye’de kadınlarda 2009 yılındaki kanser ölümlerinin dağılımı

Erkeklerde kanser mortalitesi

Erkelerde kansere bağlı ölümlerin en büyük kısmını (%42) akciğer ve larinks kanserleri oluşturmaktadır. KC ve böbrek ilk on kanser içinde görülmediği halde ölüm nedenleri içinde 7.ve 9.sırada yer almaktadır. Beyin tümörü de insidansı 10. sırada olmasına karşın ölüm nedenlerinde ilk onda yer almamaktadır. Kadınlarda olduğu gibi beyin tümörü ölümlerinin %10 civarında olabileceği düşünülebilir. Farinks ve oral kavite kanserleri de ölümlerde 10 sırada görülürken, insidansta ilk onda değildir.

Mortalite ile ilgili sonuçlarda genellikle kanser bildirimlerinin diğer tanılara göre daha doğru olduğu birçok çalışmada saptanmıştır, fakat kanser türleri açısından, ölüm nedenlerinin insidans ve sağkalım verileriyle çok uyumlu olmadığı gözlenmektedir.

Şekil 2. Türkiye’de erkeklerde 2009 yılındaki kanser ölümlerinin dağılımı

Türkiye’de ölüm kayıt sisteminde 2009 yılından itibaren yeni ölüm bildirim sistemi uygulanmaya başlamıştır. Yeni sistemin ilerleyen dönemlerde ölüm verilerinin iyileştirilmesine katkı yapması olasıdır. Ölüm kayıtlarının nicelik ve nitelik açısından yetersizliğinin yanı sıra mevcut kayıtlara da ulaşamaması, ülkemizde kanser kontrol politikalarına temel oluşturması gereken ölüm verilerinin kullanılamaması anlamına gelmektedir. Ülkemizdeki kanser mortalitesine ilişkin DSÖ/IARC tarafından, insidans ve bölgedeki olası sağlıkım baz alınarak yapılan tahminlere <http://globocan.iarc.fr/> adresinden ulaşılabilir.

Kaynaklar

1. TÜİK 2009 Ölüm nedeni istatistikleri, Sayı: 10713, 06/09/2011.
2. Stewart B. W. And Kleihues P. (Eds): World Cancer Report. IARC Press.Lyon 2003.

TÜRKİYE’DE KANSER SÜRVEYANSI VE KANSER SIKLIĞI

Dünyada ve Türkiye’de Kanser Sürveyansı

Sultan Eser

**Doç.Dr. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, İzmir
Kanser Kayıt Merkezi, IARC İzmir Hub**

I. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Sürveyansı

Kanser kontrol çalışmalarının doğru ve etkin biçimde planlanabilmesi için, öncelikle kanserlerin toplumdaki kişi, yer ve zaman özelliklerini içeren tanımlayıcı özelliklerinin bilinmesine gereksinim vardır. Bu gereksinimin karşılanması amacıyla kurulan kanser kayıt sistemleri, malign hastalıkların toplum üzerindeki etkilerini tahmin ve kontrol edebilmek amacıyla kanserlerin ortaya çıkışı, özellikleri ve sonuçları hakkında sürekli ve sistematik olarak verilerin toplanması, işlenmesi, analizi ve değerlendirilmesini içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (1, 2, 3). Kanser kayıt merkezi ise, sürecin gerçekleşmesini sağlayan kuruluşlardır. Bu merkezlerden elde edilen veriler genel olarak epidemiyolojik araştırmalarda, kanser kontrol faaliyetlerinde, sağkalım ve yaşam kalitesinin belirlenmesinde kullanılmaktadır.

Kanser kayıt merkezleri nüfus tabanlı, hastane tabanlı ve patoloji tabanlı olmak üzere üç gruba ayrılmakla birlikte, hastane ve patoloji tabanlı merkezler, nüfus tabanlı olarak bilgi toplayan kanser kayıt merkezleri için veri kaynağı niteliğindedir. Bir toplumdaki kanser insidans, prevalans ve mortalite hızlarının hesaplanabilmesi nüfus tabanlı kanser kayıt merkezleri ile mümkündür. İlk modern nüfus tabanlı merkezinin 1926 Hamburg’da kurulmasının ardından gelişmiş ülkelerde giderek yaygınlaşmaya başlamıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık hizmetlerinin bulunabilirliğine, erişimine ve ulaşılabilirliğine ilişkin sorunlar, kaynak yetersizliği ve mevcut kaynakların etkin kullanılmaması, kansere yönelik hizmetlerin kurumsallaşmasını sağlayacak politik uygulamaların ve yasal düzenlemelerin yetersizliği gibi nedenlerle güçlü kanser kayıt sistemi yapılanmaları çoğunlukla gelişmiş ülkelerle sınırlı kalmıştır (1, 4).

Kanser epidemiyolojisi alanında yaşanan en önemli gelişmeler arasında DSÖ’ye bağlı olarak 1965 yılında Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu’nun (IARC-International Agency for Research on Cancer), 1966 yılında Uluslararası Kanser Kayıtçılar Birliği’nin (IACR-International Association of Cancer Registries) kurulmasıdır. IACR, tanımlanmış bir nüfusta kanser insidansı için veri toplayan ve analiz eden, ayrıca kanser tedavisinin sonuçlarıyla ilgilenen kanser kayıt merkezleri için bir üyelik organizasyonu niteliğindedir. IACR’a üye olan kayıt merkezlerinin sayısı 1979’da 87 iken, 2006 yılında 449’a yükselmiştir. IACR’ın düzenli olarak yayımladığı, ancak yüksek kaliteli verilerin yayına kabul edildiği Beş Kıtada Kanser İnsidansı (Cancer Incidence in Five Continents –CI5C) adlı süreli yayın, bu alandaki en önemli başvuru kaynağı olup 2013 yılında onuncu basımı yayımlanmıştır (5, 6).

Kanser Kayıtlılığı alanında yaşanan bir başka önemli gelişme, IARC tarafından ilgili pek çok kuruluşun da desteğiyle 2011 yılında başlatılan GICR (Global Initiative for Cancer Registry Development in Low-and Middle-IncomeCountries -Düşük ve orta gelirli ülkelerde Kanser Kayıtlılığının Gelişimi için Küresel Girişim) projesidir (<http://gicr.iarc.fr/>). Bu proje çerçevesindeki, tanımlanan sorumluluk bölgesindeki ülkelerde kanser kayıtlılığının geliştirilmesi ve veri kalitesinin artırılması ile görevlendirilen IARC Bölge Hubları (Merkezleri) oluşturulmuştur. İlk Bölge Hub'ı 2012 yılında Mumbai'de kurulmuştur. 2013 yılının Ekim ayında ise, İzmir Kanser Kayıt Merkezi, T.C. Sağlık Bakanlığı ve IARC arasında imzalanan bir protokol ile Kuzey Afrika, Batı ve Orta Asya bölgeleri için IARC ikinci Bölge Hub'ı olarak atanmış ve bölge ülkelerinde kanser kayıtlılığının ve kanser kayıt merkezlerinin gelişiminde eğitim, teknik destek ve bilimsel danışmanlık sağlamak üzere görevlendirilmiştir. Çalışmalarına başlamış olan diğer bölgesel merkezler ise Latin Amerika ve Sub-Saharan Afrika Hub'larıdır. Karayipler bölgesi ve Pasifik adaları için de Hub'lar oluşturulması planlanmaktadır.

Ülkemizde kanser, 1983 yılında bildirim zorunlu hastalıklar arasına alınmış ve tüm ülkeden pasif veri toplanmasına başlanmıştır. Ancak uluslararası standartlar gözetilmeden yürütülen bu sistem, ülkemizde kanser görülüşü açısından doğru ve geçerli herhangi bir bilimsel bilgi üretememiştir. Türkiye'de aktif veri toplamaya dayalı ilk nüfus tabanlı kanser kayıt merkezi 1992 yılında Massachusetts ve Ege Üniversiteleri ile TC Sağlık Bakanlığının bir protokolü ile İzmir'de kurulmuş ve çalışmalarını uluslararası kanser kayıtlılığı standartlarını gözeterek sürdürmüş, 2013 yılında ise yukarıda da belirtildiği gibi IARC Bölge Hub'ı konumuna yükseltilmiştir. Ülke genelinde, 2000'li yılların başlarından itibaren, İzmir Kanser Kayıt Merkezi örnek model olarak kabul edilip, sosyo-demografik açıdan bölgelerini temsilen seçilen Antalya, Trabzon, Samsun, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Ankara, Kocaeli, Bursa, Gaziantep ve Malatya, Mersin, İstanbul ve Adana olmak üzere toplam 15 il kademeli olarak, aktif kanser kayıt sistemi kapsamına alınmıştır (7). Yeni kurulan bu merkezlerin çalışanlarının başlangıç ve hizmet içi eğitimleri, verilerinin kalite kontrolü vb. bütün uzmanlık gerektiren işleri, İzmir Kanser Kayıt Merkezinin deneyimli ekibinin yol göstericiliği ile yürütülmektedir. CI5C IX dokuzuncu sürümünde İzmir ve Antalya; onuncu bölümünde ise İzmir ve Antalya'nın yanı sıra Edirne ve Trabzon kanser kayıt merkezlerinin verileri yayına kabul edilmiştir (5, 6). Diğer merkezlerde de veri tamlığı ve geçerliliğinin kabul edilebilir düzeylere yükseltilmesi ile ilgili çalışmalar yine İzmir Kanser Kayıt Merkezinin öncülüğünde sürdürülmektedir.

İzmir Kanser Kayıt Merkezinin çalışmaları başladığından bu yana, ülkemizde kanser kayıtlılığının kurumsallaşması yönünde ciddi gelişmeler olmuş, pek çok düzenleme yapılmış, kanser kayıtlılığı alanında ciddi bir bilgi birikimi oluşturulmuştur. Bununla birlikte, 2013 yılında, 2000 yılından bu yana izlenen sentinel sürveyans ile bölgelerini temsilen seçilmiş illerde kanser kayıtlılığının yürütülmesi kavramından vaz geçilerek, ülke nüfusunun tamamının nüfus tabanlı kanser kayıt merkezleri tarafından kapsanmasına karar verilmiş ve bütün illerde (81 il) Kanser Kayıt Merkezleri kurulmuştur. Bu kararın dayanağı kuşkusuz bilgiışlem alanında sağlanan gelişmelerdir. Ancak, sistemde oluşturulmuş hastalık kodlarının çekilmesi, kaliteli bir kanser kayıt sisteminin iş yükünün ancak çok

küçük bir parçasını oluşturup bu verinin özetlenip işlenmesi bilgili ve tecrübeli kanser kayıt elemanlarının yoğun emeğiyle mümkündür. İşlenen verinin analizlerinin yapıp kullanıma sunulması ve kullanımı ise kanser kayıtçılığı ve epidemiyolojisi alanında uzmanlaşmış epidemiyologları ve istatistik uzmanlarının varlığını gerektirmektedir. 81 ilde nüfus tabanlı kanser kayıt merkezinin kurulması ise, ülkemizde bu alanda zaten çok kısıtlı olan yetişmiş insan gücünün, var olan sistemin iyileştirilmesi yönünde etkin olarak kullanılmasını tehlikeye atmaktadır. 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 tamamının kapsanmasından elde edilecek ek yararın kanser kayıtçılığının yüksek maliyetinin altında kalacağı vurgulanmaktadır (8)

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.

II. Türkiye’de Kanser Görülüşü

A İnsidans

Kanser, diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de hastalık yükü açısından giderek daha da önemli hale gelmektedir. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması sonuçlarına göre, kardiyovasküler hastalıklardan sonra kanser ülkemizde en çok öldüren ikinci nedendir (9). Ülkemizde kanser görülüşüne ilişkin doğruluğu yüksek ilk yayın İzmir Kanser Kayıt merkezinin çalışmaları sonunda sunduğu İzmir’de 1993-94 kanser görülüşünü irdeleyen çalışmadır (10).

Burada, ülkedeki kanser görülüşünün değerlendirmesini yapmak için dört kaynak kullanılmıştır: 1) Globocan 2012 (<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>) (11): IARC tarafından ülkelerdeki kanser görülüşünü tahmin etmek üzere yapılan bu çalışmada, “bölgedeki mevcut en iyi veri” kullanılmaktadır. Globocan 2012 Türkiye tahminlerinde Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun ve Trabzon Kanser Kayıt Merkezlerinin 2005-2007 verileri, merkezlerin temsil ettiği bölgelerin nüfusuna göre ağırlıklandırılarak kullanılmış ve elde edilen hızlar, İzmir Kanser Kayıt Merkezi verisinin 2000-2007 verisinden hesaplanan cinsiyete ve yaşa özel yıllık yüzde değişimleri kullanılarak 2012 yılına projekte edilmiştir. 2) Beş Kıtada Kanser İnsidansı X. Basım (<http://ci5.iarc.fr/CI5-X/Default.aspx>) İzmir (2003-2007), (Antalya 2003-2007), Edirne (2004-2007), Trabzon (2005-2007) verileri (6) 3) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi Başkanlığı “2009 Kanser İstatistikleri” raporu (<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>): İzmir, Antalya, Bursa, Eskişehir, Samsun, Trabzon, Edirne, Erzurum, Ankara 2009 yılı verileri ile yapılmış hesaplamalar. 4) Eser ve

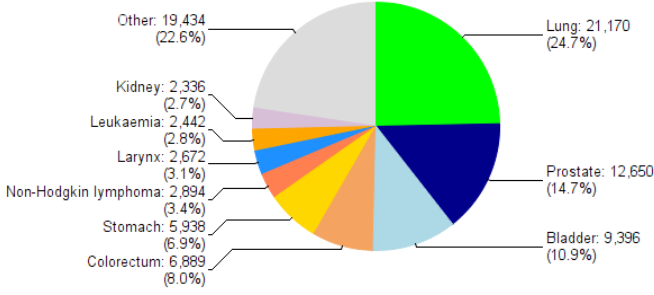
arkadaşları tarafından 2010 yılında yayımlanan Türkiye’de kanser görülüşüne ilişkin çalışma (12).

Ülkemizde yılda 148 000 (85 800 Erkek, 62 200 Kadın) yeni kanser olgusu (malign melanom dışı deri kanserleri hariç) tanı almaktadır. Kaba insidans hızları erkekler ve kadınlarda sırasıyla 231.0 ve 166.4 (yüz binde); yaşa standardize insidans hızları (YSH) aynı sırayla 257.0 ve 161.6’dır (yüzbinde, dünya standart nüfusu) (Globocan 2012) Erkekler ve kadınlarda en sık görülen kanser türleri ve göreceli sıklıkları Şekil 5.1 ve 5.2’de sunulmuştur. Şekil 5.3’te ise bu kanserlerin yaşa göre standardize edilmiş insidans ve mortalite hızları görülmektedir. Erkeklerde en sık görülen akciğer kanserini (%25) prostat (%14), mesane (%11), kolorektal (%8) ve mide (%6.9) kanserleri izlemektedir. Erkek kanserlerinin yarıya yakını (%38.7) sigara ile ilişkisi çok yüksek olan akciğer, mesane ve larinks kanserleri oluşturmaktadır. Diğer toplumlarla karşılaştırıldığında da, bu kanserler için saptanan YSH’larının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Ülkemizde her 8 erkekten birisi yaşamlarının bir döneminde akciğer, mesane ve larinks kanserlerinden birisine yakalanmaktadır (kümülatif risk %12.1)(11).

Kadınlarda ilk sıradaki meme kanseri olguları, kadınlarda görülen bütün kanserlerin dörtte birini oluşturmaktadır. Meme kanserini tiroit (%11.4), kolorektal (%8.1), mide (%6.7), korpus uteri (%6.1) ve akciğer kanserleri (%5.3) izlemektedir. Meme kanseri YSH, daha önceki yıllara göre artmış olmakla birlikte, hala çok yüksek olmayan, gelişmiş ülkelerdeki hızların 1/3-1/2’si olan hızlardır. Tiroit kanseri insidans hızı, dünyada pek çok bölgeden de bildirildiği gibi, hızla artmış ve en sık görülen ikinci kadın kanseri konumuna yükselmiştir. Tiroit kanserindeki bu insidans artışı büyük ölçüde tanı artışına bağlanmakta ancak maruziyet artışına bağlı risk artışının rolünün de araştırılması gerektiği vurgulanmaktadır (13).

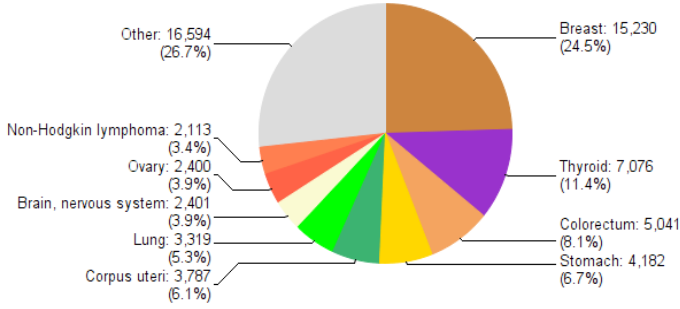
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi Başkanlığının “2009 Kanser İstatistikleri” raporunda (<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>) verilen sonuçlar bu projeksiyonla tutarlıdır. Ancak İzmir, Antalya, Bursa, Eskişehir, Samsun, Trabzon, Edirne, Erzurum, Ankara 2009 yılı verileri kullanılarak yapılmış bu hesaplamalarda bölgesel ağırlıklandırma kullanılmamış ve iki büyük şehir olan İzmir ve Ankara’nın kanser örüntüsü, tabloya hakim olmuştur. Bu da daha küçük bir nüfusla temsil edilen bölgelerdeki örüntünün (örneğin Trabzon’un temsil ettiği Doğu Karadeniz’de hem erkek hem kadında mide kanseri ve Erzurum’un temsil ettiği Doğu Anadolu bölgesinde yine her iki cinsiyette de mide kanseri ve özafagus kanserleri baskınlığının) ülke profiline yeterince yansıtılamamasına yol açmaktadır.

Şekil 1. Türkiye’de erkeklerde tahmin edilen kanser olgu sayıları, 2012



GLOBOCAN 2012 (IARC) - 15.9.2014

Şekil 2. Türkiye’de kadınlarda tahmin edilen kanser olgu sayıları, 2012



GLOBOCAN 2012 (IARC) - 15.9.2014

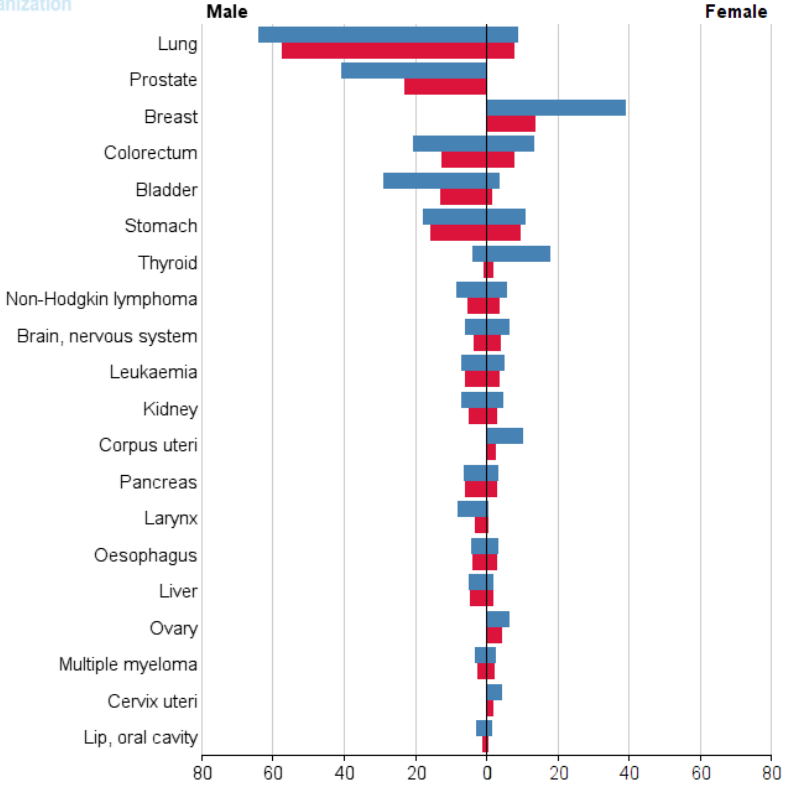
Şekil 3. Türkiye’de sık görülen kanser türlerinin yaşa standardize insidans ve mortalite hızları

International Agency for Research on Cancer



World Health Organization

Turkey
ASR (W)



GLOBOCAN 2012 (IARC) (15.9.2014)

■ Incidence
■ Mortality

Tablo 1. Türkiye’de erkeklerde sık görülen kanser türlerinin illere göre yaşa standardize insidans hızları¹

Kanser Türü	İzmir ² (2003-2007)	Edirne ² (2004-2007)	Antalya ² (2003-2007)	Trabzon ² (2005-2007)	Eskişehir ³ (2006)	Erzurum ³ (2006)	Bursa ³ (2006)	Samsun ³ (2006)	ICD-10
Akciğer	90.1	85.8	48.8	58.0	58.5	48.2	62.1	59.4	C33-34
Prostat	36.3	17.1	34.9	27.3	23.3	10.4	17.6	27.2	C61
Mesane	26.4	18.7	19.7	24.9	24.8	18.5	15.3	16.8	C67
Kolorektal	21.3	16.0	16.1	19.1	16.2	10.5	14.1	17	C18-20
Mide	13.6	16.6	11.7	23.4	10	30.5	14.1	14.7	C16
Larinks	11.7	11.2	6.8	10.2	8.2	11	10.2	10.2	C32
NHL	8.0	5.2	7.6	8.2	6.3	7.8	4.4	7.2	C82-85, C96
Beyin, MSS	5.9	6.8	5.6	3.8	6.1	5.3	3.7	6.0	C70-72
Pankreas	5.3	5.6	6.2	6.2	6.2	5.0	4.8	3.0	C25
Özofagus	2.6	1.4	1.5	2.1	2.9	14.1	2.4	3.3	C15

Böbrek	5.7	3.5	4.5	3.9	2.9	3.7	5.5	4.7	C64
Karaciğer	5.2	4.3	3.9	3.8	2.9	2.7	2.7	2.2	C22
Lenfoid Lösemi	4.2	3.2	4.0	4.8	3.6	3.2	0.7	3.4	C91
Myeloid Lösemi	3.4	2.9	4.1	3.8	3.0	2.5	1.3	3.6	C92-94
Testis	3.4	3.1	2.9	3.2	2.1	1.5	3.0	2.2	C62
Tiroit	3.4	2.0	2.1	2.8	1.7	1.7	1.9	2.7	C73
Multiple Myelom	2.5	2.3	2.2	3.3	3.1	2.5	0.9	2.9	C90
Hodgkin Hastalığı	2.3	1.6	1.7	2.7	1.4	2.9	1.5	2.2	C81
Yumuşak doku	2.1	0.8	2.0	2.4	1.8	2.9	1.9	2.2	C47-49
Malign melanom	2.1	1.9	1.9	1.7	0.7	1.1	1.1	1.4	C48
Tüm kanserler	315.1	267.9	237.8	263.9	227.6	218.2	199.4	228.6	Tüm
Deri hariç tüm kanser türleri	286.0	233.8	214.3	233.0	209.7	197.8	185.8	207.7	Tüm, MM hariç C44 dışı

¹ Yaş Standardize Hız, Dünya Standart Nüfusu, yüz binde² CI5C vol X, 2013 (6)³ Eser S ve ark, 2010 (12)

Tablo 2. Türkiye’de kadınlarda sık görülen kanser türlerinin illere göre yaşa standardize insidans hızları¹

Kanser Türü	İzmir² (2003-2007)	Edirne² (2004-2007)	Antalya² (2003-2007)	Trabzon² (2005-2007)	Eskişehir³ (2006)	Erzurum³ (2006)	Bursa³ (2006)	Samsun³ (2006)	ICD-10
Meme	42.8	31.1	36.0	33.3	35.3	30.7	30.5	31.1	<i>C50</i>
Tiroit	14.3	7.7	7.8	17.2	7.6	8.8	6.1	6.2	<i>C73</i>
Kolorektal	12.7	11.6	12.0	10.8	10.6	9.5	12.0	10.7	<i>C18-20</i>
Akciğer	10.0	5.5	6.6	5.2	8.7	10.6	4.9	7.3	<i>C33-34</i>
Uterus korpusu	10.0	7.8	7.8	5.5	8.4	4.2	7.0	5.8	<i>C54</i>
Mide	6.9	6.5	6.0	14.0	6.6	18.0	6.0	7.6	<i>C16</i>
Over	6.0	6.9	7.5	5.6	4.4	3.6	6.9	5.2	<i>C56</i>
NHL	5.6	3.8	5.2	4.6	3.0	5.3	3.7	4.1	<i>C82-85, C96</i>
Serviks Uteri	5.4	2.5	5.5	3.6	3.9	3.0	4.7	2.8	<i>C53</i>
Beyin, MSS	4.7	4.8	4.3	4.2	5.4	5.1	3.8	4.1	<i>C70-72</i>
Pankreas	3.2	2.9	3.5	2.7	4.1	2.4	2.7	3.5	<i>C25</i>
Mesane	3.3	1.8	3.2	1.8	2.7	2.4	2.4	1.7	<i>C67</i>
Böbrek	3.3	2.1	2.4	1.5	2.0	2.0	1.4	1.6	<i>C64</i>

Lenfoid Lösemi	2.8	2.4	2.0	1.8	2.2	1.1	0.5	3.1	<i>C91</i>
Myeloid Lösemi	2.6	3.3	2.5	2.2	1.1	3.0	1.2	2.7	<i>C92-94</i>
Multipl Myelom	2.1	1.1	1.8	1.7	2.4	0.3	0.6	1.9	<i>C90</i>
Karaciğer	1.9	2.2	2.0	0.9	1.9	1.2	1.1	1.4	<i>C22</i>
Yumuşak doku	1.8	1.6	1.5	1.9	0.7	0.5	1.3	2.5	<i>C47-49</i>
Özafagus	1.5	0.3	1.0	0.9	0.8	11.3	1.4	1.4	<i>C15</i>
Hodgkin Hastalığı	1.5	0.6	1.3	1.8	2.0	1.0	0.4	1.6	<i>C81</i>
Tüm kanserler	184.5	146.3	161.5	156.9	145.7	144.5	122.1	129.4	<i>Tüm</i>
Deri hariç tüm kanser türleri	163.2	123.2	141.3	136.1	129.8	133.7	110.5	118.3	<i>Tüm, MM hariç C44 dışı</i>

¹ Yaşa Standardize Hız, Dünya Standart Nüfusu, yüz binde ² CI5C vol X, 2013 (6) ³ Eser S ve ark, 2010 (12)

Tablo 5.1 ve 5.2’de erkek ve kadınlarda sık görülen kanserlerin illere göre yaşa standardize hızları sunulmuştur. İzmir, Edirne, Antalya ve Trabzon için CI5C X’da yayınlanan verileri (verilerin ait olduğu yıllar tabloda verilmiştir), Eskişehir, Erzurum, Bursa ve Samsun için ise 2006 verileriyle yapılan değerlendirme sonuçları kullanılmıştır (12). Ülkemizde gerek toplam insidans hızı, gerekse sık görülen kanser türlerinin dağılımı açısından iller arasında farklılıklar bulunmaktadır. Erkeklerde tüm kanser türleri için en yüksek insidans hızları İzmir (yüz binde 315), Edirne (yüz binde 267), Trabzon (yüz binde 263) ve Antalya’da (yüz binde 231.1) gözlenirken, en düşük hızlara sahip olan iller Bursa (yüz binde 199.4) ve Erzurum’dur (218.2). Akciğer kanseri YSH, İzmir’de en yüksek olmak üzere kanser kayıt merkezi bulunan sekiz ilde erkeklerde birinci sıradadır. İzmir’de erkeklerde görülen akciğer kanseri YSH (yüzbinde 90.1), CI5C X’da sunulan dünyadaki en yüksek hızdır. Akciğerden sonra Erzurum’da mide, mesane ve özofagus kanserlerinin insidansı çok yüksek iken, İzmir’de prostat ve mesane, Edirne’de mesane ve kolorektal kanserler yaygındır. Benzer farklılıklar kadınlar için de söz konusudur. Erzurum’da akciğer kanseri insidansının kadınlarda en yüksek, erkeklerde ise en düşük olması dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum Türk Toraks Derneğinin 2005-2006 yıllarında yapılan çalışmasında da ortaya konulmuştur. Bu çalışmada ortaya çıkan bir başka sonuç da akciğer kanseri olguları arasında sigara içmeyenlerin oranının en yüksek olduğu ilin Erzurum olmasıdır (14).

Kadınlarda toplam kanser insidans hızının en yüksek olduğu iller İzmir (yüz binde 184.5) ve Antalya (yüz binde 161.5) iken, en düşük hızlar Bursa (yüz binde 122) ve Samsun’dadır (yüz binde 129.4). Meme kanseri tüm illerde en yaygın kanser türüdür. Meme kanserinden sonra İzmir ve Trabzon’da tiroit kanseri öne çıkarken, Eskişehir, Bursa, Antalya, Samsun ve Edirne’de kolorektal kanserler ikinci sırada bulunmaktadır. Erzurum’da ise erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da oldukça farklı olan kanser örüntüsü söz konusudur: ikinci sırada yer alan mide kanserini özofagus ve akciğer kanserleri izlemektedir.

İller arasındaki farklılıklardan bir ölçüde kayıt tamlığı ve sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyleri sorumlu tutulabilirse de, kanser örüntülerinde gözlenen bu farklılıklar daha çok risk faktörlerine maruziyet düzeylerindeki farklılıklar ile açıklanabilir durumdadır. Bütün illerde, erkeklerde sigaraya atfedilen oranların yüksek olduğu üç kanserin (akciğer, larinks, mesane) en sık görülen kanserler içinde yüksek YSH’lar ile yer alması, Erzurum’da mide ve özofagus kanserlerinin hem erkek hem de kadınlarda yüksek hızlarla üst sıralarda yer alması en dikkat çekici bulgulardır.

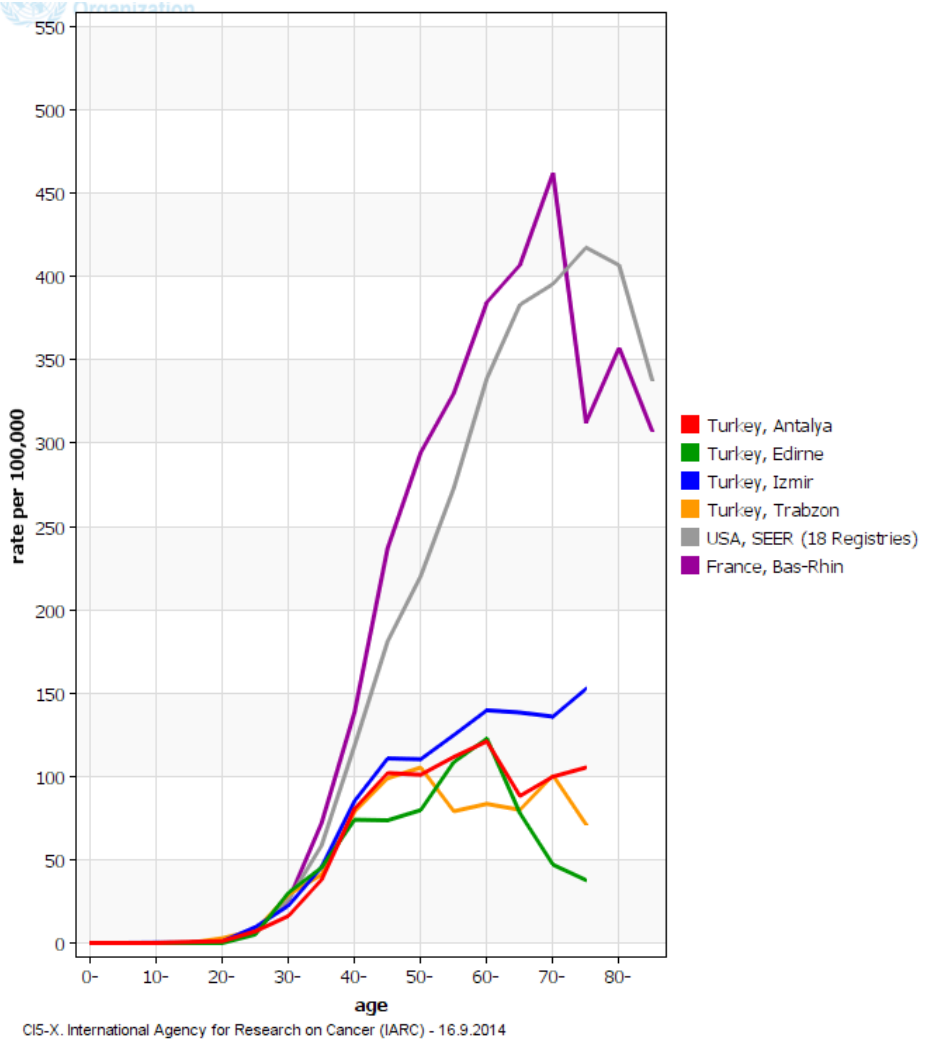
Dünyada nadir görülmesine karşın ülkemiz açısından önem taşıyan bir kanser türü de malign mezotelyomdur. Genellikle mesleki asbest maruziyetine bağlı olarak gelişen malign mezotelyom, ülkemizde bazı bölgelerde, özellikle kırsal alanlarda, jeolojik yapıdaki ak toprak” veya “çorak toprak” olarak adlandırılan erionit içeren toprağın, ısı ve su yalıtımı amacıyla evlerin çatısında örtü, duvarlarında sıva-badana amacıyla yaygın olarak kullanılmasına bağlı olarak, çevresel maruziyet nedeniyle endemik olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durum ilk olarak otuz yıl önce İzzettin Barış ve arkadaşlarının, Kapodokya’dan gelen malign mezotelyom

hastalarının dikkatlerini çekmesi ile başladıkları epidemiyolojik çalışmalarla ortaya konmuştur (15, 16). Kapodokya'nın bazı köylerinde malign mezotelyom insidans hızı milyonda 2200 – 8000 olarak bildirilmiştir (17, 18, 19). Erionit ile kırsal alanda yaşanan bu temas şekli 1980'li yılların sonuna dek Kapodokya dışındaki bazı bölgelerde de yoğun biçimde devam etmiştir. Türkiye'de temasın en yoğun olduğu bilinen kırsal alanları kapsayan iller Eskişehir, Kütahya, Bilecik, Yozgat, Sivas, Diyarbakır'dır (16).

B. Yaşa özel insidans hızları

İzmir, Antalya, Edirne ve Trabzon'da tüm kanserler ya da diğer kanser türleri için saptanmış olan yaşa özel insidans hızları CI5C X'da (6) görülebilir. Burada yalnızca kadınlarda meme kanseri yaşa özel insidansları incelenecektir.

Ülkemizde meme kanseri örüntüsünün farklı olduğu, görülme yaşının gelişmiş ülkelerdekinden daha erken olduğu yönünde bir görüş oluşmuştur. Doğru olmayan bu yorumun gerekçesi, ülkemizdeki genç yaştaki meme kanseri hastalarının oranının gelişmiş ülkelerdeki oranlara göre daha yüksek olmasıdır. Örneğin 2003-2007 aralığında, 50 yaş altı olgular bütün olguların İzmir'de %40, Antalya'da %47.7, Trabzon'da %45.9, Edirne'de %43.8'ini oluştururken bu oranlar ABD'de (SEER 18 merkez) %23.4, Fransa'da %22.1'dir (CI5C X) (6). Ancak bu örüntünün nedeni, ülkemizdeki genç yaşlardaki kadınlarda meme kanseri sıklığının, yani riskinin yüksekliği değildir. Şekil 5.4'te görüleceği gibi, hiç bir yaş grubunda ülkemizdeki insidans hızı (hastalık sıklığı) gelişmiş ülkelerdekenden (örn. Fransa ve ABD) daha yüksek olmadığı gibi, kendi içinde de genç yaşlardaki insidans hızları ileri yaşlardaki hızlardan daha düşüktür. Ülkemizdeki genç yaştaki meme kanseri hasta oranının gelişmiş ülkelerdekenden yüksek olma nedeni, ülkemizin nüfus yapısının genç ve özellikle ileri yaşlardaki meme kanseri sıklığının gelişmiş ülkelerdekenden oldukça düşük olmasıdır.

Şekil 4. Meme kanseri yaşa özel insidans hızları, 2003-2007

C. Zaman Eğilimleri

Bugüne kadar özellikle İzmir Kanser Kayıt Merkezi tarafından gerek yayınlanmış (5, 6, 10, 21, 22, 23, 24) gerekse çeşitli bilimsel toplantılarda (MECC izleme toplantıları, Kanser Haftası sempozyumları vb) sunulmuş verileri ve Kanser Daire Başkanlığının sayfasında Türkiye için sunulmuş daha kısa zaman aralığını içeren grafikleri (<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>) inceleyerek iki dönemde sık görülen kanserlerin zaman eğilimlerini özetlersek:

- 1) 1993 (İzmir Kanser Kayıt Merkezinin ilk insidans serisi) - 2007 yılları:

- ✓ Akciğer, mesane, prostat, kolorektal kanserlerinde belirgin artış eğilimi; larinks kanseri stabil
- ✓ Meme, kolorektal, tiroit, korpus uterus kanserlerinde belirgin artış eğilimi; serviks kanseri stabil.
- ✓ Özellikle sağlık sisteminde hizmet sunumunda değişikliğe gidildiği 2003 yılından itibaren büyük ölçüde tanı artışına bağlı olarak, yavaş ilerleyen kanserlerin (troit, prostat ve meme kanserleri) insidansında keskin artışlar;

2) 2008-2010

2008 yılından itibaren hemen hemen bütün kanserlerin insidans hızlarında düşüş eğilimi gözlenmektedir. Tiroit, prostat gibi öncesinde çok hızlı artış gösteren kanserler bile ya düşüş trendi göstermekte ya da artış trendinde azalma gözlenmektedir. Bu eğilimleri aslında her kanser için tek tek değerlendirmek gerekir. Ancak her kanser için farklı risk faktörlerinin söz konusu olduğu göz önüne alındığında, böyle birçok kanser türü için eş zamanlı olarak gözlenen düşüş eğilimini, gerçek bir düşüş eğilimi olarak değerlendirip risk faktörlerine maruziyetin azaltılmış olmasıyla açıklamak gerçekçi olmayacaktır. Bu eğilimin olası nedenleri şöyle sıralanabilir:

- a) Nüfus bilgisinin kaynağındaki değişme: İnsidans hızı hesaplamalarında payda olarak 2007 yılına kadar İl Sağlık Müdürlüklerinden EFT (Ev Halkı Tesbit Fişi) çalışmalarıyla elde edilmiş olan yıl ortası nüfus bilgileri kullanılmaktaydı; 2007 yılı ve sonrasında ise sağlık sistemindeki dönüşüm nedeniyle bu bilgi elde edilemez oldu. Yine 2007 yılında TÜİK tarafından “adrese dayalı nüfus kayıt sistemi” kullanılarak yıllık nüfus tahminleri yapılmaya başlandı. İnsidans hızı hesaplamalarında, 2007 yılından itibaren TÜİK tarafından açıklanan bu nüfuslar kullanılmaktadır.
- b) Yine 2007 yılına kadar, hastanın ikamet bilgisi kaynak kurum dosyasına hastanın beyanı ile kaydedilmekteydi. İl dışından gelen bazı hastaların adres olarak ildeki tanıdıklarının adreslerini verdikleri ve bu bilginin geçerliliğinin bir ölçüde sorunlu olabileceği bilinmekteydi. İzmir’de yapılmış bir çalışmada, 2005 yılında İzmir Kanser Kayıt Merkezi veri tabanında İzmir adresli olarak kayıtlı akciğer kanseri olgularının %5’inin aslında il dışında ikamet ettikleri bulunmuştu (14). 2008 yılından itibaren ise kaynak kurumlar, işletim sistemlerini yapılandırdıkça, dereceli olarak, hastalarının sosyodemografik bilgilerini, dolayısı ile “ikamet yeri” bilgisini de, TÜİK tarafından oluşturulup İçişleri Bakanlığına devredilen “adrese dayalı nüfus kayıt sistemi”nden elektronik olarak çekmeye başladılar. 2008 ve sonrasında adreslerin daha doğru olarak kaydedilmesinin de, il dışı ikametli olguların daha iyi ayrılıp insidans veri tabanlarına

dahil edilmemesine yol açması beklenir. Bu da doğal olarak insidans hızlarında genel bir düşüş eğilimi ile sonuçlanacaktır.

D. Mortalite

Türkiye’de ölüm kayıt sisteminden tam ve doğru veri elde edilememektedir. Bu nedenle, kanser mortalitesine ilişkin gerçeği yansıtan hızlar hesaplanamamaktadır. Ülkemizde, 2009 yılından TÜİK tarafından itibaren yeni ölüm bildirim sistemi uygulanmaya konmuştur. 2013 yılında ise Sağlık Bakanlığı webtabanlı bildirim sistemini başlatmıştır. Ancak henüz bu sistemlerden yüzdelere dışında, mortalite hızlarını içeren bir rapor yayımlanmamıştır. Yeni sistemin ilerleyen dönemlerde ölüm verilerinin iyileştirilmesine katkı yapması olasıdır. Ölüm kayıtlarının nicelik ve nitelik açısından yetersizliğinin yanı sıra mevcut kayıtlara da ulaşamaması, ülkemizde kanser kontrol politikalarına temel oluşturması gereken ölüm verilerinin kullanılamaması anlamına gelmektedir. Ülkemizdeki kanser mortalitesine ilişkin DSÖ/IARC tarafından, insidans ve bölgedeki olası sağkalmı baz alınarak yapılan tahminlere göre erkeklerde akciğer, kadınlarda meme kanserleri mortalitesi en yüksek kanserlerdir (Şekil 5.3) (11).

E. Sağkalmı

Türkiye’de kanser hastalarının sağkalmına ilişkin nüfus tabanlı tek çalışma, İzmir Kanser Kayıt Merkezi’nin seçilmiş bazı kanserler için hasta izlemelerini tamamlayarak yürüttüğü çalışmadır. Buna göre İzmir’de beş yıllık rölatif sağkalmı (27,28) hızları meme kanseri için %77, mesane kanseri için %70, kolon kanseri için %53, rektum kanseri için %52, non-Hodgkin lenfoma için %50 ve serviks kanseri için %58’dir. Bu hızlarda iki cinsiyet arasında kadınların lehine farklılık bulunmaktadır (29, 30). Ülkemizde 2000’li yılların sonlarında başlatılan kişiye özel kimlik numarası ve adrese dayalı nüfus kaydı uygulamaları, kanser kayıt merkezlerinin insidans ile ilgili veri kalitelerinin yükselmesini sağlamasının yanı sıra, yüksek oranlarda hasta izlemleri yapabilmelerine de olanak sağlamıştır. Bu da bundan sonrasında sağkalmı hızlarının kayıt merkezleri bazında rutin olarak çalışılıp sunulabilmesini sağlayacaktır.

III. Sonuç

- ✓ Ülkemizde, erkeklerde en sık görülen kanser türleri, sigaraya atfedilen oranların yüksek olduğu kanserlerdir (akciğer, larinks, mesane) ve bu kanserler için saptanan insidans hızları halen çok yüksektir. Ülkemizde her 8 erkekten birisi yaşamlarının bir döneminde akciğer, mesane ve larinks kanserlerinden birisine yakalanmaktadır
- ✓ Kadınlarda birçok ülkede olduğu gibi meme kanseri ilk sırada yer almaktadır.

- ✓ Troid kanseri insidansı, dünyanın başka ülkelerinden de bildirildiği gibi, büyük ölçüde tanı artışına bağlı olarak, hızla artmış ve kadınlarda ikinci sıraya yerleşmiştir.
- ✓ Serviks uteri kanseri, düşük hızlarda seyretmekte ve yükselme eğilimi göstermemektedir.
- ✓ Beslenme alışkanlıklarının farklılaşması, obezite, fiziksel aktivite kısıtlılığı gibi risk faktörlerine maruziyetin artışına bağlı olarak her iki cinsten de kolorektal kanser insidansı artmaktadır.
- ✓ Erzurum'da hem erkekler, hem de kadınlarda saptanan yüksek özafagus kanseri insidans hızları, "Çin'in kuzey eyaletlerinden İran'da Hazar denizi kıyı bölgesine kadar uzanan" şeklinde tanımlanan "özafagus kanseri kuşağı"nın sınırlarını, Türkiye'nin Doğu Anadolu Bölgesini de katarak uzatmıştır.
- ✓ Erzurum ve Trabzon'da mide kanseri görülüşü her iki cinsiyette de dikkat çekecek kadar yüksektir.
- ✓ Akciğer, prostat, meme, mesane, troit, kolorektal, uterus korpusu kanserlerinde belirgin artış eğilimi söz konusudur.
- ✓ Sonuç olarak ülkemizde en sık görülen kanser türlerinin önlenabilir nitelikte olduğu söylenebilir. Bu durum, Türkiye'de kanser kontrol faaliyetlerinin başarısı için koruyucu ve önleyici halk sağlığı müdahalelerine öncelik verilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin ortadan kaldırılarak erken tanı ve tedavi olanaklarının artırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kaynaklar

1. Jensen OM, Parkin DM, Maclellan R, Muir CS, Skeet RG., World Health Organization International Agency for Research on Cancer, International Association of Cancer Registries. Cancer Registration Principles and Methods. IARC Scientific Publication, No: 95, Lyon, France, 1991
2. Parkin DM, The evolution of the population-based cancer registry, Nature Publishing Group, August 2006, Vol 6, 603-612
3. Silva I.S. Cancer epidemiology: principles and methods. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Lyon, France, 1999
4. Parkin DM, The evolution of the population-based cancer registry, Nature Publishing Group, August 2006, Vol 6, 603-612
5. Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, Boyle P. Cancer incidence in five continents, Vol IX., IARC Scientific Publications No: 160, Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2007

6. Forman D, Bray F, Steliarova-Foucher E, Ferlay J, eds (2012). Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X. Erişim Adresi: <http://ci5.iarc.fr/Ci5-X/ci5-X.htm> Erişim Tarihi:16.10.2014
7. Tuncer M, Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, Ulusal Kanser Kontrol Planı Bakanlık yayın no: 760 Nisan-2009)
8. Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A, Wang SA, Parkin DM, Planning and Developing Population-Based Cancer Registration in Low- and Middle-Income Settings, IARC technical publication, no. 43, Lyon, 2014
9. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık yüğü final raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. (Aralık 2004).
10. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM, Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from Izmir Cancer Registry. Eur J Cancer, 2001, 37, 83-92,
11. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F, GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet], Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. <http://globocan.iarc.fr>, erişim 15.10.2014
12. Eser S, Yakut C, Ozdemir R, et al. Cancer Incidence Rates in Turkey in 2006: A Detailed RegistryBased Estimation. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2010; 11:1731-39
13. Pellegriti G, Frasca F, Regalbuto C, Squatrito S, Vigneri R, Worldwide Increasing Incidence of Thyroid Cancer: Update on Epidemiology and Risk Factors, Journal of Cancer Epidemiology, vol 2013, Article ID 965212, 10 pages, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/965212>
14. Türkiye'nin Akciğer Kanseri Haritası, Türk Toraks Derneği, yayınlamamış çalışma
15. Baris YI, Sahin AA, Ozesmi M, ve ark. An outbreak of pleural mesothelioma and chronic fibrosing pleurisy in the village of Karain/Urgup in Anatolia. Thorax 1978; 33:181-192.
16. Baris YI, Bilir N, Artvinli M, ve ark. An epidemiological study in an Anatolian village environmentally exposed to tremolite asbestos. Br J Ind Med 1988; 45:838-840.
17. Baris I, Simonato L, Artvinli M, ve ark. Epidemiological and environmental evidence of the health effects of exposure to erionite fibres: a four-year study in the Cappadocian region of Turkey. Int J Cancer 1987; 39:10-17.
18. Baris B, Demir AU, Shehu V, ve ark. Environmental fibrous zeolite (erionite) exposure and malignant tumors other than mesothelioma. J Environ Pathol Toxicol Oncol 1996; 15:183-189.

19. Baris YI, Grandjean P. Prospective study of mesothelioma mortality in Turkish villages with exposure to fibrous zeolite. J Natl Cancer Inst 2006; 98:414-417.
20. Metintaş M., Mezotelyomanın Türkiye için epidemiyolojik özellikleri, <http://www.uhod.org/>
21. Eser S, Ozalan S, Yakut C, Nazli T, Ozkan M. Cancer Incidence in Izmir, Turkey, 1996-2000. Turkish Journal of Public Health. 2007; 5(1):36-46
22. Eser S, Zorlu F, Divrik RT, Çal Ç, Özkan M, Kırklalı Z. Incidence and Epidemiological Features of Cancers of the Genitourinary Tract in Izmir between 1993-2002. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2009; 10:491-496
23. Eser S, Özdemir R, Dünya ve Türkiye’de mesane kanseri epidemiyolojisi, Üroonkoloji bülteni, 11:1, Mart 2012
24. M.A. Moore, S. Eser, N. Iginov, S. Iginov, S.M. Mousavi, A. Mousavi-Jarrah, M. Mohaghegi, G. Ozenturk, M. Soipova, M. Tuncer, T. Sobue, "Cancer Epidemiology in North-Western and Central Asia", Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Cilt 11 Asian Pacific Cancer Epidemiology Supplement, 15-32, March 2010
25. Znaor A, van den Hurk C, Primic-Zakelj Mc, Agius D, Coza , Demetriou A f, Dimitrova N, Eser S, Karakilinc H, Zivkovic S, Bray Fk, Coebergh J.W, Cancer incidence and mortality patterns in South Eastern Europe in the last decade: Gaps persist compared with the rest of Europe, Eur J Cancer 49 (2013) 1683-1691
26. Eser S, Yakut C, Özalan S, Özdemir R, Göksel T. İzmir’de Akciğer Kanser Hızı Gerçekten Yüksek mi? Kalite kontrolü olarak bir adres kaydı doğrulama çalışması. Turkish Journal of Public Health. 2009; 7(2):51-55.
27. Parkin DM, Hakulinen TA, Analysis of Survival, s: 168, içinde: Ed.Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R ve ark. Cancer Registration: Principles and Methods, IARC Scientific Publication No. 95, Lyon, France, 1991 <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp95/sp95-chap12.pdf>
28. Dos Santos Silva I, Cancer Epidemiology: Principles and Methods, Introduction to survival analysis, s: 263, IARC Nonserial Publication, Lyon, France 1999 <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/cancerepi/index.php>
29. Eser S. Cancer survival in Izmir, Turkey 1995-1997. In Cancer survival in Africa, Asia, the Calibbean and Central America. Eds. Sankaranarayanan R, Swaminathan R. International Agency for Research on Cancer Scientific Publication No: 162, Lyon, 2011: 237-42.
30. Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Brenner H, et al. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America. Lancet Oncology, 2010; 11:165-173.

Kanserden Korunma

Gül Ergör

Prof.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Yaşam biçimini değiştirmek kanser mortalitesi % 50 oranında azaltabilmektedir. Kanserlerin yaklaşık üçte ikisi sigara, kötü beslenme ve egzersiz yapmamaya bağlıdır. Bu nedenler önlenabilir ve değiştirilebilir faktörler olduğu için kanserde koruyuculuk önemlidir. Koruyuculuk alanında, kanserde ikincil koruma olan erken tanıdan çok kanserin oluşmasını engellemeye yönelik birincil korumaya öncelik verilmelidir.

Tütün kullanımının önlenmesi, beslenmede risk faktörlerinden uzak durulması, fizik aktivitenin artırılması gibi yaşam koşulları ve alışkanlıklara ilişkin değişiklikler birincil korumaya, yani hastalık oluşmadan önlem almaya yönelik örneklerdir. Mammografi, gaitada gizli kan, rektosigmoidoskopi taraması gibi yöntemler ise erken tanı yani ikincil korumaya yönelik yöntemlerdir. Birincil koruma ile kanser insidansı düşürülebilirken, ikincil koruma ile ancak erken tanı konarak, kansere yakalananlarda azalma olmadan, tanı alanların yaşam süreleri uzatılabilir. Bu konuda da bazı tartışmalar vardır, örneğin mammografinin hangi yaştan itibaren ve ne sıklıkta yapılmasının sağkalım üzerine ne kadar etkili olduğu hala kesinlik kazanmış değildir. Bu konuda yeni müdahale çalışmaları ve sistematik derlemelere gereksinim vardır. Dünya Kanser Araştırma Fonu ve Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü'nün 2007 de yayınladığı raporda, konunun uzmanları tarafından eldeki tüm yayınlar ve araştırmalar incelenerek, kanserden korunma ile ilgili önerilere yer verilmiştir. Sonuç olarak elimizdeki kanıt değeri yüksek olan araştırma bulgularına göre kesinleşen önerilen şunlardır:

1. Normal Beden Kütle İndeksi sınırları içinde olabildiğince ince olmak: Toplumun BKİ ortalanca değeri 21-23 arasında olmalıdır. Bir toplumda yüksek kilolu ve obez olan kişiler 10 yıl içinde bu günkü düzeyinin altında olmalıdır.
2. Günlük yaşamın bir parçası olarak fizik aktivitede bulunmak: Her 10 yılda sedanter yaşamı olan toplum kesiminin yarıya inmesi hedeflenmelidir.

3. Enerjisi yüksek gıdaların tüketilmesini kısıtlamak, şekerli içeceklerden uzak durmak: İçine şeker eklenmiş içeceklerin toplumdaki tüketiminin her 10 yılda yarılanmasını hedeflemek.
4. Bitkisel kökenli yiyecekleri daha çok tüketmek: Toplumda, nişasta içermeyen sebze ve meyveler için ortalama günlük tüketimi en az 600 gr olmalıdır.
5. Kırmızı etin tüketimi azaltmak ve işlenmiş etlerden uzak durmak: Kırmızı et için ortalama haftalık tüketim 300 g dan fazla olmamalıdır, bunun çok az bir miktarı işlenmiş et olmalıdır.
6. Alkollü içecekleri azaltmak: Önerilen miktardan fazla tüketenlerin her 10 yılda üçte birinin azaltılmasını sağlanmalıdır.
7. Tuz tüketimini azaltmak, küflenmiş tahıl ve benzeri gıdalardan uzak durmak: Tüm gıdalardan alınacak günlük tuz tüketimi 5 g dan az olmalıdır. Her 10 yılda toplumda 6 g dan fazla tuz tüketenlerin yarıya inmesi hedeflenmelidir. Küflenmiş gıdalardaki aflatoksin maruziyeti en aza indirilmelidir.
8. Gerekli tüm besin maddelerini sadece yiyeceklerden elde etmek: Vitamin, mineral gibi maddelerin ilaçlardan elde edilmesini en aza indirilmesi hedeflenmelidir, besinlerden alınması sağlanmalıdır.
9. Annelerin anne sütü vermesini desteklemek: Annelerin çoğunluğunun, 6 ay boyunca sadece anne sütü vermesi sağlanmalıdır.
10. Kanseri yenenlerin kanserden korunma önerilerine uymasını sağlamak: Kanser tanısı almış ve yaşamını sürdüren kişilerin, özel olarak eğitilmiş personelden, beslenme konusunda destek almaları sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. TÜİK 2009 Ölüm nedeni istatistikleri, Sayı: 10713, 06/09/2011.
2. Stewart B. W. And Kleihues P. (Eds): World Cancer Report. IARC Press.Lyon 2003.
3. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research, Food Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR,2007.

RUH SAĞLIĞI

Yıldız Akvardar

Prof.Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

Günümüzde ruhsal/zihinsel sorun, belirti ve bozukluk yaygınlıkları, tıbbi ve toplumsal özellikleriyle ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Tüm dünyada, birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranların yaklaşık dörtte birinde ruhsal bir bozukluk; onda birinde eşik altı bozukluk, üçte birinde ise ruhsal belirti bulunmaktadır (1). Toplumun yaklaşık üçte birinde, yaşamları boyunca, klinik düzeyde sağaltım gerektirir şiddette ruhsal bir bozukluk gelişeceği tahmin edilmektedir. Ülkemizdeki alan araştırmaları, toplum içinde psikiyatrik yardım gerektirir ruhsal bozuklukların %20'nin üzerinde yaygınlığa sahip olduğunu göstermektedir.

Psikiyatrik epidemiyolojinin klinik, araştırma ve sağlık politikası alanlarında önemli katkıları olmuştur (2). Psikiyatrik hastalıkların gidişi, birlikte görülmeleri hakkında veri toplanması, olası risk faktörlerinin tanımlanması, neden oldukları işlevsel bozukluğun ölçülmesi, ruhsal sağlık politikalarının oluşturulması ve tedavi olanaklarına ulaşma ve ruhsal sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda bilgiler sağlamaktadır.

Epidemiyolojik verilerin politikada kullanımına ilişkin en belirgin gösterge Dünya Bankası ve DSÖ'nün birlikte yayınladığı Küresel Hastalık Yüğü Çalışmasıdır. Buna göre;

- Dünyada yetersizlik (disability) nedenlerinden ilk on nedenden beşi ruhsal bozukluklardır (major depresyon, şizofreni, bipolar bozukluklar, alkol kullanımı, obsesif kompulsif bozukluk).
- Son 20 yıllık verilere göre bu bozukluklar arasında major depresyon yetersizlik nedenleri arasında 4. sıradadır.
- Depresif hastalık insidansı yaşla artmaktadır, depresyonun 2020'de hastalık yükü sıralamasında ikinci duruma geleceği tahmin edilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olan Epidemiologic Catchment Area (1980'ler) National Comorbidity Survey (1990'lar) çalışmaları toplumda ruhsal

sorunlarının sıklığı konusunda veri sunmaktadır. Bu surveylerde bir yıllık süre içinde Amerikan erişkin nüfusunun %22-23'ünde (44 milyon kişide) tanı konulabilir bir ruhsal bozukluk olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1).

Türkiye'de ruhsal sorunların sıklığı

Türkiye'de ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalığın 15-59 yaş grubunda DALY dağılımlarına bakıldığında kadınlarda birinci sırada %9,8 ile unipolar depresif hastalıklar yer almaktadır (3). Unipolar depresif hastalıklar bu yaş grubunda DALY'ler içinde toplamda %7,0 ile ikinci sırada, erkeklerde %4,5 ile dördüncü sırada saptanmıştır. Erkeklerde alkol kullanım bozuklukları %3,1 ile üçüncü sırada, toplamda şizofreni %1,9 ile onuncu sırada yer almaktadır.

Hastalık yükünü oluşturan ilk 20 hastalık arasında erkeklerde dokuzuncu sırada unipolar depresif hastalıklar (%2,6), on ikinci sırada alkol kullanım bozuklukları (%1,8), yirminci sırada şizofreni (%1); kadınlarda dördüncü sırada unipolar depresif hastalıklar (%5,4) yer almaktadır.

Nöropsikiyatrik hastalıklar erkeklerde hastalık yükünün %12'sini, kadınlarda %15'ini oluşturmaktadır (Şekil 6.1).

Sakatlığa bağlı kaybedilen yaşam yılları değerlendirildiğinde ilk 20 hastalık içinde erkeklerde unipolar depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, alzheimer ve diğer demanslar, bipolar afektif bozukluklar, madde kullanım bozukluğu, migren yer almaktadır. Kadınlarda unipolar depresif bozukluk, migren, şizofreni, alzheimer ve diğer demanslar, bipolar bozukluklar ve panik bozukluğu yer almaktadır.

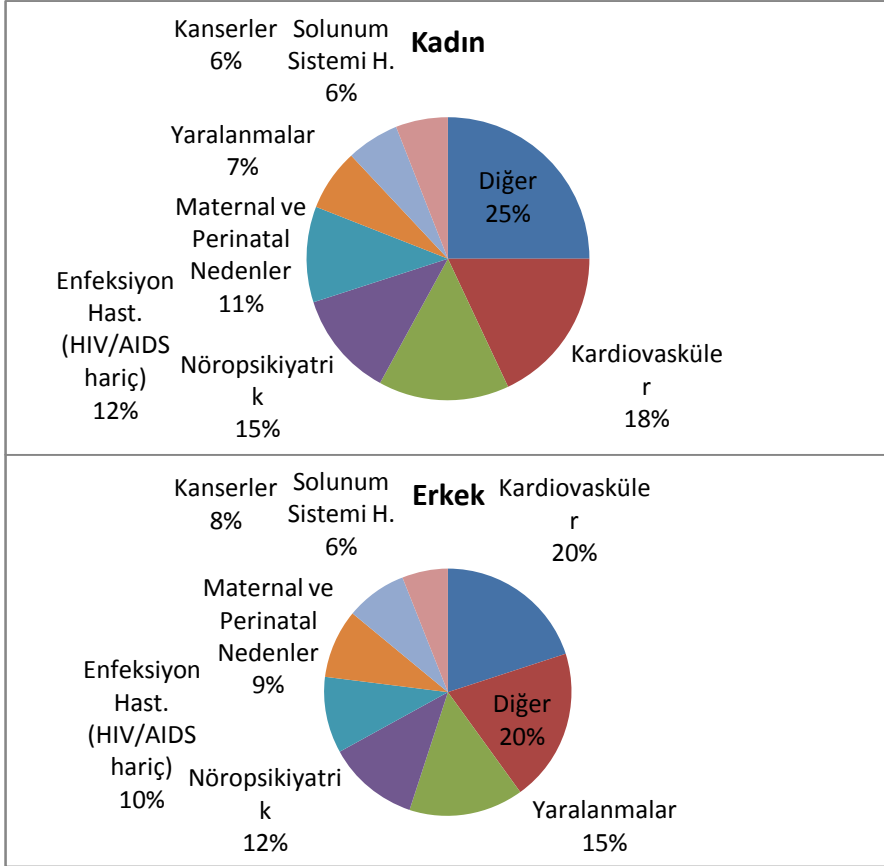
Ülkemizde yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışmaları ya özel topluluklarda ya da yerel örneklemelerle yapılmıştır (4). Bu çalışmaların sonuçlarına göre ülkemizde tanı konacak düzeyde ruhsal hastalık yaygınlığı %20 dolayındadır.

Tablo 1. ECA ve NCS’de saptanan 1-yıllık ruhsal bozukluk prevalansı (18-54 yaşlar)

<i>Ruhsal Bozukluk</i>	ECA(%)	NCS(%)
Herhangi bozukluk	28.1	23.4
Alkol-madde dışı bozukluk	22.1	
Madde ile komorbid bozukluk	3.3	
Madde kullanım bozuklukları	9.5	
Alkol kullanım bozukluğu	7.4	
Madde kullanım bozukluğu	3.1	
Şizofreni/şizofreniform bozukluk	1.1	1.3
Affektif bozukluk	9.5	7.1
Bipolar bozukluk	1.2	1.7
Major depresif bozukluk	5.0	6.5
Distimi	5.4	1.6
Anksiyete bozuklukları	12.6	16.4
Fobi	10.9	8.3
Panik bozukluğu	1.3	1.6
Obsesif kompulsif bozukluk	2.1	2.4
Somatizasyon bozukluğu	0.2	0.2
Antisosyal kişilik bozukluğu	1.5	2.1

ECA: Epidemiologic Catchment Area, NCS: National Comorbidity Survey

Şekil 1. Türkiye’de kadın ve erkeklerde hastalık yüküne en sık neden olan hastalıklar (UHY-ME Çalışması, 2000).



Toplumda yaygınlığı fazla, yardım arama ve tanınma oranları düşük, ciddi iş gücü kaybı ve yaşam kalitesinin azalmasına, sosyal yıkıma yol açan ruhsal hastalıkların yaygınlığının saptanması, ilişkili faktörlerin belirlenmesi, hem sağlık hizmetlerinin planlanması, hem de karşılaştırmalı araştırmalar için atılması gereken ilk adımdır. Bu amaçla 1998’de sonuçları yayınlanan, Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığını belirlemek için ülke genelini temsil eden bir örnekleme gerçekleştirilen “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çerçevesinde 18 yaş ve üstündeki 7479 kişiyle görüşülmüştür (4). Son 12 aydaki tanılar değerlendirildiğinde araştırmaya katılanların %17,2’sine en az bir ruhsal hastalık tanısı konmuştur (Tablo 6.2). Ağrı bozukluğu dışta tutulursa en sık görülen hastalık majör depresyondur. Anksiyete ve depresyon spektrumundaki hastalıklar tanılarının

büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Alkol bağımlılığı dışında tüm ruhsal hastalık tanıları kadınlarda daha yaygındır. Her beş kadından birinde herhangi bir ruhsal hastalık tanısı varken, erkeklerde bu oran onda birdir.

Tablo 2. Türkiye’de son 12 aydaki ICD 10 tanılarının cinsiyete göre dağılımı

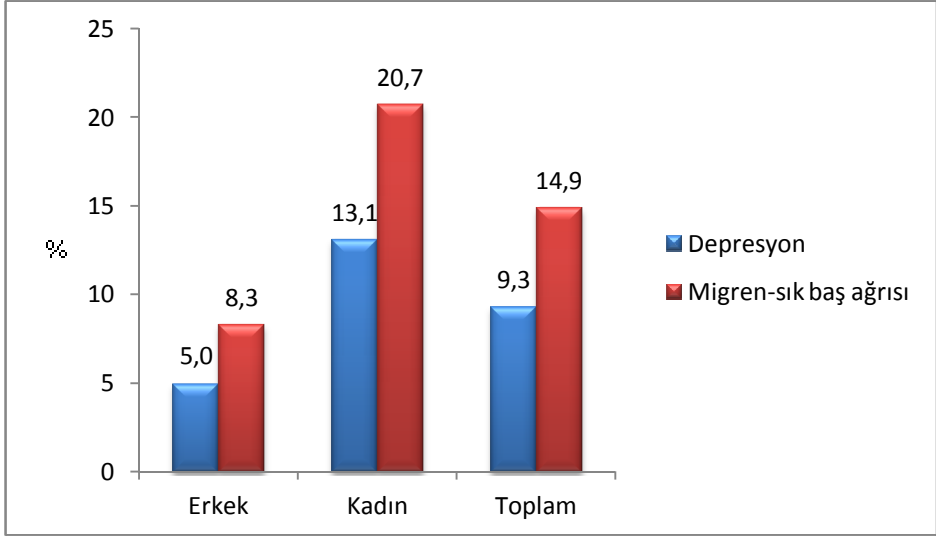
	Kadın (%)	Erkek(%)	Toplam(%)
Herhangi bir bozukluk	22.4	10.9	17.2
Panik bozukluğu	0.5	0.2	0.4
Yaygın bunaltı bozukluğu	0.8	0.5	0.7
Agorafobi	0.9	0.3	0.6
Depresif nöbet	5.4	2.3	4.0
Kısa yineleyici depresyon	2.2	0.8	1.6
Hipokondriazis	0.8	0.3	0.6
Nevrasteni	3.7	1.0	2.4
Alkol bağımlılığı	0.1	1.7	0.8
Obsesif kompulsif bozukluk	0.6	0.2	0.5
Anoreksiya nervoza	0	0	0
Bulimiya nervoza	0.4	0.1	0.2
Sosyal fobi	2.3	1.1	1.8
Özgül fobi	3.8	1.4	2.7
Ağrı bozukluğu	11.3	4.8	8.4
Somatizasyon bozukluğu	0.4	0	0.2
Distimi	2.2	0.8	1.6

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması’na göre eğitim düzeyi arttıkça hastalık tanı oranları azalmaktadır. Hiç okula gitmemiş grupta tanı oranının beşte birden fazla

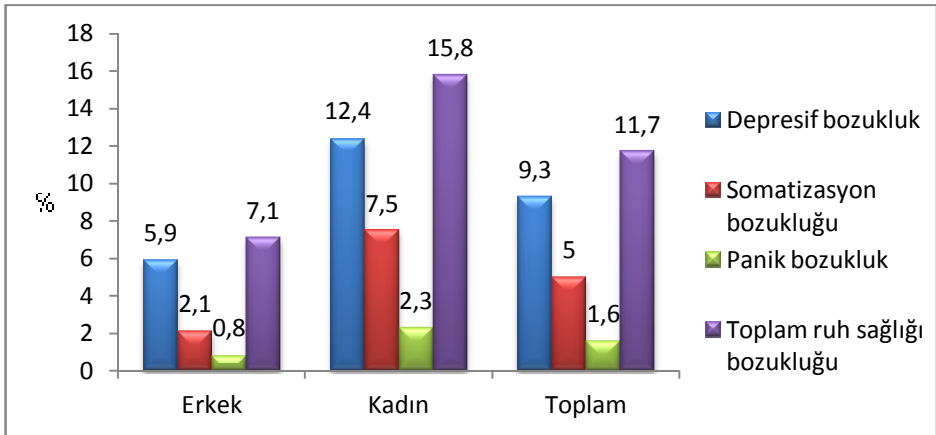
olduğu, alkol bağımlılığı ve özgül fobi dışında tüm hastalık gruplarının bu grupta daha fazla olduğu dikkati çekmektedir. Alkol bağımlılığı ve obsesif kompulsif bozukluk dışındaki tüm tanılar dul ya da boşanmışlarda sık görülmüştür. Batıda tanı oranı diğer bölgelerden daha yüksektir. Güneyde ve Batıda istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla görülen hastalıklar alkol bağımlılığı, bulimiya nervosa, sosyal ve özgül fobi ile ağrı bozukluğudur. Güneyde kısa yineleyici depresyon, hipokondriazis ve nevrasteni diğer bölgelerden daha fazladır. Kuzeyde yaygın bunaltı bozukluğu diğer bölgelerden daha fazladır. Doğuda ise depresif nöbet ve distimi diğer bölgelerden daha fazla oranda görülmektedir. Tüm hastalıklar il merkezinde daha çok, hipokondriazis ise köy merkezlerinde daha sık görülmektedir. Yeti yitiminin kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu, yine ruhsal rahatsızlığı olan kişilerde yeti yitiminin bedensel hastalığı olanlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. Araştırmada son 12 ayda ruhsal/sinirsel nedenlerle yardım arayan/tedaviye başvuran kişi oranı %4.7 olarak bulunmuştur. Son 12 ayda CIDI ile ruhsal hastalık tanısı konmuş olanların %13.8'i son bir yılda tedaviye başvurmuşlardır. En yüksek başvuru panik bozukluğunda (sonra, obsesif kompulsif bozukluk, somatizasyon bozukluğu), en az başvuru alkol bağımlılığı ve ağrı bozukluğundadır. Yaklaşık 20 kişiden biri araştırma anında psikotrop ilaç kullandığını bildirmiştir, bunların üçte biri bu ilacı bir yıldan uzun süredir kullanmaktadır. Araştırma sırasında ilaç kullananların ancak yarısının son 12 ayda tanı konacak bir ruhsal rahatsızlığı olduğu saptanmıştır.

2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı Çalışması'nda 15 yaş üstü 18477 kişiyle görüşülmüştür (5). KISA Anketi kullanılarak ruh sağlığı sorunları da araştırılan çalışmada toplumda depresif bozukluk sıklığı %9, somatizasyon bozukluğu %5, panik bozukluk sıklığı %2, bu üç ruh sağlığı sorunundan herhangi birinin görülme sıklığı %11,7 bulunmuştur. Kadınlarda bu hastalıklar daha sıktır. 75 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde ruh sağlığı sorunları en yüksek oranda görülmektedir.

Şekil 2. Cinsiyete göre bildirilen depresyon ve migren-sık baş ağrısı, Türkiye 2011.



Şekil 3. Cinsiyete göre ruh sağlığı sorunları - KISA anketine göre, Türkiye 2012.



Alkol kullanım bozuklukları epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 2 milyar kişinin alkol kullandığını, 76.3 milyon kişide alkol kullanım bozukluğu olduğunu öngörmektedir (6). Halk sağlığı açısından dünyanın birçok yerinde alkol tüketimi ile ilişkili global yük (mortalite ve morbidite bağlamında) önemli boyutlardadır. Global olarak alkol tüketimi ölümlerin %3.2'sine (1.8 milyon), kaybedilen DALY'lerin (Disability-Adjusted Life Years; yetersizliğe göre düzeltilmiş yaşam yılları) %4.0'üne (58.3 milyon) neden olmaktadır.

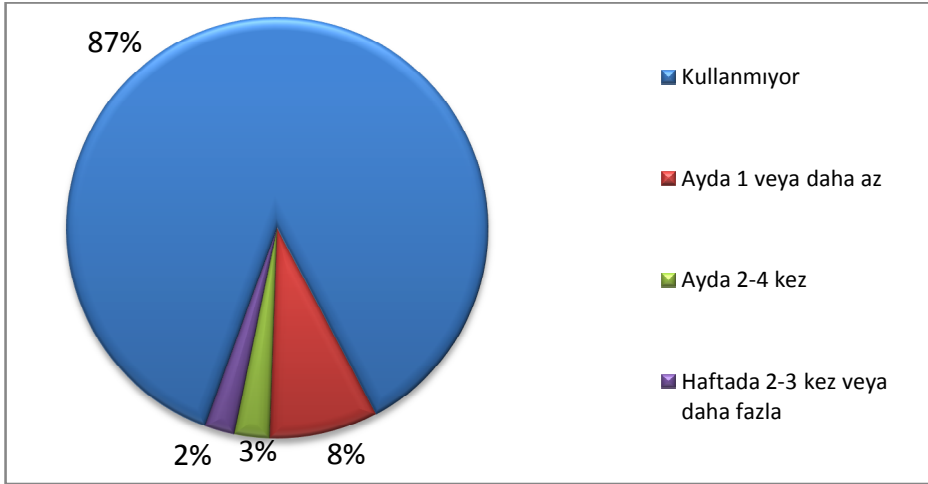
Ülkemizde alkol kullanımına ilişkin çalışmalar farklı demografik gruplarda ve farklı yöntemlerle araştırılmıştır (6). Genel toplumda yapılan araştırmalara örnek olarak Ankara'da Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15 yaş üstü 2238 kişide (1097 erkek, 1141 kadın) alkol kullanım yaygınlığı %14.1, alkol bağımlılığı % 0.9 (erkeklerde %1.9) olarak bulunmuştur. "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasında 18-65 yaş arası 7479 kişide (3370 erkek, 4109 kadın) alkol bağımlılığı yaygınlığı %0.8 (erkeklerde %1.7; kadınlarda % 0.1) olarak saptanmıştır. 1997 yılında İstanbul'da 12-65 yaş arası 1550 kişilik (807 erkek, 743 kadın) İstanbul nüfusunu yansıtan örnekleme yapılan araştırmada yaşam boyu alkol kullanımı %33.5, araştırma yapıldığı an (halen) alkol kullanım yaygınlığı %25.6 (erkeklerde %34.5, kadınlarda %15.9), CAGE ölçeğinde iki "evet" yanıtı ile belirlenen riskli alkol kullanımı %6.8 olarak bildirilmiştir. 2000 yılında yine İstanbul'da 15 yaş üstü 707 kişi ile yapılan çalışmada yaşam boyu alkol kullanımı % 54.7 (erkeklerde %73.4, kadınlarda %35.0), son bir yıl içinde haftada en az bir kez alkol kullanımı erkeklerde %17.9, kadınlarda %2.3 olarak bulunmuştur, alkol bağımlılığını öngörmek üzere alkol yoksunluğu yaşayanların oranı %1'dir. 1997-1998 yılları arasında yapılan ulusal çalışmada 20 yaş ve üzeri (11080 erkek, 13708 kadın) 24 788 kişide halen alkol kullanmama (non-current users) oranı %91.6 olarak bildirilmiştir. Üstün ve arkadaşlarının 2000-2001 yılları arasında 18 yaş ve üzeri 5061 kişide (2896 erkek, 2165 kadın) geçen yıl içinde alkol kullanmama oranı %80.4 (erkeklerde %77.5, kadınlarda %82.5), ICD-10 kriterlerine göre alkol bağımlılığı %1.3 (erkeklerde %1.7, kadınlarda %0.7) olarak bildirilmiştir. 2003 yılı Dünya Sağlık Araştırması'na göre Türkiye'de 18 yaş ve üzeri 11 152 kişiyi (4782

erkek, 6370 kadın) içeren çalışmada yaşam boyu alkol kullanmama oranı %91.6 (erkeklerde %81.9; kadınlarda %99.5)'dir. Ağır ve zararlı içme oranı (günlük saf alkol tüketiminin erkeklerde 40 gr ya da daha fazla, kadınlarda 20 gr ya da daha fazla olması) %1.1 (erkeklerde %1.9, kadınlarda %0.5)'dir. Ağır epizodik içme davranışı (bir kerede 5 yada daha fazla standart içki tüketimi) %0,9'dur (erkeklerde %2.1, kadınlarda %0.1) (Tablo 6.3).

TUİK Sağlık Araştırması 2012 raporunda yaşam boyu alkol kullanma oranı %20,1 (erkeklerde %32,6, kadınlarda %8) olarak bildirilmiştir (7).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı Çalışması'nda 2011 yılında alkol kullanma oranı %13 (erkeklerde %23, kadınlarda %4) bulunmuştur (5).

Şekil 4. Alkollü içecek kullanma durumu, Türkiye 2011.



Tablo 3. Türkiye’de alkol kullanım prevalansı ile ilgili genel nüfus örnekleminde yapılan araştırmalar

Araştırmacı	Yıl	Yer	Örneklem	Yaşam boyu alkol kullanım oranı (%)	Alkol Kullanım Bozukluğu
Arıkan	1996	Ankara Sağlık Ocağı bölgesi	15 yaş üzeri 2238 kişi (1097 erkek, 1141 kadın)	14.1	1.07 (CAGE 2 puan) 0.9 (CIDI ile AB)
Akvardar	1997	İstanbul	12-65 yaş 1550 kişi (807 erkek, 743 kadın)	33.5	6.8 (CAGE 2 puan; riskli kullanım)
Ögel	2000	İstanbul	15 yaş üstü 707 kişi (kadın erkek sayısı belirtilmemiş)	54.5	1.0 (yoksunluk yaşama)
Kılıç	1997	Ulusal çalışma (DSÖ)	18-65 yaş 7479 kişi (3370 erkek, 4109 kadın)		0.8 (CIDI ile AB)
Satman	1997-1998	Türk Diyabet Epidemiyoloji çalışması	20 yaş üzeri 24 788 kişi (11080 erkek,	8.4	

			13708 kadın)		
Üstün	2000-2001	Multi Country Survey (DSÖ)	18 yaş üzeri 5061 kişi (2165 erkek, 2896 kadın)	19.6	1.3 (haftada en az bir kez 6 ya da daha fazla standart içki içme)
Üstün	2004	World Health Survey (DSÖ)	18 yaş üzeri 11 220 kişi (4782 erkek, 6370kadın)	18.9	1.1
TÜİK	2012	Ulusal çalışma	15 yaş ve üzeri, 6872 hane	20.1	erkekler günde 40gr, kadınlar 30gr'dan fazla
Sağlık Bakanlığı	2013	Ulusal Çalışma	15 yaş ve üzeri 18 477kişi (8748 erkek, 9729 kadın)	13	

Ülkemizde 2000 yılından sonra lise ve üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda yaşam boyu alkol kullanım oranı %46,1-71,2 arasında bildirilmiştir (6). Ülkemizde alkol kullanımı prevalansının %31,4 - %90,0 arasında bildirilen diğer ülkelere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Alkol kullanımının düşük olmasında İslam'ın etkisinin, alkol kullanımının günlük yaşamın bir parçası olmamasının, genellikle sosyal ortamlarda alkol içilmesinin ya da sosyal baskı nedeniyle az bildirimin etkili olabileceği düşünülmüştür. Ülkemizde erkekler kadınlara göre daha fazla içme, daha fazla oranda ağır içici olma ve alkolle ilişkili sorunlar yaşama eğilimindedirler. Geleneksel olarak alkol kullanımı erkekler için kabul edilebilir olmasına karşın, kadınların sosyal rollerindeki değişikliklerle birlikte genç nüfusta kadınlarda alkol kullanım yaygınlığı artmaktadır. Alkolle ilişkin sorunlar kadınlar arasında artmasına karşın, her kültürde erkekler arasında önemli ölçüde daha sıktır. Ülkemizde alkol kullanımının üniversite mezunlarında daha yaygın olduğu ancak riskli düzeyde alkol kullanımının alkol içmeye daha erken başlayan daha az eğitilmiş grupta daha fazla olduğunu bildirilmiştir. Çalışmalarda alkol içmeye başlama yaşının düştüğü görülmektedir. Alkol içmeye başlama yaşı küçüldükçe alkole bağlı sorunların gelişme riski artmaktadır.

Ruhsal /Zihinsel Sorunlar İçin Risk Faktörleri

Ruhsal/zihinsel sağlık, sağlığın önemli, bütünüleyici bir parçasıdır. Başka bir deyişle ruhsal/zihinsel sağlık olmaksızın sağlık olmaz. Ruhsal sağlık sosyo-ekonomik, biyolojik ve çevresel faktörlerle belirlenmektedir. Ruhsal sağlık; kişinin yeteneklerini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle başedebildiği, üretken olarak çalışabildiği, topluma katkıda bulunabildiği iyilik hali olarak tanımlanabilir (8).

Sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörler kişinin herhangi bir andaki ruhsal sağlığının düzeyini belirlemektedir. Bazı stres verici olaylar (bir yakının ölümü, sevgiliden ayrılma, ekonomik zorluklar gibi) duygusal bir rahatsızlık yaratacak derecede güçlü olsalar bile, çoğunlukla ruhsal bir bozukluğu tetiklememekte; ancak biyolojik, sosyal ya da psikolojik olarak duyarlılığı olan kişilerde ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Ruhsal sağlığın bozulması hızlı sosyal değişim,

stresli iş koşulları, cinsiyet ayrımcılığı, sosyal dışlanma, sağlıksız yaşam tarzı, şiddet riski, fiziksel hastalık ve insan hakları ihlalleriyle ilişkilidir.

Risk grupları;

- Kadınlar
- Genç ve evli olmayanlar
- Sosyoekonomik durumu düşük olanlar
- Boşanmış kişiler; depresyon ve anksiyete belirtilerinde %30-40 oranında artan risk söz konusudur. Daha önce ruhsal hastalık öyküsü varlığı, ekonomik nedenler, tek ebeveyn olmanın yarattığı stres önemlidir. Bekar annelerin, evli annelere oranla iki kat daha fazla depresyon riskiyle karşı karşıya olduğu bildirilmektedir.
- Erken ya da orta erişkinlik döneminde çocuğun ya da eşin ölümü
- Yaşamı tehdit eden travma (travma sonrası stres bozukluğu gelişimine neden olmaktadır)
- Fiziksel hastalıklar
- Süreğen sosyo-ekonomik baskılar; yoksulluk, eğitim yoksunluğu
- Kişilerarası ilişki zorlukları
- Çocukluk çağı travmaları; erişkinlik dönemini etkilemekte; cinsel, fiziksel istismar, ruhsal sorunlar daha sık görülmektedir.
- İçinde bulundukları zor koşullar nedeniyle ruhsal sorunların gelişebileceği risk grupları; aşırı yoksulluk yaşayanlar, yeterli bakım görmeyen çocuklar ve ergenler, istismar edilen kadınlar, terk edilmiş yaşlı kişiler, silahlı çatışma mağdurları, göçmenler, sığınmacılar gibi travmaya maruz kalan kişilerdir.

Stresli yaşam olaylarıyla başetme yolları

- Aile, arkadaş desteği
- Eğitim
- Kendi kendine yardım grupları, sosyal destek ağları
- Dini, manevi uğraşlar
- Fiziksel aktivite (aerobik, tempolu yürüyüş, koşma vb)
- Eş terapisi, yaşla başetme, çocuk bakım programları stresli yaşam olaylarıyla baş etmeyi kolaylaştırmaktadır.

Ruhsal/zihinsel sağlığın iyileştirilmesi; ruhsal sağlığı destekleyen yaşam koşullarının ve çevrenin oluşturulmasını içerir, kişilerin sağlıklı yaşam tarzları benimsemelerini ve sürdürmelerini sağlar. Bireysel, politik, sosyoekonomik ve kültürel haklara saygı duyulması ve korunması ruhsal sağlığın iyileştirilmesinde temel unsurlardır.

Ulusal ruh sağlığı politikaları sadece ruhsal bozuklukları değil, ruhsal sağlığı geliştirmeyi de hedeflemelidir. Ruhsal sağlığın iyileştirilmesinde sektörler arası stratejiler arasında aşağıdakiler sayılabilir:

- Erken çocukluk müdahaleleri (örneğin; hamile kadınlara ev ziyareti, okul öncesi psikososyal aktiviteler, dezavantajlı kesim için besin ve psikososyal yardım)
- Çocukların desteklenmesi (örn; beceri kazandırma programları, çocuk ve gençlik gelişim programları)
- Kadınların sosyoekonomik olarak güçlendirilmesi (örn; eğitime erişimin sağlanması, mikro kredi uygulamaları)
- Yaşlı nüfusa sosyal destek (dostluk teşviki, yaşlılar için toplum-gündüz merkezleri)
- Azınlıklar, göçmenler, çatışma ya da afetlerden etkilenmiş kişiler gibi duyarlı grupları hedefleyen programlar (örn; afetlerden sonra psikososyal müdahaleler)
- Okullarda ruhsal sağlığı iyileştirme aktiviteleri
- İşyerlerinde ruhsal sağlığı iyileştirme müdahaleleri (örn; stresle başetme programları)
- Barınma politikaları (örn; meskenlerin iyileştirilmesi)
- Şiddeti önleme programları
- Toplum gelişim programları

Türkiye ruh sağlığı sisteminin sorunları

Ülkemizde ruh sağlığı alanında önemli sorunlar arasında;

- Hastane temelli ruh sağlığı hizmeti yürütülmesi,

- Avrupa ülkeleri arasında en düşük psikiyatri yatağı oranına sahip olması,
- Psikiyatrist ve çocuk psikiyatristi sayılarının Avrupa ülkeleri içinde en düşük oranda olması, üniversite hastanelerinde bile sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikiyatri hemşiresi kadrolarının eksik olması, ekip çalışması yapılamaması
- Kronik psikotik hastalar için bir bakım sisteminin olmaması,
- Ruh Sağlığı Yasası'nın olmaması,
- Koruyucu ruh sağlığı uygulamalarının yetersizliği, bu konuda sistematik, sürdürülen programların olmaması
- Rehabilitasyon hizmetlerinin eksikliği
- Ruhsal sağlığı iyileştirme programlarının sistematik olarak yürütülememesi
- Belirli aralıklarla yapılan, birbirleriyle karşılaştırılabilir epidemiyolojik çalışmaların yapılmaması sayılabilir. Psikiyatrik epidemiyoloji sadece hastalıkları değil, ruh sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesi, dağılımı, ekonomik-siyasi gelişmeler ve tercihlerin ruh sağlığına yansımaları gibi önemli konuları da içerir (9). Ruh sağlığı hizmetlerinde yapılan değişikliklerin toplum ruh sağlığını nasıl etkilediği/etkileyeceği konusunda araştırma yapılmaması da önemli bir eksikliktir.

Ülkemizde ruhsal sağlığı geliştirmeyi, hastalıkları önlemeyi, tedavi, rehabilitasyon, bakım ve iyileşmeyi kapsayan bütünlüklü ve etkili ruh sağlığı sistemleri tasarlanarak uygulanmalıdır.

Fiziksel hastalıklar, savaşlar, şiddet ve yoksulluk dünyada yok olacak gibi görünmemektedir. Dolayısıyla gelecekte ruhsal sorunlara biyolojik yatkınlık çok sayıda insanı etkilemeye devam edecektir. Ruhsal sorunlar şimdi olduğu gibi, gelecekte de üzerinde durulması gereken önemli sağlık sorunlarını oluşturacaktır. Ulusal ruh sağlığı politikası ruhsal sorunların ortaya çıkmasını önleyici, hastaların erken tanınması, tedavisi ve özellikle toplum içinde rehabilitasyonunu sağlayıp sürdüreceği nitelikte olmalıdır.

Kaynaklar

1. Küey L.1997. Psikiyatrik Epidemiyoloji. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
2. Regier D.A, Burke J. D. 2000. Epidemiology. Kaplan &Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Rapor, 2004: Ankara.
4. Kılıç C. 1998. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C Sağlık Bakanlığı
5. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara, 2013.
6. Akvardar Y. "Alkol ile İlişkili Bozuklukların Epidemiyolojisi" Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi-Psikiyatri Alkol ve Madde Bağımlılığı Özel Sayısı, 47, 5-9, 2005
7. TUİK (Türkiye İstatistik Kurumu) Sağlık Araştırması, 2012.
http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223
8. WHO Mental health: Strengtening our response, 2010.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/index.html>
9. Binbay T, Direk N, Aker A, Akvardar Y, Alptekin K ve ark. Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. Türk Psikiyatri dergisi, 2014; 25. doi: 105080/7463

5- ÇEVRE SAĞLIĞI

Bölüm Editörü:

Ahmet Soysal

Öğr.Gör.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Teşekkür

2012 yılında HASUDER tarafından ilk kez yayımlanan Türkiye Sağlık Raporunun bu yıl ikincisi yayımlanıyor. Çevre Sağlığı çalışma grubu olarak bu yıl bölümümüzü çalışma grubumuzdaki arkadaşlarımızın tamamına yakınının katılımı ile daha kapsamlı hazırladık. Benim kaleme aldığım ve ülkemizin çevre ve çevre sağlığı sorunlarına genel bir bakışın yer aldığı giriş yazısından sonra Umur Gürsoy; *‘Türkiye’nin İyonlaştırıcı Olmayan Işınım Kirliliği’* ve *‘Türkiye’nin İyonlaştırıcı Işınım (radyasyon) Kirliliği’* bölümlerini, Çiğdem Çağlayan *‘Türkiye’de Hava Kirliliği’* bölümünü, Cavit Işık Yavuz *‘Kentsel Dönüşüm ve Çevre Sağlığı Üzerine Etkileri’* bölümünü, Ali Ceylan; Abdurrahman Abakay ve Abdurrahman Şenyiğit ile birlikte *‘Türkiyede Çevresel Asbest Maruziyeti Sorununu’* bölümünü, Nurhan Meydan Acımış *‘Çevre Sağlığında Pestisitler’* bölümünü kaleme almışlardır. Son olarak Coşkun Bakar çalıştığı bölge olan Çanakkale’deki madencilik faaliyetlerini ve çevresel etkilerini özetlemiştir.

Bu bölümlerin tamamı bu Türkiye Sağlık Raporunda ilk kez yer alacakları için kapsamlı hazırlanmıştır. Bölümlerini hazırlayan arkadaşlarımızın; *‘Türkiyede Çevresel Asbest Maruziyeti Sorunu’* bölümünün hazırlanmasına katkı veren iki Göğüs Hastalıkları akademisyeni dışındakilerin; tamamı halk sağlığı uzmanı, akademisyeni, çevre sağlığı uzmanı ve çevre sağlığı çalışma grubu ile Hasuder üyesi olup; konularının uzmanı kişilerdir. Hepsine bu büyük emekleri için teşekkür ediyorum.

Dr. Ahmet Soysal

Çevre Sağlığı Bölüm Editörü

Giriş

Ahmet Soysal

Öğr.Gör.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Yıllar önce biyokimyacı ve çevre bilimci James Lovelock sonraki yıllarda ekolojistlerin önemli bir bölümü tarafından benimsenen ve desteklenen ‘Gaia hipotezini’ yayımladığında ona çok kişi gülüp geçmişti. Gaia eski yunan mitolojisinde ‘yer ana’ veya ‘yer tanrıçası’ demekti ve Lovelock bu nedenle hipotezine bu isimi vermişti. Lovelock’un hipotezine göre dünya rastgele bir araya

gelmiş yaşam biçimleri topluluğu olarak değil; kendi kendini idare eden koskoca bir organizma olarak görülmeli ve bütünlük içinde korunmalı idi. Dünyadaki tüm yaşam tıpkı insan vücudunda olduğu gibi optimum düzeyde bir çevrenin sürüp gitmesini sağlayacak biçimde birbirleri ile işbirliği yapmakta ve eğer ona herhangi bir noktadan zarar verilirse bundan az veya çok tüm organizma; tüm dünya olumsuz olarak etkilenecek idi.

Bugün gaia'ya zarar verilmeye devam ediliyor. Gaia artık dengesinin bozulduğuna; organizmasının günden güne sağaltımı imkansız bir şekilde hastalandığını; hatta hızla ölüme yaklaştığını fısıldamıyor; adeta haykırıyor bize... Küresel iklim değişikliği ve ona bağlı insan sağlığı ve çevre sorunlarına karşın; sera gazları emisyonu halen yıldan yıla artıyor. Ülkemizin de çeşitli yöreleri termik santrallerle dolduruluyor. Nükleer kazalara ve atıklara karşın insanlık nükleer enerjiden bir türlü vazgeçmiyor; ülkemiz de tüm bilimsel itiraz ve karşı duruşlara rağmen iki adet nükleer santral yapımına başlamak üzere.. Ormansızlaştırma, düzensiz ve rant ekonomisine dayalı kentleşme, hoyratça ekosistemlerin bütünlüğünün bozulması; su havzalarının geri dönüşü olmaksızın; sanayileşme, pestisit kullanımı vs. gibi nedenlerle kirlenmesi; günden güne devasalaşan kentlere hiçbir hukuki ve çevresel altyapısı olmamasına karşın; su taşıma bahanesi ile havza bütünlüklerinin bozulması,, Sadece bu birkaç örnek bile ülke olarak, dünya olarak büyük bir hızla duvara çarpmak üzere olduğumuzu gösteriyor.

Ülkemizde günümüzde büyüyen çevre sorunları göz ardı edilmekte; bilim insanlarının görüşü alınmadan başlatılan '*dev, çılgın veya rüya*' projelerle; sorunlara çözülmek bir tarafa; yeni sorunlar eklenmektedir. İstanbul'da büyük kanal projesi, üçüncü köprü ve üçüncü havalimanı, İzmir Aliğa'da çok sayıda termik santral yapımının planlanması, tehlikeli atık üreten sanayi kuruluşlarının sayısının hızla artmasına karşın; tehlikeli atıkların bertarafı konusunda ciddi adımlar atılmaması; çeşitli yörelerimizde ekosisteme olan etkileri göz ardı edilerek çok sayıda madenin açılmasının desteklenmesi; Akdeniz ve Ege bölgelerinde tüm orman alanlarının mermer ocakları ile bozulması, akla gelen sadece birkaç örnek... Tüm kentlerimizde devasa yıkımlarla, inşaatlarla uygulanmaya başlayan '*kentsel dönüşümü*'; bırakın onun ekosisteme etkilerini; insan sağlığı üzerine etkilerini tartışabildik mi? Tartışmamıza izin verildi mi?

Çevre sağlığı; '*ekolojist-çevreci*' bir alan değildir. İnsanın sadece doğaya daha az zarar vererek; nasıl '*sağlıklı-konfor*' içinde yaşayacağını araştırır. '*Gaia'nın*' organizmasının diğer öğeleri onun için çok da önemli değildir; onun için merkezde insan vardır. Örneğin nükleer atıkların nasıl insandan uzak tutulacağına; nasıl insana zarar vermeyeceğine kafa yorar... O atıkların çevreye, diğer canlılara vereceği zarar onun için çok da önemli değildir. Çevre olaylarına diğer çevre disiplinleri ile beraber ekolojist bir yaklaşım yerine; çevre korumacı bir pencereden bakar.. Bugün Batı ülkelerinde kapitalist-endüstriyalist çevreler tarafından başta çevre mühendisleri, çevre sağlıkçılar vs. ve çevre korumacı çevreler kendi yollarını açan ve ekolojist akımların önünü kesen yapılar olarak desteklenirken; ülkemizde çevre-korumacı akımlar bile Batı ülkelerinde ekolojistlerin görmediği sertlikte tepkilerle karşılaşmaktadır.. Sanayimiz daha çok kar hırsı ile AB ülkelerinin çevre-korumacı standartlarının çok uzağındadır,

kentlerimizin büyük bölümünde basit içme suyu ve atık su arıtma sistemleri bile bulunmamakta; her türlü atık yönetimimizde ciddi sorunlar bulunmakta vs.. Tüm bu olumsuzluklara karşın *'umudu'* kaybetmemek gerekiyor. Unutmayalım ki *'çevre korumacı'* yaklaşımların çok ötesinde *'ekolojist'* yaklaşımlar 1990'lı yıllarda ülkemizde oldukça güçlü idi.

Uzmanlık alanımız gereği Hasuder Çevre Sağlığı çalışma grubu olarak ***'çevre-korumacı'*** bir yaklaşımla hazırladığımız Türkiye Sağlık Raporu 2014 çevre sağlığı bölümümüzün okuyucularına faydalı olması dileği ile...

TÜRKİYE’NİN İYONLAŞTIRICI OLMAYAN IŞINIM KİRLİLİĞİ

Umur Gürsoy

Uzm.Dr. Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Osmaniye

Giriş

Yazılı tarihi M.Ö. 2. Yüzyıla uzanan elektrik ve manyetizmanın (Mıknatıs özelliklerinin bütünü) keşfine kadar yaşam, doğadaki belirli kurallara göre işleyen doğal ortamlarda geçmiştir. Avrupa Rönesans’ından sonra çığ gibi büyüyen buluşlarla elektrik ve elektrikli aletlerin artan kullanımının sonucu, canlılar, artık yaşamlarının her anını karmaşık ve doğal ortamdakine eklenen insan yapısı elektromanyetizmanın (elektrik ve manyetik olgu ve olaylar dizisi) oluşturduğu çeşitli yoğunluklarda elektromanyetik (EM) bir ortamda geçirmeye başlamışlardır. Doğal EM alanların çoğunun frekansı 0 Hz’dir (Statik Alanlar).^{1,2}

İnsan yapısı elektrik veya manyetik alanlar kuvvetleri (değişen uzaklıklardaki yoğunlukları) ve frekansları (farklı hızları) ile nitelenen alternatif elektrik alanlarıdır. Yüksek frekans veya radyo frekansı alanları 10 MHz ve 300 GHz arasındadır (1 MHz = 1.000.000 Hz, 1 GHz = 1.000 MHz). EM spektrumun bu en yüksek kısmındaki geniş frekans aralıkları telekomünikasyon (duyum, yazı, resim, simge ya da her çeşit bilginin tel, radyo, optik ile başka elektromanyetik dizgelerle iletilmesi, bunların yayımı ya da alınması) uygulamaları için kullanılır³: Radyo dalgaları (RF), televizyon, uydu, taşınabilir telefonlar (Telsiz, kablosuz, cep -1. Kuşak:1G; 2. kuşak:2G; 3. Kuşak:3G; 4. Kuşak:4G-) ve GSM (Küresel Hareketli İletişim Sistemi) yer (baz) istasyonları 900 MHz veya 1,8 GHz seviyesinde yüksek frekans alanları yaratmaktadır.^{2,4}

Gerek doğal gerekse insan kaynaklı bu alanlar çevre sağlığının risk değerlendirmesi '**Risk Uzayı**'nın en tehlikeli (hem **gözlemlenemeyen** hem **denetlenemeyen**) riskler dilimine giren elektromanyetik radyasyon (EMR) yayarlar.⁵

Dalga boyu 10⁻⁷'dan küçük ve frekansları 10¹⁵'den fazla EMR dalgaları çarptıkları yüzeyde ve girdikleri dokularda iyonlaşmaya neden olmaz, ama içine girilen bütün EMR alanlarındaki EMR dalgaları vücudumuzdaki dokulara çarptığında elektromanyetik alanın şiddetine ve dokunun özelliklerine bağlı olarak hücredeki moleküllere enerjilerini aktararak bunları az ya da çok etkilerler.⁶

Cep telefonları ve yer (baz) istasyonları

Cep telefonlarına, elektromanyetik dalga yayan, bir çeşit taşınabilir '*radyo verici ve alıcısı*' gözüyle bakılabilir. Bunların arasındaki iletişim, genellikle yüksek yerlere (bina çatılarına, minarelere ve özel direklere vb.) yerleştirilmiş ve adına '*Yer İstasyonu*' ya da yerleşmiş sözcüklerle '*Baz İstasyonları*' (BTS: Base Transceiver Station- Alıcı Verici Yer İstasyonu) denen anten düzenekleri aracılığıyla yapılır. BTS'ler, bal peteği benzeri birçok hücrenin merkezlerine

yerleştirilmiş alıcı ve verici anten sistemlerinden oluşur. Cep telefonu kullanan kişilerin sayısı çoğaldıkça zorunlu olarak BTS sayısı da çoğalmaktadır.⁶ 2000 yılı itibarıyla 3000 adet olması tasarlanan BTS sayımız 2011 yılı sonu itibarıyla 49.361 adede ulaşmıştır. Bunların 23.095'i kule (direk) tipi (%46,8), 26.266'sı (%53,2'si) bina tipidir. 2011 sonunda Türkiye'de 671 BTS kontrol cihazı (BSC) ve 620.838 adet de anten yönlendirme cihazı (TRX) vardır.⁷

İletişim bilimci Çelik'e göre dünyanın en büyük ikinci el cep telefonu pazarına sahip olan Türkiye'de cep telefonlarının yaygınlaşması, tarihinin en büyük ekonomik krizini yaşadığı 1994 yılında başlamıştır. Çelik, çok yararlı bir kablosuz aygıt veya bir sosyal statü göstergesi olmasının ötesinde, eksikliği gerginlik ve depresyon kaynağı; varlığı ise *"belirsiz, yersiz ve yabancı bir dünyada var olma rüyasını gerçeğe dönüştüren bir araç"* olarak cep telefonlarının arkaalanındaki psiko-sosyal altyapılara dikkat çekmektedir.⁹ 1994'de 81.276, 1995'de ise 332.716 adet olan cep telefonu aboneliği sayısı 2000 yılı sonunda 14.970.745'e; 2001'de ise 19 milyon 502 bin 897'e sıçramıştır. 2013'de cep telefonu abonelik sayımız, 57.818.050 kişi olan 15 yaş üzeri nüfusumuzu geçerek 69.661.108'e ulaşmıştır.^{10,11}

Türkiye nüfusunun yaklaşık %60'ını temsil eden 20 bin üzeri yerleşim yerlerinde 6.000 haneye uygulanan 2000 yılındaki örneklem araştırmasında; hanehalkının Bilgi ve İletişim Teknolojilerini (BİT) kullanım durumu, çeşitli sorgulama alanları ile sorulmuştur (Sahiplik, Ödenen para, Memnuniyet/Kalite, Kullanım/Erişim süresi, Kullanım Mekânı, Kullanım amacı ve Biçimi, Sahip olmama/Kullanmama nedeni, Kullanma yoğunluğu, Terketme/Yenileme, Teknoloji/Hizmete bağımlılık şiddeti ve niteliği, Bilgi/İletişim teknolojilerini edinme biçimi, Talep ve beklentiler, Tercih öncelikleri, Temel demografik ve sosyo-ekonomik sorgular). Araştırma, 2000 yılında hanelerin sadece %50,2'sinde cep telefonu sahipliği olduğunu, cep telefonu sahipliği olan hanelerin %25,4'ünde iki, %10,4'ünde de ikiden fazla cep telefonu sahipliği olduğunu göstermiştir. Araştırmaya göre bireysel cep telefonu kullanımı bakımından bütün yaşlara göre 25-34 yaş grubu en yüksek (%13,7); 55 ve üzeri yaş grubunda ise en düşüktür (%2,8). 14-24 yaş grubu kendine ait cep telefonu sahipliği %13,3 ile ikinci en yüksek kullanım grubudur. Görüşülen kadınların %17,0'ına karşılık erkeklerin %29,3'ünün kendine ait cep telefonu vardı.¹²

TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2004-2013 verilerine göre ise, 2013'te cep telefonu bulunan hanelerin yüzdesi Türkiye genelinde %93,7'ye çıkmıştır.¹³ Cep telefonu üstünden WAP ve GPRS bağlantı sahipliği oranları ise 2009'dan itibaren artış göstermiştir. Türkiye'de hanelerin %1,3'ü kablosuz sabit hat üzerinden, %2,3'sü cep telefonu üzerinden 3G bağlantısı ile; %1,0'ı 3G modemi üzerinden, %9,9'u da cep telefonu üzerinden dar bant erişim olarak kabul edilen WAP, GPRS bağlantı ile kablosuz internet bağlantısı yapmaktadır.¹⁴

Ülkemizde 2011 yılında 12-14 yaşlarında olan ilköğretim 6-7-8. sınıflarında yapılan bir örneklem araştırmasında öğrencilerinin %59,1'nin kendine ait cep telefonu olduğu, öğrencilerin %42,5'inin 0-2 yıl öncesinde de cep telefonları olduğu; %86,3'ünün cep telefonunun zararlarını bildiği halde; %33,7'sinin günde

0-2 saat, %12,3'ünün günde 6 saat ve üzeri süreyle telefon kullandığı; %43,4'ünün cep telefonunu pantolonunun cebinde taşıdığını; %42,3'ünün uyumadan önce telefonu kapatmadığını; %19,2'sinin ise gece yattığında telefonu yastığının altına koyduğu göstermiştir.¹⁵ Aynı yıl bir üniversite mühendislik fakültesi öğrencilerinde yapılan diğer bir örneklem araştırmasında ise araştırmaya katılanların %27,2'sinin 11-14 yaşları arasında, %53,2'sinin 15-17, %19,2'sinin 18 yaşından sonra cep telefonu kullanmaya başladıkları belirlenmiştir.¹⁶ 2011'de yapılan başka bir araştırmada ise örnekleme giren mimarlık ve orman fakülteleri öğrencilerinin %80,7'si sağlığa zararlı etkileri olduğuna inanmakla birlikte kadınların %99,5'i, erkeklerin %98,9'u cep telefonu kullanmaktadır. Erkeklerin %86,5'i cep telefonlarını pantolonlarının cebinde, kadınların %74,8'i ise cep telefonlarını çantalarında taşımaktadır (Her iki araştırmada da telefonun hangi cepte -arka/ön- taşındığı sorulmamıştır). Çalışmaya katılanların %86,3'ü doğrudan kulağına dayayarak, %16,5'i kablolu kulaklık ile konuşmaktadır. Günde ortalama toplam konuşma süresi 58,6 dakika, tek seferde ortalama konuşma süresi 31 dakikadır. Deneklerin sadece %3,6'sı kullandığı telefonun SAR değerini bilmektedir. %73,5'i yatarken cep telefonunu yanında bulundurmakta, %9,8'i yatarken cep telefonunu kapatmaktadır.¹⁷ 2012 yılında araştırmayı kabul edenlerde araştırma anketini geri döndüren (ulaşılan) 455 Marmara Üniversitesi öğrencisi ile yapılan başka bir araştırmada, cep telefonu ile konuştuktan sonra hissedilen yakınma sorusuna en çok kulak bölgesinde ısınma (%71,2), ikinci olarak kulak çınlaması (%52,7) ve üçüncü olarak da baş ağrısı (%52,5) yanıtı alınmıştır. Birden fazla telefonu olanlarda baş dönmesi, görme alanında daralma, sersemleme ve geçici işitme kaybı anlamlı bir şekilde fazladır. Cinsiyet ile konuşma ve mesajlaşma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkekler (%78,3) konuşmayı tercih ederken kadınlar (%60,9) mesajlaşmayı tercih etmektedirler.¹⁸ Sonuçta ülkemizde cep telefonu sahipliği Çelik'in de saptadığı gibi bütün yaş ve cinslerde temel bir gereksinim konumuna ulaştığı anlaşılmaktadır.

Türkiye'de satılan cep telefonları ve benzer ürünler için SAR değerleri (Radyo frekanslarında elektromanyetik alana sunuk kalındığında beden tarafından soğurulan enerji oranı ölçüsü) ile ilgili üretici (ithalatçı) firmaları zorlayıcı resmi bir standart ve Kullanıcılarıdaki telefonların SAR değerleri ile ilgili tanımlayıcı bir bilimsel çalışma ve de bazı kısır çabalar dışında toplumsal bir tüketici talebi yoktur. ^{19,20,21} Bununla birlikte Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu bünyesinde bir Piyasa Denetim Laboratuvarı kurulmuş ve bu laboratuvar da bireysel başvuru ile yurttaşların elektronik aygıtlarının SAR değerlerini ölçtürebilmeleri ve satılan ürünlerin üzerlerinde yazan SAR değerini doğruluğunun araştırılması ve denetimi amaçlanmıştır.^{22,23}

Havadan geçen yüksek gerilimli enerji iletim hatları

Santrallarda üretilen elektrik, nüfusun yoğun olduğu uzaktaki yerleşim yerlerine çok düşük frekanslı (Extra Low Frecancy-ELF) yüksek gerilimli enerji iletim hatlarıyla yeraltı ve çoklukla yüksek direkler üzerinde havadan giden kablolarla iletilir.^{24,25,26} Plansız çarpık kentleşme nedeniyle yüksek gerilimli ELF enerji iletim hatlarının yerleşim yerlerinin içinden ve konutların üzerinden geçmesi halinde

oluşturdıkları EMR, 0-600 metreye kadar uzaklıklarda yaşayanlar bireylerde kimi sağlığı sorunları yaratır.^{27,28} Bu bilgi, konutlarda ortalama 0,3-0,4 μT 'dan (mikro Tesla) daha yüksek seviyelerde frekanslı manyetik alana sunuk kalma (maruziyet) ile ilişkili çocukluk çağı lösemisinde iki kat artış gösteren epidemiyolojik çalışmaların toplanmış analizlerine dayanmaktadır. Tüm dünyada çocukların %1-4'ünün bu düzeyde bir EMR sunuk kalacak koşullarda yaşadığı tahmin edilmektedir.²⁸

Kasım 2013 geçici verilerine göre Türkiye'nin enerji iletim şebekesi 51.407,3 km'lik yüksek gerilimli enerji iletim hattı, 662 iletim merkezi, 119.496 MVA trafo gücü ve komşu ülkelerle toplam 12 adet enterkonneksiyon hattından oluşmaktadır. 2012 yılındaki 50.418,4 km uzunluğundaki yüksek gerilim hattımızın sadece %0,52'si (259,7 km) yeraltı hattıdır.²⁶

Ülkemizdeki yerleşim yeri ve konutlar içinde kalan ELF yüksek gerilim hatları uzunluğu ve bu hatların çevresinde yaşayan nüfus bilinmemektedir. İnternet üzerinden ve '*enerji iletim hatlarının geçtiği mahalleler*' anahtar sözcükleri ile yaptığım kısıtlı ve fakat Google arama motoruyla 1.260.000 sonuç veren taramadaki ilk 10-20 sonuca (özellikle belediye meclislerinin imar komisyonu imar planı değişikliği kararları ve basında yer alan haberler) ve bir adet TEİAŞ dokümanına göre,²⁹ ülkemizdeki üzerinden yüksek gerilimli enerji nakil hattı geçen bazı yerleşim yerleri şunlardır: İstanbul: Ümraniye- Çakmak Mah., Tuzla-Aydınlı Mah., Sancaktepe Belediyesi Yenidoğan Mevkii Mevlana Mah., Sancaktepe Belediyesi Samandıra Mevkii, Fatih Mahallesi, Eyüp-Güzeltepe, Kartal-Tuzla, Ümraniye-Etiler, Ümraniye mah. Ümraniye-Vaniköy; Ankara: Demetevler; Kocaeli: Derince Yenikent, Çınarlı ve Fatih mahalleleri; Manisa: Salıhlı Atatürk Mah.; Osmaniye: Merkez İlçe; Artvin: Borçka'nın İbrikli Köyü- Esentepe Mahallesi.

Bir örnek olması için Google Earth olanakları ve nakil hatlarının güzergahını bildiğim yerel sokak takibi ile büyük bir bölümünü ölçtüğüm 2013 nüfusu 244.195 kişi olan Osmaniye il merkezinin boydan boya içinden geçen en uzun enerji nakil hattı en az 7-8 km'dir ve hattın tamamı aralarında 4-6 katlı binaların ve onlarca ilk ve orta öğretim okulunun da bulunduğu yoğunluğu iki katlı konutlardan oluşan sokaklardan ve konutların sağlı sollu 100 metre çevresinden geçmektedir. Şehir içinden geçen daha kısa birkaç iletim hattı ile Osmaniye Merkez İlçesinde Şehir içi meskûn mahal içinden geçen yüksek gerilimli iletim hatları uzunluğunun tamamı yaklaşık 10 km civarındadır.

Diğer EMR kaynakları

İşyerleri ve evlerde kullanılan bütün elektrikli aletler ve elektrik kablolarının farklı kullanım biçimleri ve dünyanın manyetik alanının 20 bin katı manyetik alan kullanan ve inceleme süresi 15 ila 75 dakika süren Manyetik Rezonanslı Görüntüleme (MR) olduğu gibi kimi hekimlik uygulamaları az veya çok EMR kaynağıdır. Her ne kadar MR görüntülemenin anne içindeki fetus dahil canlı organizma üzerinde şu ana kadar kanıtlanmış herhangi bir zararı yok ise de; yine de organ gelişiminin gerçekleştiği ilk üç ayda MR çekimi önerilmez. Ayrıca metal etkileşimi olan, vücudunda mıknatıs ya da metal protez taşıyan, kalp pili kullanan,

göz içinde yabancı cisim bulunan, ateşli silah yaralanması geçirmiş olan (çoğu uyumsuz metaldir) ya da kalıcı dövme sahibi kişilerin MR cihazına girmeleri sakıncalı kabul edilir (hayati tehlike doğurabilir).³⁰ 2011 verilerine göre bir milyon kişi başına düşen MR cihazı sayısı OECD ülkeleri ortalaması 13,3 iken Türkiye’de bu sayı 10,5 idi (34 ülke arasında 20.). Son 3 yıl içinde (2008-2011) MR muayenesi sayımız iki kat artmış ve en fazla MR çektiren 3. ülke olmuştur. 2011’de toplam 7.222.187 kişiye MR görüntülemesi (bin kişide 97,4) yapılmıştır. Cihaz başına MR ortalaması 9.247,4 adet olduğuna göre Türkiye’de 78 adet MR görüntüleme cihazı olsa gerektir.³¹ 2012’de 310’u Sağlık Bakanlığına, 89’u üniversiteler ve 552’si özel sağlık kurumlarına ait toplam 921 adet MR cihazına sahip ülkemizde MR cihazları için nüfusa orantılı bir mevzuat yoktur.³² Yunanistan’da özel sağlık kurumları, nüfusu 40 binden aşağı yerleşim yerlerinde MR cihazı kuramazlar, ama bu ölçüt kamu kurumları için geçerli değildir.³³ MR’ın tersine ultrason uygulamaları EMR yaymaz.³⁴ Bu kaynaklardan gelen EMR sunukluğun ölçülebilmesi için 12 Numaralı kaynakçamızdaki “*Bilgi Teknolojileri Yaygınlık ve Kullanım Araştırması-2000*” benzeri örneklem araştırmalarının genel toplum ve işçi sağlığı alanları için yapılması gerekir. Elektrikli cihazlar çalışırken elektromanyetik, çalışmazken manyetik radyasyon yayarlar. EMR sıfırlamak için aygıt fişten çekilmelidirler.³⁵

AB için Manyetik Rezonans Görüntüleme sınırları (IEC 60601-2-33 ile açıklanmıştır) biraz daha karmaşıktır: ¹⁹

Ortalama zaman	6 dakika					
	Tüm beden için SAR	Bedenin bir kısmı için SAR	Baş için SAR	Bölgesel SAR		
Beden kısmı	Tüm beden	Maruz kalan beden bölümü	Kafa	Kafa	Gövde	El ve ayaklar
Çalışma Modu ↓	(W/kg)	(W/kg)	(W/kg)	(W/kg)	(W/kg)	(W/kg)
Normal	2	2 - 10 (b)	3.2	10 (c)	10	20
1. Düzey Kontrollü	4	4 - 10 (b)	3.2	10 (c)	10	20
2. Düzey Kontrollü	>4	>(4 - 10) (b)	>3.2	>10 (c)	>10	>20
Kısa dönem SAR	10 saniyelik periyodu aşan herhangi bir SAR sınırı belirtilen değerlerin üç katını aşmamalıdır.					

EM Radyasyonun Yol Açtığı Halk ve Çevre Sağlığı Sorunları

EM radyasyonun insanda yol açtığı sağlık sorunları

Bir etkenin çevre ve sağlık üzerine yaptığı etkilerin değerlendirmesi ile ilgili halk (çevre) sağlığı epidemiyolojik araştırmaları bilinenlerin ışığında ve çoğunlukla etki ortaya çıktıktan sonra yapılabilir. Pek çok elektromanyetizma teknolojisinde olduğu gibi cep telefonları ve kimi kablosuz bilişim teknolojilerinin kullanımı çok yeni olup EMR teknolojileri henüz bilimin tanımadığı yeni risklerdir. Sigarada olduğu gibi bir riskin yeterince bilinmesi için yaygın kullanımı üzerinden en az 20-40 yıllık araştırmalara gereksinim vardır. Çevre sağlığı politikaları, stratejileri ve girişimlerinin geliştirilmesi için 'Herkes için sağlık' temel ilkeleri kapsamında çevre sağlığında gereksinim duyulan dokuz temel hedeften biri olan ihtiyat (sakinme) ilkesini: *"Çevreye ve sağlığa bir dizi tehdiye ve geri dönüşü olmayan zarara neden olma olasılığı bulunan iş veya ürünler konusunda korkulan sonuçlar, ürün veya işler arasında tam bir ilişki kanıtı olmasa bile, güvenilir bir neden varsa, bu iş ve ürüne karşı koruyucu ve önleyici önlemler alma"*yı gerektirir.³⁶ İhtiyat ilkesi en çok da radyasyonun her türünde olduğu gibi EMR yayan kaynaklar için uygulanmalıdır. Zira, çevre sağlığı epidemiyolojisi araştırmaları kalıtsal ve kanser yapıcı etkilerin olup olmadığının tam olarak bilinmesi için en az üç nesil (anne-babada, çocuklarda ve torunlarda), yaklaşık 195 yıllık bir araştırma dilimine gereksinim duyar (kadınlarda 49 yaş, erkeklerde 80 yaşına kadar süren doğurganlık yaşı üzerinden en uzun doğurganlık süresi olarak 15 yaşına gelen erkeğin yasal doğurganlık süresi olan 65 yıl varsayımı ile tarafımızdan yapılan hesaplamalar). Bu süre cep telefonları ve çoğu EM teknolojileri için henüz dolmamıştır.

Çevreye düşen yıldırımlardan elektronik cihazların çalışamaz olması, elektrik süpürgesi çalışırken TV'de karlanma olması, cep telefonları kaldığında bilgisayar ekranların parazitlenmesi, yakın zamana kadar cep telefonlarının ya da bilgisayarlı araçların taşıtların ABS fren sistemlerini etkilemeleri bu tip etkilenmelerin göstergesidir. Bu tip etkilenmeleri en aza indirebilmek için EMC (elektromanyetik compatibility-elektromanyetik uyumluluk) için uluslararası standartlar konmaktadır.³⁷ Canlı hücre içindeki elektrokimyasal denge üzerindeki etkilere ise biyolojik etki ve biyoelektromanyetik (BEM) iletişim denir.³⁸

İnsanlar cep telefonları ile genellikle sohbet ve iş görüşmesi yaparlar. Bu nedenle cep telefonları baş bölgesini diğer birçok elektronik cihazdan daha fazla ve uzun süre EMR'a sunuk bırakır.^{39,40} Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ (WHO), Haziran 2011'de cep telefonlarının baş ve boyun bölgesi kanser olguları üzerindeki etkisini belirleyecek dünyanın 13 ülkesinde başlatılan araştırmaları resmi risk değerlendirmesini 2012'ye kadar yapacağını açıklamıştı. Ancak bu açıklama raporumuzun yazıldığı Haziran 2014 sonuna kadar yapılmamıştır.^{41,42} Ülkemizde 12 nolu kaynaktaki gibi sorgulayıcı bir araştırmanın bugüne kadar tekrarlanmadığı sanılmaktadır. Çocuk ve ergen yaşlarda cep telefonu ve diğer EMR kaynaklarını kullanımının etkileri çok daha fazla ve kalıcı olduğu için nüfusun cep telefonu sahipliğinin okul çağı yaşlardan başlayarak yaşa ve cinse göre sorgulanması ve bilinmesinin EMR'dan korunma stratejileri ve politikalarının yapılmasında önemi büyüktür.³⁹

Raporumuzda cep telefonları başta olmak üzere her türlü EMR'nun sağlık etkilerinin ve korunma yollarının ayrıntısına girilmeyecek, kaynak gösterilmesi ile yetinilecektir (bkz. 27,28,39,40,41,42,43,44,45,46 nolu kaynakçalar ve Tablo:2).

Tablo 2. DSÖ Kanser Yapıcıları Listesindeki İyonize Olmayan Zararlı Işınım Etkenleri⁴²

Etkenin adı	Grubu ¹	Listeye girdiği yıl
Ultraviyole radyasyon (UVA, UVB ve UVC dalgalarını kapsayan 100-400 nm dalga boyları)	1	2012
Ultraviyole-ayan bronzlaşma cihazları	1	2012
Güneş radyasyonu	1	2012
Güneş lambaları ve güneş yatakları	1	2012
Radyofrekanslarındaki elektromanyetik alanlar (kablosuz telefon kaynaklı elektromanyetik alanlar dahil)	2B	2013
Çok alçak frekanslı manyetik alanlar	2B	2002
Çok alçak frekanslı elektrik alanlar,	3	2002
Statik elektrik alanlar	3	2002
Statik manyetik alanlar	3	2002

¹DSÖ Kanser Araştırma Merkezi'nin etkenleri kanser yapıcılık (karsinogenlik) sınıflandırması şöyledir: **Grup 1:** İnsanda kanser yapıcı (Carcinogenic) etkenler; **Grup 2:** İkiye ayrılır: **Grup 2A:** İnsanda kanser yapma olasılığı yüksek olan (Probably carcinogenic) etkenler; **Grup 2B:** İnsanda kanser yapma olasılığı düşük olan (Possibly carcinogenic) etkenler; **Grup 3:** İnsanda kanser yapıcılığı sınıflandırılmayan (Unclassifiable as to carcinogenicity) madde ve işler; **Grup 4:** İnsanda büyük olasılıkla kanser yapıcı olmayan (Probably not carcinogenic) etkenler.

İyonlaştırıcı Işınım alanında Birleşmiş Milletler bünyesinde kurulmuş ve resmi kaynaklardan fonlanan IAEA ve onun uzmanlık kurulu ICRP'de olduğu gibi, İyonlaştırıcı olmayan ışıınım alanında bir (resmi) kurum yoktur. Almanya'da varlığını sürdüren ve bilimsel araştırma ve rehberler yayımlayan kâr amacı gütmeyen özgür bir uzmanlık derneği statüsünde olan Uluslararası İyonlaştırıcı Olmayan Işınımından Korunma Kurulu (International Commission on Non-Ionizing

Radiation Protection-ICNIRP) kararları ulusal hükümetleri bağlayıcı sayılmaz.^{47,48,49}

Çeşitli devletler ve uluslararası organizasyonlar, başa veya bir organa etki eden mobil cihazlar tarafından üretilen radyo frekans (RF) enerjilerine maruz kalma güvenlik sınırları tanımlamışlardır.¹⁹

Tablo 3. Cep telefonları için ICNIRP tarafından önerilen sunukluk sınırları¹⁹

Frekans aralığı	Tüm vücut ortalama SAR (W/kg)	Lokalize SAR (baş ve göğüs) (W/kg)	Lokalize SAR (uzuvlar) (W/kg)
10 MHz den 10 GHz'e kadar	0.08	2	4

Amerika Birleşik Devletleri: Federal İletişim Komisyonu (FCC), satılan telefonların 1 gramlık doku üzerinde 1,6 W/kg veya daha az SAR düzeyine sahip olmasını gerektirmektedir.

Avrupa Birliği: AB içinde SAR sınırlarını IEC standartlarını takip ederek CENELEC belirlemektedir. Cep telefonları ve diğer elle tutulan cihazlar için SAR sınırı ortalama 10 g doku üzerinde 2,0 W/kg olarak belirlenmiştir (IEC 62209-1).

Cep telefonu kullanımına ait zararlar ve tehlike olasılıkları (riskler) sigara ve tütün kullanımında olduğu gibi kişinin kendi isteği ile aldığı risklerdir, ama tütün dumanında olduğu gibi cep telefonu ve kablosuz bilişim araçları da insanlar bu aletleri kullanırken BTS'ler ve diğer (trafik kazaları vb.) nedenlerle genel toplum bireylerini de bireysel ve toplumsal zararlara uğratabilirler.^{35,50}

EM radyasyonun yol açtığı çevre sağlığı sorunları

Cep telefonları da diğer birçok elektronik eşya gibi zehirli madde açısından zengin yarı iletken çipler, piller ve sıvı kristalli ekranlar ve elektronik olmayan metal ve plastik parçalar içerirler. Cep telefonları 2004'de ABD'de 18 ayda bir değiştirilmekteydi. 2005'te ABD'li tüketicilerin kullanmadığı 500 milyon cep telefonunun çöpe atılacağını ve çevreye yaklaşık 140 bin kg kurşun sızdıracıklarını hesap edilmişti.³⁹ Türkiye'de böyle bir hesaplamanın yapılmasını sağlayacak sorgulayıcı araştırmalar gereklidir.

Sonuç

Çoğu yüksek gerilimli iletim hattı, yapıldığında yerleşim yeri dışında iken zaman içinde yerleşim yeri içinde kalmaktadır. Ülkemizin elektronik haberleşmesi, bilişim teknolojisi ve BTS tesislerinin kurulum izinleri vb. tamamen GSM şirketleri ve hükümet tarafından seçilmiş üyelerden oluşmuş (Tüketicileri temsil eden üye ise Sanayi ve Ticaret Bakanlığı ile Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğinin göstereceği ikişer aday arasından atanır) yedi kişilik *Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurulu* tarafından yönetilen, karmaşık bir kuruluş mevzuatına sahip, Başbakanlığa bağlı Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu tarafından yönetilir.⁵¹ Kurum, sadece Ankara, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul, İzmir, Mersin ve Samsun'da örgütlenmiştir. Türkiye'nin Bilgi Teknolojileri ve İletişimi hizmetleri yürürlükteki ÇED ve GSM mevzuatı ve denetimleri dışında, çevre sağlığı meslekleri ve kurumlarını dışlayan biçimde tamamen monodisipliner ve sadece GSM şirketleri çıkarları yönünde verilmekte ve denetlenmektedir.

"... hizmetten elde edilen yarar ve bunun karşısında verilen zararın dengelenmesi gerekmektedir. Hiçbir hizmet, insan yaşamı kadar öncelik ve önem taşımaz. Diğer bir anlatımla, yararlı bir hizmetin karşılığı olarak insanın ölümü uygun bir sonuç olarak kabul edilemez, insan yaşamında tehlike yaratan bir hizmetin, kişi yaşamı önüne geçilmesi ve ona üstünlük tanınması doğru bir yaklaşım olarak düşünülemez." diyen Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 2003/16434 esas sayılı 2004/971 sayılı 29.1.2004 tarihli kararı bu yönüyle çok şey söylemektedir.⁵² Gerçekten de *"Yararlılığı temel alan sistemlerde her şey ticaretin konusu olabilir. Oysa hakları temel alan sistemlerde, maliyet ve yararlılık hesapları ne olursa olsun; bir grubun diğer grubun onayını almadan yapamayacağı şeyler vardır ve uygulanacak politikaların kapalı kapılar ardında belirlenmesi başarısızlığa uğramış bir seçenektir."*^{53,54} İyonize olmayan ısıtım kirliliğinin çevre ve sağlık etkileri ile bireysel ve özellikle toplumsal önlemlerle mücadele edilebilir ve korunulabilir.³⁵

Kaynaklar

1. Vikipedi. Elektrik Tarihi. http://tr.wikipedia.org/wiki/Elektrik_tarihi. Erişim Tarihi: 03.06.2014.
2. TEİAŞ. Çok Alçak Frekanslı Elektromanyetik Alanlar. 2009. http://www.teias.gov.tr/ebulten/haberler/2009/RTE&EDF/Brochure_Champs.pdf. Erişim Tarihi: 30.05.2014.
3. Vikipedi. Telekomünikasyon. <http://tr.wikipedia.org/wiki/Telekomunikasyon>. Erişim Tarihi: 03.06.2014.
4. Vikipedi. GSM. <http://en.wikipedia.org/wiki/GSM>. Erişim Tarihi: 03.06.2014.
5. Risk http://ic.ucsc.edu/~flegal/etox80e/SpecTopics/Risk/risk_p12.jpg. Space. Erişim Tarihi: 10.06.2014.

6. Atakan Y. Cep telefonlarının sağlığa etkileri, Cumhuriyet Bilim ve Teknik Eki, 24.05.2003;844.
7. Güngör M, Paçacı KK, Seçki A, Pencereci ŞY. Mobil İşletmecilerin Altyapı ve Şebeke Paylaşımı Ülke uygulamaları ve Türkiye İçin Öneriler, Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu Sektörel Araştırma ve Strateji Geliştirme Dairesi Başkanlığı 2012. http://www.tk.gov.tr/kutuphane_ve_veribankasi/raporlar/arastirma_raporlari/dosyalar/Mobil_Isletmecilerin_%20Altyapi_Sebeke_Paylasimi.pdf. Erişim Tarihi:5.5.2014.
8. ReoCities. Cellular Phones, Mobile and Base Station Antenna Radiation and Human Health. 2009. <http://www.reocities.com/ResearchTriangle/9884/> İletişim Tarihi: 03.06.2014.
9. Çelik, B. Technology and National Identity in Turkey: Mobile Communications and the Evolution of a Post-Ottoman Nation. 2011 I.B.Tauris. London. New York. (Google eBook), <http://books.google.com.tr/books?id=dAUCAwAAQBAJ&pg=PA171&lpg=PA171&dq=Geray.+H.+Toplumsal+Değişkenler+ve+Cep+telefonu&source=bl&ots=fLlvbWn5Ec&sig=0IXqYziLxE41NVdZBT73iR3vNNo&hl=en&sa=X&ei=zPGWU5fMFqat7Qb34IDoBA&ved=0CBUQ6AEwAA#v=onepage&q=Geray%20C%20H.%20Toplumsal%20De%20C4%9Fi%20C5%9Fkenler%20ve%20Cep%20telefonu&f=false>. Erişim Tarihi: 10.06.2014.
10. TÜİK. Ulaştırma ve Haberleşme İstatistikleri,. Sabit telefon, cep telefonu ve internet abone sayısı-2013. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. Erişim Tarihi: 10.06.2014.
11. TÜİK. Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, 1935-2013. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059. Erişim Tarihi: 11.06.2014.
12. Bilgi Teknolojileri ve Elektronik Araştırma Enstitüsü Bilgi Teknolojileri Yaygınlık ve Kullanım Araştırması-2000. TÜBİTAK-BİLTEN Ocak 2001. Ankara. http://www.bilisimsurasi.org.tr/cg/egitim/kutuphane/Tubitak_Bilten_raporu.pdf. Erişim Tarihi: 12.06.2014.
13. TÜİK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması Sonuçları 2004-2013. Hanelerde bilişim teknolojileri bulunma oranı (%). http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028. Erişim Tarihi: 11.06.2014.
14. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. Bilgi Toplumu İstatistikleri-2011. Haziran 2011, s.37. http://www.bilgitoplumu.gov.tr/Documents/1/Diger/Bilgi_Toplumu_Istatiistikleri_2011.pdf. Erişim Tarihi: 10.06.2014.

15. Sohbət R, Arkan G, Demir Y. Esen Ö, Çakmak H, Güven Ö, İlköğretimde Öğrencilerin Bilgisayar ve Cep Telefonu Kullanma Alışkanlıklarının İncelenmesi. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitapçığı 4-7 Ekim 2011. Trabzon.
http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/1-75.pdf. Erişim Tarihi: 16.06.2014.
16. Sohbət R, Delibaş L, Uzanır M, Avşar H, Özel B, Kitle İletişim Araçlarının Üniversite Öğrencileri Üzerindeki Etkisi. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitapçığı. 4-7 Ekim 2011. Trabzon.
http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/1-75.pdf. Erişim Tarihi: 16.06.2014.
17. Arı S, Bulut B, Topbaş M, Çan G. KTÜ Mimarlık ve Orman Mühendisliği Fakülteleri Öğrencilerinin Cep Telefonu Kullanımı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitapçığı. 4-7 Ekim 2011. Trabzon.
http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/1-75.pdf. Erişim Tarihi: 16.06.2014.
18. Taşdemir M, Hıdıroğlu S, Gürün H, Özer DH. ve Ark. Marmara Üniversitesi Öğrencilerinin Cep Telefonu Kullanımı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitapçığı. s.736-38. 2-6 Ekim 2012.
http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/15.UHSK%20KİTAP_14_10_12.pdf. Erişim Tarihi:16.06.2014.
19. Vikipedi. Özgül Emilim Oranı.
http://tr.wikipedia.org/wiki/%C3%96zg%C3%BCl_emilim_oran%C4%B1. Erişim tarihi:16.09.2014.
20. Sabuncu HH. Elektromanyetik Radyasyon ve Elektromanyetik Alanlar İle İlgili Tanımlar-Sağlığa Olumsuz Etkiler. Antalya Tabip Odası Yayın Organı. Kasım 2001;15:21-2.
21. Gürsoy U. Elektromanyetik Radyasyondan Korunmak İçin Yapılacaklar. Antalya Tabip Odası Yayın Organı. Kasım 2001;15:27-8.
22. Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu Piyasa Gözetim Laboratuvarı Müdürlüğü İmkânlarından Yararlanılabilmesi İçin Usul ve Esaslar.
http://www.btk.gov.tr/mevzuat/kurul_kararlari/dosyalar/2012%20DK-13-557.pdf. Erişim tarihi: 16.09.2014.
23. Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu. Piyasa Gözetimi Laboratuvarı Tanıtımı.
http://www.btk.gov.tr/elektronik_haberlesme_sektoru/teknik_duzenlemele_r_ve_standardizasyon/piyasa_gozetimi_laboratuvarı/tanitim.php. Erişim tarihi: 16.09.2014.
24. Vikipedi. Elektrik iletim hatları.
http://tr.wikipedia.org/wiki/Elektrik_iletim_hatt%C4%B1. Erişim Tarihi: 12.06.2014.

25. Kalendirli Ö. Yüksek Gerilim Nedir? Neden Gereklidir?.[http://web.itu.edu.tr/kalenderli/Yuksek Gerilim Nedir Kalenderli.pdf](http://web.itu.edu.tr/kalenderli/Yuksek_Gerilim_Nedir_Kalenderli.pdf). Erişim Tarihi: 12.06.2014.
26. Türkiye Elektrik İletim A.Ş. Genel Müdürlüğü APK Dairesi Başkanlığı. Türkiye Elektrik Enerjisi 5 Yıllık Üretim Kapasite Projeksiyonu (2013-2017). <http://www.teias.gov.tr/Hakkimizda.aspx>. Erişim Tarihi: 02.06.2014.
27. Draper G, Vincent T, Kroll EM, Swanson J. Childhood cancer in relation to distance from high voltage power lines in England and Wales: a case-control study. <http://www.bmj.com/content/330/7503/1290?ehom>. Erişim Tarihi: 16.06.2014.
28. WHO. Electromagnetic fields and public health: Exposure to extremely low frequency fields. June 2007.<http://www.who.int/peh-emf/publications/facts/fs322/en/>. Erişim Tarihi: 30.05.2014.
29. Ataman B. Enerji İletim Hatları İle İlgili Bilgiler. <http://www.teias.gov.tr/ebulten/makaleler/2010/Sunu-4.iletim.pdf>. Erişim Tarihi: 02.06.2014.
30. Vikipedi. Manyetik rezonans görüntüleme. [http://tr.wikipedia.org/wiki/Manyetik rezonans görüntüleme](http://tr.wikipedia.org/wiki/Manyetik_rezonans_goruntuleme). Erişim Tarihi: 18.06.2014.
31. OECD.Stat Extracts. Health Care Utilisation: Diagnostic exams. In: Health. <http://stats.oecd.org/#>. Erişim Tarihi: 18.06.2014.
32. TC. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. s.73. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf>. Erişim Tarihi: 19.06.2014.
33. OECD. Health Care Activities:Medical Technologies. In Health at a glance2013 OECD Indicators. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312. Erişim Tarihi: 18.06.2014.
34. Vikipedi. Ultrason. <http://tr.wikipedia.org/wiki/Ultrason>. Erişim Tarihi: 18.06.2014.
35. Gürsoy U. Elektromanyetik Radyasyondan Korunmak İçin Yapılacaklar. Antalya Tabip Odası Yayın Organı. Kasım 2001;15:27-8.
36. Fitzpatrick M, Bonnefoy X. Guidance on the Development of Educational and Training Curricula, Environmental Health Services in Europe 4. Denmark: WHO Regional Publications European Series. No. 84, 1999.
37. Dvorak V. Ionizing Radiation. In Last J.M. Wallace B.R,editors, Cannor E. Ve Ark, ass. editors. Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine, 13th ed. U.S.A: Prentice-Hall International Inc.

38. Özakta, MH. Günlük Hayatta Karşılaşılan Elektromanyetik Alanlar ve İnsan Sağlığı. Bilişim Toplumuna Girerken EM Kirlilik Etkileri Sempozyumu Kitapçığı:7-12. 11 Kasım 1999. Bilişim Derneği, Gazi Üniversitesi.
39. Worldwatch Enstitüsü. Dünyanın Durumu Raporu 2004. TEMA Yayınları, s.137. 2004.
40. WHO. Electromagnetic fields and public health: mobile phones. Fact sheet No:193, June 2011.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs193/en/>. Erişim Tarihi: 28.05.2014.
41. WHO. What are the health risks associated with mobile phones and their base stations?20 September 2013.<http://www.who.int/features/qa/30/en/>. Erişim Tarihi: 30.05.2014.
42. IARC. Agents Classified By Th IARC Monographs, Volumes 1-109. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/> Erişim Tarihi: 14.06.2014..
43. WHO. Electromagnetic fields and public health: Base stations and wireless Technologies. May 2006. <http://www.who.int/peh-emf/publications/facts/fs304/en/>. Erişim Tarihi: 30.05.2014.
44. WHO. Electromagnetic fields and public health: Electromagnetic hypersensitivity. December 2005. <http://www.who.int/peh-emf/publications/facts/fs296/en/>. Erişim Tarihi: 30.05.2014.
45. WHO. Electromagnetic fields and public health: Static electric and magnetic fields. March 2006. <http://www.who.int/peh-emf/publications/facts/fs299/en/>. Erişim Tarihi: 30.05.2014.
46. Hassoy H, Durusoy R, Karababa AO. Baz istasyonlarının olası sağlık etkilerine ilişkin bir güncelleme/An update on the possible health effects of mobile phone base stations. TJPB, 2012;10(3). <http://tjph.org/ojs/index.php/TJPH/article/view/139>. Erişim Tarihi: 17.06.2014.
47. Wikipedia. http://en.wikipedia.org/wiki/International_Commission_on_Non-Ionizing_Radiation_Protection. Erişim tarihi: 16.09.2014.
48. ICNIRP. <http://www.icnirp.org/>. Erişim tarihi: 16.09.2014.
49. Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu. ICNIRP 2009 Yılı Raporu. <http://trdocs.org/download/docs-14162/14162.doc>. Erişim tarihi: 16.09.2014.
50. Trafikte cep telefonu canavara dönüşüyor. <http://konusmasur.wordpress.com/trafikte-cep-telefonu-kullanimi/>. Erişim Tarihi: 16.06.2014.

51. Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu. Kuruluş. http://tk.gov.tr/kurum_hakkinda/kurulus/index.php. Erişim Tarihi: 17.06.2014.
52. Çayyolu Elektromanyetik Kirlilikten Korunma Derneği (ÇEKOD). <http://www.cekod.org/ykarar2.htm>. Erişim Tarihi: 10.06.2014.
53. Morgan MG. Risk Analizi ve Yönetimi. Bilim (Scientific American Türkçe Basım) 1993;1(1):18-23.
54. Gürsoy U. Riskinize biz karar verelim siz (riskinizi) yaşayın. Ağaçkakan 1997; 5-6(31). http://nukleersiz.org/sites/default/files/riskinize_biz_karar_verelim_umur_gursoy.pdf. Erişim Tarihi: 14.06.2014.

TÜRKİYE’NİN İYONLAŞTIRICI IŞINIM (RADYASYON) KİRLİLİĞİ

Umur Gürsoy

Uzm.Dr. Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Osmaniye

I. Giriş

Türkiye’de İyonlaştırıcı Işınım (Radyasyon) ve nükleer enerji ile ilgili sorun ve politikaların hizmet tekeli Türkiye Atom Enerjisi Kurumudur (TAEK). TAEK’in, halkın, radyasyonla çalışanların ve çevrenin radyasyondan korunmasını sağlamak, radyasyon güvenliğini sağlamak,ülkenin nükleer tehlikelere karşı korunma stratejisini belirlemek,nükleer alanda ulusal ve uluslararası hukuk ile ilgili çalışmalar yapmak venükleer konularda halkı bilgilendirmek gibi halk sağlığı bakımından önemli sorumluluk ve görev alanları vardır.¹TAEK hizmet ve sorumluluklarını Ankara ve İstanbul’daki 3 eğitim ve araştırma merkezi dışında taşra örgütlenmesi olmayan merkezi bir örgütlenme ve 2013 sonu itibarıyla 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre çalışan 512’si teknik, toplam 773 personeli ile yerine getirir.^{2,3}

İyonize ışınlam gözle görülmeyen, varlığı beş duyumuzla anlaşılmayan ve sadece özel ölçüm aygıtları ile yapılan düzenli taramalar ve ölçümlerle anlaşılan fiziksel bir çevre etkenidir. İyonize ışınlamla ilgili her türlü yetkilendirme, lisans verme ve radyasyon ölçümleri ve denetimleri; 12 Eylül yasaklı rejiminin ‘anayasaya aykırılığı ileri sürülemez’liği ile sakat yasalarından birisi ile kurulmuş; dolayısıyla bilimsel ve özerk olmayan; çevre sağlığı yönünden de sicili bozuk bu kurum tarafından yapılır. Örneğin: *“TAEK’in kurduğu iki araştırma reaktörüne, kendisinin lisans vermesi nedeniyle (12 Ocak 1989’de yangın tehlikesi geçiren, deprem kriterlerine uygun yapılmadığı için yeniden güçlendirilen, K. Çekmece Gölüne 1993 yılında radyasyon sızdıran ve gücü 2,5 MW olan reaktörünün; TAEK eski başkanı Prof. Dr. Ahmet Yüksel Özemre tarafından lisanssız-onaysız 5 MW’a çıkarılması nedeniyle kapatılmış olan) dünya nükleer otoriteleri tarafından sık sık eleştirildiği”* biliniyor. *“Sürekli yönetimin değiştiği bir kurumda nasıl proje üretir ve istikrarı sağlayabilirsiniz? Adam kayırma politikaları sürer ve teknolojiyi kurmak için gerekli takım kurulamazsa, reaktörler hiçbir işe yaramaz”* diyenİTÜ Nükleer Enerji Bilim Dalından emekli Prof. Dr. Şerman Gencay’a göre:Kurum, *“Kurulduğundan bugüne kadar 40 başkan değiştirmiştir.”*⁴ Aynı şekilde Hacettepe Nükleer Enerji A.D. emekli öğretim üyelerinden Prof. Dr. Osman Kemal Kadiroğlu’nun belirttiği gibi: *“Yıllar boyu yapılan siyasi atamalar sonucu artık işlemez ve ülkeye yarar sağlayamaz bir duruma gelmek üzere”* olan TAEK; bizce de, risk analizi hizmetleri bakımından Türkiye’nin iyonize radyasyon risklerini iyi değerlendiremeyen, yönetemeyen ve iletişimini başaramayan konumuyla Türkiye’nin iyonize radyasyon kirliliğinin nedenlerinden birisi olmuştur.⁴ 20 adet teknik laboratuvarı bulunan TAEK’in 2013 yılında verdiği çevre sağlığını ilgilendiren hizmetler ve cihaz durumu Tablo 1’dedir.²

Dünyadaki tüm iyonlaştırıcı ışınlam (radyasyon) kaynaklarından yapılan son (2008) hesaplamalara göre alınan yıllık küresel bireysel ışınlam dozu ortalaması 3,0322

mSv'dir. Toplam dozun %20,19'u (0,6122 mSv/yıl) insan yapısı, % 41,55'i (1,26 mSv/yıl) soluduğumuz hava (radon gazı); % 19,79'u (0,6 mSv) tedavi hariç hekimlik işleri, %9,56'sı (0,29 mSv) tükettiğimiz besinler; %0,16'sı (0,005 mSv) nükleer serpinti (atmosferdeki atom bombası denemeleri), %0,16'sı (0,005 mSv) mesleki; % 0,066'sı (0,002 mSv) Çernobil Kazası ve % 0,066'sı (0,002 mSv) nükleer atıklar (nükleer yakıt döngüsünden) kaynaklıdır.⁵ Yıllık alınan küresel bireysel doz ortalaması 2000 yılında 2.81 mSv idi.⁶ 8 yılda dünyanın yıllık küresel bireysel dozu %7,9 artmıştır. Toplam alınan yıllık ortalama yapay doz (0,6122 mSv/yıl) kişi, yer ve zaman özelliklerine göre sıfırdan onlarca katına kadar değişebilir.⁵ Bu nedenle ulusal ve yerleşim yeri ölçeğinde bir Türk vatandaşının yıllık ortalama bireysel ışınlam dozu ve 1986 Çernobil ve 2011 Fukushima Nükleer kazalarının bu doza etkileri konusunda önemli sorunlar ve bilgi açıkları vardır.^{7,8} Örn. Farklı yaş grupları için farklı olsa da kimi önemli besin ve sunuk kalma yollarından (hiç ya da standartlara uygun veya Türkiye'yi temsil eden biçimde) radyasyon örneği alınmadığından ve dozlar yıllık alınan olarak değil de ömür boyu alınan doz şeklinde açıklandığı için Türkiye insanının ortalama (örn. Çernobil kazasının olduğu 1986-87 yıllarında) yıllık radyasyon dozu ve bunun kaynaklara dağılımı (ve halen günümüzdeki doğal ve yapay dozlarımız dahi) iyi bilinmemektedir.^{3,9}

II. Türkiye'nin İyonlaştırıcı Işınım Kaynakları

İyonlaştırıcı ışınlam (radyasyon), "*yüksek ışınlametkinlikli (radyoaktiviteli)*" (nükleer santraller ve nükleer silahlarla ilgili çalışmalar kaynaklı olanlar) ve "*düşük ışınlametkinlikli (radyoaktiviteli)*" (araştırma merkezleri ve hastanelerden çıkanlar) olarak iki gruba ayrılabilir. Üzerindeki NATO (ABD) hava üslerindeki nükleer silahlar dışında henüz kendisine ait nükleer endüstrisi, nükleer silahı, nükleer santrali, nükleer yakıtı ve uranyum madenciliği olmayan Türkiye'de üretilen düşük kaynaklı radyoaktif atıkların ana kaynakları: Nükleer araştırma reaktörleri, özel tıp laboratuvar ve tıp merkezleri, hastaneler, üniversite ve diğer araştırma laboratuvarları, endüstriyel izotop kullanan kuruluşlardır.^{10,11} *Anlaşma imzalamış ve yasal altyapıya sahip statüsüne gelmiş* Türkiye, Mersin-Gülneer İlçesi idari sınırlarındaki Büyükeceli (Ovacık) sahilindeki Akkuyu mevkiine toplam 4800 MW kurulu gücünde 4; Sinop İnceburun Mevkiine toplam 5600 MW kurulu gücündeki 4 nükleer güç santrali olmak üzere toplam 8 nükleer santral ünitesi (reaktör) yapmayı planlamıştır.¹² Akkuyu'daki nükleer santral girişimi çevresel etki değerlendirmesi (ÇED) inceleme safhasındadır. 26.06.2014 tarihinde Revize ÇED Raporu Çevre Şehircilik Bakanlığı'na sunulmuştur.¹³

TAEK'in 23.06.2014 tarihinde yayımladığı doğal radyasyon kaynaklarımızı içermeyen Türkiye'de Radyasyon Kaynakları-2013 isimli yayına göre "*2013 yılı sonu itibarıyla ülke genelinde toplam 11.070 kuruluştaki X-ışını cihazları, kapalı ve açık radyoaktif maddeler ile kapalı radyoaktif madde bulunduran cihazlar kullanılmaktadır. Mevcut radyasyon kaynaklarının % 77'si tıpta, % 23'ü ise endüstride ve diğer alanlarda kullanılmaktadır. Radyasyon Sağlığı ve Güvenliği Dairesi tarafından sürdürülmekte olan yetkilendirme faaliyetleri kapsamında 2013 yılında 7000'i aşkın işlem gerçekleştirilmiştir. 2013 yılı boyunca ülke genelinde 2400'e yakın kuruluştaki yaklaşık 6000 radyasyon kaynağını kapsamak üzere radyasyon güvenliği denetimi ve radyasyon kontrolü faaliyeti gerçekleştirilmiştir*".¹⁴

Tablo 1 TAEK Tesis, Cihaz ve Hizmet Verdiği Alanlar ve Hizmetler 2013²

Durum ve hizmetler	Hizmet veya cihaz, tesis sayısı	Sayı
Kurum bünyesindeki tesisler	TR-2 Araştırma Reaktörü	1
	Düşük Enerjili İyon Hızlandırıcıları	?
	Nükleer Yakıt Pilot Tesisi	1
	Düşük Düzeyli Radyoaktif Atık İşleme ve Geçici Depolama Tesisi	1
	Gama Işınlama Tesisi	1
	SANAEM Elektron Hızlandırıcısı Tesisi	1
	TAEK Proton Hızlandırıcısı Tesisi	1
Ülke genelinde kurulu sistemler	Radyasyon Erken Uyarı Sistemi (RESA)	153
	Gümrük Kapılarında Araçlarda Radyasyon Tarama Sistemi (RESA-GATE)	30
	Gümrük Kapılarındaki Radyasyon İzleme Sistemi (RİS)	15
	RESA ve RIS değişimi	48
Acil durumlara müdahale	Kaza	2
	Gümrüklerden gelen toplam alarm	3.764
Radyoaktivite analizleri	Sularda alfa beta Radyoaktivite	1034
	Sularda Tritiyum	599
	Gıdalarda Radyoaktivite Analizi ve Sertifikası (Cs-137/134)	1.749
	Yapı Malzemelerinde Radyoaktivite Analizi ve Sertifikası(Ra-226,Th-232,K-40,Cs-137)	116

Tablo 1'in devamı

	Diğer Numunelerde Gama Radyoaktivite Analizi (Cs-137/134,K-40,Ra-226,U-238,Th-232)	320
	Diğer Numunelerde Alfa Radyoaktivite Analizi(Pu-239/240,Am-241,U-238,Th-232,Po-210)	35
	Diğer Numunelerde Toplam Alfa/Beta Analizi-239/240,Am-241,U-238,Th-232,Po-210)	28
	Diğer Numunelerde Beta Radyoaktivite Analizi (Sr-90)	108
Radyoaktif atık	Hastanelerden ve endüstriden gelen radyoaktif atıkların toplanıp geçici depolanması (gelen radyoaktif parça sayısı)	2.642
Kişisel doz izleme ve değerlendirme	Kişisel Doz İzleme ve Değerlendirme	202.890
Işın(ım)lama hizmetleri	Endüstriyel Işınlama Hizmetleri (Gıda)	5.776 m3
	Endüstriyel Işınlama Hizmetleri (Tıbbi Malzeme)	1.283 m3
Radyasyondan korunma	Lisanslamaya esas radyasyon kontrolü işlemleri	1.045/1.596
	Biyolojik doz tayini	61

Ülkemizin bilinen (resmi) ve doğal kaynaklar dışındaki radyasyon kaynaklarını alt başlıkları şöyledir:¹⁴

1. Hekimlikte (Tanılama amaçlı) kullanılan Radyoloji cihazları
2. Diş Hekimliğinde kullanılan (Tanılama amaçlı) Radyoloji cihazları
2. Radyoterapide Kullanılan Kaynaklar
3. Nükleer Hekimlik Uygulamaları
4. Endüstriye Radyografi/Radyaskopi Cihazları
5. Nükleer Ölçüm Cihazları
6. Taşınabilir Yoğunluk ve Nem Ölçüm Cihazları

7. Işın(ım)lama Tesisleri/Cihazları
8. Güvenlik Amaçlı Kullanılan Cihazlar

II.A. Hekimlik Mesleği (Tıp) Uygulamaları

2013 yılı sonu itibarıyla ülkemizde 12.751 adet tıbbi radyoloji cihazı ve 5.432 adet diş hekimliğinde kullanılan radyoloji cihazı ile radyoterapide kullanılan 294 adet cihaz bulunmaktadır.¹⁴ İyonlaştırıcı radyasyona sunuk bırakan hekimlik uygulamalarının ülkemizdeki çeşitleri ve kullanılan cihaz sayıları (2013) şöyledir:¹⁴

1. Hekimlikte (Tanılama amaçlı) kullanılan Radyoloji cihazları (Toplam:12751):

- Grafi/Skopi/Anjio Cihazları: 8991
- Bilgisayarlı Tomografi (BT) Cihazları: 1399
- Mamografi Cihazları: 1313
- Kemik Yoğunluğu Ölçüm Cihazları: 935

2. Diş Hekimliğinde kullanılan (Tanılama amaçlı) Radyoloji Cihazları (Toplam: 5432):

- Preapikal Cihazlar: 2578
- Preapikal Mobil Cihazlar: 1210
- Panoramik Cihazlar: 1561
- Diş Tomografisi Cihazları: 83

3. Radyoterapide Kullanılan Kaynaklar (Toplam: 294):

- Kobalt-60 Teleterapi Cihazları: 27
- Lineer Hızlandırıcı Cihazları: 183
- Sonradan Yüklemeli Brakiterapi Cihazları: 56
- Siber Bıçak Cihazları: 10
- Gama Bıçağı Cihazları: 9
- Tomoterapi Cihazları: 9

4. Nükleer Hekimlik Uygulamaları (Toplam:474):

- Tomografik Tek Foton Görüntüleme (Single-photon Emission Computed Tomography-SPECT) Cihazları: 356
- Bilgisayarlı Tomografili SPECT (SPECT/BT) Cihazları:11
- Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) Cihazları: 5
- Bilgisayarlı Tomografili PET (PET/BT) Cihazları: 102

Türkiye’de PET ve PET/BT görüntülemesinde kullanılan FDG (floro deoksi glikoz) radyofarmasötici üretimini yapan 15 üretim tesisi, yüksek doz I-131 tedavisi yapan 47 merkez, 1-125 ile RIA çalışması yapan 51 ve açık radyoaktif kaynakların kullanıldığı 5 tıbbi laboratuvar bulunmaktadır. Açık nükleer tıp laboratuvarlarında 474 adet cihaz bulunmaktadır.¹⁴

Birleşmiş Milletler Parçacık Işınımın Etkileri Bilimsel Kurulunun (United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation-UNSCEAR) Küresel Tıbbi

Radyasyon Kullanımı ve Sunukluğu Araştırmasına göre tıbbi kaynaklı alınan küresel yıllık bireysel dozun 0,4 mSv'den 0,62'ye çıkmasının nedeni BT uygulamalarının ve dünya nüfusunun artmasıdır. UNSCEAR'ın Küresel araştırmaları dışında toplumsal kullanımı ile ilgili sayısal hiçbir ölçüt, rehber veya yasal düzenleme bulunmayan özellikle BT (ve MR) cihazlarının kullanımı son yirmi yılda hızla artmıştır.⁵

UNSCEAR 2000 ve 2008 raporlarında Türkiye'nin içinde bulunduğu sağlık düzeyindeki ülkeler için her bir milyon nüfus için 60 X-Işını cihazı, 60 diş hekimliği X-Işını cihazı, 0,5 mamografi cihazı ve 2 adet BT Cihazı olması normal kabul edilmektedir.^{5,6} Yeni yayımlanan TAEK 2013 Yılı verileriyle tarafımızdan yapılan hesaplamalara göre ülkemizde her milyon kişi başına ortalama 69,77 adet dental, 110,82 adet tıbbi röntgen (X-Işını) cihazı (anjio cihazları hariç, skopi cihazları dahil); 17,13 adet mamografi cihazı ve 18,23 adet BT cihazı düşmektedir.¹³ Sağlık Bakanlığı (SB) ve OECD dokümanlarına göre, Türkiye'de yapılan BT görüntülemesi sayısı 2008-2011 arasındaki üç yılda iki katına çıkmış ve 2011'de toplam 8.338.711 kişiye (bin kişiye 112,4) BT çekilmiş; cihaz başına yılda 7.664,3 BT görüntülemesi yapılmıştır.^{15,16}

2011'de Türkiye'de 101.192 kişiye (1000 kişide 1,4) Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) yapılmıştır. Cihaz başına PET çekim sayısı 2.153'dir.¹⁷ Türkiye'de Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bazı Cihazların Görüntüleme Sayısı (2012) Tablo 3'tedir.¹⁶

Tablo 3 Türkiye'de Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bazı Cihazların Görüntüleme Sayısı (2012)¹⁶

	MR	BT	Ultrason	Dopler Ultrason	EKO	Mamografi	Röntgen
Sağlık Bakanlığı	5.103.661	6.481.088	15.480.054	4.803.078	3.074.063	1.359.768	32.935.904
Üniversiteler	978.049	1.476.353	1.679.200	616.171	578.346	257.967	3.517.190
Özel Sağlık Kuruluşları	2.510.362	1.867.832	5.250.608	1.520.430	1.396.252	424.845	6.837.637
TOPLAM	8.592.072	9.825.273	22.409.862	6.939.679	5.048.661	2.042.580	43.290.731

Pahalı bir tetkik olduğu kadar, aynı zamanda (bir AP (arka-ön) göğüs radyografisi ile bir göğüs BT'si karşılaştırılırsa) yaklaşık 1336,84 kat daha fazla (etkin -

toplumsal- doz olarak 78 kat) radyasyon dozu alınmasına neden olan BT cihazları ile ilgili, ülkemizde, nüfusa orantılı bir mevzuat yoktur. Örn. Yunanistan'da özel sağlık kurumları nüfusları 30 binden az şehirlere BT cihazı kuramazlar, ama bu ölçüt kamu kurumları için geçerli değildir¹⁷. 2013 yılında ülkemizde 50-69 yaşındaki her bir milyon kadına 230,4 adet mamografi ünitesi düşmektedir¹⁸. 2012 yılında 15 yaş üzeri nüfusun %6,8'i; 50-69 yaşında kadınların ise %27,3'ü mamografi yaptırmıştır^{19,20}. Bazı radyolojik tetkikler sonucu ülke seviyelerine ve yapılan tetkiklere göre hastaların maruz kaldığı etkin dozlar Tablo 4'tedir.^{21,22,5}

Tablo 4 Türkiye’de ve Almanya’da Bazı Radyolojik Tetkikler Sonucu Bir Hastanın Aldığı Ortalama Radyasyon Dozu⁵

TETKİKLER		Her Bir Tetkikte Alınan Ortalama Hasta Dozu (mSv)		Her Bir Tetkikte Alınan Kişi Başına Ortalama Etkin (toplumsal) Doz (mSv)		
		Türkiye	Almanya	Türkiye*	İspanya	Dünya ortalaması
PA Göğüs Radyografisi		0,38	0,13	0,10	0,03	0,05
LAT Göğüs Radyografisi		1,68	0,73	0,20	0,08	0,20
Omurga Radyografisi	Bel AP/PA	4,35	2,31	1,20	0,60	1,20
	Göğüs AP	2,85	1,46	0,50	0,40	0,60
	Boyun AP	veri yok	6,90	0,10	0,11	0,10
Kalça ve Kalça eklemi Radyografisi		3,10	1,96	1,10	0,50	1,00
Kafa Radyografisi		4,00	0,44	0,10	0,04	0,10
Karın Radyografisi		veri yok	2,64	0,80	0,60	0,80
Üst sindirim sistemi Radyografisi		veri yok	23,53	3,40	6,00	3,30

Alt sindirim sistemi Radyografisi		veri yok	57,43	7,40	7,4**	7,30
Safra kesesi grafisi		veri yok	veri yok	2,00	2,0**	2,00
Ürografi		veri yok	veri yok	2,60	2,6**	2,60
Mamografi	Tarama	veri yok	veri yok	0,30	0,3**	0,30
	Klinik tanı	1,65	5,00	0,40	0,50	0,40
Bilgisayarlı Tomografi	Kafa	veri yok	980,00	2,40	2,70	2,40
	Göğüs AP	veri yok	508,00	7,80	7,70	7,80
	Karın	veri yok	1239,00	12,40	21,40	12,40
	Omurga	veri yok	248,00	5,00	2,70	5,00
	Pelvis	veri yok	veri yok	9,40	9,4**	9,40
Anjiyografi	Kalp	veri yok	veri yok	11,20	11,2**	11,20
	Kalp Dışı	veri yok	77,46	9,30	15,00	9,30
Diğer girişimsel uygulamalar		veri yok	veri yok	11,20	11,2**	11,20

Diş hekimliği uygulamaları	veri yok	veri yok	veri yok	0,01	veri yok
* Türkiye'nin ulusal hesaplanmış verisi olmadığından Türkiye'nin bulunduğu Temel Sağlık Hizmetleri bakımından II. Seviye ülkeler için UNSCEAR Küresel Tıbbi Radyasyon Kullanımı ve Sunukluğu (Maruziyeti) Araştırması verilerinden hesaplanan 1997-2007 yıllarında gerçekleşen uygulamalardan elde edilen küresel modelleme çalışmasındaki ortalamalardır. ** Almanya'nın bulunduğu Temel Sağlık Hizmetleri bakımından I. Seviye ülkeler ortalaması. Ortalama etkin Dozlar için Almanya verisi olmadığı için aynı sağlık seviyesindeki İspanya alınmıştır.					

II.B. Tıbbi Olmayan Uygulamalar

2013 yılı sonu itibarıyla ülkemizde toplam 677 adet endüstriyel radyografi/radyoskopi cihazı, 3214 adet sabit nükleer ölçüm cihazı ile 267 adet taşınabilir yoğunluk ve nem ölçüm cihazı vardır. Ayrıca güvenlik amacıyla kullanılan 2864 adet paket kontrol cihazı ve 11 adet tır tarama sistemi bulunmaktadır. Gıda, tıbbi malzemeler ve diğer ürünlerin radyasyon ile ışınlaması amacıyla çalışmakta olan 4 ışınlama tesisi mevcuttur. Ayrıca 2013 yılı sonu itibarıyla ülkemizde radyasyon kaynaklarının imalat veya bakım ve onarımı için 19 adet, radyoaktif maddelerin ithalat, ihracat ve taşınması için 63 adet, kullanılmayacak kapalı radyoaktif kaynakların sökülmesi ve taşınmasına yönelik yetkilendirilmiş 15 adet kuruluş mevcuttur.¹³

II.B. 1- Besin ve Hayvan Yemi Işın(ım)laması^{23,24}

Türkiye, 06.10.1999 tarihinden itibaren besinlerde ve hayvan yemlerinde "Gıda... ışınlama"ya izin vermiştir.²⁵ Yönetmeliğe göre kapalı Kobalt-60 (Co-60) ve Sezyum-137 (Cs-137) radyonüklit kaynaklarından yayılan gama ışınları, 5 MeV ve daha düşük enerjide çalışan makine kaynaklarından üretilen X ışınları ve 10 MeV ve daha düşük enerjide çalışan makine kaynaklarından üretilen elektronlar ile besin ışınlaması yapılabilir. Türkiye'de halen ticari olarak tıbbi malzeme sterilizasyonu ve gıda ışınlaması yapan 4 ışınlama tesisi mevcuttur.¹³Bunlardan biri TAEK bünyesinde 1993 yılında Sarayköy/Ankara'da (SANAEM); diğeri özel sektöre ait 1995 yılında Çerkezköy/Tekirdağ'da²⁶ faaliyet göstermektedir. Kalan ikisi hakkında TAEK dokümanlarında ayrıntılı bilgi yoktur. ²⁷Işın(ım)lanmış gıdaların üzerinde, "ışınlanmıştır" veya "ışınlama işlemi yapılmıştır" ifadesi ve 6/11/1999 tarihli ve 23868 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Gıda Işınlama Yönetmeliğinde belirtilen diğer bildirimler bulunması mevzuat gereğidir (bkz. Şekil 1).^{25,28}



Şekil 1 Işınlanmış gıdayı ifade eden "radura" sembolü²⁹

Türkiye'de 2013'te de çoğu baharat olmak üzere 4.550 ton besin ışınlanmıştır. Bunun %76'sı baharat, %14'ü dondurulmuş besin ve %4'ü kırmızı et; %2'si kuruyemiş ve %2'si de kurutulmuş sebzedir.³⁰ Yerli veya ithal ürün olarak yurtiçinde satılan (tüketilen) ışınlanmış besin ve madde miktarı bilgisine ulaşılamamıştır.

II.B. 2- Diğer uygulamalar

Tıbbi olmayan diğer ısınımlama uygulamaları medikal ürün sterilizasyonu, farmasotik ve kozmetik ürünler, hayvan yemi ve evcil hayvan (pet) besinleri, ambalaj malzemesi ve diğer alanlardaki ürünlerin ısınımlarıdır (bahçe-sera ürünleri, arşiv ve antikaların korunması, ağaç ürünlerin sertleştirilmesi, plastiklerin parçalanması ve hastane atıklarının mikropplardan arındırılması).²⁶ Türkiye'nin diğer ısınımlama uygulamaları ile ilgili veri ve istatistik bilgisine ulaşamamıştır.

III. Radyoaktif Atıklar

Türkiye'nin en önemlisi Yozgat-Sorgun ilçesinde olmak üzere 9.129 tonluk (muhtemel 5.000 MW kurulu gücündeki beş reaktörlük nükleer santrale yaklaşık 10 yıl yetecek kadar) uranyum rezervine sahip olduğu tahmin edilmekle birlikte henüz nükleer atık ve kirlenme nedeni olacak bir uranyum madeni ve işleme tesisi ile kendisine ait bir nükleer santrali yoktur.^{31,32}

2872 Sayılı **Çevre Kanunu**'nun 5491 Sayılı Kanun ile değişik 10. maddesine göre Türkiye'ye *"tehlikeli atıkların ithali istisnai haller belirtilmeksizin yasak"*tır. Ancak **Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği** Madde.41'de *"ekonomik değere haiz"* tehlikeli atıkların ithal izinlerinin yayımlanacak tebliğler ile mümkün olabileceğine ilişkin hükümlere yer verilmekte ise de yasalar yönetmeliklerin üzerindedir.¹⁰ Radyasyonlu atıklara sahip birçok ülke, bu atıklardan kurtulmak için yasal veya yasal olmayan yollardan, çevre kirliliği mevzuatı gevşek Türkiye, Tayvan ve çeşitli Afrika ülkelerini depo olarak kullanmaya çalışmaktadır. TAEK eski Başkanı A.Y. Özemre, yaklaşık 1988-1989 dolaylarında 1.150 ton nükleer atığın Isparta'da gömülmüş olduğu ve 800 ton nükleer atığın da Konya'da bir un fabrikasında ısı üretimi için yakılmış olduğuna dair bir bilginin (ihbarın) kendisine ulaştığını ve Almanların, TAEK'e 40.000.000,-DM (kırk milyon mark) karşılığında, 4.000 ton nükleer çöpün Türkiye'ye **resmî yollardan** gömülmesi için bir teklifte bulunmuş olduklarını ve "bu işin resmî yoldan gerçekleştirilmek" istendiğini, bu mümkün olmazsa *"Ne yapılırsa yapılsın, bu nükleer çöplerin gene de Türkiye'ye gömüleceği'nin ifâde edildi"*ğini; belirtmişti. Özemre: *"1) Çökmüş olan Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği'nden kaçak nükleer maddelerin Türkiye'de pazarlanıp başka ülkelere sevk edildiğine dair haberlerin ortaya çıkması, 2) Hattâ bazı nükleer maddelere yetkililer tarafından el konulması ve 3) Karadeniz'in uluslararası sularına bırakılan ve bir bölümü de kıyılarıımıza vuran zehirli kimyasal atıkları muhtevî varillerin varlığı Türkiye'nin, yabancı uluslar tarafından **kararlı bir biçimde** potansiyel bir çöplük olarak görülmekte olduğu husûsundaki endişelerimi kuvvetlendirip kesin bir inanca dönüştüren **kuvvetli emâreler** oldu."*ğünü açıklamıştır.^{10,33,34}

Radyasyonlu atıkların denetiminin yerli atık üretiminin izlenmesi ve hurda ithalatı ve ihracatı ile yakın ilişkisi vardır. 2001'de 13,2 milyon tonu bulan Türkiyehurda demir-çelik tüketiminin 5,1 milyon tonu ithalat 8,2 milyon tonu da yerli kaynaklardan karşılanmıştı. 2010 ve 2013'te Türkiye, dünyanın en büyük hurda demir ithalatçısı idi. Türkiye'nin hurda ithalatında da birinci sırayı hurda demir

çelik almaktadır. Üretiminin %78'ini hurda demir çelikten yapan Türkiye'nin 2012'de demir çelik sektörünün ham madde ihtiyacının %70'i ithal hurda demir çelikten karşılanmaktadır. 2001'den beri (2012) demir çelik hurdası aldığımız ülke sıralamasında ABD birinci, Almanya ikincidir.^{35,36}

2012 yılında Türkiye'de, 50 kişi ve üzeri işçi çalıştıran imalat sanayii sektöründe (içinde radyasyonlu atıkların da bulunması gereken) 806 bin tonu tehlikeli atık olan toplam 14,42 milyon ton (katı) atık üretildi. TÜİK istatistiğine göre, toplam atığın %5'i tesis bünyesinde geri kazanılmış, %43'ü satılmış veya lisanslı atık bertaraf ve geri kazanım firmalarına gönderilmiş; %33,5'i düzenli depolama sahalarında, %3,8'i çöplüklerde bertaraf edilmiş, %11'i işyeri sahasında depolanmış, %1,1'i beraber yakma (ko-insinerasyon) ya da yakma tesislerinde yakılmış, %2,6'sı ise diğer yöntemlerle bertaraf edilmiş gözükmektedir.³⁷

Ne var ki, sadece imalat sanayi atık üretici beyanlarına ve katı atıklardan oluşan veri toplama sistemindeki bu miktarlara, tarım, madencilik, enerji gibi diğer sektörlerdeki üretimler ve tüm sektörler bazında sıvı tehlikeli atıklar da eklendiğinde, 2004'te dahi kabaca bir tahminle 2-3 milyon tonun üzerindeki tehlikeli atık üretim miktarlarına ulaşılabilir. Nitekim 2006 yılında sanayi kuruluşlarının ancak %1'i istatistik formunu bakanlığa göndermiştir.¹⁰ Türkiye'de üretilen miktar konusundaki belirsizlik yanında tehlikeli atıkların nasıl bertaraf edildiği ya da ne kadarının geri kazanım proseslerine dahil edildiği konusunda da net bilgilere erişmenin mümkün olmadığı düşünülürse;¹⁰ aynı sorunun radyasyonlu (iyonize) atıklar için de geçerli olduğu düşünülmelidir. Nitekim İstanbul-İkitelli'deki ve İzmir-Gaziemir'deki radyasyonlu atık kirliliği olguları böyledir (kayıtdışı nükleer atık)(bkz. Radyasyon kazaları bölümü). Ne var ki TAEK, İkitelli'de gösterdiği titizliği Gaziemir'de göstermemiş ve çevre epidemiyolojine uygun sürveyansı yapmamıştır.^{38,39,40}

1991'deki Birinci Körfez Savaşında ABD ve koalisyon güçleri ilk kez Irak'ta (315-350 ton arasında olduğu tahmin edilen) çok miktarda seyreltilmiş (depleted) uranyum mermileri kullandı. Zırh deliciği çok yüksek olan bu mermiler geride sadece radyoaktif açılan kirlenilmiş savaş hurdalarına ve toz şeklinde yayılan radyoaktif kirlilikle Irak ve Kuveyt topraklarının kirlenmesine neden oldu. Uluslararası herhangi bir ciddi kısıtlama olmadığı için daha sonra 1994-1995 te Bosna-Hersek'te ve Kosova ve Sırbistan'da yürütülen NATO operasyonlarında seyreltilmiş uranyum mermilerini tanksavar silahı olarak kullanmaya devam eden ABD'nin; 2. Körfez Savaşında (2003 Irak Savaşı) tekrar 1.100 ile 2.000 ton arasında seyreltilmiş uranyumlu tanksavar mermisi kullandığı tahmin ediliyor. Bugün Irak'ın neredeyse bütün kesimleri seyreltilmiş uranyum atıkları ile kirlenmiş durumdadır.⁴¹

Ucuz olduğu ve satışı konusunda herhangi bir uluslararası ciddi kısıtlama olmadığı için gelecekte çok daha yaygın kullanılması tehlikesi olan bu mermilerdeki seyreltilmiş uranyumun yarı ömrünün 4,5 milyar yıl olduğu göz önüne alınırsa tehlikenin büyüklüğü ve hurda denetimlerinin önemi daha da iyi anlaşılabilir.⁴¹ Yakınlığı nedeniyle Irak'tan da savaş artığı çok miktarda hurdanın alınması ve bunların özellikle İskenderun çevresinde yoğunlaşan demir çelik tesislerinde eriterek iç ve dış piyasaya inşaat demiri vb. satılması olasılığı fazladır. Nitekim,

Meclise sunulan bir soru önergesine verilen yanıtta Eylül 2005'e kadar Türkiye'nin Irak'tan 250 ton savaş artığı hurda aldığı belirtilmiştir.^{42,43} Pek çok çevresel zararlı etkilere sahip *'hurdadan elde edilen demir çelik'*te radyoaktif atıklar olma olasılığı nedeniyle, ithalatçı şirketin bağlı bulunduğu devletten ziyade hurdanın hangi ülkelerden toplandığına da dikkat edilmelidir. Gözler özellikle en çok hurda demirçelik ithalatı yaptığımız ve dünyadaki endüstrileşmiş 20 ülke arasında tehlikeli ve zehirli atık üretiminde birinci; uluslararası insan hakları anlaşmalarına imza koymayan; BM'ye üye ve hükümeti anayasaya göre seçimle kurulmuş olup da BM Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni kabul etmeyen ve son Irak Savaşı öncesi uluslararası hukuka bağlı olmadığını ilan eden A.B.D. ve şirketlerinde olmalıdır.³³

Gaziemir olayının tekrar gündeme gelmesi ile İzmir Milletvekili Alaattin Yüksel, Gümrük ve Ticaret Bakanı Hayati Yazıcı tarafından yanıtlandırılmak üzere 03.01.2014 tarihinde verdiği soru önergesinde sorulan: 1- Hangi liman ve iskelelerde radyasyon kontrolü yapılmaktadır? 2-Radyasyon ölçüm sisteminin/istasyonlarının kurulduğu yerler ve sayıları nedir? 3- Radyasyon ölçüm istasyonlarının sayısı yeterli midir? 4- Bunların içinde faaliyette olmayanlar var mıdır? 5- Radyasyon içeren atıklardan Türkiye'ye ne kadar ithalat yapılmıştır? 6- İthalatlar kimler ve hangi firmalar tarafından yapılmıştır? 7- 2003 yılından bugüne denetimler sonucunda ithalatına izin verilmeyen radyoaktif atık miktarı nedir? 8- Ülkemize giren hurdaların radyolojik açıdan denetlenmeden eritildiğine ve iç piyasada kullanıldığına dair iddialar hakkında ne düşünülmektedir?" sorularına yanıt verilip verilmediği raporumuzun yazıldığı 20.06.2014'e kadar öğrenilememiştir.^{43,44}

Hizmet ve araştırma amaçlı laboratuvar ve cihazlarından önemli miktarda radyasyonlu atık üreten TAEK de kendi nükleer atık istatistiklerini yayımlamamakta, kimi hizmetleri (örn. Hastanelerden ve endüstriden gelen radyoaktif atıkların toplanıp geçici depolanan miktarını) ağırlık ya da hacimsel olarak değil, hizmet adedi (sayı) olarak vermektedir (bkz. Tablo 1).²

VI. Radyasyon Kazaları

Türkiye'nin Aralık 1998 ve Ocak 1999 tarihleri arasında süren ilk radyasyon kazasında İstanbul-İkitelli'de TAEK tarafından ruhsatlandırılmış şirket tarafından bir hastaneden toplanan Kobalt 60 teleterapi kaynaklarının taşınmasında kullanılan iki kabın bulunduğu deponun satılması sonucu, şirket sorumsuzluğu nedeniyle depoyu alan kişiliği ve TAEK'e bilgi verilmeyince; deponun ikinci sahibi depodaki içinde iki adet radyoaktif kabında bulunduğu hurdaları hurda metal olarak hurdacıya satmıştır. Kaplardan birisini alan hurdacı ailede radyasyon hastalığı belirtileri görülmesi sonucu olay ortaya çıkarılmış, ama kaplardan ikincisi bugüne kadar bulunamamıştır.⁴⁰

Türkiye'nin bilinen son radyasyonlu atık kazası İzmir Gaziemir'deki 1940-2010 yılları arasında çalıştırılmış kurşunlu hurdalardan kurşun dökümü yapan bir fabrikada 2007 yılında saptanmıştır. O tarihte İZAYDAŞ tehlikeli atık imha tesisinin radyasyon tarama aygıtında fabrikanın kurşun çurufu denilen tehlikeli atık sınıfındaki atıklarında radyoaktivite saptanması üzerine yapılan ölçümlerde,

fabrikanın nereden aldığı hâlâ saptanamayan hurdalarında ve fabrika bahçesinde depolanan atıklarında yüksek derecede radyasyon ve Türkiye'ye girmesi yasak olan ve atom denizaltılarında kullanılan bir radyoaktif madde olduğu ileri sürülen Europium-152 izotopu saptanmıştır. Olay, 3 Aralık 2012'de bir gazetede çıkan haber üzerine tekrar gündeme gelmiş ve fabrikanın “Nükleer veya radyoaktif maddelerle çalışılan veya nükleer veya radyolojik alanda faaliyet gösteren bir tesis olmadığı için TAEK’in yetkilendirme veya denetimine tabii” olmayan bir tesis olduğu için TAEK’in rutin denetimi ve yetkilendirmesi dışında kaldığı; var olan radyasyonun halk sağlığı için bir tehdit oluşturmadığı açıklanmış ve radyoaktif atıkların kaynağı (ülke içi veya dışı) belirlen(e)memiştir.^{38,39}

TAEK 2013 Faaliyet Raporunda “acil durumlara müdahale” satırında sözü edilen 2013 yılındaki iki adet kaza ve gümrüklerden gelen toplam 3.764 alarmin niteliği ve sonuçları hakkında kamuoyunun bilgisi ve yayımlanmış ayrıntılı resmi veri yoktur (Bkz. Tablo 1).²

IV. Nükleer Silahlar

Hürriyet Planet'deki 01.12.2011 tarihli bir habere göre Türkiye'de İncirlik Hava Üssünde 60-70 adet B61 tipi nükleer bomba bulunuyor. Ancak bunların 50 adedinin taşınabilmesi için gerekli ABD savaş uçaklarını İncirlik'e yerleştirme teklifi Türkiye tarafından geri çevrildiği için Üste Türk uçaklarının taşıyabildiği 10 ila 20 nükleer bomba olduğu savlanmaktadır. Türkiye'nin Ankara-Akıncılar ve Balıkesir üstlerindeki 40 kadar ABD nükleer silahı, bu üstler kapatıldığı için İncirlik'e kaydırılmıştı ve 2001'de topraklarımız üzerindeki toplam bomba sayımız 90 civarında idi.¹¹

V. Sonuç

TAEK verilerine göre, 2010-2013 yılları arasında tıbbi radyoloji cihazlarının sayısı ortalama %9, diş hekimliğinde kullanılan cihazların sayısı %57 artmıştır. Radyoterapi uygulamalarında kullanılan cihaz sayılarında %55 oranında artış yaşanırken; kobalt-60 teleterapi cihazlarının sayısı %31 azalmış; yerini IMRT, siber bıçak veya gama bıçağı gibi yeni teknoloji ürünü cihazlar almıştır. Nükleer tıp uygulamalarında ise PET ve PET-CT cihaz sayılarında % 59'luk artışlar söz konusudur. Bu alanda son yıllarda cihazlardaki artışlardan dolayı da FDG üretimi yapan tesis sayısında % 114 artış dikkat çekmektedir. Öte yandan endüstriyel uygulamalarda kullanılan sabit veya taşınabilir cihazların sayılarında % 10 artış gözlenmiştir. Güvenlik amaçlı kullanılan paket kontrol cihazları ise 4 yılda % 11 oranında artış göstermiştir.¹³

Türkiye'nin, iyonize ışınım kaynaklarından ve yaşamda çok kullanılan besinler ve eşyalardan nüfusa, miktarlarına (raftaki çok sayıdaki besinlerden ve büyük miktarlardaki hurdaları temsil edecek miktarlarda vb. alınacak numune sayısı ve yöntemi) ve düzenli zaman aralıklarına (zamansallık-periodiyosite) göre vb. belirlenmiş bir denetim ve örnek almayı emreden ve olay ya da kirlilik bildirimi olmasa da pasif radyasyon kirlenmesi surveyansı yapmayı emreden bir radyasyon

güvenliği mevzuatı yoktur (yerleşim yerlerinden veya her -raftaki veya üretim serisindeki- üründen ne sıklıkta ve nüfusa oranlı en az ne kadar örnek alınacağını belirleyen su ve gıdalardan numune alma mevzuatımıza benzeyen).^{45,46} Belki de bu yöntem yokluğu nedeniyle Çernobil Kazasından sonra hatalı alınan “*yüzbinlerce ölçüm verisi... toplanan örneklerin çoğunun derinlikleri ve toprak özellikleri bilinmediğinden*” değerlendirilememiş ve Türkiye’nin Çernobil’den gelen radyasyon yükü ve zararı (iyi) hesaplanamamıştır.³ Radyasyon inceleme, izleme ve denetleme (istatistik, veri toplama) formları ve verileri de halk sağlığı biliminin çevre sağlığı epidemiyolojisine uygun sürveyans, risk değerlendirmesi, yönetimi ve iletişimi yapmaya uygun ve kullanılabilir olmalıdır (yer-zaman ve kişi özelliklerine göre ‘alınması gereken’ (evren)/‘filiyatta alınan’ (örnek) numune sayısı, alınanların mevzuata uygunluk (temiz-kirli vb.) ve evreni temsil etme oranı, vb.). Raporumuzun son paragrafında özetlendiği gibi örn. TAEK dokümanları, kurumun ulusal radyasyon mevzuatının ve izin verilen toplum ve işçi sağlığı doz sınırları vb. hakkındaki standartların; görev ve hizmetlerinin güncelliği iyileştirilmesi ve daha ileri götürülüp götürülmediğinin izlenebilmesi (monitoring) için gerekli bilimsel içerik ve nitelikten ve tarihsel güncelleme bilgilerinden yoksundur. Örneğin kurum, 2007 verilerini içeren UNSCEAR 2008 raporu 2010 yılından beri yayında olduğu halde, raporumuzun yazıldığı Temmuz 2014’te kamuoyuna hâlâ 1991-1996 yıllarına ait ulusal verilere göre hesaplanmış ortalamalardan hareket eden (seviye II ülkeler ortalaması) 2000 yılındaki kaynaktan aldığı kişisel doz alım bilgilerini vb. yayınlamaktadır.^{47,22}

İyonize ışınım tüm dünyada özerk olmayan kuruluşlar tarafından yönetilmektedir. Sır ve yasak dolu iyonize radyasyon ve nükleer enerji konusunda uluslararası kurallar başta ABD olmak üzere BM Güvenlik Konseyinin veto yetkisine ve atom silahına sahip beş daimi ülkesi tarafından yazdırılmıştır. BM’nin iki uzmanlık kuruluşu Uluslararası Atom Enerjisi Örgütü (IAEA) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) 28 Mayıs 1959 yılında yaptıkları anlaşmaya göre karşılıklı onaylamadıkları radyasyon konusundaki hiçbir raporu yayınlamayazlar.⁴⁸ IAEA’nin Uluslararası Radyasyon Koruma Kurulunun (ICRP) temel karar alma organı (Main Committee), bu beş ülkenin onayı ile atanmış ilk üyelerinden bu yana kendi kendilerini atayan (yeni üyenin kim olacağına var olan üyelerin karar verdiği) ve ömür boyu görevde kalan ve atom enerjisi sektörü ile yakın ilişkileri bulunan 14 üyeden oluşur. 14 üyenin yaklaşık % 50’si fizikçilerden, % 15’i radyologlardan, % 25’i sağlık yöneticilerinden ve %10’u da diğer bilim alanlarının üyeleriydiler. 2014 yılındaki ICRP Main Committee’sinde halen bir kadın hekim üye dışındaki 13 üyenin hepsi de erkek ve nükleer bilimcidir. Bütün kararların alındığı ICRP Main Committee’de halk sağlığı ve işçi sağlığı uzmanı üye yoktur.^{49,50}

Böyle bir uluslararası şemsiyenin emrettiği biçimde özerk ve bilimsel olmayan, askeri bir dikta döneminde yapılan bir kuruluş (teşkilat) yasasına sahip ve yerli nükleer enerji denetim ve yönetiminin tekeli durumundaki TAEK, bilimsel ve özerk kurum ve bağımsız kuruluşlarca denetlenmelidir. Bunun için de üniversitelerimizin ve yargımızın bilimsel özerkliğe kavuşturulması; bilim insanları ve yargıçların araştırma yapacak kadar yeterli sayı ve yeterlilikte olması bir yana cüzdanları arasına sıkıştırılmaması ve meslek etiğini iyi bilmeleri

sağlanmalıdır (Çevre Sağlığı Mesleklerindekiilerde Aranılan Davranış (Meslek Ahlakı) Yeterlilikleri için bkz. 49 nolu kaynak s.298).⁴⁹

İktidarların bilim dışı kararlarına alet olan, destek veren; bilimsel unvanlarını iktidarın emrine veren, iktidarlara ve topluma sadece onların duymak istediklerini söyleyen; bilimsel kurumları özerk ve demokratik yönetmeyen ve hatta bu yönde talep doğurmayan bilim insanları ve bilim kurumlarının denetlenmesi ve özerk hale getirilmesi her zamankinden daha önemlidir. İktidarların “... basitçe görmezden gelerek, müdahale etmede yetersiz kalarak, önlem almayı reddederek, hukuki biçimciliğin ve politik felcin birbirini takviye ettiği karmaşık ve mükemmeliyetçi uygulamaların arkasına sığınarak” halkı sömürmesine ve baskı altına almasına destek veren bilim insanları ve aydınların yaptıkları hoş görülmemeli, bağışlanmamalı ve cezasız bırakılmamalıdır.^{51,52}

V. Kaynaklar

1. Vikipedi. Türkiye Atom Enerjisi Kurumu. Erişim adresi: http://tr.wikipedia.org/wiki/T%C3%BCrkiye_Atom_Enerjisi_Kurumu. Erişim tarihi: 20.06.2014.
2. Türkiye Atom Enerjisi Kurumu. Faaliyet Raporu 2013. Erişim adresi: file:///C:/Users/1/Downloads/taek_2013_faaliyet_raporu_basim2.pdf. Erişim tarihi: 20.06.2014.
3. Gürsoy U. Halk Sağlığı Bilimi Açısından Türkiye Atom Enerjisi Kurumunun Çernobil Kazası Sonrası Radyasyon Ölçümleri ve Doz Hesaplamalarının Doğruluk ve Güvenilirliği-I: Genel Değerlendirme. NUKSEM 2007 Nükleer Enerji Sempozyumu Bildirileri. Erişim adresi: http://www.emo.org.tr/etkinlikler/nukleerenerji/etkinlik_bildirileri_detay.php?etkinlikkod=63&bilkod=3467. Erişim tarihi: 18.06.2014.
4. EMO. Neden Nükleer Santrallara Hayır. Erişim adresi: www.emo.org.tr/ekler/7c6d232c6a44681_ek.pps. Erişim tarihi: 20.06.2014.
5. UNSCEAR. Sources and Effects of Ionizing Radiation. UNSCEAR 2008 Report Volume I: Scientific Annexes A and B. United Nations, New York, 2010. Erişim adresi: http://www.unscear.org/unscear/en/publications/2008_1.html. Erişim tarihi 10.07.2014.
6. UNSCEAR. Sources and Effects of Ionizing Radiation. UNSCEAR 2000 Report Volume I: Scientific Annexes A and B. Erişim adresi: http://www.unscear.org/unscear/publications/2000_1.html. Erişim tarihi: 10.07.2014.
7. TAEK. Türkiye için doz değerlendirmeleri. İçinde: 20. Yılında Çernobil. Erişim adresi: http://www.taek.gov.tr/belgeler-formlar/yayinlar/bilgi-dokumanlari/cernobil_20yil_serisi/. Erişim tarihi: 18.06.2014.

8. WHO. Health Risk Assessment from the nuclear accident after the 2011 Great East Japon Earthquake and Tsunami. Erişim adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78218/1/9789241505130_en_g.pdf. Erişim tarihi: 18.06.2014.
9. Gürsoy U. Halk Sağlığı Bilimi Açısından Türkiye Atom Enerjisi Kurumunun Çernobil Kazası Sonrası Radyasyon Ölçümleri ve Doz Hesaplamalarının Doğruluk ve Güvenilirliği-II: Ölçümlerin Bilimsel Olarak Kullanılabilirliği, Doğruluğu ve Türkiye'yi Temsil Edebilirliği. NÜKSEM 2007 Nükleer Enerji Sempozyumu Bildirileri. Erişim adresi: http://www.emo.org.tr/etkinlikler/nukleerenerji/etkinlik_bildirileri_detay.php?etkinlikkod=63&bilkod=3471. Erişim tarihi: 18.06.2014.
10. Tenikler G. Türkiye'de Tehlikeli Atık Yönetimi: Avrupa Birliği Ülkeleri İle Karşılaştırmalı Bir Analiz. Erişim adresi: http://eng.harran.edu.tr/moodle/moodledata/14/Tuerkiye_de_tehlikeli_atik_yoenetimi_ve_Avrupa_Birligi_uelkeleri_ile_karsilastirmali_bir_analiz.pdf s. 25-6, 186,188, 189,193. Erişim tarihi: 20.06.20014.
11. Hürriyet Planet.Türkiye'de 60'tan fazla nükleer bomba var. 01.12.2011. Erişim adresi: <http://www.hurriyet.com.tr/planet/19368830.asp>. Erişim Tarihi: 12.07.2014.
12. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. Nükleer Santraller ve Ülkemize Kurulacak Nükleer Santralle İlişkin Bilgiler. Erişim adresi: http://www.enerji.gov.tr/yayinlar_raporlar/Nukleer_Santraller_ve_Ulkemizde_Kurulacak_Nukleer_Santrale_Iliskin_Bilgiler.pdf s. 20. Erişim tarihi: 21.04. 2014.
13. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. Akkuyu Nükleer Güç Santrali, Radyoaktif Atık Depolama Tesisi, Rıhtım, Deniz Dolgu Alanı ve Yaşam Merkezi” projesi ile ilgili olarak Revize ÇED Raporu Bakanlığımıza sunulmuştur. Erişim adresi: <http://www.csb.gov.tr/gm/ced/index.php?Sayfa=haberdetay&Id=14020>. Erişim tarihi: 130.07.2014.
14. TAEK. Türkiye'de Radyasyon Kaynakları 2013. Erişim adresi: <http://www.taek.gov.tr/slide/1096-turkiye-de-radyasyon-kaynaklari-2013-raporu-yayimlandi.html>. Erişim tarihi: 12.07.2014.
15. OECD. Health Care Activities: Medical Technologies. In: Health at a Glance 2013 OECD Indicators. Erişim adresi: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161e.pdf?expires=1403039924&id=id&accname=guest&checksum=188D0A026661B308B9D0E801657527C5>. Erişim tarihi: 18.06.2014.
16. TC. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf>. s.73. Erişim tarihi: 19.06.2014.

17. OECD. Stat Extracts. Health Care Utilisation: Diagnostic exams. In: Health. Erişim adresi: <http://stats.oecd.org/#>. Erişim tarihi: 18.06.2014.
18. WHO. World Health Statistic 2014. Erişim adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1. s.138. Erişim tarihi: 18.06.2014.
19. TÜİK. Sağlık Araştırması 2012. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223. s.47. Erişim tarihi: 13.07.2014.
20. OECD. Quality of care:Screening, survival and mortality for cervical cancer. In: Health at A glance 2013 OECD Indicators. Erişim adresi: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161e.pdf?expires=1403039924&id=id&accname=guest&checksum=188D0A026661B308B9D0E801657527C5>. s.125. Erişim tarihi: 18.06.2014.
21. TAEK. Tıbbi Uygulamalar. Erişim adresi: <http://www.taek.gov.tr/bilgi-kosesi/171-nukleer-tekniklerin-uygulamalari/405-tibbi-uygulamalar.html>. Erişim tarihi: 18.06.2014.
22. TAEK. Etkin Dozlar. 09.07.2014 tarih ve 12029060-622.03.EM-252 sayılı E-posta bilgi edinme başvurusu cevabı.
23. Işınlanmış gıdalar yiyenleri öldürdü. Erişim adresi: <http://www.gidahareketi.org/Isinlanmis-Gidalar-Yiyenleri-Oldurdu-1751-haberi.aspx>. Erişim tarihi: 19.06.2014.
24. TAEK. **Işınlama tekniği. İçinde: Tarım ve Hayvancılık**. Erişim adresi: <http://www.taek.gov.tr/bilgi-kosesi/171-nukleer-tekniklerin-uygulamalari/475-tarim-ve-hayvancilik.html>. Erişim tarihi: 19.06.2014.
25. Gıda Işınlama Yönetmeliği. 23868 sayılı ve 06.10.1999 Tarihli Resmi Gazete. Erişim adresi: http://www.taek.gov.tr/attachments/article/509/401_gida_isinlama_yonetmelik_1999.pdf. Erişim tarihi:13.07.2014.
26. Gamma-Pak Sterilizasyon San. A.Ş. Erişim adresi: <http://www.gammapak.com/iletisim.html>. Erişim tarihi: 19.06.2014.
27. TAEK. **Türkiye'de Işınlama Tesisi Var mıdır?** Son güncelleme: 13 Aralık 2012. <http://www.taek.gov.tr/isinlama-teknolojisi/572-turkiyede-isinlama-tesisi-var-midir.html>. Erişim tarihi: 19.06.2014.
28. Türk Gıda Kodeksi Etiketleme Yönetmeliği. Erişim adresi:<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/12/20111229M3-7.htm>. Erişim Tarihi: 19.06.2014.
29. Meyve ve Sebzelerin Işınlanarak Muhafazası. Erişim adresi: http://www.food.hacettepe.edu.tr/turkish/ouyeleri/gmu428/meyve_ve_sebzelerin_isinlanarak_muhafazasi.pdf. Erişim tarihi: 13.07.2014.

30. GAMMA-PAK gıda ışınlanmayı yaygınlaştıracak. Gıda Teknolojisi. Erişim adresi: <http://www.gammapak.com/haberler/2014/subat-2014.pdf>. Erişim tarihi: 19.06.2014.
31. Türkiye'nin uranyumu 10 yıl ancak yetiyor. Erişim adresi: <http://www.globalenerji.com.tr/dergide-bu-sayi/2008/4/8/turkiyenin-uranyumu-10-yil-ancak-yetiyor>. Erişim tarihi: 20.06.2014.
32. İşte uranyum zengini ilçemiz. Erişim adresi: <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/11/17/uranyum-zengini-olabiliriz>. Erişim tarihi: 20.06.2014.
33. Gürsoy U. Enerjide Toplumsal Maliyetler ve Temiz ve Yenilenebilir Enerji Kaynakları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2004. s.114 ve s.31.
34. Özemre AH. Türkiye Yabancı Devletlerin Nükleer Çöplüğü Olmamalıdır! Erişim adresi: <http://ozemre.com/t%C3%BCrkiye-yabanci-devletlerin-n%C3%BCkleer-%C3%A7%C3%B6pl%C3%BC%C4%9F%C3%BC-olmamalidir>. Erişim tarihi: 13.07.2014.
35. İstanbul Ticaret Odası. Demirçelik Hurda Raporu. Aralık 2003. Erişim adresi: <http://www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-24.pdf>. Erişim tarihi: 20.06.2014.
36. Hurda İthalatı Sektörü Zorluyor. Turkhishtime İhracat Stratejileri: Demirçelik ve Demirçelik Dışı Metaller. Erişim adresi: <http://www.timakademi2023.org/wp-content/themes/a23/docs/ihracatstratejileri/demir-celik.pdf>. Erişim tarihi: 20.06.2014.
37. TÜİK. İmalat Sanayi Su, Atıksu ve Atık İstatistikleri, 2012. Haber Bülteni.16172. 21.03.2014. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16172>. Erişim tarihi: 20.06.2014.
38. TAEK. 05, 06, 07 ve 12.12.2012 Tarihli, (No:03/2012): Gaziemir, İzmir - 1, (No:04/2012): Gaziemir, İzmir - 2, (No:05/2012): Gaziemir, İzmir - 3 ve (No:06/2012): Gaziemir, İzmir - 4 nolu basın açıklamaları: Erişim adresi: <http://www.taek.gov.tr/basin-aciklamalari/98-2012/812-basin-aciklamasi-no-04-2012.html>. Erişim tarihi: 2014.
39. Karababa AO. Bir Çevre Olgusu Sunumu: 1. Sınıf Gayrisihhi Müessese Olarak Bir Kurşun Döküm Fabrikası'nın Durum Değerlendirmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. s.180. 27-31 Ekim 2013. Antalya. Erişim adresi: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/16.UHSK%20Kitap.pdf. Erişim tarihi: 16.06.2014.

40. TAEK. İkitelli Radyasyon Kazası TAEK Raporu. Erişim adresi:http://www.taek.gov.tr/attachments/kazalar/ikitelili_tr.pdf. Erişim tarihi: 20.06.2014.
41. Saçaklıoğlu F, Hassoy H, Kulaç E. ve ark. Seyreltilmiş Uranyum Mermileri. İçinde: Irakta Savaş ve Sağlık. Türk Tabipleri Birliği. Erişim adresi:http://www.ttb.org.tr/kutuphane/savas_saglik.pdf. s.50-3. Erişim tarihi: 20.06.2014.
42. Radyasyonlu ithal hurdalara gözaltı. 05.09.2005. Erişim adresi:<http://yenisafak.com.tr/arsiv/2005/eylul/05/g03.html>. Erişim tarihi: 20.06.2014.
43. İzmir Milletvekili Yüksel, “Radyasyon içeren atıkları ve Türkiye’ye yapılan ithalatı” sordu. Erişim adresi: <http://www.chp.org.tr/?p=134237>. Erişim tarihi: 21.06.2014.
44. CHP’li Yüksel: Başbakan Erdoğan 2 bin 696 soruyu cevapsız bıraktı. Erişim adresi: <http://politika.bugun.com.tr/basbakan-2-bin-696-soruyu-cevapsiz-birakti-haberi/1150105>. Erişim tarihi: 31.07.2014.
45. 1389 sayılı Gıda Maddeleri ve Sulardan Numune Alma Rehberi.
46. Tekbaş ÖF. Numune Alma Sıklığı Numune Alma Noktaları. Erişim adresi: <http://www.mardinhalksagligi.gov.tr/resimler/halksagliginumune%20alma%20noktaları%20ve%20siklik%C4%9Fi.ppt>. Erişim tarihi: 13.07.2014.
47. TAEK. Tıbbi Uygulamalar. Erişim adresi: <http://www.taek.gov.tr/bilgi-kosesi/171-nukleer-tekniklerin-uygulamaları/405-tibbi-uygulamalar.html>. Erişim tarihi: 18.06.2014.
48. Gürsoy U. Barışta ve Normal Çalışma Koşullarında Akkuyu Nükleer Santral(ler)inin Halk Sağlığı Yönünden Risk Değerlendirmesi. Toplum ve Hekim 2000;15(5):380-390.
49. International Peace Bureau (İPB), Daimi Halk Mahkemesi (Permanent People’s Tribunal-PPT), Uluslararası Çernobil Tıp Komisyonu (International Medical Commision on Chernobyl-ICCC). Çernobil Halk Mahkemesi. 12-15 Nisan 1996, İstanbul: Yeni İnsan Yayınları, Nisan 2012. s.47-8.
50. International Commission on Radiological Protection; Main Commission. Erişim adresi: http://www.icrp.org/icrp_group.asp?id=6. Erişim tarihi: 31.07.2014.
51. Gürsoy U. Nükleer Santral Tartışmalarında Hekim Duruşu. Nükleerin Sağlık Etkileri ve Yenilenebilir Enerji Kaynakları Oturumu. İnteraktif sunum. 13. Pratisyen Hekimlik Kongresi. 31 Ekim 2008 Antalya.
52. Forti A. Giriş. İçinde: Mayor F, Forti A, editörler. Bilim ve İktidar. 4. basım, Ankara: TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları;1997. s. 7.

TÜRKİYE'DE HAVA KİRLİLİĞİ

Çiğdem ÇAĞLAYAN

Doç.Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Temiz hava, insan sağlığı için temel bir gereklilik olarak kabul edilir. Ancak, hava kirliliği tüm dünyada halk sağlığı için önemli bir tehdit oluşturmaya devam etmektedir. Hava kirliliği, ister iç ortamda isterse dış ortamda meydana gelmiş olsun, herhangi bir kimyasal, fiziksel veya biyolojik ajan tarafından atmosferin doğal özelliklerinin değişmesi olarak tanımlanmaktadır¹.

Hava kirliliğinin neden olduğu hastalık yükünün değerlendirildiği Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, her yıl 2 milyon erken ölüm, kentsel hava kirliliğinin ve (katı yakıtların yakılması nedeniyle) iç ortam hava kirliliğinin etkilerine bağlanmaktadır^{2,3}. Bu hastalık yükünün yarıdan fazlası ise, gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Yine DSÖ verilerine göre küresel olarak hava kirliliği giderek artmaktadır. Doksan bir ülkeden 1628 şehrin 2008-2013 yıllarına ait hava kirliliği verilerini kapsayan veritabanına göre bu şehirlerin sadece % 12'sinin DSÖ Hava Kalitesi Rehberinde PM₁₀ için 20 µg/m³PM_{2.5} için 10 µg/m³ olarak kabul edilen sınır değerleri karşılayabildiği belirtilmektedir. Önceki yıllarla karşılaştırıldığında dünya ortalamasının %6 arttığı bu artışın kimi bölgelerde %28'e kadar çıktığı saptanmıştır. Bu kirliliğin bir sonucu olarak 2012 yılında tüm dünyada hava kirliliğine atfedilen 3,7 milyon ölüm olduğu ve bu ölümlerin %88'nin düşük ve orta gelirli ülkelerde görüldüğü bildirilmiştir^{2,3,4}.

Hava kirliliği ile ilişkili en önemli gelişme ise DSÖ ve Uluslararası Kansere Araştırmaları Ajansı'nın (IARC), 17 Ekim 2013'de yaptığı açıklamadır. Buna göre dış ortam hava kirliliğini bir bütün olarak grup 1 kanserojen etken olarak ilan etmiştir. Açıklamada dış ortam hava kirliliğinin akciğer kanserine yol açması ile ilgili olarak yeterli bilimsel kanıtın olduğu ve yine mesane kanseri olasılığını arttırdığı ifade edilmiştir. Hava kirliliğinin en önemli bileşeni olan Partiküler Madde-PM' de ayrıca tek başına kanser yapıcı olarak ilan edilmiş ve grup 1'e eklenmiştir. Son veriler ışığında 2010 yılında tüm dünyada akciğer kanserinden meydana gelen 223000 ölüm hava kirliliğinden kaynaklanmaktadır⁵.

Türkiye'de Durum

Bu bölümde ülkemizdeki hava kirliliği ile ilişkili sorunlar, mevzuat, hava kirliliğinin boyutları ve hava kirliliği ile ilişkili sağlık sonuçları olarak üç başlık halinde sunulacaktır.

1.Mevzuata ilişkin sorunlar

Ülkemizde hava kirliliği ile ilişkili mevzuata baktığımızda 2872 sayılı Çevre Kanunu ile bu kanun çerçevesinde çıkarılan 06/06/2008 tarihli ve 26898 sayılı Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği" ve 05/05/2009 tarihli ve 27219 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Hava Kalitesi Değerlendirme ve

Yönetimi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile bu alan düzenlenmektedir. Son yönetmelik değişikliği ile mevcut hava kalitesi limit değerlerinin 01/01/2014 tarihine kadar kademeli olarak azaltılması ve o tarihten sonra AB hava kalitesi limit değerleri artı tolerans değerlerine bağlanarak kademeli bir geçiş ile AB limit değerlerine uyum sağlanması hedeflenmişti. Buna göre PM için 2019 yılında ulaşılması hedeflenen sınır değer 24 saatlik 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ yıllık 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ olarak belirlenmiştir⁶. Bu noktada DSÖ ve IARC'nin hava kirliliğinin topyekün olarak, aynı zamanda PM'nin de tek başına grup 1 kanserojen etken olarak ilan edilmesi önem kazanmaktadır. Çünkü DSÖ hava kalite rehberinde PM₁₀ için sınır değer 24 saatlik 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ yıllık 20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ olarak belirlenmiştir¹. Ülkemizdeki mevzuata göre, artık kanserojen olduğu bilinen PM₁₀ düzeylerinin yıllık 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 'e ulaşmak için bile 2019 yılı beklemek halk sağlığını ciddi anlamda tehdit edecektir. Bu nedenle mevzuatın güncellenerek en azından PM değerleri için hiç beklemeden DSÖ Hava Kalitesi Rehberinde belirlenen düzeylere çekilmesi halk sağlığının korunması açısından çok önemlidir. HASUDER olarak bu konuyla ilişkili basın açıklaması yapılmış olmakla birlikte konunun takipçisi olmak ve her ortamda bu taleplerin yinelenmesi ve mevzuat değişikliğinin sağlanması halk sağlığı adına önemli bir hukuksal kazanım olacaktır.

II. Hava kirliliğinin boyutları

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi yönetmeliği çerçevesinde hem AB limit değerlerine uyum sağlanmasını hedeflerken bir yandan da kirliliğin kontrolü ve hava kalitesi alanlarında doğru, tam ve güvenilir bir izlemeyi de amaçladığını belirtmektedir. Bu kapsamda 2014 yılına kadar tüm Türkiye için hava kalitesi ön değerlendirme çalışmalarının tamamlanması, ölçüm istasyonlarının kurulması, bölgesel ağ merkezlerinin oluşturulması, laboratuvar alt yapısının oluşturulması gibi faaliyetleri başlatmıştır. Hava kalitesini değerlendirmek amacıyla tüm Türkiye için 8 bölge il merkezi nüfusu 750.000'den fazla olan 15 "büyük alt bölge" ile il merkezi nüfusu 750.000'den küçük olup 250.000'den büyük olan 31 "küçük alt bölge" belirlenmiştir⁶. Bu bölge ve alt bölgeler şekil 1'de gösterilmiştir. Bakanlık bu bölge ve alt bölgelerde yönetmelik ekinde verilen, SO₂ ve NO₂ için uyarı eşiği ölçümleri yapılacağını, illerin kirlilik profillerinin ve Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağına bağlı istasyon verilerinin değerlendirilmesinin yapılarak Hava Kalitesi Bültenleri kapsamında paylaşılacağını ve önümüzdeki süreçte ulusal düzeyde ısınma, trafik ve sanayi başlıklarında olmak üzere, SO₂, NO_x ve PM₁₀ kirleticilerine ilişkin emisyon envanterinin çıkarılmasına yönelik çalışmaların takvimlendirildiğini belirtmektedir. Dolayısıyla bu verilerin kamuoyuyla paylaşılması durumunda hava kirliliğine ait değerlendirmelerin yapılmasına da olanak sağlamış olacaktır.

Türkiye'de hava kirliliğinin boyutlarına ilişkin verileri Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın resmi web sayfasında Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan istatistiksel veriler ile <http://www.havaizleme.gov.tr> adresinde güncel olarak elde etmek olanaklıdır. Bu sistemde istasyonlardan alınan verilerin yıllık ortalama hesaplamaları saatlik verilerde %90 ve üzeri ölçüm verisi olan istasyonlar dikkate alınarak yapılmış olması kimi istasyonlarda yapılan ölçümlerin

(Örneğin Kocaeli,Dilovası gibi) raporlarda yer almamasına dolayısıyla eksik bir değerlendirmeye yol açmaktadır.



Şekil 1: Hava kalitesini değerlendirmek amacıyla Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından oluşturulan bölge ve alt bölgeler

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı 2013 yılı hava kalitesi ortalama değerlerine göre 85 istasyonun 43'ünde PM_{10} değerleri $60 \mu g/m^3$ altında bir değer sahip iken en yüksek ölçüm düzeyi Ankara-Sıhhiye istasyonunda $103 \mu g/m^3$ olarak saptanmıştır. Bir başka bulgu ise 35 ilde PM_{10} düzeyleri $60 \mu g/m^3$ 'ün üstünde saptanırken, PM_{10} için DSÖ sınır değeri olan $20 \mu g/m^3$ dikkate alındığında yalnızca 1 ilin Çanakkale'nin yıllık ölçümleri ($PM_{10}=18 \mu g/m^3$) bu sınırın altında kaldığı görülmektedir⁷ (Tablo-1).

Tablo1: 2013 yılı hava kalitesi ortalama değerlerine göre PM₁₀ değerleri

İstasyon adı	PM ₁₀ yıllık ortalama (µg/m ³)	İstasyon adı	PM ₁₀ yıllık ortalama (µg/m ³)
Ankara (Sihhiye)	103	Ankara (Bahçelievler)	60
Batman	97	Samsun 2 (Tekkeköy)	60
Afyon	94	Ankara (dikmen)	57
Siirt	93	Denizli 2	57
Bolu	88	İstanbul (Ümraniye)	57
Kahramanmaraş (Elbistan)	84	Kars	56
Manisa	83	Erzincan	56
Sakarya	83	Nevşehir	56
Ankara (Demetevler)	82	İçel	55
Denizli 1	82	İzmir (Güzelyalı)	55
Ankara (Cebeci)	82	Trabzon 1	54
Osmaniye	81	Ordu	53
İstanbul (Kartal)	81	Bayburt	53
Zonguldak	78	Kırşehir	53
Gaziantep	77	İstanbul (Kadıköy)	53
Trabzon 2 (Meydan)	76	Kırıkkale	52

Düzce	75	Ağrı	51
Niğde	74	İstanbul (Beşiktaş)	51
İstanbul (Aksaray)	74	Konya (Selçuklu)	50
Ankara (Kayaş)	74	Bilecik	50
Ankara (Keçiören)	72	Karabük	49
Isparta	72	Balıkesir	48
Aydın	72	Yozgat	46
Adıyaman	71	Sivas	45
Ardahan	71	Zonguldak (Karadeniz Ereğli)	44
Gümüşhane	69	Tokat	44
Kayseri 1 (OSB)	69	Antalya	44
Diyarbakır	68	Samsun 1	42
Çankırı	68	İstanbul (Üsküdar)	41
Bartın	68	İzmir (Alsancak)	41
Kütahya	67	Rize	41
Burdur	66	İstanbul (Sarıyer)	39
Edirne	66	Amasya	35
Ankara (Sincan)	64	Eskişehir	35
İstanbul (Esenler)	64	Kilis	34
Çorum	64	Kastamonu	34

Aksaray	64	Erzurum	34
Hatay 1	64	Adana (Çatalan)	32
Kocaeli	63	Artvin	30
Konya (Meram)	63	Yalova	28
Mardin	62	Sinop	27
Kahramanmaraş	62	Giresun	21
Uşak	61	Çanakkale	18

Tablo 2’de görüldüğü gibi 2013 Yılında hava kalitesi izleme istasyonlarından alınan günlük (24 saatlik) ölçüm verileri kısa vadeli sınır (KVS) değerine göre incelendiğinde ise, PM₁₀ ortalamalarında KVS değerini (100 µg/m³) aşan ilk on istasyon sırasıyla; Ankara (Sıhhiye), Batman, Afyon, Ankara (Cebeci), Iğdır, Karaman, Kocaeli (Dilovası), Kahramanmaraş (Elbistan), Ankara (Kayaş) ve Ankara (Demetevler) istasyonlarıdır. Aynı dönemde SO₂ ortalamalarında KVS Değeri (250 µg/m³) aşımının görüldüğü ilk on istasyon ise sırasıyla; Şırnak, Hakkari, Tekirdağ, Muğla 2 (Yatağan), Afyon, Muğla 1, Trabzon 1, Denizli 1, İzmir (Güzelyalı) ve Yozgat istasyonlarıdır⁷.

Türkiye’de hava kirliliğinin nedenlerine ilişkin bilgiler yeterli olmamakla birlikte çeşitli veri kaynaklarına bakarak tahminlerde bulunmak olasıdır. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı’nın 2012 yılında yayınladığı Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Envanteri Değerlendirme Raporu’na göre hava kirliliği oluşumuna etkili olan en önemli nedenler, 56 ilde evsel ısınma, 7 ilde meteorolojik faktörler, 6 ilde sanayi, 6 ilde topografik faktörler, 4 ilde ise trafik olarak belirtilmektedir. Aynı raporda hava kirliliğinin giderilmesi yönünde en büyük güçlüğün 27 il için toplumda bilinç eksikliği olduğu saptanmıştır. Sorunun nedenini böyle ortaya koyunca hava kirliliğini önlemeye yönelik faaliyetlerin büyük bir kısmını da kaliteli yakıt kullanımının sağlanması oluşturmakta olduğunu görmekteyiz. Rapora göre illerde hava kirliliğini önlemeye yönelik tedbirler arasında birinci sırada kaliteli yakıt kullanımı, ikinci sırada denetim, üçüncü ve dördüncü sırada ise motorlu taşıtların egzoz gazı ölçümleri ile sanayi kuruluşlarının emisyon izni almaları yer almaktadır⁸. Sanayiden kaynaklı hava kirliliği resmi raporlarda üst sıralarda yer bulamamasına karşın sanayinin yoğun olduğu bölgelerde sorun olmaya devam etmektedir. Yine motorlu taşıt emisyonları, artan araç sayısı ve karayoluna alternatif ulaşım sistemlerinin geliştirilememesi kentsel hava kirliliğinin en önemli kaynaklarından birini oluşturmaktadır.

Tablo 2: 2013 Yılı PM₁₀ ve SO₂ için kısa vadeli sınır (KVS) değerini aşan ilk 10 il

İstasyon Adı	PM10 KVS Aşım Sayısı *	İstasyon Adı	SO2 KVS Aşım Sayısı *
ANKARA (SIHHİYE)	167	ŞIRNAK	68
BATMAN	127	HAKKARİ	38
AFYON	115	TEKİRDAĞ	14
ANKARA (CEBECİ)	103	MUĞLA 2 (YATAĞAN)	13
IĞDIR	102	AFYON	10
KARAMAN	101	MUĞLA 1	8
KOCAELİ (DİLOVASI)	100	TRABZON 1	5
KAHRAMANMARAŞ (ELBİSTAN)	97	DENİZLİ 1	4
ANKARA (KAYAŞ)	93	İZMİR (GÜZELYALI)	3
ANKARA (DEMETEVLER)	92	YOZGAT	3

*Sınır değer aşım sayıları 24 saatlik ölçüm sonuçları üzerinden HKDYY'nde belirtilen 2013 yılı için PM10 parametresinde 100 µg/m³ sınır değeri, SO₂ parametresinde ise 250 µg/m³ sınır değeri baz alınarak hesaplanmıştır.

Hava kirliliğinin yol açtığı önemli bir çevresel sorun da küresel iklim değişikliğidir. Başlıca karbondioksit gazının neden olduğu sera etkisi küresel ısınmaya yol açmaktadır. Karbondioksit emisyonları ile ilgili verileri incelediğimizde Türkiye'de 2011 yılında yaklaşık olarak yıllık 345 milyon ton, kişi başı ise 4,66 ton/kişi CO₂ salınımı meydana gelmiştir. Bu emisyonun %85'i yakıtların yanması ile oluşurken %14'ü endüstriyel emisyonlardan kaynaklanmaktadır. Yakıtların yanması başlığı altında elektrik üretimi %35, sanayi %16, ulaşım %14 pay almaktadır. Konut, tarım gibi diğer alanlardaki CO₂ emisyonu ise tüm emisyonun yaklaşık % 20'sinden sorumlu olduğu görülmektedir⁹.

III. Hava Kirliliğinin Sağlık Sonuçları

Küresel olarak 2012 yılında 3.7 milyon ölümün dış ortam hava kirliliği, 4.3 milyon ölümün ise iç ortam hava kirliliği ile ilişkili olduğu belirtilmektedir^{2,4}. Ne yazık ki ülkemizde hava kirliliğine bağlı sağlık etkilerini ele alan ulusal düzeyde yapılmış çalışmalar bulunmamaktadır. Ancak küresel hastalık yükü raporunda belirtildiği üzere, dış ortam hava kirliliği, toplam mortalitenin %1.4'ü, toplam DALY'nin %0.4'ü ve tüm kardiyopulmoner hastalıkların %2'sinden sorumludur¹⁰. Buna göre yapılan hesaplama sonucunda ülkemizde dış ortam hava kirliliğine bağlı ölümleri yaklaşık 5000 olarak tahmin etmek mümkündür¹¹.

DSÖ Hava Kalitesi Rehberinde PM₁₀ yıllık ortalama değeri **20 µg/m³**, 24 saatlik ortalama değeri ise 50 µg/m³ belirlenirken PM_{2,5} için bu değerler yıllık **10 µg/m³**, 24 saatlik ortalama değeri ise 25 µg/m³'dir. Rehberde göre, PM₁₀ düzeyi yıllık 70 µg/m³ ve PM_{2,5} düzeyi 35 µg/m³ olduğunda(geçici hedef 1 düzeyi) uzun dönem mortalite riski DSÖ hava kalitesi sınır değerlerine göre %15 daha fazla olmaktadır. PM₁₀ düzeyi 50 µg/m³ ve PM_{2,5} düzeyi 25 µg/m³'e indiğinde(geçici hedef 2 düzeyi) ise prematür mortalite riski bir önceki düzeylere göre %6 azalmaktadır. Hedef düzeylere düşüldüğünde ise mortalitede ek olarak %6'lık bir düşüş daha sağladığı hesaplanmıştır. Bunun yanı sıra kısa dönem maruziyet düzeyi yani 24 saatlik PM₁₀ düzeyi 150 µg/m³ ve PM_{2,5} düzeyi 75 µg/m³ olduğunda, DSÖ hava kalitesi sınır değeri düzeyine göre mortalite riski %5 artmaktadır. 24 saatlik PM₁₀ düzeyi 100 µg/m³ ve PM_{2,5} düzeyi 50 µg/m³'e düştüğünde mortalite riski %2.5 artmakta, 24 saatlik PM₁₀ düzeyi 75 µg/m³ ve PM_{2,5} düzeyi 37.5 µg/m³'e düştüğünde mortalite riski % 1.2 artmaktadır. Çok merkezli bir çalışmada ise 24 saatlik PM₁₀ düzeyinde her 10 µg/m³ artış ölüm riskinde %0.62-0.46 artışa yol açmaktadır.

Bu bilgiler ışığında ülkemizde hem uzun vadeli hem de kısa vadeli sınır değerlerin zaman kaybetmeden DSÖ hava kalitesi rehberinde tanımlanan sınır değerlere indirilmesi yaşamsal öneme sahiptir.

Kaynaklar:

1. WHO Air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide Global update 2005. **World Health Organization 2006**
2. WHO's Ambient Air Pollution database - Update 2014. http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_data_base_results_2014.pdf?ua
3. WHO. Burden of disease from Ambient Air Pollution for 2012. http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf?ua
4. WHO. Burden of disease from Household Air Pollution for 2012. http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/HAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1
5. IARC-WHO. IARC: Outdoor air pollution a leading environmental cause of cancer deaths <http://www.iarc.fr/en/publications/books/sp161/index.phpPRESS>

6. T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü Hava kalitesi değerlendirme ve yönetimi genelgesi. 09.09.2013
7. T. C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü Haber Bülteni 2013 Yılı, Hava Kalitesi 28 Şubat 2014 Sayı:19
8. T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Envanteri Değerlendirme Raporu. ISBN: 978-605-5294-11-3 Ankara – 2012
9. TÜİK Türkiye İstatistik Yıllığı 2012.ISSN 0082-691X
10. Ostro B (2004) Outdoor air pollution - Assessing the environmental burden of disease at national and local levels. World Health Organization, Geneva. Environmental Burden of Disease Series No. 5.
11. TÜİKHaber Bülteni. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2013. 01 Nisan 201

KENTSEL DÖNÜŞÜM VE ÇEVRE SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Cavit Işık Yavuz

Doç.Dr. Ankara İl Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sağlık hem bir süreç hem de bir sonuçtur. Bu sonuç ve sürecin temel belirleyicilerinden biri de çevredir. Çevre çeşitli unsurların bir bütünü olarak insan yaşamına etki eder. Bu bütünsellik içerisinde yaşanan yer hem fiziksel özellikleri ve içerikleri ile hem de sosyal ve kültürel özellik ve içerikleriyle önemli bir alan kaplar. Kişinin demografik özellikleri yanında yaşam alanının kır ya da kent oluşu, yerleşim yerlerinin özellikleri, barındıkları çeşitli riskler, oluşturdıkları sosyal, kültürel çevre, getirdiği ya da mahrum bıraktığı olanaklar, hizmetler etkileşim halinde sağlıklı olmak ya da olmamak sürecine/sonucuna katkı koyan unsurlardır.

Kentler tarihte insanlık için uygarlığın gelişimiyle özdeş bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Avcılık ve toplayıcılık dönemleri sonrası tarım toplumuna geçiş ve oluşan “artı ürün” yeni bir toplumsal örgütlenmeyi ve bu toplumsal örgütlenme ve işbölümünün vücut bulacağı yeni mekânları oluşturmaya başlamıştır. Toplumsal artının toplandığı sınıflı bir toplumsal yapının olduğu bu mekânlar kentlerdir¹. Dolayısıyla kentler, sadece toplumun fiziksel yaşam mekânını temsil eden yerleşmeler değildir. Toplumun sınıfsal yapısının ve gelişen işbölümünün egemen üretim biçimi ekseninde düzenlendiği ve organize edildiği “mekân”dır kent. Mekân sözcüğü dilimizde hem bulunulan yer hem de ev, yurt anlamında kullanılan bir sözcüktür².

Kentler yukarıda da belirtmeye çalışıldığı gibi toplumların üretim ilişkileri ve sınıfsal yapıları ölçeğinde şekillenirler. Uygar toplumların doğuşu ile binlerce yıl önce kent devletlerine giden yolu aralayan kentsel yerleşim, tarihsel süreçte yoğun değişimler geçirmiştir. Bu yazı kapsamında yer verilmeyecek bu tarihsel sürecin bugünü en çok etkileyen kısmı kapitalizm olmuştur.

Kapitalizmde kentler üretim ve tüketim mekânıdır. Meta üretimine ve kâr maksimizasyonuna dayanan kapitalist sistem üretim sonrası “dağıtım, değiş tokuş ve tüketim dolaşımı”na ihtiyaç duyar. Bu dolaşımın gereği toplum tüketim ekseninde şekillendirilir ve biçimlendirilir. Modernleşme süreci ile kapitalizmin biçimlendirdiği “üretim sürecinde olduğu gibi tüketim alanının da meta mantığı ve araçsal rasyonelliğinin etkisi altına girdiği”³ tüketim toplumu için kentler bu tüketimin karşılık ve zemin bulduğu yerlerdir.

Kapitalizm mekânsal bir alan olarak kentleri de biçimlendirir. Gerek sınıfsal çelişki ve çatışmaların, gerekse de sermaye birikiminin kendine yeni alanlar açma güdüsünün mekânsal karşılığını oluşturan kentler, sadece bununla kalmayarak kapitalizmin mekânları da hem kontrol etme hem de metaya çeviren dinamiklerine maruz kalmaktadırlar. Bu kapsamda kentsel çelişki ve değişimin üç ayak üstüne oturduğu belirtilmektedir: Toplumsal sınıflar, sermaye birikim süreci ve devlet⁴.

Kuşkusuz kente ilişkin kuramları ve kentlerin mekân-iktidar ilişkilerini aktarmak bu yazının amacını aşar. Ancak bugünün Türkiye’inde kentsel dönüşümü anlamak ve bu dönüşüm sürecinin çevresel etkilerini teknik boyutun ötesinde bir bilimsel

bakışla derinden kavrayabilmek için kapitalizmin bugünün kentlerine etkilerini ve bunların mekanizmalarını kısaca gözden geçirmemiz gerekiyor.

Kentlerin bugünlere yansıyan yapısal değişimi Sanayi Devrimi ile başlamıştır. Yaşanan yapısal değişim kentlerin fiziksel görünümüleri kadar toplumsal profilleriyle de şekillenmiş, kır-kent ayırımı yoğunlaşmıştır. Kapitalizmin sermaye birikimi güdüsü ve ihtiyacı giderek kentlerin bu ekseninde şekillenmesine neden olmuştur. Bu şekillenme de kapitalist yapının ihtiyaçları ölçüsünde döneme göre değişkenlik göstermiştir. Kentler Üretim sürecine bir yandan altyapı sağlarken diğer yandan da toplumsal bir pratik ve örgütlenmeyi ifade etmektedirler. Aynı zamanda kentler, sermayenin ve emeğin yeniden üretildiği yerlerdir ⁵.

Sosyal Tıp açısından önemli bir eser olan “İngiltere’de Emekçi Sınıfın Durumu” kitabında Engels kapitalist bir sanayileşme sürecinin kente olan etkisini incelemektedir. Üç önemli etkiden söz eder⁵:

- İkiz toplanma eğilimi: Kentler hem para ve yatırım araçlarını hem de iş gücünü kendisine çekmektedir.
- Çok merkezlilik: Kent büyüdükçe kentin merkezine uzakta yeni yatırım bölgeleri ve merkezler kurulur.
- Kentte farklı sınıflar farklı özellikteki mekânlara yerleşirler. Dolayısıyla kentsel yerleşimin sınıfsal bir görünümü vardır.

Bu üç önemli tespit sanayi kapitalizminin tetiklediği kentleşmenin erken dönemlerindeki kent görünümünü açıklayıcı bir çerçeve oluşturmaktadır. Gelişen kentler ve kapitalizmin değişen dinamikleri kent-kapitalizm ilişkisini de değiştirmiştir. Yaşanan süreç bu ilişkiyi Lefebvre’nin “birincil ve ikincil sermaye dolaşımı” olarak tanımladığı ve mekân olarak kentin de metalaştığı bir noktaya taşımıştır. Burada birincil sermaye dolaşımı olarak tanımlanan sermaye, fabrika, işçi, tüccar, tüketici zinciriyken ikincil sermaye dolaşımı gayrimenkuller ve gayrimenkul yatırımlarıdır. Böylece kent “coğrafi bir alan olmaktan” çıkmakta kapitalizm açısından meta işlevi kazanmaktadır ⁵. Kapitalizm kendisi açısından “kentsel mekânın keşfi” ile 20.yüzyıl açısından itici gücünü oluşturmıştır. Bu yüzyılın ilerleyen dönemlerinde kapitalizmin yaşadığı değişimler kentsel mekânlar da yansımıştır, yansımaktadır. Neoliberal dönüşümler, yerelleşme söylemini öne çıkararak değişimler kentleri de etkilemektedir. Kentlerin “ekonomik ve siyasal özerklikler kazanmaya” başlamaları ile karakterize edilen bu değişim, kentler arasında rekabet ve yarışmayı beraberinde getirmiş ve bu yarış yatırım ve sermaye akışı ekseninde şekillenmiştir. Artık kentler yatırımı ve sermayeyi çekebilmek için cazbedici olanaklar sunan yerler haline gelebilmek için amansız bir yarış halindedirler. Yeni liberal paradigma, esnek üretim ve küresel kapitalizm kentlere “kentsel yeniden gelişmeyi” dayatmakta, eşitsiz gelişim yoğunlaşırken sınıfsal ayrımlar keskinleşmektedir. Kentlerde küresel ekonomik gelişmelere de paralel olarak “finans, tüketim ve eğlence merkezleri”, kültür ve turizm aracılığıyla hizmet sektörü artmakta, sanayisizleşen bir yeniden yapılanma yaşanmaktadır. Dolayısıyla sermaye birikim rejimi ve üretim sürecindeki değişim kentlerin yapısını bir kez daha değiştirmekte, kentteki ayrışma ve eşitsizliği çoğaltmaktadır ⁶. Küresel kapitalizmde kentler ve bu kentlerin yerel yönetimleri “özelleşirmenin

moderatörü” konumunda uluslararası sermayeyi yerel mekâna çekecek düzenlemeleri yapan aktörlerdir ⁷.

Kapitalizmin değişiminin kentleri bu denli etkileyişi arada bir bağımlılık ilişkisi olduğuna da işaret etmektedir. Bu bağımlılık ilişkisi kentlerin geçirilen tarihsel dönemlere göre dönüşümlerini beraberinde getirmektedir. Bu açıdan “kentsel dönüşüm” sürecini kapitalizm-kent bağımlılığı arka planında değerlendirmek gerekir.

Kentsel dönüşüm

Kentsel dönüşüm, birçok tanımı olan bir terimdir. Bu tanımlardan biri “kentsel sorunların çözümünü sağlayan ve değişime uğrayan bir bölgenin ekonomik, fiziksel, sosyal ve çevresel koşullarına kalıcı bir çözüm sağlamaya çalışan kapsamlı bir vizyon ve eylem”dir ⁷. Bir başka tanımlamada kentsel dönüşüm kentsel yenileme, sağlıklaştırma ve canlandırma gibi başlıklarda da değerlendirildiği belirtilmektedir. Ataöv ve Osmay “kentsel parçaların fiziksel, sosyal ve ekonomik dönüşümün gerçekleştiği tüm süreçleri” kentsel dönüşüm olarak ele almakta ve “politik ve yasal araçlarla dönüşen kentsel alanlar yanında son elli yıldır kendiliğinden dönüşen veya dışsal etmenlerle dönüştürülen ve toplumsal dönüşümleri tetikleyen süreçler” bu kapsama dâhil edilmektedirler. Buna göre, “kentsel alanların gecekondü gelişimi ile dönüştürülmesi, kentsel saçaklanma bölgelerinin toplu konut alanı olarak geliştirilmesi, çöküntü bölgelerinin yeniden yapılandırılması veya tarihi kent merkezlerinin korunması ve canlandırılması gibi gerek fiziksel gerek toplumsal boyutları birlikte içeren dönüşüm biçimleri” kentsel dönüşüm tarafından kapsamaktadır ⁸.

Bu noktada “kentsel saçaklanma” ve “çöküntü alanları” gibi teknik bazı kavramlar karşımıza çıkıyor ve bunları açmakta yarar var. Kentlerde çöküntü alanları ya da çöküntü mahalleleri olarak ifade edilen bölgeler, çeşitli nedenlerle “insansızlaşmaya” başlayan alanlar olarak nitelenmektedir. Bu faktörler arasında işsizlik, sosyal dışlanma, “fiziksel çöküntüleşme”, yoksulluk vb. sayılmaktadır⁹. Kentsel saçaklanma terimindeki saçaklanma ise kent merkezi yerleşim sınırları dışında yer seçerek sürekli olmayan, arada boşlukların yer aldığı, “kopuk kopuk bir yerleşim örüntüsü” oluşturan alanlara işaret etmektedir ¹⁰.

Kentsel dönüşüm içinde farklı uygulamalar barındırmaktadır. Bu uygulamalar dokuz farklı başlıkta sıralanmıştır ve hepsi de kentlerin belirli ölçülerde değişimi, yenilenmesi ve dönüşümünü amaçlar. Kentsel dönüşümün içinde barındırdığı dokuz farklı uygulama biçimi ve tekniği “yenileme, sağlıklaştırma, koruma, yeniden canlandırma, yeniden geliştirme, düzenleme, temizleme, boşlukları doldurarak geliştirme, tazeleme/parlatma” biçiminde sıralanmaktadır ¹¹.

Yukarıda da değinildiği gibi kapitalizmin çeşitli dönemlerinde çeşitli kentsel dönüşümler gerçekleştirilmiştir. Savaş sonrası Avrupa’nın yeniden inşası süreci kentsel dönüşüm projeleri ile gerçekleştirilmiştir. Dönemin politikaları gereği kamusal yürütülen bu projelerin yerini seksenli yıllarla birlikte yeni liberal politikalarla özel sektör ortaklıkları almıştır. Özkan ve Sıdal’ın ifadeleriyle

bugünün kentsel dönüşüm projeleri “önceki dönemin ulus-devlet merkezli ve kalkınma hedefli politikaları doğrultusunda daha çok kamusal aktörler vasıtasıyla ve tek yönlü biçimde gerçekleştirilirken yeni dönem, rekabet, markalaşma ve yatırım çekme amaçları üzerine kurulu, özel-kamu işbirliği şeklinde, çok aktörlü bir yapıya sahiptir”. Bunun yanında kentsel dönüşüm süreci, sermayeye yeni brikim ve kendini yeniden üretme alanı sağlamakta ve kentteki mevcut yerleşim alanlarının ve oralarda yaşayan sınıfsal yapıların “dağıtılması, parçalanması, bölünmesi, etkisizleştirilmesi” ile ideolojik bir yarar da sağlamaktadır ⁷. Bu açıdan kentsel dönüşüm süreci sınıfsal bir karakter taşıyan kentlerin yeniden dizaynıdır ve bu anlamda “sosyal çevre” açısından önemli etkiler barındırmaktadır. Yirminci yüzyılın kapitalizmin altın çağı olarak görülen savaş sonrası dönemde refah devleti uygulamalarının kolaylaştırıcılığında orta ve üst sınıflar kent merkezinden uzaklaşarak banliyö ve uydu kentlere yerleşmişler, kent merkezinde ise düşük gelirli toplumsal sınıflar kalmıştır, bu toplumsal yapıların kent merkezlerinde oluşturdukları alanlar zamanla “çöküntü alanları”na dönüşmüşlerdir. Altın çağın bunalımlarla sarsılmaya başlaması kent merkezilerini endüstriyel merkez olmaktan çıkarmış, sanayi kent etrafında alt-merkezlere kaymaya başlamış ve kent merkezinin “çöküntü hali” hızlanmıştır. Yetmişli yıllar kentsel dönüşüm projeleri merkezdeki bu çöküntü ve sanayi alanlarının yenilenme ve rehabilitasyonunu esas almıştır. Yeni liberal politikalar ve küresel kapitalizmle ise sermaye gözünü yeniden kent merkezine dikmektedir ¹². Dolayısıyla bir zamanlar kentin dış çeperlerine kaçan üst sınıflar kent merkezine geri dönmektedir.

Yirminci yüzyıl kentleşme olgusunun en görünür olduğu dönemlerden biri olmuştur. Sanayi kapitalizminin başını çektiği farklı dinamikler kentleşmeyi tetiklemiştir. Kentleşme Dünya Sağlık Örgütü tarafından sosyal ve çevresel peyzajın küresel ölçekte değişimini getiren bir süreç olarak tanımlamaktadır ¹³. Türkiye’de kentlerin dönüşümü de belirli aşamalardan geçmiştir. İlk dönüşüm 1950-1980 arası kentlerin “gecekondulaşma” yaşadığı, “ekonomik büyüme politikasının yaygınlaştırıldığı ve sanayileşmenin yaşandığı” dönemde yaşanmıştır. Bu dönemde kentler “çeperindeki boş arazilerin gecekondu mahallelerine dönüşmesi” ve zamanla bu mahallelerin “apartmanlaşarak yeniden yapılandırılması” süreçlerini yaşamışlardır. İkinci dönüşüm dönemi 1980-2000 yılları arasında “kentlerin dışa açık liberal ekonomiden ve küreselleşmeden etkilendiği” dönem olarak değerlendirilmekte ve bu dönemde kentlerde “bir yandan kent içinde ruhsatlı ve ruhsatsız yapılanma” diğer yandan yerleşim alanlarının “merkez dışına” yayılması yaşanmıştır. Üçüncü dönem ise “yerel yönetimin özel sektörle işbirliğinin hız kazandığı ve ilk defa ‘dönüşüm’ün strateji olarak tanımlandığı dönem” olarak tariflenmektedir ⁸. Bu noktada çevre açısından baktığımızda her üç dönemin de yoğun çevresel etkileri olmuştur. Yaşanan hızlı dönüşüm sağlıklı kentleşme zeminin de yeni çevre sorunları ve yüklerini beraberinde getirmiştir. Türkiye yeni kentsel dönüşüm sürecine kentlerde yoğunlaşan çevre sorunlarıyla girmektedir.

Kentsel dönüşüm süreçlerini kentlerin sadece mimari dönüşümü olarak görmemek gerekir. Kentler yukarıda da özetlenmeye çalışıldığı gibi sosyal bir değişim de geçirmektedir. Türkiye’de son yıllarda yoğunlaşan kentsel dönüşüm önümüzdeki on yıllarda da sürecek gibi görünen bir süreci beraberinde getirmekte ve bu

sürecin getirdiği “ekonomik, sosyal, çevresel ve yönetsel/yasal değişimlerin” irdelenmesi gerekmektedir ⁸. Bu sürecin birçok açıdan çevresel etkileri beklenmelidir. Yazının bundan sonraki bölümünde bu çevresel etkiler değerlendirilmeye çalışılacaktır.

Kentsel dönüşüm Türkiye’nin çevre politikalarından bağımsız düşünülemez. Dolayısıyla çevre politikalarında kentleşme ve kentsel dönüşümün yeri, öncelikleri, çevreye etkileri konusunda sistemli yaklaşımlara gereksinim vardır. Sistemli yaklaşım doğru sorulara doğru yanıtlar bulma çabasıdır.

Kentsel Dönüşüm ve Çevresel Etkiler

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı “başta deprem olmak üzere afet tehlikelerine karşı” 2012 yılında, “Afet Riski Altındaki Alanların Dönüştürülmesi Yasası”nın çıkarıldığını ve “Yasa’nın hayata geçmesiyle birlikte” kentsel dönüşümün “adeta bir seferberlik haline” geldiğini belirterek başka bir noktanın altını çiziyor: “Kentsel dönüşüm aynı zamanda; hayat kalitesini arttırmış, enerji tasarrufuna ve çevreye duyarlı yerleşim alanları oluşturmuş ve yarın marka şehirleriyle ön plana çıkan bir Türkiye demektir” ¹⁴. Bakanlık kentsel dönüşüm sürecinin tarihçesinde de 1995 yılında başlayan projeleri anarak 2003 yılı sonrası Türkiye’nin “planlı kentleşme ve toplu konut hamlesiyle” tanıştığını belirtiyor. Toplu Konut İdaresi’nin (TOKİ) “Cumhuriyet tarihinin en büyük kentsel dönüşümlerinden birini” gerçekleştirdiğini ve 10 yılda toplam 500.000 konut yaptığını ekliyor ¹⁵. Görüldüğü gibi kentsel dönüşüm afet riski kapsamında dillendirilen bir terim gibi görünmekle birlikte “marka şehirler” yaratmayı da amaçlayan bir süreç olarak karşımıza çıkıyor. Sürecin 20 yılı bulması beklenen dönüşümde Bakanlık tarafından belirtildiğine göre bu süre içerisinde 500 milyon ton moloz oluşacağı tahmin ediliyor. Yapılan yasal düzenlemeler ile “hafriyat toprağı, inşaat ve yıkıntı atıklarını, ilgili idareden izin almadan taşıyanlara ve taşıtanlara ayrı ayrı 3 bin lira ceza” uygulanması ve bu atıkların geri dönüşüm ve kazanımı planlanıyor¹⁶.

Bakanlık doküman ve ilgili web sayfaları incelendiğinde kentsel dönüşümün sosyal çevreden fiziksel çevreye, yapım ve yıkım sürecinde oluşacak mesleksi ve çevresel risklerden dönüşümün su, toprak ve hava gibi alıcı ortamlara etkilerine, oluşacak inşaat/yıkım atıklarının bertarafı ve geri kazanımıyla ilgili düzenlemelere vb.’lerine dair kapsamlı, sistematik ve planlı bir yaklaşıma rastlanmamaktadır. Bu yaklaşım dönüşümün şu ana kadar gerçekleştirilen ve toplu konut yapımına indirgenen kısmında da görülmemiştir.

Bu yasal ve uygulama çerçevesinde kentsel dönüşümün çevreye etkileri aşağıdaki başlıklarda irdelenebilir:

Sosyal çevre: Kentsel dönüşüm süreci mevcut haliyle sosyal çevre ile ilgili sorunlar yaratmış ve yaratmaktadır. Bu sorunlar çeşitli başlıklarda irdelenebilir. Bunlar arasında dile getirilen önemli sorunlardan biri “barınma hakkı” başlığındadır. Kentsel dönüşüm projeleri yoksulların kendi yaşam alanlarından edilmeleri ve “kentlerin rant sağlanabilecek merkezi alanlarına daha iyiye dönüştürme vaatleriyle” el konulması ile eleştirilmektedir. Özellikle İstanbul’da

olmak üzere projelerin var olan sosyal sorunları çözecek sosyal içerikli olmadıkları ve yeni sorunlar yaratacakları vurgulanmaktadır. Ergun ve Gül'ün ifadesiyle "mekânları insandan ve insan yaşamına dair sosyal ve kültürel içerikten kopuk bir meta olarak algılayan bir anlayış çerçevesinde hazırlanan kentsel dönüşüm projeleri, insanları yaşam alanlarından uzaklaştırarak (itererek) kentsel mekânları sadece 'kâr ve spekülasyon' amaçlı kullanımlara dönüştürmeyi hedefler niteliktedir" ¹⁷.

Dönüşüm projeleri bu projelerin kendilerine yönelik gerçekleştirildiği toplumsal gruplar tarafından ciddi itirazlarla karşılanmıştır. Projelerin gerçekleştirilmesi sürecinde toplum katılımı mekanizmalarının kullanılmaması dikkat çeken bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Kentsel dönüşüm projelerinin uygulamalarında da farklı mekanizmalar söz konusudur. Projenin gerçekleştirildiği alanın "rant" getirisi ve "kârlılığı" bu alanın dönüşüm hızı ve biçiminde belirleyicidir¹¹. Bu belirleyicilik de alanda yaşayan insanların projelerle ilişkilerini belirlemekte ve engel olan hangi faktörse (Yasal düzenlemeler, teşvikler, "insan faktörü" vb.) gerekli müdahalelerle sorun giderilmektedir.

Türkiye'de son on yılda ortaya çıkan toplu konut alanları yeni bir sosyal çevreyi de beraberinde getirmektedir. Ülkenin ilçelerinden kentlerine, anakentlerine kadar birçok alanda aynı tip yerleşim alanlarına rastlanmakta ve bu durum bu konut alanlarının oluşturulmasında yerel ihtiyaçların ne denli göz önüne alındığı konusunda kuşkular yaratmaktadır. Türkiye'nin 21.yüzyıldaki sosyal çevresi bu toplu konut alanlarında şekillenecektir.

Toplu konut ve kentsel dönüşüm alanlarında sağlık hizmetlerinin planlanması ve yapılandırılması ile ilgili bir çalışma ve planlamaya rastlanmamıştır. Yeni yerleşim alanlarının çoğaldığı, var olanların daha kalabalık nüfusla toplu konut alanlarına çevrildiği kentlerde sağlık hizmetlerinin bu değişimlere ne ölçüde karşılık verebildiğini değerlendirebilmek için elde veri ve bilgi bulunmamaktadır. Ancak bu konuda da sistematik ve planlı bir yaklaşımın bulunmadığı söylenebilir. Kentsel dönüşüm "programatik" bir süreç olmak durumundadır. Bu programatik yaklaşımın çevre ve sağlık etkileri ile sağlık hizmet planlamasını mutlaka içermesi gerekir.

Ancak gerek toplu konut projeleri gerekse de kentsel dönüşüm projeleri "bütüncül planlama anlayışının terk edildiği, planlama yetkisinin çeşitli kurumlar arasında dağıtıldığı" bir süreç olarak eleştirilmektedir¹⁸. Bu açıdan yeni-liberal politikaların düzenlemeleriyle şekillenen bu süreçten sistematik ve planlamacı bir yaklaşım zaten beklenmemelidir.

Yıkım sürecinin çevresel riskleri: Kentsel dönüşüm belirli açıdan bakıldığında çok boyutlu bir yıkım-yapım sürecidir. Yıkım sürecinden kaynaklanan çok sayıda atık ortaya çıkmaktadır. Yukarıda da değinildiği gibi yılda yaklaşık 2,5 milyon tonluk moloz ortaya çıkması beklenmektedir. Bu miktara üçüncü köprü ve havaalanı ya da Kanal İstanbul adıyla anılan projeler dâhil değildir. Sadece bu projelerin ortaya çıkaracağı hafriyat miktarı ve çevre etkileri çok fazladır. Çevre Mühendisleri Odası'nın verdiği bilgilere göre üçüncü havaalanı ile ilgili ÇED raporunda aşağıdaki çarpıcı tespitlere yer vermektedir ¹⁹ : "*Proje kapsamında*

yapılması planlanan ünitelerin (pist, apron, üst yapılar vb.), yapılacağı alanda hafriyat çalışmaları ile doğal ekosistem (orman alanları, 70 adet canlı yaşamı barındıran büyüklü küçüklü su birikintileri, akar ve kuru dereler, tarım alanları, mera alanları) ortadan kaldırılacaktır. Böylece ünitelerin inşa edilmesiyle birlikte bu alanların doğal bitki örtüsü ve doğal özelliği ortadan kalkmış olacaktır. Havalimanı proje alanı içinde kalan Kulakçayırı hem tarihi değeri hem de Ekolojik değeri bakımından bölge için önemli bir konumdadır. Kulakçayırı balık çeşitliliği bakımından da oldukça zengindir. Ancak proje inşaat aşamasında bu yapay su birikintilerinin suları, kullanma ve sulama suyu olarak kullanılacaktır. Daha sonra hafriyat ve dolgu malzemesi ile doldurulacaktır. Dolayısıyla sulak alan vasfını yitirecektir. Bu alanlar ve yakınlarındaki sucül yaşam ve canlı yaşam yok olacaktır". Bu düzeyde çevresel etki ve maliyete neden olacak proje çevre sağlığı açısından büyük bir tehdiye neden olacaktır. Kentsel dönüşüm kapsamında gibi görünmese de İstanbul ile ilgili bu üç büyük proje İstanbul ve çevresini tehdit etmektedir ve sağlık açısından önümüzdeki on yıllarda çok ciddi olumsuz sonuçlara yol açabilecek çok boyutlu bir sorundur.

Yıkım ve yapım süreçleri süreci çok çeşitli malzemenin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Binalar, köprüler ve yolların yenilenmesi, yeniden yapılanması, dönüşümü vb işlemlerle çeşitli yapı bileşenleri, beton, ahşap, asfalt, alçı, metal, cam, plastik, tuğla, toprak, kaya, ağaç vb.leridir. "Yıkıntı atıkları" olarak adlandırabileceğimiz bu atıkların gerek bileşenleri gerekse de yıkım işleminin kendisi açısından çevresel etkileri vardır²⁰.

Bazı kaynaklara göre inşaat ve yıkıntı atıkları kentsel katı atıkların yaklaşık % 13-30'ünü oluşturmaktadır ve çevresel açıdan önemli riskler taşımaktadır. Bu atıklar "konut, köprü, yol ve benzeri yapıların tamirâtı, tadilatı, yenilenmesi, yıkımı ve doğal afetler sonucu" meydana gelmektedir. Bu atıkların içeriği değişkendir ve bölgesel ve ülke bazında da değişim göstermektedir. Genel olarak atıklar, "betonarme, beton, sıva, tuğla, biriket, tahta, cam, metal parçası(çelik, alüminyum, bakır, pirinç) alçı kartonpiyer, kiremit, plastik, elektrik malzemeleri, borular ve asfalt" başlıklarında sırlanmaktadır²¹.

Yıkım sürecinde ortaya çıkan malzemeler, yıkımın gerçekleştirildiği bölge, ülke ve binaların özellikleri ile yakından ilişkilidir. Eski binalarda kullanılan malzemeler ile görece daha yeni binalarda kullanılan malzemeler farklı içerikler oluştururlar. EPA genel olarak "inşaat ve yıkım atıkları"nı aşağıdaki oranlarda vermektedir²²:

- Beton ve karışık moloz %40-50
- Ahşap %20-30
- Alçıpan %5-15
- Asfalt çatı kaplama malzemesi %1-10
- Metal %1-5
- Tuğla %1-5
- Plastik %1-5

Ortaya çıkan bu malzemelerin geri dönüşümü ve geri kazanımı ile kalanların bertarafı önemli bir çevre konusudur. Ortaya çıkan malzemeler arasında özel programlar oluşturulan ve üzerinde önemle durulan bir konu "asbest" sorunudur.

İnşaat ve yıkım süreçleri ile ilgili çeşitli ülkelerde asbest izlem ve kontrolü ile ilgili programlar oluşturulmuştur^{23, 24,25}.

Son yıllarda inşaat atıkları halk sağlığı açısından giderek artan oranda endişe yaratmaktadır. Moloz (Toprak ve kireçle karışık taş kırıntıları, yapı döküntüsü, inşaat atığı) ve hafriyat (Toprağı kazma, kazı), içerikleriyle ve ortaya çıkış süreci sonrasında oluşan reaksiyonlarla çeşitli riskler oluşturabilirler². Örneğin alçı ve organik içerikli malzemeler çeşitli reaksiyonlarla su kirliliği riski oluştururlar. Alçıpan malzemelerin içinde bulunan alçı anaerobik koşullar altındave suda hidrojen sülfürvediğer kükürtbileşiklerineparçalanır. Su ile temasında da sülfat meydana gelir. Ayrıca moloz ve hafriyatlardaki organik içerik metan gibi gaz atıkların oluşumuna da yol açabilir. ABD’de İnşaat ve yıkım atıkları depolanması ile ilgili özel alanlar kullanıldığı bilinmektedir²⁶.

Moloz, hafriyat ve inşaat atıklarının depolandığı bölgelerin çevresindeki yerleşim alanlarına ve çevreye etkisine dair de çalışmalara rastlanmaktadır. Bu depolama alanlarında yukarıda da belirtilen maddelerin yağmur ve bakterilerle reaksiyonları sonrası hidrojen sülfür gazı oluştuğu belirtilmektedir. “Çürük yumurta” kokusuna sahip bu gaz, metan gazı ile birlikte bu depolama alanlarında yangınlara neden olabilmektedir. Bu alanlarda ortaya çıkan diğer gazlar arasında sülfür gazları başı çekmektedir. ABD’de bu atıkların depolandığı on farklı depolama alanında dokuz farklı sülfür gazı tespit edilmiştir. ABD’de yapılan bir çalışma inşaat atıklarının depolandığı alanın yakınlarında yaşayanlarda mesafeye göre değişen çok sayıda belirti ortaya çıktığını ortaya koymaktadır. Alan çevresinde yaşayanlarda öksürük, solunum sıkıntısı, gözlerde ve boğazda yanma, baş ağrısı, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, geceleri nefes alma zorluğu vb semptomlar yoğun olarak bildirilmiştir²⁷.

Moloz, hafriyat vb inşaat atıkları çevreye etkileri yönünden bertaraf ve geri kazanım süreçlerinin dikkatle planlanması gereken atıklardır. Oluşan atıkların fiziksel ve kimyasal özellikleri belirlenerek bulundukları ortamda oluşabilecek reaksiyonlar öngörülmesi ve bu atıkların bekletildiği, geçici ya da sürekli depolandığı yerlerde yer altı ve üstü su kaynaklarının, havanın ve toprağın kirlenmesini önleyecek tedbirler alınmalıdır. İnşaat atıklarından çok farklı malzeme geri kazanılabilmektedir ve bu malzeme türlerinin sayısı 13’ü bulmaktadır. Avrupa Birliği ülkelerinde geri kazanım işlemleri sonrası kalan hafriyat ve inşaat atıkları ayrı ayrı depolama alanlarına gönderilmektedir²⁸. AB ülkelerinde tekrar kullanım ve geri kazanımla ilgili farklı oranlar dikkati çekmektedir, Belçika’da bu oran %87 iken İtalya’da %9’dur. ABD’de 2005 rakamlarına göre “3.100 beton ve asfalt geri dönüşüm tesisi, 700 ün üzerinde tahta işleme, 24 ün üzerinde asfalt çakılı ve alçıpan geri dönüşüm tesisi” olduğu belirtilmektedir²⁹.

Türkiye’de yılda 125 milyon ton hafriyat bertaraf edildiği tahmin edilmekte ve kentsel dönüşümle bu miktarın artacağı belirtilmektedir. İnşaat/yıkıntı atığı miktarı ise 45 milyon tondur. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü Atık Yönetimi Başkanlığı bilgilerine göre kentsel dönüşüm sürecinin ilk 3 yıllık döneminde yıllık 10 milyon ton ek atık beklenmektedir. Moloz ve hafriyat geri dönüşüm tesisleri ülkemizde yetersizdir ve bu durum önemli bir sorun alanı

olarak dikkat çekmektedir. Konu ile ilgili mevzuat Hafriyat Toprağı, İnşaat ve Yıkıntı Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği'dir ve bu yönetmelik 2004 tarihlidir ve 2010 yılında Yönetmelik'te bazı değişiklikler yapılmıştır. Yönetmelik amacı "hafriyat toprağı ile inşaat ve yıkıntı atıklarının çevreye zarar vermeyecek şekilde öncelikle kaynaktan azaltılması, toplanması, geçici biriktirilmesi, taşınması, geri kazanılması, değerlendirilmesi ve bertaraf edilmesine ilişkin teknik ve idari hususlar ile uyulması gereken genel kuralları düzenlemektir" biçiminde belirtilmektedir^{30,31}.

İnşaat/yıkıntı atıklarının bazıları tehlikeli atık olarak ele alınması gereken bileşenler içermektedir. Bunlar arasında asbest, kurşun içeren boyalar, sızdırmazlık amacıyla kullanılan malzemelerden ve lamba balastlarından kaynaklanan çok klorlu bifeniller (PCB), lambalar ve floresanlarda bulunan cıva, cıva içeren çeşitli ekipmanlar (Termostatlar vb gibi), pillerden ya da baterilerden kaynaklanan kurşun, cıva, kadmiyum, gümüş, çeşitli elektronik atıklar, tehlikeli kimyasallar vb sayılmaktadır³².

İş çevresi ve çalışan sağlığı: Kentsel dönüşüm ve Türkiye'nin son yıllarda yoğunlaşan inşaat sektörü büyümesi inşaat ile ilgili işlerde çalışanların sağlığına ilişkin riskler açısından da irdelenmesi gereken bir boyut oluşturmaktadır. Bu başlıkta üzerinde durulabilecek noktalar başlıklar halinde aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır:

Bilindiği gibi inşaat sektörü "ölümlü iş kazaları" açısından ülkemizde ilk sıralarda gelen bir sektördür. Gerek son on yılda yoğunlaşan konut yapımı gerekse de kentsel dönüşümle ortaya çıkan yeni yapım-yıkım sürecinin bu sektörde çalışanlara yönelik olarak ciddi riskler getirecektir.

Yıkım sürecinin kendisi birçok tehlike ve risk barındırmaktadır. İş güvenliğine yönelik riskler dışında yıkım sonrası ve bir "proses" olarak yıkım süreci sırasında ortaya çıkan atıklar ciddi sağlık riskleri taşıyan unsurlar taşımaktadır.

200'den fazla alt sektörü olan inşaat sektörü son yıllarda kentsel dönüşümden köprü-havaalanı projelerine, şehir hastanelerinden TOKİ projelerine kadar ülkenin hemen her noktasında gelişmektedir. İnşaat sektörünün toplam istihdam içindeki payı Aralık 2013 itibarı ile % 6,9'dur ve bu sektörde toplam çalışan sayısı yaklaşık 1.7 milyondur. Çalışanların dörtte üçünün sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar ile nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar oluşturmaktadır³³.

İnşaat sektörü, diğer sektörlerle göre altı kata varan kaza riskine sahiptir³⁴. 2012 yılı SGK istatistikleri inşaat sektörünün kaza sayısında ilk sıraya yükseldiğini göstermektedir. Kayıtlı iş kazalarının %12,9'u 2012 yılında inşaat sektöründe saptanmıştır ve ilk sıradadır ve önceki yıllarda ilk sırada olan madencilik sektörünü geride bırakmıştır³⁵. Büyüyen inşaat sektörü iş güvenliği açısından dikkatle irdelenmesi gereken özelliğini korumaktadır. Kentsel dönüşümle ortaya çıkan özellikle yıkım prosesi çıktıları içerikleri açısından hem çalışanlara hem de çevreye ciddi etkileri bulunan malzemelerdir. Asbest, bu malzemelerin çalışan ve çevre için oluşturduğu tehlikeler açısından örnektir.

Sonuç olarak kentsel dönüşüm kapitalizmin kentleri yeniden yapılandığı kâr odaklı bir süreçtir. Bu sürecin çevreye ve sağlığa doğrudan ve dolaylı etkileri olacaktır. Bu etkilerin önceden öngörülmesi, değerlendirilmesi, gerekli önlemlerin alınması, çok boyutlu, çok disiplinli, sistematik bir yaklaşım gerektirirken mevcut uygulamaların bu yaklaşımın çok uzağında kaldığı izlenmektedir. Kentsel dönüşüm çevre ve sağlık politikalarıyla yakından ilgili bir konudur. Her iki başlığın da neoliberal düzenlemelerin saldırısı altında olduğu düşünüldüğünde var olan durumun sağlık ve çevre açısından zaten çok parlak olduğu söylenemez. Kentsel dönüşüm ve çevre sağlığı inceleme ve araştırmaları arttırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Şenel A. Siyasal Düşünceler Tarihi. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları;1996.p.41.
2. TDK web sayfası, www.tdk.gov.tr, Accessed18.06.2014.
3. Aydoğan F. Tüketim kültürünün gölgesinde kentler. Marmara Ü. İ.İ.B.F Dergisi 2009; 27(2):203-215
4. Şengül T. Radikal kent kuramları üzerine eleştirel bir değerlendirme. Amme İdaresi Dergisi 2000;33(1):27-58.
5. Koç T. Kapitalist kent olgusu ve kentsel siyaset üzerine yaklaşımlar. Eğitim Bilim Toplum Dergisi, Kış 2009/2010; 8(29): 39-52.
6. **Sert E, Karpuz H, Akgün G.** Küreselleşme Sürecinde Değişen Kent Kavramı; Mekân ve Politikleşme Üzerine Bir Okuma Çalışması. Planlama 2005;2: 101-111.
7. Özkan YE, Sidal S. Kentin Dönüşümü Ve Yoksulluk. Eğitim Bilim Toplum Dergisi, Güz 2008; 6(24): 22-49.
8. Ataöv A ve Osmay S.Türkiye’de kentsel dönüşüme yöntemsel bir yaklaşım. METU JFA 2007; 24(2): 57-82.
9. Şen B. Metropol Kent Merkezlerinde Çöküntüleşme Eğilimleri: İstanbul Eminönü-Süleymaniye Bölgesi Örneği.Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2012; 17(2): 293-323.
10. Karataş N. İzmir’deki Şehirsel Saçaklanma Eğilimlerinin Torbalı-Ayrancılar’da Arazi Sahipliği El Değişim Süreçlerine Etkileri (1968–2000). Planlama 2007;2:3-12.
11. Şişman A, Kibaroglu D. Dünyada Ve Türkiye’de Kentsel Dönüşüm Uygulamaları. TMMOB Harita ve Kadastro Mühendisleri Odası 12. Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı, 2009Ankara.
12. Özdemir G. Kentsel Dönüşüm Sorununda Tarihsel ve Sosyolojik Arka Plan I: Batı Kuzey’e Dönüşürken Kentler. [online]. Available at: <http://yesilgazete.org/blog/2013/03/05/kentsel-donusum-sorununda-tarihsel-ve-sosyolojik-arka-plan-i-bati-kuzeye-donusurken-kentler/> Accessed 19.06.2014.
13. DSÖ web sayfası. [online]. Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-010410/en/> Accessed 19.06.2014.

14. Kentsel Döşümün Amacı [online]. Available at: <http://www.kentseldonusum.gov.tr/sayfalar-kentsel-donusumun-amaci-2.html> Accessed 15.06.2014.
15. Ülkemizde Kentsel Dönüşüm Süreci [online]. Available at: <http://www.kentseldonusum.gov.tr/sayfalar-ulkemizde-kentsel-donusum-sureci-3.html> Accessed 15.06.2014
16. Yavuz Cİ. 2013 yılı çevre hallerimiz. İçinde: Arpat H., Sönmez E., Güven O.(Ed) Sağlıksızlık Yıllığı 2013. İstanbul:Yazılama Yayınları; 2014. p:80-82.
17. Ergun C., Gül H. Barınma Hakkının İhlal Edilme Sürecinde Kentsel Dönüşüm Projeleri, Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu 2010, bildiri kitabı:359-378, [online]. Available at: <http://www.sosyalhaklar.net/2010/bildiri/ergun.pdf> Accessed 19.06.2014.
18. Görün M, Kara M. Kentsel Dönüşüm Ve Sosyal Girişimcilik Bağlamında Türkiye’de Kentsel Yaşam Kalitesinin Artırılması. Yönetim Bilimleri Dergisi 2010; 8(2):137-165.
19. Çevre Mühendisleri Odası web sayfası [online]. Available at: http://www.cmo.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=89544&tipi=67&sube=0. Accessed:12.06.2014.
20. Construction & Demolition Materials [online]. Available at: <http://www.epa.gov/waste/nonhaz/industrial/cd/index.htm> Accessed:19.06.2014.
21. Ölmez E, Yıldız Ş. İnşaat ve Yıkıntı Atıklarının Yönetimi ve Planlanan İstanbul Modeli.Kent Yönetimi, İnsan ve Çevre Sorunları Sempozyumu 02-06 Kasım 2008. [online]. Available at: <http://www.istac.com.tr/media/18117/0n%20aat%20ve%20Yıkıntı%20Atıkların%20Yönetimi%20ve%20Planlanan%20İstanbul%20Modeli.pdf> Accessed:15.06.2014.
22. US EPA web sayfası [online]. Available at: <http://www.epa.gov/waste/nonhaz/industrial/cd/basic.htm> Accessed:10.06.2014.
23. Asbestos Demolition and Renovation Compliance Monitoring, [online]. Available at: <http://www.epa.gov/compliance/monitoring/programs/caa/asbestos.html>, Accessed 10.06.2014.
24. Asbestos Requirements for Demolition and Renovation Projects, [online]. Available at: <http://www.dnr.mo.gov/pubs/pub2157.htm>, Accessed:10.06.2014.
25. Asbestos Hazard Management [online]. Available at: <http://epi.publichealth.nc.gov/asbestos/demolition.html> Accessed 18.06.2014.
26. Colledge M , Wilder L. Construction and Demolition (C&D) Landfills: Emerging Public and Occupational Health Issues. Journal of Environmental Health, September 2008:50-52.
27. Hydrogen Sulfide in Ambient Air. Coyote Construction And Demolition Debris Landfill Holley Navarre, Santa Rosa County, Florida [online]. Available at:

- http://www.atsdr.cdc.gov/HAC/pha/CoyoteLandfill/Coyote_%20Landfill%20HC%209-30-2008.pdf Accessed 19.06.2014
28. Erdin E., Alten A., Tunalı T. İnşaat atıklarının değerlendirilmesi. Endüstriyel Hammaddeler Sempozyumu, 2004 [online]. Available at: http://web.deu.edu.tr/erdin/pubs/ins_atiklari.pdf Accessed 19.06.2014.
 29. Ölmez E, Yıldız Ş. İnşaat ve Yıkıntı Atıklarının Yönetimi ve Planlanan İstanbul Modeli.Kent Yönetimi, İnsan ve Çevre Sorunları Sempozyumu 02-06 Kasım 2008.
 30. Mevzuat Bilgi Sistemi [online]. Available at: www.mevzuat.gov.tr, Accessed:18.06.2014.
 31. Kılıç N. Kentsel Dönüşümde Geri Dönüşüm Atağı Ar&Ge Bülten 2012 Aralık. [online]. Available at: <http://www.izto.org.tr/portals/0/argebulten/6kentseldonusumatagi.pdf> Accessed 20.06.2014.
 32. Hazardous Construction and Demolition Waste[online]. Available at: http://www.ehs.ufl.edu/programs/chemrad_waste/demowaste/ Accessed 20.06.2014.
 33. Türkiye İnşaat Sanayicileri İşveren Sendikası Sektörü Raporu, Mart 2014 [online]. Available at: <http://www.intes.org.tr/content/MArt-2014.pdf> Accessed 16.06.2014.
 34. İş Sağlığı ve Güvenliği”ne Şaşı Bakmak İnşaat Mühendisleri Odası’nın hazırladığı “İş Sağlığı ve Güvenliği Raporu”[online]. Available at: http://www.imo.org.tr/resimler/dosya_ekler/424fa7ca2c09435_ek.pdf?dergi=143TMH-455-2009/3:50-53. Accessed 13.06.2014.
 35. SGK istatistik yılığı 2012 [online]. Available at: www.sgk.gov.tr, Accessed 20.06.2014.

TÜRKİYE’DE ÇEVRESEL ASBEST MARUZİYETİ SORUNU

Abdurrahman Şenyiğit^a, Abdurrahman Abakay^b, Ali Ceylan^c

^aProf. Dr. DÜ. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD

^bDoç. Dr. DÜ. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD

^cProf. Dr. DÜ. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Giriş

Lifsel yapıdaki bazı mineraller solundukları zaman akciğerde ve plevrada hastalıklara neden olmaktadır. Solunum sisteminde en fazla hastalığa yol açan lifsel yapıdaki mineral asbesttir (1). Yüksek oranda gerilebilir sertlikte, fleksibl, asit rezistans olması ve yüksek ısıya dayanabilme yeteneği nedeniyle uzun yıllar 5 bin değişik iş kolunda ara madde olarak kullanılmıştır. Ticari değeri olan asbest tipleri crocidolite, amosite ve chrysotile'dir.

Asbest lifleri 2 ana grupta toplanır (2,3).

1)Serpantin asbesti (Krizotil asbest): Beyaz renktedir. Elyaf şeklinde karmaşık olarak bulunur. Ticari amaçla kullanılan asbestin % 90'ını oluşturur. Magnezyum hidroksi-silikattır.

2)Amfibol grubu: 5 gruba ayrılır.

a) Krokidolit (mavi asbest)

b) Aktinolit

c) Antofilit

d) Tremolit

e) Amozit(kahverengi asbest)

Dünyada kullanılan asbestin % 90'ı krizotil olup en az zararlı asbest türü olarak kabul edilmektedir (4).

Dünyada ve Türkiye’de Asbest Kullanımı

Gelişmiş Batı ülkelerinde 1930’lu yıllardan sonra asbestin değişik sanayi kollarında kullanılmasıyla birlikte asbeste maruz kalınmasına bağlı hastalıkların sıklığında büyük bir artış olmuştur. 1960’lı yılların başında asbestin neden olduğu hastalıkların iyice anlaşılmasından sonra asbest üretim ve kullanımında kısıtlamalar gidilmiştir (1,2).Asbest, 20.yy’ın ilk çeyreğinden itibaren IARC (Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi)’nin “Kanserojen Maddeler” listesinde Grup IA kanserojen olarak tanımlanmıştır. 1986 yılından itibaren asbestin kullanımı gelişmiş ülkelerin büyük kısmında yasaklanmış olmasına karşın halen gelişmekte olan ülkelerde kullanımı yaygın olarak devam etmektedir. Kullanım

yanı sıra doğal olaylarla da asbest teması oluşabilir (örneğin kaynağına yakın yerleşim yerlerine rüzgarın etkisiyle tozularak).

Türkiye’de meslek nedenli asbest temasının sonuçları hakkında verilere dayanan bilgi yoktur. Ülkemize, 1983-1993 yılları arasında 310.748 ton, 1996 – 1997 yıllarında 60.691 ton, 1995 – 2005 yılları arasında 100.300 ton olmak üzere, son 30 yılda, yaklaşık olarak 471.000 ton asbest ithalatı yapılmıştır. Üretim ise bu rakamın yaklaşık % 10’u kadardır. Dolayısıyla 1983 yılından, asbest kullanımının tam yasaklandığı 2010 yılına değin 500.000 ton asbest Türkiye’de kullanılmış durumdadır. Bu miktarın kullanıldığı ürünler ile ilgili çalışanlar en az önümüzdeki 30-40 yıl boyunca temas edeceklerdir (DPT Madencilik Özel İhtisas Komisyon Raporu 1996, 2001, 2009-2013). Sanayide kullanılmış olan bu miktar asbest dikkate alındığında, eğer etkin önlemler alınmazsa, ilgili ürünlerin bakım, onarım, söküm işlemleri sırasında önümüzdeki 20 yılda bu temasın önemli sayıda ilgili hastalıkların gelişmesine neden olacağı açıktır.

İç Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerinde kırsal kesimde tremolit asbest içeren toprak, evlerde çatı malzemesi ve sıva olarak kullanılmaktadır. Ayrıca bazı yörelerde bebek pudrası olarak kullanılan toprağın da asbest içerdiği anlaşılmıştır.

Asbestli bu toprağa Anadolu’daki toprak, çorak, topak, çelpek, ceren, çırp, göktoprak, höllük gibi isimler verilmiştir. Bu toprak, ısı ve su yalıtımı amacıyla evlerin çatısında örtü, duvarlarında sıva-badana amacıyla yaygın olarak kullanılmıştır (1). Türkiye’de temasın en yoğun olduğu bilinen kırsal alanları kapsayan illerin başlıcaları Eskişehir, Kütahya, Bilecik, Yozgat, Sivas ve Diyarbakır’dır (1).



Çevresel Asbest Maruziyeti

Yapılan çalışmalar çevresel asbeste maruz kalmanın beklenenden fazla olduğunu, hatta bazı kişilerde asbest işçileri düzeyinde bir maruz kalma bulunduğunu göstermektedir. Örneğin mesleki temasta, asbest ile temas işe başlama ile başlamakta, işçi günde 8 saat, haftada 5 gün, yılda 46-48 hafta temas etmektedir. Oysa köy ortamında doğumla başlayan temas, değişen toz konsantrasyonlarında olsa da günün 24 saati ve köydeki bir yaşam boyu aralıksız devam etmektedir.

Kırsal alanda sorumlu asbest lifi tremolit veya aktinolitir. Toplam temas ve akciğerdeki lif miktarı, kırsal alanda doğup 50 yıl yaşayan birinde, 20 yaşında işe başlamış 30 yıl çalışan birine göre neredeyse eşit, belki de daha fazla miktardadır (1).

Kırsal alanda asbestmaruziyeti

Kırsal alanda oluşturulan kohortlarda yapılan anlık ölçümlerde havadaki asbest lif miktarı ev içi ortamda 0.009 – 0.28 f/mL arasında, ev dışı ortamda 0.009-0.04 f/mL arasında bulunmuştur. Ortalama temas süresi 51 yıl olan bir kırsal alan yaşayanında ortalama toplam temas dozu 5.7 f/mL, yaşam boyu temas dozu ise 0.19 -14.80 fiber-yıl/m olarak hesaplanmıştır (15).

Şimdiye kadar Türkiye ile birlikte Yunanistan, Bulgaristan, Kıbrıs, Korsika/Fransa, Çekoslovakya, Avusturya, Rusya, Yeni Kaledonya, Güney Afrika, Afganistan ve Sicilya/İtalya 'da çevresel asbeste maruz kalındığı bildirilmektedir (1).

Ülkemizde genellikle tremolit asbest lifi içeren toprağın evlerin sıva ve badanasında kullanılması ile çevresel tipte asbest maruziyeti oluşmaktadır (5,6,7) . Yapılan çalışmalarda Güneydoğu Anadolu bölgesinde çevresel asbest maruziyeti olduğu ve buna bağlı birçok hastalığın olduğu bildirilmiştir (5-13).

Asbest İle İlişkili Hastalıklar (1,2,16)

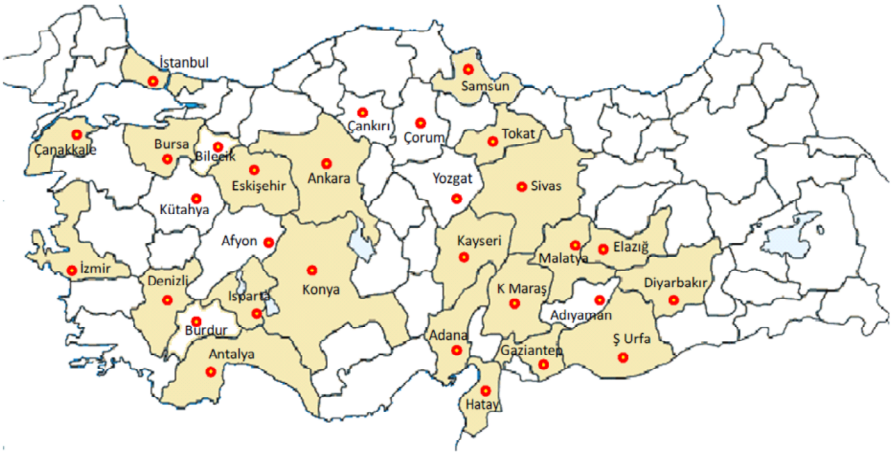
Asbest'in yol açtığı hastalıkların ekonomik yükü büyüktür. Asbest'in yol açtığı hastalıkların tedavisi için Almanya'nın yıllık harcaması 290 Milyon Euro'yu bulmaktadır. Japonya'da ise toplam 27 Milyar Yen harcandığı belirtilmektedir (17).Mezotelyoma'nın bilinen en sık ve önemli etyolojik nedeni asbest temasıdır. Asbest temaslı kohortlardamezotelyoma riski temassız popülasyona göre 799 misli fazla olabilmektedir (18).Asbest liflerinin etyolojik ilişki olarak akciğer kanseri gelişiminde de kendi başına risk oluşturabildiği, asbest teması olan ve başka etyolojik ilişkisi olmayan kişilerde akciğer kanseri riskini 4-10 kat arttırdığı gösterilmiştir (19,20).Asbest nedenli benign nitelikli diffüzplevralfibrozis ve asbestozis ise nispeten uzun bir yaşam süresi verdiğinden, asbest sağlık maliyetinde ihmal edilen sorunlardan birisidir. Ancak diffüzplevralfibrozis ve asbestozisin sigara ile birlikteliği durumunda zaman içinde "solunum yetmezliği" tablosuna sıklıkla neden olabileceği, bu hastaların da 5-10 yıl yaşamaları nedeniyle önemli bir sağlık ekonomisi sorunu oluşturdukları açıktır.

Asbeste bağlı hastalıkların sıklığı

Mezotelyoma, son 20-30 yılda gelişmiş ülkelerde önemli bir kanser türü olarak görülmeye başlanmıştır (21,22). ABD’de, mezotelyoma için gerçek rakam tam olarak bilinmemekle birlikte, bu günlerde yıllık 2.500 civarındaki olgu ile hastalığın çıkabileceği en yüksek sıklığa ulaştığı kabul edilmektedir (23,24). Avrupa’da yıllık olgu sayısının yakın zamanda 9.000 civarına ulaşması beklenmektedir (25). Mezotelyoma riskinin, asbest ile teması olmayan bir popülasyon için 2.2-4/1.000 000 kişi-yıl arasında olduğu bildirilmektedir (26-28). Asbest teması olsun olmasın, tüm dünya için belirlenen ortalama yıllık mezotelyoma riski (insidans hızı) erkekler için 1.3/100.000 kişi-yıl, kadınlar için 0.2/100.000 kişi-yıl olarak bildirilmiştir (28,29). Erkeklerde insidansın daha yüksek olması mesleki ilişki nedeniyledir.

Ülkemizde mesleki asbest temasının niceliksel verileri hakkında hiç çalışma ve dökümanite edilmiş bilgi yoktur. Çevresel teması kesin olan köylülerden oluşan bir kohortta, ortalama yıllık mezotelyomainsidans hızını erkekler için 114.8/100,000, kadınlar için 159.8/100,000 kişi-yıl olarak belirlenmiştir (18).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2000 yılında kurulan Mezotelyoma Ulusal Konseyi’nin 2000 yılı için bütün Türkiye’den topladığı kesin tanımlı mezotelyoma olgu sayısı 506 olarak belirtilmiştir (32). Bu olguların 415’inin geldiği köy ve asbest teması ilişkisinin tespit edildiği belirtilmektedir.



Şekil 2. Türkiye Mezotelyoma Çalışma Grubu verilerine göre 2012 yılı itibariyle kırsal alanından mezotelyoma olgusu gelen iller.

İllere göre asbest teması nedeniyle mezotelyoma olgusu çıktığı bildirilen köylerindeki dağılımı şöyledir: Eskişehir 95, Diyarbakır 94, Sivas 81, Kütahya 69, Konya 36, Elazığ 20, Tokat 6, Hatay 5, Afyon 5, Bilecik 5, Çankırı 5, Adıyaman 4, Isparta 4, Burdur 4, Malatya 4, Kayseri 4, Maraş 4, Çankırı 4, Yozgat 4, Gaziantep 4, Erzincan 3, Adana 3,

Bingöl 3, Çorum 3, Denizli 3, Çanakkale 2, Urfa 2, Erzurum 2. (Gerçek rakamlar, bu proje kapsamında illerin yerinde yapılacak saha çalışmaları ile tam olarak bilinebilir hale gelecektir).

Güneydoğu Anadolu bölgesinde kırsal alanda asbest temaslarının yer aldığı genel bir popülasyonda ise mezotelyomainsidans hızı 20/100.00 kişi-yıl olarak bulunmuştur (11). Söz konusu rakamlar ülkemizde asbest ile çevresel temas etmiş popülasyonun ne denli risk altında olduğunu göstermektedir. Benzer çevresel temas özelliği ülkemiz dışında Yunanistan, Korsika, Kıbrıs, Bulgaristan, Fransa ve Yugoslavya'dan da rapor edilmiştir (29). Ancak bu ülkelerde temas eden popülasyon oranı oldukça düşüktür.

Genel, asbest teması bilinmeyen popülasyon için mezotelyoma riski 2.2-4/1.000 000 kişi-yıl olarak beklenmektedir (30,40,41). Bu olgulara literatürde "backgroundmezotelyoma", yani etyolojisinde asbest ilişkisi veya başka bir bilinen ilişki gösterilememiş, kendiliğinden gelişen mezotelyoma adı verilir. Mesleksel asbest teması nedenli mezotelyoma olgularında hastalık, ilk asbest temasından 35-40 yıl sonra ortaya çıkar. Bu süreye "latent süre" adı verilir (29,33). Temas işe girme ile başladığından mezotelyoma'nın genel olarak saptandığı yaş bu serilerde 60-65 yıl aralığındadır (33,34).

Kırsal alanda ise asbest teması doğumla başlar. Bu durumda 'latent süre' hastalığın saptandığı yaş olmaktadır. Bu süre ülkemiz serilerinde 50-55 yaş civarındadır. Bu rakam latent süre olarak iş yeri serilerine göre daha uzun, ama kırsal alanda latent süre hastalığın ortaya çıktığı yaş ile aynı olduğundan, hastalığın saptandığı yaş olarak, dikkat çekecek şekilde daha kısadır (11,35,36,37).

Asbest teması kesinleştirilmiş kırsal alanda yaşayan kohortlarda benign plevral değişiklikler asbest teması olmayan popülasyonlara göre daha sıktır. Ülkemizde bu konuda oldukça kapsamlı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda asbest nedenli plevral hastalık oranı % 20 - 40 aralığında bulunmuştur (38-42). Kırsal alandan oluşturulmuş bir kohortda belirlenmiş plevral plak oranı % 14.4, diffüz plevral fibrozis oranı %10.4, asbestozis oranı %0.4 olarak saptanmıştır (42).

Asbest ile tanımlanan bu temas şekli 1980'li yılların sonuna dek bazı bölgelerimizde yoğun biçimde devam etmiştir. Ulaşım imkânlarının artması ile kullanımı giderek kireç ile yer değiştirmiş, 1990'larda kullanımı azalmaya başlamıştır (18,43). Yakın yıllarda artan sosyal ve ekonomik imkanlar nedeniyle kırsal alanda ak toprak kullanımı belirgin şekilde azalmıştır. Ancak, bu azalmaya rağmen, halen ülkemizin, bazı yörelerinin köylerinde kullanımı ve dolayısıyla asbest teması devam etmektedir (13, 32, 40).

Halen toplam 30 ilde, 473 köyde asbest karışımı aktoprak sıvalı ve/veya çatısıörtülü ev olduğu belirlenmiştir. Yine bu köylerin büyük çoğunluğunun çevresinde, köylülerin maksada yönelik kullandığı aktoprak kaynakları vardır(45).

Tablo 1. 2012 yılı öncesi asbest ile temas etmiş ancak teması kesilen popülasyonda 2012-2033 yılları arasında ortaya çıkacak mezotelyoma ve akciğer kanseri olgularının yıllara göre dağılımı.

Yıllar	Kaba doğum hızı (%0)	Kaba ölüm hızı (%0)	Göç hızı (%0)	Kısmi temaslı nüfus (40 yaş üstü)	Mezotelyoma	Akciğer kanseri
2012	6	17	22	332500,0	456,52	178,35
2013	6	17	22	326847,5	448,76	175,32
2014	6	17	22	321356,5	441,22	172,38
2015	6	16	22	316021,9	433,90	169,51
2016	6	16	22	310839,2	426,78	166,73
2017	6	16	22	305803,6	419,87	164,03
2018	7	16	22	300910,7	413,15	161,41
2019	7	16	22	296156,3	406,62	158,86
2020	7	15	22	291536,3	400,28	156,38
2021	7	15	22	287046,6	394,12	153,97
2022	7	15	22	282683,5	388,12	151,63
2023	7	15	22	278443,3	382,30	149,36
2024	7	15	22	274322,3	376,64	147,15
2025	7	14	22	270317,2	371,15	145,00
2026	7	14	22	266424,6	365,80	142,91
2027	7	14	22	262588,1	360,53	140,85
2028	7	14	22	258833,1	355,38	138,84
2029	7	14	22	255131,8	350,30	136,85
2030	7	14	22	251508,9	345,32	134,91
2031	7	14	22	247937,5	340,42	132,99
2032	7	14	22	244416,8	335,58	131,11
2033				240946,1	330,82	129,24
Toplam					8543,60	3337,79

Kaynak: *Türkiye Mezotelyoma Çalışma Grubu, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, ESOGÜ Akciğer ve Plevra Kanseri Araştırma Merkezi tarihli Türkiye Asbest Kontrolü Stratejik Plani. Eylül 2012.*

Türkiye Mezotelyoma Çalışma Grubu, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, ESOGÜ Akciğer ve Plevra Kanseri Araştırma Merkezi'nin Eylül 2012 tarihli Türkiye Asbest Kontrolü Stratejik Plani'ne göre Bugün için Türkiye'de, kırsal alanda yaşama nedeniyle asbest ile temaslı 1.000 000 civarında kişi olduğu öngörülmekte olup 2012 – 2033 yılları boyunca gelişecek mezotelyomalı olgusayısı 8.543 olarak tahmin edilmektedir.(Tablo 1)⁴⁵.

Kaynaklar

1. Çöplü Lütü. Asbeste bağlı plevra hastalıkları. In: Çavdar Tuğrul, Ekim Numan (Eds). Plevra Hastalıkları. Turgut yayıncılık ve tic. Toraks Kitapları. Sayı 4.Ekim 2003:224-229.
2. Wagner GR. The fallout from asbestos. Lancet 2007;369:973-4.
3. Lynn T. Tanoue. Asbestos -related Lung Disease. AP Fishman. Manual of Pulmonary Diseases and Disorders. McGraw-Hill Book Comp. New York. Third Edition.217-229.2002.
4. Roggli VL. Environmental asbestos contamination: what are the risks? Chest 2007;131:336-8.
5. Senyigit A, Babayigit C, Gökırmak M, et al. Incidence of malignant pleural mesothelioma due to environmental asbestos fiber exposure in the Southeast of Turkey. Respiration 2000; 67: 610-614.
6. Barış YI. Türkiye’de asbest ve fibrözzeolit (erionit) ile ilgili akciğer hastalıkları. Beslenme, Çevre ve Kanseri Sempozyum Bildiri Kitabı.31 Mart- 3 Nisan 2002.Ankara.2-23.
7. Zeren EH, Gumurdulu D, RoggliVL, et al. Environmental malignant mesothelioma in Southern Anatolia:A study of Fifty Cases. Environmental Health Perspectives 2000; 108: 1047-1050.
8. Yazıcıoğlu S. A high incidence of pleural calcification, pleural mesotheliomas and bronchial carcinomas due to asbestosis in Southern Turkey. Diyarbakır Tıp Fak Derg. 1980;11:354-361.
- 9.Yazıcıoğlu S, Ilcayto R, Balci K, et al. Pleural calcification, pleural mesotheliomas, and bronchial cancers caused by tremolitedust. Thorax, 1980; 35: 564-569.
10. Senyigit A, Bayram H, Babayigit C, et al. Malignant pleural mesothelioma caused by environmental exposure to asbestos in the Southeast of Turkey: CT findings in 117 patients. Respiration. 2000;67:615-22.
11. Şenyigit A, Babayigit C, Gökırmak M, et al. Incidence of malignant pleural mesothelioma due to environmental asbestos exposure in the southeast of Turkey. Respiration 2000;67: 610-14.
12. Carkanat AI, Abakay A, Abakay O, Cengizhan S, Selimoglu SH, Senyigit A. The incidence of mesothelioma has not decreased for the last twenty years in Southeast region of Anatolia. African Health Sciences 2011; 11: 346 – 352.
13. Abakay A, Kaya H, Sarı H, Şen H ve ark. Diyarbakır ilinde çevresel asbest kullanımının değerlendirilmesi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2011; 15: 137-143.
14. Peacock C, Copley SJ, Hansell DM et al.Asbestos related benign pleural disease. Clinical Radiology 2000;55:422-532.

15. Metintas M, Metintas S, Ak G, Erginel S, Alatas F, Kurt E, Ucgun I, Yildirim H. Epidemiology of pleural mesothelioma in a population with non-occupational asbestos exposure. *Respirology* 2008; 13: 117-21.
16. Miller WT, Geftter, WB. Asbestos-Related Chest Diseases: Plain Radiographic Findings. *Seminars in Roentgenology*.27(2): 102-120,1992.
17. Akboğa Ö, Baradan S. Asbestin inşaat sektöründeki yeri ve maruziyetin önlenmesi. *TMH* 2011; 469: 69-76.
18. Metintas S, Metintas M, Ucgun I, Onder U. Malignant mesothelioma due to environmental exposure to asbestos. *Chest* 2002; 122: 2224-29.
19. Alberg AJ, Ford JG, Samet JM. Epidemiology of lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2007;132: 29S-55S.
20. Gustavsson P, Nyberg F, Pershagen G, Schéele P, Jakobsson R, Plato N. 2002. Low-dose exposure to asbestos and lung cancer: dose-response relations and interaction with smoking in a population-based case-referent study in Stockholm, Sweden. *Am J Epidemiol*.2002;155:1016-22.
21. Robinson BWS, Musk AW, Lake RA. Malignant mesothelioma. *Lancet* 2005; 366: 397-08.
22. Peto J, Hodgson JT, Matthews FE, Jones JR. Continuing increase in mesothelioma mortality in Britain. *Lancet* 1995; 345: 535-39.
23. Stermann DH, Albelda SM. Advances in the diagnosis, evaluation and management of malignant pleural mesothelioma. *Respirology* 2005;10: 266-83.
24. Occupational Respiratory Disease Surveillance. 2005. Available at <http://www.cdc.gov/niosh/>. Last accessed 20th October 2010.
25. Najib M Rahman, Nabeel J Ali, Gail Brown, et al. Local anaesthetic thoracoscopy: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010. *Thorax* 2010 65: ii54-ii60
26. Robinson BWS, Musk AW, Lake RA. Malignant mesothelioma. *Lancet* 2005; 366: 397-08.
27. Barış Yİ. Asbest ve yaptığı hastalıklar. Barış Yİ, Akay H, Emri S (ed). Türkiye’de asbest ve erionite ile ilgili hastalıklar. İç: Türkiye’de Asbestve Erionite ileİlgili Hastalıklar. *ToraksDergisi*, 2007;8 (Ek 1); 1-24.
28. Light RW. Tumors of the pleura. In: Murray JF, Nadel JA, eds. *Textbook of respiratory medicine*, vol 2. Philadelphia: Saunders, 1994: 2222-2230.
29. Hillerdal G. Mesothelioma: cases associated with non-occupational and low dose exposures. *Occup Environ Med* 1999;56:505-513
30. Peto J, Decarli A, La Vecchia C, et al. The European mesothelioma epidemic.Br J Cancer 1999; 79: 666-672.
31. Schuhmann M, Brims FJH, O’Reilly KMA. Asbestos-Related Lung Disease: An Update. *Clinical Pulmonary Medicine* 2011; 18: 265 – 273.

32. Barış Yİ. Türkiye’de asbestle ilgili araştırmalar. İç: Türkiye’de Asbest ve Erionite ile İlgili Hastalıklar. Toraks Dergisi, 2007;8 (Ek 1); 41-42.
33. Lanphear BP, Buncher CR. Latent period for malignant mesothelioma of occupational origin. J. Occup. Med. 1992; 34: 718-721.
34. Boutin C, Schlessler M, Frenay C, Astoul P. Malignant pleural mesothelioma. Eur. Respir J 1998;12: 972-81.
35. Metintaş M, Özdemir N, Hillerdal G, et al. Environmental asbestos exposure and malignant pleural mesothelioma. Respir Med 1999; 93: 349-55.
36. Selçuk ZT, Cöplü L, Emri S, Kalyoncu AF, Sahin AA, Barış Yİ. Malignant pleural mesothelioma due to environmental mineral fiber exposure in Turkey. Analysis of 135 cases. Chest 1992;102: 790-96.
37. Tanrikulu AC, Abakay A, Kaplan MA, et al. A Clinical, radiographic and laboratory evaluation of prognostic factors in 363 patients with malignant pleural mesothelioma. Respiration 2010; 80: 480-487.
38. Köksal N, Celik M, Kahraman H, Ekerbiçer HC, Dağlı CE, Ozkan F. Survey of environmental exposure to asbestos in the town of Buyuktatlar, Turkey. Int J Occup Environ Health 2012; 18:130-134.
39. Ates G, Yildiz T, Akyildiz L, Topcu F, Erturk B. Environmental asbestos-related pleural plaque in southeast of Turkey. Arch Environ Occup Health 2010; 65:34-37.
40. Şahin U, Öztürk O, Songür N, Bircan A, Akkaya A. Observationsn environmental asbestos exposure in a high risk area. Respirology 2009; 14: 579-582
41. Özkurt S, Kırer G, Başer S, et al. Yukarıboğaz köylülerinde kalsifik plak sıklığı. Solunum 2003; 5: 25-29.
42. Metintas M, Metintas S, Hillerdal G, Ucgun İ, Erginel S, Alataş F, Yıldırım H. Non-malignant pleural lesions due to environmental exposure to asbestos. Eur Respir J 2005; 26: 875-80.
43. Işık R, Metintaş M, Gibbs AR, et al. p53, p21 and metallothionein immunoreactivities in patients with malignant pleural mesothelioma: correlations with the epidemiological features and prognosis of mesotheliomas with environmental asbestos exposure. Respir Med 2001; 95: 588-93.
44. Carkanat AI, Abakay A, Abakay O, Cengizhan S, Selimoglu SH, Senyigit A. The incidence of mesothelioma has not decreased for the last twenty years in Southeast region of Anatolia. African Health Sciences 2011; 11: 346 – 352.
45. Türkiye Mezotelyoma Çalışma Grubu, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, ESOGÜ Akciğer ve Plevra Kanseri Araştırma Merkezi tarihli Türkiye Asbest Kontrolü Stratejik Planı. Eylül 2012. <http://kanser.gov.tr/Dosya/arge/asbest.pdf>(erişimtarihi 22.08.2015)

ÇEVRE SAĞLIĞINDA PESTİSİTLER

Nurhan Meydan Acımış

Uzm.Dr. Pamukkale Hacı Cafer Özer Toplum Sağlığı Merkezi

Pestisit Özellikleri

Pestisitler, insan ve hayvan vücudu ile bitkiler üzerinde ya da çevresinde yaşayan, besin kaynaklarının üretim, depolanma ve tüketimi sırasında besin değerini düşüren veya zarara uğratan böcek, kemirici, yabancı ot, mantar gibi canlı formlarının yıkıcı etkilerini azaltmak için kullanılan kimyasallardır. Başka bir deyişle pestisitler, sorun yaratan böcekler, hayvanlar, mikroorganizmalar, yabancı otlar ve diğer zararlıların ölmesini ya da davranışlarını değiştirmesini sağlayan biyolojik aktif kimyasallardır. Pestisit olarak kullanılan ilk bilinen maddeler arsenik ve kükürttür. Böceklere karşı savaşta pestisitlerin yaygın kullanımı 1940'lı yıllara rastlamaktadır.

Sosn Dönem Çalışmaarı

Tıbbi anlamda, pestisit zehirlenmesi ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Retrospektif otopsi (İzmir) çalışmasına göre intiharlarda %43.8 pestisitler ve en sık (%9.17) methomil sorumlu bulunmuştur. Acil servis başvurularında (Kayseri) ölümcül zehirlenmelerde en sık nedenlerden biri organofosfat pestisit zehirlenmeleridir. Ankara ve bölge illeri içeren otopsi çalışmasında, ölümcül zehirlenmelerde en sık organofosfat insektisitleri (%94.0) raporlanmıştır. Adana yöresinde ölümlerle sonlanan zehirlenme olgularında %13.0 pestisitler ve en sık endosülfan saptanmıştır. Konya ili çalışmalarında bir kısım zehirlenmeden (% 9.3) pestisit/insektisit sorumlu tutulmuştur.

Biyolojik anlamda, sucul cynabakterilerde trifluralin, 2,4-D, ve linuron birikici etkisi yanı sıra tarımda uygun pestisit seçiminde uyarıcı olabileceğine dikkat çekilmektedir. Orta Karadeniz bölgesinde yüzey suyunda 16 organik klorürlü pestisit düzeylerinde potansiyel kirlilik ve riskleri açısından en sık heksaklorosikloheksanın, dieldrin'e, p, p-DDD, ve heptaklor epoksit izomerlerine rastlanmıştır. Bu durum tarımsal faaliyetler dışında, sınır ötesi kirliliğin işareti olabilir. Gübre ve pestisitler yer altı su kalitesini azaltmaya devam etmekte, özellikle Akdeniz, Ege, İç Anadolu ve Marmara bölgelerinde önemin sürmektedir. Batı Karadenizde (Bolu) günlük gaz ve partikül fazlı yaz ve kış örnekleri toplanmış, poliklorlu bifeniller (PCB) ve organik klorlu pestisit varlığı saptanmıştır. Bunlardan endosülfan sülfat ve metoksiklor konsantrasyonları yüksek bulunmuştur. Pamuk tarımının yapıldığı Söke ovasında toprağın 60-90 cm altında bile DDT varlığına rastlanması önemlidir. Konya kapalı havzasında ağır metal ve organoklorokin pestisit düzeyleri uluslararası kabul edilen sınırı üzerinde tespit edilmiştir.

Dünya Gerçeği

1970’de çevre koruma hareketlerinin başlaması ile pestisitlere karşı tüm dünyada duyarlılık oluşmuştur. 1992’de Rio Deklarasyonu ile tüm ülkeler sürdürülebilir kalkınma kavramı ile tanışmış, uluslar yeni bir bakış kazandırmıştır. Tarımsal üretimde pestisit kullanımında kontrollün sağlanması, mevcut etkin maddelerin yeniden güvenlik testlerine alınması ve bazılarının yasaklanması gündeme gelmiştir. Küresel anlamda pestisitlerin %55’ini Kuzey Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinde kullanılmaktadır. Avrupa Birliği ülkelerinde hektara düşen tarım ilacı miktarı en yüksek iki ülke Hollanda ve Yunanistan’dır. Resmi olarak İsveç ve Danimarka’da, resmi olmayan şekillerde Finlandiya, Norveç’te 1991-1995 yılları arasında pestisit kullanımı azaltılmıştır. Bu uygulamaların zorunlu olmadığı ülkelere; Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, İspanya, Birleşik Krallık’ta aynı sürelerde pestisit kullanımında ortalama %26.0 azalma sağlanmıştır. Ülkemizde pestisit üretimi 2006 yılında en yüksek seviyeye ulaşmış olup, üretimde en yüksek oran %28.0 ile 1993 ve 2005 yıllarında gerçekleşmiştir. Toplam tüketimde bir önceki yıla göre yıllık değişimin en yüksek olduğu oran %26 ile 2005 yılına aittir. Çevre ve sağlık açısından 23 yıllık değerlendirme sonuçları ülkemizde pestisitlerde artışı gözler önüne sermektedir. Tarımda zararlılarla baş etmede pestisit yerine yararlı mikro organizmaların kullanılması, gen teknolojisinde sessiz pestisitler olarak isimlendirilen RNA interferan tekniğinin tek başına ya da *Bacillus thuringiensis* birlikte kullanılması önemli bir adım olabilir.

Sonuç olarak; ülke ve dünyamızda pestisitler çevre sağlığı açısından önemini hala korumaktadır. Dünya tarımda üretimin artırılmasında kayıpların azaltılmasında pestisitleri alternatifsiz gören eğilim ne yazık ki varlığını korumaktadır. Özellikle bitki koruma alanında doğal stratejileri destekleyen yeni çalışmalar, çevre sağlığı açısından umut verici başlangıçlardır.

Kaynaklar

- Koren, H. ; Bisesi, M. Handbook of Environmental Health and Safety, Lewis Publishers, Florida, 1996.
- Güler Ç, Çobanoğlu Z. Pestisitler.Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi. 1. Basım. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü yayını 1997.
- Morgan. D. B. (Ed), . Pesticides, Chemicals and Health, The BMA Guide, British Medical Association, Edward Arnold, A division of Hodder & Stoughton, London, 1992.
- http://ziraatdergi.gop.edu.tr/Makaleler/643195246_103-116.pdf. (erişim tarihi 30.06.2014)
- <http://croplifefoundation.files.wordpress.com/2012/05/scandinavia-use-reduction-2007.pdf>(erişim tarihi 30.06.2014)
- Sevcin (Coskuntuncel) ÖztemizOrganik Tarımda Biyolojik Mücadele. GÖÜ. Ziraat Fakültesi Dergisi, 2008, 25(2), 19-27.

- Şerife Bilge Gölükçü. Organik Tarımda Hastalıklarla Mücadelede Kullanılan Pestisitlere Alternatif Mikroorganizmalar. Narenciye Seracılık Araştırma Enstitüsü Yayını Antalya; 50-54.
- Idiz N, Karakus A, Dalgıç M. The forensic deaths caused by pesticide poisoning between the years 2006 and 2009 in Izmir, Turkey. J Forensic Sci. 2012 Jul;57(4):1014-6.
- Avsarogullari L, Senol V, Akdur O, Akin A, Durukan P, Ozkan S. Characteristics of acute adult poisonings in a university hospital emergency department in central Turkey: a three-year analysis. J Pak Med Assoc. 2012 Feb;62(2):129-33.
- Kır MZ, Öztürk G, Gürler M, Karaarslan B, Erden G, Karapirli M, Akyol Ö. Pesticide poisoning cases in Ankara and nearby cities in Turkey: an 11-year retrospective analysis. J Forensic Leg Med. 2013 May;20(4):274-7.
- Karaarslan B, Karapirli M, Kandemir E, Kucuker H, Gurler M, Ince CH, Akyol O. The fatal poisoning pattern of Ankara (Turkey) and nearby cities from 2007 to June 2011: a retrospective study in forensic autopsies. J Forensic Sci. 2013 Nov;58(6):1563-7
- Battal D, Aktas A, Sungur MA, Bilgin NG, Cekin N. T Evaluation of poisoning deaths in Cukurova region, Turkey, between 2007 and 2011. Toxicol Ind Health. 2013 Nov 5. [Epub ahead of print].
- Koylu R, Dunder ZD, Koylu O, Akinci E, Akilli NB, Gonen MO, Cander B. The experiences in a toxicology unit: a review of 623 cases. J Clin Med Res. 2014 Feb;6(1):59-65.
- Aslim B, Ozturk S. J Environ Biol. Toxicity of herbicides to cyanobacterial isolates. 2009 May;30(3):381-4.
- Feza Geyikçi, Hanife Büyükgüngör. Monitoring of organochlorine pesticides in the surface waters from Mid-Black Sea Region, Turkey. Environmental Monitoring and Assessment February 2011, Volume 173, Issue 1-4, pp 127-137.
- Alper Baba, Gokmen Tayfur. Groundwater contamination and its effect on health in Turkey. Environmental Monitoring and Assessment .December 2011, Volume 183, Issue 1-4, pp 77-94.
- Serpil Yenisoy-Karakaş, Muhammed Öz, Eftade O. Gaga. Seasonal variation, sources, and gas/particle concentrations of PCBs and OCPs at high altitude suburban site in Western Black Sea Region of Turkey. J. Environ. Monit., 2012,14, 1365-1374
- Cafer Turgut, Teresa J. Cutright, Serhan Mermer, Levent Atatanir, Nalan Turgut, Melis Usluy, Oktay Erdogan. Environmental Monitoring and Assessment The source of DDT and its metabolites contamination in Turkish agricultural soils .February 2013, Volume 185, Issue 2, pp 1087-1093.

6- ÇOCUK SAĞLIĞI: SORUNLAR VE ÇÖZÜMLER

Bölüm Editörleri:

Doç.Dr. Burcu Tokuç, Trakya Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Yrd.Doç.Dr. Mehtap Türkay, Akdeniz Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Sunu

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından 2012 yılında ilk kez yayınlanmış olan Türkiye Sağlık Raporu'nun Çocukluk Dönemine ait bölümünün temel başlıklar açısından güncellenmesi **ÇOCUK SAĞLIĞI: SORUNLAR ve ÇÖZÜMLER** başlıklı bu doküman ile gerçekleştirilmiştir.

İçerikte temel olarak çocuk sağlığı açısından 2012 yılından bu yana ülkemizdeki gelişmelerin/değişikliklerin vurgulanması amaçlanmıştır. Bazı bölümlerde ise çocuk sağlığı için önemli olan başlıkların yeniden gündeme taşınması söz konusu olmuştur.

Raporun birinci baskısında yer alan ve 2014 yılı için yapılan bu hazırlık kapsamında yer almayan konulara ilişkin çok fazla değişiklik ve gelişme olmadığı için daha uzun dönemde güncelleme yapılması düşünülmüştür.

Halen yüksek üreme hızına ve genç nüfusa sahip bir ülke olmamız nedeniyle çocukluk döneminde öne çıkan durum ve konuların gündeme taşınmasının sürdürülmesi bir gerekliliktir. Bu nedenle, raporda yer alan konuların bundan sonraki dönemlerde de aralıklı olarak gözden geçirilerek güncellenmesi, var olan mevcut durumdaki değişimlerin ortaya konması ve yeni gereksinimlerin belirlenerek çözümler üretilmesi açısından son derece önemlidir.

Raporun yararlı ve yol gösterici olabilmesi dileğiyle, Rapora HASUDER adına yazılarıyla katkı sunan değerli akademisyenlere teşekkür ederiz.

Saygılarımla

Doç. Dr. Burcu TOKUÇ – Yrd. Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY

Bölüm Editörleri

TÜRKİYE'DE ÇOCUK SAĞLIĞININ DURUMU

S. Erhan Deveci^a, A. Ferdane Oğuzöncül^b

^aProf.Dr. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bDoç.Dr. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Bebek ve çocukların sağlık durumu ölçütleri toplumların gelişmiş ve kalkınmışlığının önemli göstergelerinden biridir. Bu yönüyle çocuklar her toplum için sağlık açısından özel bir grup olarak değerlendirilmelidir. Bu yazıda çocukluk dönemlerine göre sağlık durumu; mortalite verileri, morbite verileri, sağlık durumu ve hastalıklar başlıkları altında incelenecektir.

a. Çocukluk Dönemlerine Göre Mortalitenin Değerlendirmesi

Sağlık Bakanlığı (SB) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 verilerine göre (1) Türkiye'de 2012 yılı için bebek ölüm hızı binde 7.4 olarak bildirilmiş olup, bu hız İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması'na göre (İBBS) Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu'da en yüksek (binde 11.1 ve binde 10.6), Ege, Batı Anadolu ve İstanbul'da ise en düşüktür (sırasıyla binde 5.8, 5.6 ve 5.5). SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 İBBS değerlendirmelerinde ülkemizde perinatal ölüm hızı 1.000 canlı doğumda 8.3, neonatal ölüm hızı binde 4.3, postneonatal ölüm hızı ise binde 3.1 olarak verilmiştir. Beş yaş altı ölüm hızı binde 11.0 olup, bu hız bebek ölüm hızının bölgesel dağılımına benzer olarak, Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu'da en yüksek (binde 16.7 ve binde 16.1), Ege, Batı Anadolu ve İstanbul'da ise en düşüktür (sırasıyla binde 8.7, 8.3 ve 8.2).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2012 yılı için verilen ölüm istatistiklerinde ise BÖH binde 11.6, neonatal ölüm hızı binde 7.6, post neonatal ölüm hızı ise binde 4.1 olarak verilmektedir (2).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçları, araştırmadan önceki son beş yıl için bebek ölüm hızının bin canlı doğumda 13 olduğunu göstermektedir. Beş yaş altı ölüm hızı binde 15, neonatal ölüm hızı ise bin canlı doğumda 7'dir. Veriler, Türkiye'de bebek ve çocuk ölüm hızında çok hızlı bir azalma olduğunu göstermektedir. Bebek ölüm hızı, 2003-2008 (TNSA-2008) ve 2008-2013 (TNSA-2013) yılları arasındaki beş yıllık dönemde yüzde 24 azalmıştır. Aynı dönemde, beş yaş altı ölümlülüğü yüzde 38 azalmıştır (3). SB tarafından bildirilen sayılar ile TNSA 2013 değerleri arasında farklılıklar mevcuttur. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllıklarında (SİY) Türkiye'nin Bebek Ölüm Hızlarına (BÖH) ilişkin değerlerde 2008 yılından sonraki dramatik düşüş dikkate değerdir. SB Sağlık İstatistikleri Yıllıklarında 2008, 2009 ve 2010'da BÖH hesaplamasında doğumdaki gestasyon yaşı ya da doğum ağırlığına ilişkin açıklama yer almamaktadır. Buna ilişkin açıklama ilk kez SİY 2011'de yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı hesaplamalarında, BÖH hesaplanırken 2011 yılından önce 22 hafta ve üzeri ölümler dikkate alınırken, yapılan revizyonla 28 hafta ve üzeri ölümlerin

dikkate alındığı bildirilmiştir. Yapılan bu hesaplamaların bilimsel standart ve tanımlamalara uygun olarak yeniden değerlendirilmesi gerekir (4).

2012 yılında, 18 yaş altı çocuk ölümlerinin %61,1'i "0"yaşındaki bebeklerde, %14,4'ü ise "1-4" yaş grubu çocuk ölümlerinde gerçekleşmiştir. Yaş ilerledikçe çocuk ölümleri de azalmaktadır. Yıl ve cinsiyete göre çocuk ölümleri incelendiğinde, sıfır yaş kız bebek ölümlerinin toplam kız çocukları içindeki payı, erkek çocuklarına göre daha fazla iken yaş ilerledikçe erkek çocuk ölümleri kız çocuk ölümlerinin önüne geçmektedir (2).

Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ilk sırasında “prematüre” yer almaktadır. 2007-2011 arasında ikinci sırayı konjenital anomaliler, üçüncü sırayı sepsis almakta iken, 2013 yılı için ikinci sıraya konjenital kalp hastalığı (KKH) yerleşmiştir. Prematüre, KKH, Konjenital Anomali, Sepsis, Respiratuvar Distres Sendromu (RDS) ve Perinatal Asfiksi ilk 6 nedeni oluşturmaktadır (Tablo 1). (5).

Tablo 1. Türkiye’de 2007-2013 arası Bebek Ölümleri Nedenlerinin Yüzde Dağılımı (5)

Ölüm nedenleri	2007-2011	2012	2013
Prematüre	27.7	27.0	26.3
Konjenital Anomali	14.3	10.3	9.9
Sepsis	10.2	8.6	7.7
KKH	7.8	11.7	10.0
Perinatal Asfiksi	4.8	3.5	2.9
RDS	3.6	7.4	5.8

Bebek ölümleri Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da, eğitimsiz anne bebeklerinde, kırsal yerleşim yerlerinde, anne yaşının 20’den küçük, 40’tan büyük olması durumunda, düşük doğum ağırlıklı bebeklerde, doğum aralığı iki yıldan kısa olduğunda ve dört çocuk sonrasında artmaktadır (6).

Ülkemiz, bebek ölümlülüğü hızı açısından incelendiğinde, eğitim grupları ve bölgeler arasında var olan farkın, yıllar içinde derinleşerek devam ettiği, kır, kent farkının ise değişmediği görülmektedir. Bebek ölümlüğüne ilişkin yürütülen müdahale politikaları açısından bu saptama önemlidir (7). Türkiye’de TNSA-2003 verisinin kullanıldığı bir çalışmada en yoksul hanelerde dünyaya gelen çocukların bir yaşını tamamlamadan ölme ihtimallerinin zengin hanelerde yaşayan çocuklardan 4.7 kat; beşinci yaş gününü göremeden ölme ihtimallerinin ise 3.5 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada yapılan betimsel analizler sonucunda, en yoksul hanelerde yaşayan çocukların anne-babalarının daha eğitimsiz oldukları, yaşanılan konutta hijyen koşullarının yeterince sağlanmadığı, önemli bir bölümünün sağlık güvencesinden yoksun oldukları, doğum öncesinde ve doğum sırasında sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadıkları belirlenmiştir (8). TNSA 2013 verilerine göre de; genel olarak annenin eğitim düzeyi ile çocuğun ölüm riski arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır. Örneğin, annesi eğitimsiz ya da ilkokulu tamamlamamış olan

çocukların yaşamın ilk yılındaki ölüm olasılığının annesi lise ve daha yüksek eğitime sahip çocuklardan yaklaşık olarak üç kat daha fazla olduğu görülmektedir (sırası ile 1000 canlı doğumda 26 ve 9). Yine en yüksek refah seviyesindeki hanelerde bütün çocukluk dönemi ölüm hızları en düşük seviyededir (3).

Trafik kazaları ve intihar nedeniyle ölümler ise çocuk ölümleri arasında dikkatle değerlendirilmesi gereken nedenlerdir. Trafik kazalarında ölen çocukların toplam trafik kazalarında ölenler içindeki oranı 1995 yılında %24.6 iken 2012 yılında %9.5'e düştüğü görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından derlenen intiharlar, ölümle sonuçlanan intiharları içermektedir. 2012 yılı verilerine göre intihar eden 18 yaşın altındaki çocukların toplam intiharlar içindeki oranı %10.2'dir. Bu oran cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. 2012 yılında, intihar edenlerin %71.8'i erkektir. İntihar eden erkeklerden %7.3'ü ise 18 yaşından küçüktür. İntihar edenlerin %28.2'si kadın olmasına rağmen 18 yaş altında intihar eden kız çocuklarının toplam intihar eden kadınlar içindeki oranı ise %17.6'dır (2).

b. Çocukluk Dönemlerine Göre Morbitenin Değerlendirmesi

Türkiye Sağlık Araştırması'nın alan uygulamasının yapıldığı Mayıs-Haziran 2012 öncesindeki 6 ay içinde, 0-6 yaş grubundaki çocuklarda sırasıyla ishal (%27.9), üst solunum yolu enfeksiyonu (%27.6) ve bulaşıcı hastalıklar (%11.7) en çok görülen hastalıklar olmuştur. Bunu %9.2 ile kansızlık (demir eksikliği anemisi vb.) ve %8.7 ile ağız ve diş sağlığı sorunları izlemektedir. Türkiye geneline bakıldığında ağız ve diş sağlığı sorunları dışında hastalık görülen erkeklerin oranı, kadınların oranından daha yüksektir (2).

Ülkemizde 7-14 yaş grubundaki çocuklarda %24.5 ile ağız ve diş sağlığı sorunları ilk sırada yer almaktadır. Onu %11,5 ile göz ile ilgili sorunlar ve enfeksiyöz hastalıklar, %4.7 ile cilt hastalıkları ve %4.1 ile beslenme ile ilişkili hastalıklar takip etmektedir. Oranlara kent-kır ayrımında bakıldığında kentsel yerlerdeki ağız ve diş sağlığı sorunu yaşayanların oranının kırsal yerlerden daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Kırdan ve kentte cilt hastalıkları problemi yaşayan kadınların oranı erkeklerin oranından yüksektir (2).

TÜİK tarafından 2012 yılında yapılan Sağlık Araştırması'ndan 0-6 yaş grubundaki çocuklarda görülen sağlık sorunlarına ilişkin bilgiler elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre işitme kaybı olan çocukların oranı %6.0, görme kaybı olan çocukların oranı %1.4, konuşma bozukluğu olan çocukların oranı %4.2, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu olan çocukların oranı %1.8 ve davranış-uyum problemleri sorunu olan çocukların oranı ise %1.9'dur. Görme kaybı problemi hariç diğer tüm sorunlara ilişkin oranlar erkek çocuklarında kız çocuklarından daha yüksektir (2).

c. Çocukluk Dönemlerine Göre Sağlık Durumu ve Hastalıkların Değerlendirmesi

Türkiye’de bebek başına ortalama izlem sayısı 2011 yılında 8.1, 2012 yılında ise 8.6 olmuştur. Çocuk başına ortalama izlem sayısı ise aynı yıllar için 2.0 ve 2.2’dir (1).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması’na göre, çocukların büyük bir çoğunluğunun anne sütü emdiği (erkeklerin %97’si, kızların %98.2’si) görülmektedir. Anne sütü emme durumu, 0-12 aylık olanlarda %99.4, 13-23 aylık olanlarda %97.3, 24-60 ay arasında olanlarda ise %97.2’dir. Ancak, Türkiye genelinde 4-6 ay süre ile tek başına anne sütü emzirme oranı %62.5’dir (kentselde %64.9, kırsalda %57.4). Türkiye genelinde, tek başına anne sütü alma süresinin 5.3 ay (erkeklerde 5.4, kızlarda 5.1 ay) olduğu belirlenmiştir (9).

Ülkemizde Şubat 2014 itibarıyla Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi aşı takviminde 10 aşı yer almaktadır. Bu aşı uygulamaları rapeller dışında 24. ayın sonuna kadar devam etmektedir (10). SB tarafından temin edilen Verem, Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Hemofilus İnfluenza Tip B, Çocuk Felci, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Konjuge Pnömonokok, Hepatit A, Hepatit B ve Suçiçeği aşıları 13 hastalığa karşı çocukları korumak için başta aile sağlığı merkezleri olmak üzere sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak uygulanmaktadır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre 2012 yılı aşılama oranları DaBT 1,2,3 %97, BCG %96, HBV-3 %97, KKK %96, KPA 3 %97’dir (1).

TNSA 2013 raporuna göre; çocukların tam aşıli olması; “bir doz BCG, üç doz DTaP-IPV-Hib, bir doz KKK, üç doz Hepatit B ve üç doz KPA alması” şeklinde tanımlandığında, hem aşı kartı hem de annenin beyanı toplamında Türkiye’de yaşamlarının ilk 15 ayında çocukların yüzde 74’ünün tam olarak aşılandıkları görülmektedir. Aşılanma bilgisi aşı kartından elde edilen çocukların toplam yüzdeye katkısı yüzde 64 iken, aşılanma bilgisi anne beyanından elde edilen çocukların katkısı yüzde 11’dir. Bölgesel farklılıklar ele alındığında, tam aşıli çocukların yüzdesi Doğu’da en düşük (yüzde 68); Güney ve Orta bölgelerde ise en yüksektir (yüzde 77). Anneleri en az lise eğitimi alan annelerde çocukların tam aşıli olma oranı %78 iken, hiç eğitimi olmayan ve ilkokulu bitirmemiş olanlarda bu oran %63’tür. Ülkemizde BCG aşılama oranları tüm refah grupları için %90’ın üzerindedir (3). SB verilerinde TNSA 2013 verilerine göre aşılama oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum kayıt ve birimlerin güvenilirliği açısından irdelenmeli ve tartışılmalıdır.

Türkiye genelinde, 0-5 yaş grubunda yer alan 2572 çocuğun değerlendirilmesinde; %11.5’i (E:%12.0, K:%11.0) bodur/çok kısa (stunted), %18.7’si (E:%20.0, K:%17.4) kısa, %11.6’sı (E:%12.1, K:%11.1) uzun ve %9.2’si (E:%10.1, K:%8.2) ise çok uzundur. Bodurluk kronik ve uzun dönem beslenme yetersizliğinin bir göstergesidir. Bodurluğun ileri yaşlarda şişmanlık riskini arttırdığı da bilinmektedir (9). TNSA 2013 sonuçları; beş yaşın altındaki her 10 çocukta birinin bodur (yaşına göre kısa), bu çocukların üçte birinden fazlasının ise ciddi

şekilde bodur olduğunu göstermektedir. Türkiye’de az sayıda çocuk zayıftır; beş yaşın altındaki çocukların yüzde ikisinden daha azı için boya-göre ağırlık z-skorları -2SD’in altındadır. Yaşına göre düşük kilolu olan çocukların oranı boyuna göre zayıf olan çocukların oranına yakındır (yüzde 2) (3).

Türkiye genelinde 0-5 yaş arası çocukların %1.0’inin zihinsel ve/veya bedensel engelli olup, engellilik oranı kentsel ve kırsal bölgelerde, erkekler ve kızlarda (%1.1) benzerdir. Engelli olma durumu yaş gruplarına göre incelendiğinde 0-12 ay yaş grubunda %0.8, 13-23 ay yaş grubunda %0.3 ve 24-60 ay arasında ise %1.3’tür. Bölgelere göre engelli olma durumu dağılımı en fazla %2.3 ile Güneydoğu Anadolu bölgesinde olup bunu %1.4 ile Batı Anadolu, %1.2 ile Ortadoğu Anadolu, %1.1 ile Batı Marmara ve %1’in altındaki değerlerle diğer bölgeler izlemektedir. Ülkemizde 6-11 yaş grubu çocukların ise %3.2’si zihinsel ve/veya bedensel engelli olup, engellilik oranı erkeklerde %3.7, kızlarda %2.6’dır. Kentsel yerleşim yerlerinde bu oran %3.3, kırsal yerleşim yerlerinde ise %3.1 olarak bulunmuştur. Batı Anadolu bölgesinde ise bu oranın %8 olduğu görülmektedir (9).

DSÖ Avrupa Ofisince 2013 yılında gerçekleştirilen ve 21 ülkenin katıldığı “Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması”na ülkemiz de katılmış, bu araştırmada 7-8 yaş grubu çocukların 14.2’si fazla kilolu, %8.3’ü obez olarak bulunmuştur. Kentlerde yaşayan çocuklarda obezite durumu %10 iken, kırsalda %6.6 olarak saptanmıştır (11). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010) sonuçlarına göre ülkemizde 12 yaş ve üzeri bireylerin % 71,9’unun hareketsiz yaşadığı, 6-11 yaş çocukların ise %58’inin düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır (bu oran kızlarda %68,2, erkeklerde %49,3’dur) (9). Düzenli fiziksel aktivite; ileride yaşanabilecek kronik hastalıkların riskini azaltacaktır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezite görülme sıklığı giderek artmaktadır.

Türkiye’de 2012 yılı için tüberküloz insidansı 100.000 bin nüfusta 22, kızamık insidansı ise 0.5 olarak bildirilmiştir (12). Ülkemiz için aşı ile korunabilen hastalıklar başta olmak üzere çocukluk çağındaki bazı hastalıklar ile ilgili değerlendirmeler aşağıda verilmiştir.

Tüberküloz: Türkiye’de Verem Savaşı 2012 raporuna göre, ülkemizde 2010 yılında tüberküloz olgu hızı 0-4 yaş grubunda toplamda 3.6 olup, bu oran erkekler için yüz binde 4.1, kadınlarda ise yüz binde 3.1’dir. Bu rakamlar 5-14 yaş grubunda erkek ve kadınlar için sırasıyla 5.4 ve 5.2, 15-24 yaş grubu için ise 26.5 ve 24.4 olarak bildirilmiştir. 0-4 yaş grubu için bildirilen 223 vakanın %49.8’i akciğer, %45.7’si akciğer dışı, %4.5’i ise akciğer+akciğer dışı tutulumudur. 5-14 yaş grubunda 677 vakanın %57.6’sı akciğer tutulumudur. Tüberküloz Menenjit saptanan 25 olgunun %48’i 0-4 yaş, %28’i 5-9 yaş, %24’ü 10-14 yaş grubundadır. Tüberküloz tedavi başarısı 0-4 yaş grubu çocuklarda %86.4, ölüm %2.8 olarak bildirilmiştir (13). Enfekte olan çocuğun yaşı ne kadar küçük ise hastalık gelişme riski o kadar yüksektir (14,15).

Kızamık: Ülkemizde, 1 Ocak 2012-12 Şubat 2013 tarihleri arasında (349 adedi 2012 yılında olmak üzere) toplam 1005 adet kızamık vakası bildirilmiştir. Bu vakalar importe veya importe vaka ile ilişkili vakalardır. Halen 42 ilimizden

kızamık vakası bildirimi yapılmış bulunmaktadır. Vakaların %81.9'u (823 vaka) 7 ilde (Ankara, Gaziantep, İstanbul, Adana, Amasya, Batman, Şanlıurfa) kümelenmektedir. Vakaların %92.7'si (932 vaka) T.C. vatandaşı, 73 vaka ise yabancı uyrukludur. Vakaların %24.7'si (248 vaka) 0 yaş grubunda olup aşılama yaşı gelmemiş bebeklerdir. Vakaların %26.0'sı (261 vaka) 1-4 yaş grubundadır. 10-14 yaş grubunda 44, 15-19 yaş grubunda ise 15 vakanın bildirimi yapılmıştır. Minimum yaş 1 ay, maksimum 45 yaştır. Medyan yaş 4'tür. Vakaların %22.8'inin (230 vaka) aşılı olduğu bildirilmiştir; bunların %30'u (69 vaka) beyana göre aşılıdır. Vakaların %36.9'u (371 vaka, bunlardan 248'i aşılama zamanı gelmemiş bebek olmak üzere) ise aşısızdır; vakaların %40.2'sinin (404 vaka) ise aşılama durumu bilinmemektedir (16). Kızamık, eradikasyonu hedeflenirken yayılımının sürdüğü bir sorun olarak değerlendirilip, önlemler açısından ilgili kurumların da görüşleri alınarak hareket edilmelidir.

Çocuk Felci: Türkiye'de en son vaka Kasım 1998 tarihinde bildirilmiştir. Ülkemizin de içinde bulunduğu Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi 21 Haziran 2002 tarihinde "Çocuk Felcinden Arınmış Bölge" olarak ilan edilmiştir. Dünyada, çocuk felci vakaları 1988 yılında 350.000 den fazla olduğu tahmin edilirken, 2012 yılında bildirilen 223 vakaya kadar azalmış olup vaka sayısında %99'dan fazla azalma sağlanmıştır. Son olarak 29 Ekim 2013 tarihinde, DSÖ tarafından yapılan açıklamada Suriye'de çocuk felci hastalığının varlığı duyurulmuştur. Bu durum ülkemize olası hastalık bulaşı riskini ortaya çıkarmaktadır. DSÖ, Suriye ile birlikte komşu ülkelerin ek aşılama kampanyaları yapmasını tavsiye etmektedir (17). Bu bağlamda ilk etapta 7 ilimizde (Hatay, Gaziantep, Kilis, Şanlıurfa, Mardin, Şırnak ve Adana) yaşayan 5 yaş altı tüm çocuklar, diğer illerimizde ise kamplarda veya kamp dışında yaşayan Suriyeli 5 yaş altı çocuklar aşılacaktır. Bu aşı kampanyaları halen Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen diğer illerimizde de yapılmakta, ayrıca Suriye sınırından giriş çıkışlarda yaşına bakılmaksızın tüm kişilere çocuk felci aşısı uygulanmaktadır (18).

Hepatit B: 13.03.2009 tarihli Genişletilmiş Bağışıklama Programı genelgesinde hedef 2010 yılına kadar 5 yaş altı çocuklarda hepatit B hastalığı insidansını en az yüz binde 1'in altına düşürmek olarak belirlenmiştir (19). HBV bulaşı aile içinde başlıca çocukluk ve adolesan dönemde gerçekleşmektedir. Türkiye'de kronik karaciğer hastalıklarının demografik profili de bu kanıyı desteklemektedir (20). Bu durum yenidoğan ve çocukların aşılmasının ve ailelerin bulaş yolları hakkında bilgilendirilmesinin önemini de vurgulamaktadır (21).

Difteri: Ülkemizde 2003-2011 yılları arasında difteri olgusu görülmemiş, 2011 yılında Ankara'da 35 yaşında bir kadın hasta difteri tanısı almıştır. Bu olgu ile temashılardan alınan 149 klinik örnek arasından 5 asemptomatik taşıyıcı saptanmıştır (22).

Boğmaca: Boğmaca etkeni, dünyada her yıl 50 milyon enfeksiyona ve 195.000 ölüme yol açmaktadır. Ülkemizde de hala tüm yaş gruplarını, özellikle ergen, erişkin ve bebekleri etkileyen bir enfeksiyon hastalığı olarak devam etmekte, 2-5

yıl aralıklarıyla ortaya çıkan salgınlarda hastalık ve ölüm vakalarına yol açmaktadır. Son zamanlarda yapılan çalışmalar Türkiye’de boğmaca sıklığının arttığını göstermektedir. Uzun süreli öksürükle başvuran çocuk ve ergenlerde Bordetella Pertussis oranlarının belirlendiği çalışmalar Tablo 2’de gösterilmiştir (23).

Tablo 2. Uzun süreli öksürükle başvuran çocuk ve ergenlerde B. Pertussis oranı

Kaynak	Yer	Yayın yılı	Yaş	Metod	%
Yıldırım I (24)	Ankara	2008	≤16	PCR, seroloji	%16.9
Öksüz L (25)	İstanbul	2011	0-18	PCR, kültür	%41
Gürsel D (26)	İzmir	2012	10-14	PCR, kültür, seroloji	%23.5
Uslu D (27)	Türkiye	2013	0-5	PCR	%27.7

HIV/AIDS: HIV/AIDS tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olarak güncelliğini sürdürmektedir. Çocuk yaş grubu vakalar ile ilgili olarak 2012 yılı içinde bildirilen vakaların dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir (28).

Tablo 3. Türkiye’de 2012 Yılı İçinde Bildirilen HIV/AIDS Vakalarının, Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Ocak - Aralık 2012)

Yaş grubu	Erkek	Kadın	Toplam
0	3	2	5
1-4	1	4	5
5-9	3	-	3
10-14	-	2	2
15-19	9	7	16
20-24	84	19	103

Çocukların sağlık sorunları ve sağlıklı davranış uygulamaları ile ilgili yapılan bazı araştırmaların bulguları aşağıda verilmiştir.

- Ülkemizde yapılan araştırmalara göre diş çürüklerinin görülme sıklığı %55-70 arasındadır. Bu durum, aşırı şeker tüketimi, sularda flor azlığı, yetersiz beslenme, diş bakımı ve temizliğinin yeterince yapılmaması sonucu görülür. Basit gıdalar ve su ile iyodun yetersiz alınması sonucu çocuklarda ve gençlerde önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle iyotlu tuz kullanılmalıdır (29).
- Açık ve arkadaşlarının ilköğretim birinci sınıfları arasında yaptığı araştırmada; öğrencilerin %70.0’ı düzenli el yıkama alışkanlığına sahip olduğunu, %62.5’i dişlerini düzenli olarak fırçaladığını belirtmiştir. Öğrencilerin %2.5’inde strabismus, %0.4’ünde görme kusuru, %64.6’sında diş çürüğü (ortalama 3,6 adet diş), %3.2’sinde saçlı deride pedikülozis capitis, %20.0’ında boğaz enfeksiyonu ve erkek öğrencilerin %8.9’unda inmemeş testis tespit edilmiştir. Babalarının eğitim düzeyi yükseldikçe öğrencilerin düzenli el yıkama alışkanlıklarının azaldığı, anne eğitimine göre değişmediği; düzenli diş fırçalama alışkanlığını anne ve baba

eğitiminden etkilenmediği görülmüştür. Kız öğrencilerin erkeklerden daha fazla düzenli el yıkama alışkanlığına sahip olduğu belirlenmiştir (30).

- Türkiye'nin yedi bölgesinden seçilen örneklem ile erkek çocuklarda dış genital organ hastalığının araştırıldığı çalışmada; yaş ortalaması 14.1 olan toplam 6400 olgudan; 23'ünde hipospadias (%0.36), 207'sinde varikosel (%3.2), 53'ünde inmemiş testis (%0.83), 11'inde hidrosel (%0.17) ve 16 olguda gömük penis (%0.25) saptanmıştır (31).
- Güler ve Kubilay'ın çalışmasında, ilköğretim öğrencileriyle yapılan görüşmeler ve fizik muayeneler sonucunda en sık görülen sorunların genel vücut hijyeniyle ilgili uygulamalarında eksiklikler, ağız ve diş sağlığına ilişkin sorunlar, hemoglobinin düşük olması (% 80.0) ve parazit bulgusu (% 47.7) olduğu saptanmıştır (32).
- Ceylan ve Turan tarafından bir ilköğretim okulunda okuyan 1071 öğrenci arasında görme, ağız-diş sağlığı, baş biti ve büyüme sorunlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, öğrencilerde en sık rastlanan sorunlar; diş çürüğü (%50.4), dolgulu diş (%12.1), kırma kusuru (%12.4), obezite (%6.8), baş biti (%1) olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %5.8'inin tartı ağırlığı 97. persentilin üzerinde, %2.8'inin tartı ağırlığı 3. persentilin altında bulunmuştur (33).
- Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Eğitim-Araştırma bölgesinde yer alan ilköğretim okullarındaki öğrencilerin sağlık düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada; öğrencilerin %1.0'ı çok zayıf, %4.8'i zayıf, %75.9'u normal, %15.8'i fazla kilolu, %2.5'i obez olarak saptanmıştır. Yapılan göz muayenelerinde öğrencilerin %10.5'inde kırma kusuru, %6.2'sinde ambliopi, %3.1'inde şaşılık, kulak taramasında %48.7'sinde buşon, %2.5'inde perfore zar, %3.1'inde işitme kaybı tespit edilmiş, ağız diş muayenesinde öğrencilerin % 64.8'inde diş çürüğü belirlenmiştir (34).

Kaynaklar

1. Başara Bora B, Güler C, Yentür KG, Birge B, Pulgat E, Mamak Ekinci B. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayını, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2013.
2. TÜİK, İstatistiklerle Çocuk 2013. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, Nisan 2014.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
4. Eskiocak M, Selçuk G. Türkiye'nin Sağlık Bakanlığı Tarafından Bildirilen Bebek Ölüm Hızları Üzerine Bir Değerlendirme 2014. (Rapor).
5. Anne ve Bebek Ölümlerinin Azaltılması. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sunumu. Kaynak: Elazığ Halk Sağlığı Müdürlüğü.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009.

7. **Ergin I. Hassoy H. Bebek ölümlülüğünde eşitsizlikler: Dünya ve Türkiye'deki duruma dair bir değerlendirme.** İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2011; 1(3):98-104.
8. Eryurt MA, Koç İ. Yoksulluk ve çocuk ölümlülüğü: Hanehalkı refah düzeyinin çocuk ölümlülüğü üzerindeki etkisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52: 113-121
9. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 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.
10. Aşı takvimi. <http://thsk.saglik.gov.tr/Erisim> tarihi:22.05.2014.
11. <http://thsk.saglik.gov.tr/duyurular/etkinlikler/> Erişim: 22.05.2012.
12. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayını, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2013.
13. Türkiye'de Verem Savaşı 2012 Raporu. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 884, Ankara: 2013.
14. Tüberküloz Hastaları İle Hasta Yakınlarını Bilgilendirme Rehberi ve Veremli Hastaların Hak ve Sorumlulukları. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara: 2011.
15. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 10. Baskı. Cilt 1, Sistem Ofset Basımevi Ankara: 2011.
16. Türkiye'de Kızamık. <http://hasuder.org.tr/anasayfa/jupgrade/index.php/guncel/48-guncel/620-kizamik>. Erişim Tarihi: 29.05.2014.
17. Çocuk Felci Hastalığı. <http://thsk.saglik.gov.tr/Erisim> tarihi:22.05.2014.
18. Çocuk felci aşılama günleri. <http://thsk.saglik.gov.tr/duyurular/etkinlikler/> Erişim: 22.05.2012.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. Sayı: B100TSH0110005. Tarih: 13.03.2009/7941.
20. Değertekin H, Güneş G. Horizontal transmission of hepatitis B virus in Turkey. Public Health. 2008; 122: 1315-7.
21. Türkiye Hepatit B Yol Haritası. Türkiye Karaciğer Araştırmaları Derneği, Hepatit B Çalışma Grubu. <http://www.vhsd.org/files/file/rehberler/TKADHepatitB.pdf> Erişim tarihi: 10.06.2014.
22. Durusoy R. Güncel bulaşıcı hastalıklar; Poliomiyelit, Kızamık, Difteri, KKKA, Tularemi, EHEC. XIV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
23. Kurugöl Z. Eski hastalık-Yeni Yaklaşımlar. 2. PUADER (Pediatri Uzmanlık Akademisi Derneği) Kongresi, 1-5 Mayıs 2013, Antalya. <http://puader.org.tr/icerik.php?id=35>- Erişim tarihi:20.06.2014
24. Yildirim I, Ceyhan M, Kalaya O, et al. Frequency of pertussis in children with prolonged cough. Scand J Infect Dis 2008; 40: 314-9.

25. L.Oksuz, N.Gurler, S.Hancerli Torun, A. Somer, N. Salman. Pertussis cases in the paediatric department of a university hospital, ESCMID Milan, Italy, 7 - 10 May 2011, P1556.
26. Gürsel D, Aslan A, Sönmez C, Koturoğlu G, Cöplü N, Kurugöl Z, Aydemir S. Uzamış Öksürüğü Olan Çocuklarda Kültür, Gerçek Zamanlı Polimeraz Zincir Reaksiyonu ve Seroloji ile Bordetella pertussis Enfeksiyonunun Araştırılması. Mikrobiyol Bul 2012; 46: 211-24.
27. Uslu D, et al. Yayın aşamasında (2013).
28. Türkiye’de Bildirilen Hiv/Aids Vakalarının Yıllara Göre Dağılımı. <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/verilerAralik2012.pdf> Erişim tarihi:20.06.2014.
29. Adölesan (Ergenlik) Çağı Çocuklarda Beslenme <http://thsk.saglik.gov.tr/yeterli-ve-dengeli-beslenme/758-adölesan-ergenlik-cağı-cocuklarda-beslenme.html>.
30. Açık Y, Deveci SE, Turacı Çelik G, Karaaslan O. Elazığ Yenimahalle Eğitim Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesi’nde Bulunan İlköğretim Okulları Birinci Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Taraması Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25(1):30-34.
31. Adayener C, Ateş F, Soydan H, Türk L, Şenkul T, Baykal K. Türkiye’de 13-15 yaş arası ergen erkek çocuklarda dış genital organ hastalığı oranları. Türk Üroloji Dergisi 2010; 36(2): 155-159
32. Güler G, Kubilay G. Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Fiziksel Bakım Sorunlarının Belirlenmesi. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 26(2): 60-65.
33. Ceylan SS, Turan T. Bir İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Fırat sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(12): 35-49.
34. Kalyoncu C, Metintaş S, Balız S, Arıkan İ. Eğitim-Araştırma Bölgesinde İlköğretim Öğrencilerinde Sağlık Düzeyleri ve Okul Tarama Muayeneleri Sonuçlarının Değerlendirilmesi TAF Prev Med Bull. 2011; 10(5): 511-518

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SAĞLIKLI BESLENME VE OBEZİTE

Edibe Pirinççi

Doç.Dr. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Emzirme Türkiye’de oldukça yaygındır, temel özelliklere göre çok küçük farklılıklar gösterse de tüm çocukların yüzde 96’sı bir süre emzirilmiştir. TNSA-2013’ten elde edilen bilgi, çocukların yüzde 50’sinin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlandığını göstermektedir. Doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirilme hastanede veya sağlık personeli yardımı ile doğan çocuklar arasında daha yaygındır. Bu durum çocuğun cinsiyetine göre farklılık göstermemektedir. Emzirmeye erken başlama kırsal alanlarda kentsel alanlara kıyasla daha az görülmektedir (sırasıyla yüzde 44 ve yüzde 52) (1).

TNSA-2013’e göre çocukların yüzde 26’sının anne sütünden önce başka gıdalarla beslendiğini göstermektedir. Anne sütünden önce başka gıda alma oranı annelerin eğitim düzeyi ve hanehalkı refahı dışındaki temel özelliklere göre fazla farklılık göstermemektedir. En yüksek hanehalkı refah düzeyindeki çocuklar arasında anne sütünden önce başka gıda alma oranı en üst düzeydeyken (yüzde 34), en düşük hanehalkı refah düzeyindeki çocuklarda ise en azdır (yüzde 20) (1).

Bebeklerin yüzde 58’inin yaşamın ilk iki ayında sadece anne sütü ile beslendiğini göstermektedir. Bu yüzde çocuğun yaşıyla birlikte hızla azalmakta, 4-5 aylık bebeklerde yüzde 10’a kadar gerilemektedir (1).

TNSA-2013’ten önceki üç yıl içinde doğan tüm çocuklar için ortalama emzirme süresi 16.7 aydır. Erkek çocuklar (18.0 ay) kız çocuklara (16.3 ay) göre daha uzun süre emzirilmektedir. Kırsal alanlardaki ortalama emzirme süresi de (17.9 ay) kentsel alanlardakinden daha uzundur (16.4 ay) (1).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)-2010 ön çalışma raporunda Türkiye’de 0-5 yaş grubunda fazla kilolu ve şişman olanlar %26.4, 6-18 yaş grubunda ise fazla kilolu ve şişman olanlar %22.5 olarak bulunmuştur (2).

Pirincci ve arkadaşlarının 6-11 yaş grubunda 3642 ilköğretim öğrencilerinde aşırı kilolu olma %13.2 iken, obeziteprevalansı %1.6 bulunmuştur. Erkek çocuklarında aşırı kilolu olma durumu %13.9, obezite %2.0 iken, kız çocuklarında bu oran sırasıyla %12.5, %1.2 olarak bulunmuştur (3).

TNSA-2013’e göre beş yaşın altındaki her 10 çocuktan birinin bodur (yaşına göre kısa), bu çocukların üçte birinden fazlasının ise ciddi şekilde bodur olduğunu göstermektedir. Türkiye’de az sayıda çocuk zayıftır; beş yaşın altındaki çocukların yüzde ikisinden daha azı için boya-göre ağırlık z-skorumları -2SD’in altındadır. Yaşına göre düşük kilolu olan çocukların oranı boyuna göre zayıf olan çocukların oranına yakındır (yüzde 2)(1) .

Yaşına göre düşük kilolu olan çocukların oranı, 24-35 aylık çocuklar arasında yüzde 4’e çıkmakta; 48 aydan daha büyük çocuklar arasında ise yüzde 2’nin altına

düşmektedir. Son olarak, bulgular tüm yaşlardaki zayıf olan çocukların yüzdelerinin çok düşük seviyelerde olduğunu göstermektedir (1).

Bodurluk oranı erkek çocuklarda kızlara göre daha fazladır (sırasıyla yüzde 11 ve yüzde 8). Ancak düşük kilolu ve zayıf çocukların oranında cinsiyete göre çok farklılık yoktur. Kırsal yerleşim yerlerinde bodurluk, zayıflık veya düşük kiloluluk kentsel yerleşim yerlerine göre daha yaygındır (1).

5 yaş altı çocukların yüzde 11'i fazla kilolu/şişmandır. Çocuklarda fazla kiloluluk/şişmanlık, yetersiz beslenmeye göre ters yönde eğilimler göstermektedir. Bu durum daha yoğun olarak 6-36 aylık çocuklar arasında görülmektedir. Fazla kiloluluk ve şişmanlık çocukların cinsiyetine göre farklılık göstermemektedir (1).

Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Projesi (TOÇBİ)” raporuna (2009) göre Türkiye’de 6-10 yaş çocuklarda fazla kilolu ve şişman olanlar sırasıyla %14.3 ve % 6.5 olup toplamda bu değer %20.8'lere ulaşmaktadır (4).

Dündar ve Özün Samsun’da 11-14 yaş grubunda 2477 ortaokul öğrencilerini içeren çalışmada obeziteprevalansı %10.3 olarak bulunmuştur. Özel okul öğrencilerinde obezite% 16.8 iken, devlet okullarında bu oran %10.0 idi. Düzenli olarak her gün 3 öğün yemek yiyenlerde obezite oranı %7.7 iken, düzensiz yiyenlerde bu oran %12.5 olarak bulunmuştur. (5).

Cabar ve arkadaşlarının Sinop ili 3352 ilköğretim öğrencisinde yaptıkları çalışmada %7.0 düşük kilolu, %78.4’ ü normal kilolu, %8.7’si aşırı kilolu, %6.0’ sı ise obez olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada erkeklerin %9.6’sı, kız çocuklarının %7.6’sı aşırı kilolu iken, erkek çocuklarının %7.6’sı, kız çocuklarının %4.3’ü obez olarak bulunmuştur (6).

Altunkan’ın Karaman’da 6-19 yaş grubu 26025 öğrencide yapılan çalışmada aşırı kiloluluk oranı %8.6, obezite oranı ise %7.9 olarak tespit edilmiştir. Erkek çocukların %8.3’ü obez; kız çocukların %8.9’u fazla kilolu, %6.1’inin ise obez olduğu saptanmıştır. Her iki cinsiyette de obezitenin daha fazla görüldüğü dönemin ergenlik dönemi olduğu bulunmuştur (7).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, Milli Eğitim Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi’ nin birlikte yaptığı çocukluk çağı obezite araştırmasında Türkiye’de ilköğretim okulları 2. sınıf öğrencilerinin (7-8 yaş grubu) 4.958 çocuğun antropometrik ölçümü yapılmıştır. Boy uzunluğu z skor değerlendirilmeleri sonucunda her 100 çocuktan 95’i normal sınırlarda, ikisi çok kısadır. Toplamda ciddi bodur (severe stunted) %0,1, bodur (stunted) %2,3 ve %2,2’si ise uzun ve çok uzun boyludur. BKİ z skor değerlendirilmeleri sonucunda yaklaşık 10 çocuktan yaklaşık 7-8’i normal sınırlar içindedir. Erkek çocuklar arasında hafif şişmanlık ve şişmanlık yüzdesi %23,3 ve kız çocuklarda %21,6’dır. Erkek çocuklarda zayıflık %2,2 iken kız çocuklarda %1,9’dur. Toplamda şişmanlık yüzdesi %8,3 hafif şişmanlık %14,2’dir. Toplamda zayıf (thinness) ve çok zayıf (severe thinness) olanların toplamı %2,1’dir (8).

Kurtuncu ve arkadaşlarının Zonguldak Gelik ilköğretim öğrencilerinde 103 kişide yaptıkları çalışmada 13-14 yaştaki kız çocuklarının %43.7 normal kilolu, %6.8'i aşırı şişman iken, aynı yaştaki erkek çocuklarının %40.8'i normal kilolu, %8.7'si ise aşırı şişman olarak bulunmuştur (9).

Kaya ve arkadaşlarının Kütahya ilinde 5-19 yaş grubunda 92933 öğrencilerde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %6.5'i obez %7.8'i aşırı kilolu, %7.8'i ise düşük kilolu olarak bulunmuştur. Özel okullardaki öğrencilerde obezite prevalansı devlet okullarındaki öğrencilerden 2.03 kez daha yüksek bulunmuştur (10).

Tütüncü'nün Kastamonu il merkezinde 13 ilköğretim okulunda okuyan 5-15 yaş grubu öğrencilerde obezite ve fazla kiloluluk prevalansı sırası ile %6.4 ve %11.9 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %67.5'inin normal ağırlıkta olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerde zayıflık oranı %5.2 iken öğrencilerin %9.0'unun zayıflık riskinde olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin %10.5'inin kısa boylu, %3.3'ünün ise uzun boylu olduğu tespit edilmiştir (11).

Kaynaklar

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010. Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı.
3. Pirincci E, Durmuş B, Gundoğdu C, Acik Y. Prevalence and risk factors of overweight and obesity among urban schoolchildren in Elazığ city, Eastern Turkey, 2007. Ann Hum Biol 2010; 37: 44-56.
4. Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2011.
5. Dündar C, Oz H. Obesity-Related Factors in Turkish School Children The Scientific World Journal 2012; 353485.
6. Cabar HD, Özeren GS, Altay B. Nutritional habits and obesity: students of primary school in Sinop, the northest point of Turkey. Int J Med Invest 2013; 2(1): 44-60.
7. Altunkan H. Karaman İlinde 6-19 Yaş Grubu Çocuklarda Obezite Prevalansı. Tıp Araştırmaları Dergisi; 2013; 11(1): 6-11.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi' çocukluk çağı obezite araştırması (COSI-TR) 2013 ÖN RAPOR
9. Kurtuncu M, Demirbağ BC, Tanır İM, Yigitbaş Ç. The relationship between serum lipid levels, high blood pressure and obesity in children. Dicle Medical Journal 2014; 41 (1): 1-9.

10. Kaya M, Sayan A, Birinci M, Yıldız M, Türkmen K. Theobesityprevalenceamongstudentsbetweentheages of 5 and 19 in Kütahya. Turk J MedSci2014; 44: 10-15.
11. Tütüncü İ. Kastamonu il merkezinde 13 ilköğretim okulunda 5-15 yaş grubu öğrencilerde fazla kiloluluk ve obeziteprevalansı Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 2: (5): 141-151.

ÇOCUK VE GENÇLERDE MADDE KULLANIMI

Mehtap Türkay^a, Köksal Toklu^b

^aDoç.Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bTürkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM)

Türkiye yasadışı uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin geçiş güzergâhı üzerindedir. Bu nedenle uyuşturucu maddeye ulaşım kolaylaşmıştır. Ayrıca nüfus artışı, kültürel ve sosyal bağların zayıflaması, hızlı kentleşme, teknolojinin olumsuz kullanımı gibi nedenler de maddenin kötüye kullanımına neden olmaktadır.

TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) tarafından 2011 yılında, 25 bölgede yapılan çalışmaya göre (8045 kişi); çalışmaya katılan kişilerin %2,7'si en az bir kez yasadışı herhangi bir madde kullanmıştır. Yaşamında en az bir kez narkotik madde kullanımı 15-16 yaş grubunda %1,5, 15-24 yaş grubunda %2,9, erkeklerde %3,5, kızlarda ise %2,6'dır. En yüksek oranda da esrar kullanımı bulunmuştur (%0,7). Yine aynı çalışma sonuçlarına göre en fazla kullanım %3,2 oranıyla ortaokuldadır. Ancak üniversitede kullanım %3,1, eğitimsizlerde de %2,6'dır. 500TL'nin altında geliri olanlarda yaşamında en az bir kez kullanma oranı %5,6'dır.

Sigara içmeyenlerde kullanma oranı %2,3'ken, sigara içenlerde %3,0; alkol kullanmayanlarda %2,2, alkol kullananlarda %3,9 ve farmasötik ilaç kullananlarda %3,3 (kullanmayanlarda %2,6)'dır. Madde kullanımında sigara içme ve alkol kullanma risk faktörleri arasında yer almaktadır.

2003 yılında yapılan alkol ve uyuşturucu üzerine yapılan Avrupa Okul Araştırması Projesi (ESPAD) yaşları 15-16 olan 6149 genç üzerinde yapılmıştır. Bu proje sonuçlarına göre gençlerin %5'i inhalant, %4'ü esrar, %2'si ekstazi, %2'si eroin ve %2'si kokain kullanmıştır.

Başta İstanbul ve Adana olmak üzere Antalya ve Ankara'nın da uyuşturucu pazarlamasıyla ünlü semtleri bulunmaktadır. Ağırlıklı olarak Güneydoğu kaynaklı Hint kenevirine ulaşmak Lise ve Üniversite öğrencileri için kolaydır. Daha sorunlu ve tümüyle ithal olan maddelerden, kokain ve amfetamin tipi uyuşturucuların daha çok üst gelir grupları ve turistler arasında kullanıldığı düşünülmektedir. Eroin kullanıcıları uyuşturucu tedavisi için başvuranlar arasında en büyük grubu oluşturmaktadır. Ayrıca bu maddelerin dışında yapıştırıcı ve çözücü gibi bağımlılık yaratan maddelerin kullanımı, özellikle sokaklarda yaşayan ve sanayide çalışan ergenler açısından bilinen bir sorundur.

Türkiye'de son beş yılda alkol tüketimi artmıştır. Alkol kullanma yaşı 11'e kadar düşmüştür. Yapılan çalışmalara göre; 15 yaş üzeri kişi başı saf alkol tüketimi 1-1,29Lt'dir. Alkol kullanımı, İlköğretim öğrencileri arasında %15,4, ortaöğretimde yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullananların oranı % 45-%50, son bir ayda en az bir defa alkollü içki içme oranı %16,5 (erkeklerde % 31,5 ve kızlarda %

10,6)olarak saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinde alkol kullanım yaygınlığı % 43,0- 53,9 ve hâlen içenlerin oranı % 22,9'dur.

Önemli bir sağlık sorun da sigara içmedir. Türkiye’de yapılan çeşitli araştırmalarda lise öğrencilerinde %13.1-23.2, üniversite öğrencilerinde %27.9-%81.8 arasında değişen farklı oranlar bildirilmiştir. Urfa’da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada yaşam boyu sigara, alkol ve madde kullanımı sırasıyla % 64.4, %30.4 ve %2.3 olarak saptanmıştır. Türkiye’de sekiz üniversitenin birinci sınıf öğrencilerinde yapılan araştırmada uyuşturucu madde kullanım sıklığı ise %3’tür.

Kaynaklar

- 1) Republic of Turkey Ministry of Interior Turkish National Police Anti-Smuggling and Organized Crime Department. 213 National Report (2012 data) To the EMCDDA by the Reitoz National Focal Point Turkey. May 2014
- 2) UNICEF. Türkiye’deçocukveGençNüfusunDurumununAnalizi 2012. <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/sitan-tur-final-2012.pdf>
- 3) Çoşkunol H. Türkiye’de madde kullanımı konusunda Durum Analizi . Manisa 2013. http://www2.bayar.edu.tr/cbukam/docs/Madde_Bagimliliği_2013_Mayıs/_Hakan_Coskunol.pdf
- 4) Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1):33-44.

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE YARALANMALAR

Gamze Varol Saraçoğlu

Yrd.Doç.Dr. Namık Kemal Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi çocukluk dönemini; “18 yaşın altındaki bütün insanlar çocuktur” şeklinde belirlemiştir(1). Çocuk yaralanmaları, çocuklar ve genç erişkinler arasında önde gelen ölüm nedenleri arasında yer alır. Bu dönemdeki yaralanmaların epidemiyolojik incelemeleri sonucunda birçoğunun rastlantısal olmadığı, travmalar başta olmak üzere birçoğunun kazadan çok önlenabilir bir durum nedeniyle gerçekleştiği belirlenmiştir(2-7). Yaralanmaların nedenlerinin bilimsel olarak araştırılması ile nedenleri ve etkilerine karşı önlem alınabilmesi olanaklıdır. Özellikle çocukluk dönemi yaralanma ve ölümlerinde önemli yer tutan yaralanmaların bir Halk Sağlığı sorunu olarak ele alınıp sıklığı, sınıflanması, nedenleri, oluşumu ve önlenmesini araştıran “yaralanmaların kontrolü” surveyansının başlatılması DSÖ’nün de önerileri arasındadır (7,8).

Bu çalışma nedeniyle yapılan literatür taramasında ülkemizde çocukluk dönemi kazaları/yaralanmalarına ilişkin güncel resmi verilere ulaşılamamıştır. Sağlık Bakanlığı sağlık istatistiklerinde genel olarak 15 yaş üstü gruba ilişkin veriler paylaşılmaktadır (9). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2008 yılında yayınladığı “World Report on Child Injury Prevention” ve 2008’de güncellenmiş Küresel Hastalık Yüğü” raporunda yer alan ve Türkiye’ye ilişkin resmi veriler de 2004 yılına aittir. Rapor’da Türkiye’de 20 yaş altı grupta kaza ile yaralanma sıklığı 100 000’de 15-29.99 aralığında verilmiştir. Rapor’a göre ülkemizde 10-19 yaş grubunda yaralanmaların en önemli nedeni olarak trafik kazalarıdır ve 15 yaş altı ölümlü trafik kazalarında birinci sırada araba yolcusu olarak yapılan kazalar, ikinci sırada yaya olarak geçirilen kazalar, üçüncü sırada da bisiklet ya da motorsiklet kazaları yer almaktadır. Ayrıca raporda acil serviste yapılan çalışmaların %41’inin pediyatrik travma olgularından oluştuğu bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün Dünya Sağlık İstatistikleri-2013 (World Health Statistics-WHS) Raporunda Türkiye’de 5 yaş altı ölümlerde yaralanmaların oranı %4 olarak verilmiştir (2010 yılı verisi) (DSÖ, WHS, 2013) (4).

Sunulan genel bilgilere ek olarak konunun önemi, boyutunu ve sonuçlar üzerinden önlenabilir nedenleri kestirebilmek, konuyla ilgili veri sağlamak amacıyla ülkemizde gerçekleştirilmiş ulaşılabilir güncel kimi çalışma sonuçları maddeler halinde özetlenmiştir:

- ✓ Yılmaz ve Piyal’in özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli bir hastalık yükü oluşturan çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmalarına yönelik öncül çalışmaların özetlendiği derlemelerinde çocukluk dönemi yaralanmalarının önemi, surveyansının gerekliliği vurgulanmıştır (7).
- ✓ Akbaba ve ark.nın yarı kırsal bir bölge olan Karataş ilçesinde nüfus tabanlı olarak son bir yıl içerisinde meydana gelen ev kazalarının sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalarında, ev kazası yaşama açısından 0-14 yaş çocuklar ile 15-64 yaş arası yetişkinler karşılaştırılmış ve çocuklarda

yetişkinlere göre daha fazla ev kazası görüldüğü belirlenmiştir ($p=0.002$) (10).

- ✓ Geyik ve Dokur, çocuklarda kafa travmalarını inceleyen bir derleme çalışması yapmışlardır. Çalışmalarında dünyada çocukluk döneminde kafa travmalarının çok yaygın görüldüğünü belirtmişler, ancak ülkemizde bu konuda ulusal düzeyde veri içeren kapsamlı bir çalışma olmadığını, ancak bunu yanında çok sayıda lokal retrospektif çalışma yapıldığına eklemişlerdir (11).
- ✓ Karakuş ve ark.nın 18 yaş altı adli vakaların özelliklerini inceleyerek önleyici yöntemlerin tartışıldığı bir çalışmalarında olguların %60.3'ünün erkek olduğu, yaş ortalamasının erkeklerde 9.95 ± 5.49 , kızlarda 10.72 ± 6.74 hesaplandığı belirtilmiştir. Çalışmada ek olarak olguların en sık 13-18 yaş grubunda (%45.9) olduğu ve en sık başvuru nedeninin cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Çalışmaya göre erkeklerdeki en sık başvuru nedeni trafik kazası (%33.6), kızlarda ise zehirlenmedir (%42.6) (12).
- ✓ Akay ve ark.nın Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Klinikleri tarafından değerlendirilen ve tedavi edilen travmalı 328 olgunun geriye dönük olarak incelendiği çalışmalarında en sık erkek cinsiyetteki çocukların başvurduğu (%73) saptanmıştır. Yaş grubu açısından bakıldığında en sık 2-7 yaş arası çocukların (%44) başvurduğu ve en sık görülen travma türünün künt travma (%68) olduğu saptanmıştır. Çalışmada travmadan en sık etkilenen vücut bölgesinin kafa bölgesi (%30) olduğu belirlenmiştir. Olguların %38'inin araç dışı trafik kazası olduğu da vurgulanmıştır (13).
- ✓ Bükülmez ve ark.nın Afyon Kocatepe Üniversitesi Çocuk Acil Servisine zehirlenme nedeniyle getirilen 288 olguyu değerlendirdikleri çalışmalarında zehirlenmelerin en sık 2 yaşındaki çocuklarda (%17.7) görüldüğü, ilk beş yaşta erkeklerde, 6 yaşından sonra ise kızlarda daha sık karşılaşıldığı belirtilmiştir. Zehirlenmelerin sınıflandırılmasında yakıcı koroziv madde ile oluşan zehirlenmelerin ilk sırada (%51.4), ilaç zehirlenmelerinin ikinci sırada yer aldığı ifade edilmiş (%21.9) ve zehirlenmelerin en sık sindirim yoluyla olduğu belirlenmiştir (%85.1) (14).
- ✓ Karatepe'nin 2011 Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde (NHSEAB) yaşayan 0-6 yaş grubu çocukların çalışma evrenini oluşturduğu ve kesitsel olarak planlanan bir uzmanlık tezi araştırmasında, 0-6 yaş çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili faktörler incelenmiştir. Çalışmada çocukların son iki hafta içinde ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili risk faktörleri değerlendirilmiştir. Çalışmada 0-6 grubu çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı %19.7, kaza geçirme sıklığı erkek çocuklarda kız çocuklara kıyasla anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (sırasıyla % 25.7,% 13.8; $p<0.05$). Yaşa göre kaza sıklığı değişimi araştırılmış ve 24-35 aylık çocuklarda anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Ek olarak ailenin ekonomik durumunun, annenin sağlık algısının "iyi" olmasının kaza sıklığını azalttığı belirlenmiştir (15).

- ✓ Altuntaş ve ark.nın Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne kaza öyküsü ile başvuran 0-14 yaş arası 143 çocuk üzerinde gerçekleştirildiği çalışmalarında başvuruların %60.1'inin kız çocuklardan oluştuğu ve başvuruların en sık (%42.7) 7-14 yaş aralığında gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Yüksekten düşme en sık kaza nedeni (%52.4) olarak belirlenmiştir (16).
- ✓ Aygün ve Açıl'ın Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Çocuk Acil Ünitesi'ne başvuran 0-18 yaş arası 110 akut zehirlenme olgusunu inceledikleri çalışmalarında başvuruların %56.4'ünün kız çocuklardan oluştuğu, en sık 2-6 yaş grubu çocukların başvurduğu (%44.5) belirlenmiştir. En sık başvuru nedeni (%57.3) ilaç zehirlenmesi olarak belirlenirken, bunların %22.7'sinin intihar amaçlı alındığı raporlanmıştır (17).
- ✓ Gür ve Yıldız, toplum sağlığı hemşireleri, okul sağlığı hemşireleri, okul yöneticileri ve bu konu ile ilgilenen diğer profesyonellerin öğrencilerin okul kazalarına yönelik güvenlik önlemlerine ilişkin bilgi ve davranışlarını tespit edebilecekleri bir araç olarak kullanabilecekleri iki adet ölçek geçerlik güvenilirlik çalışması yapmışlardır. Birinci ölçek, "Öğrencilerin Okul Kazalarında Güvenlik Önlemlerine Yönelik Bilgi Ölçeği", ikinci ölçek "Öğrencilerin Okul Kazalarında Güvenlik Önlemlerine Yönelik Davranış Ölçeği" ismindedir. Bu metodolojik çalışma sonrasında iki ölçek de geçerli ve güvenilir bulunmuştur (18).
- ✓ Efe ve ark.nın Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Kliniği'ne 2005-2010 yılları arasında başvuran 139 korozif madde alan hastaların geriye dönük olarak incelendiği çalışmalarında, korozif madde alan çocukların ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Çalışmaya göre koroziv madde alımının en sık görüldüğü yaş ortalamasının 3.35 ± 1.93 olduğu belirlenmiş ve çocukların çoğunluğunun erkek olduğu bildirilmiştir. Çalışmada annelerin yarısından fazlasının ilkökul mezunu olduğu ve çalışmadığı saptanmıştır. Ek olarak kostik madde alımının en fazla yaz aylarında olduğu ve çocukların ilk sırada yağ çözücülerini aldıkları belirlenmiştir. Kazaların meydana geliş nedeni sorgulandığında, annelerinin kostik maddeleri kapalı bir şekilde satın aldıkları, fakat evde bu maddeleri başka bir kaba böldükten sonra kullandıkları, çocukların kostik maddeyi evlerinde içtiği ve ailelerin çocuklarını hiçbir uygulama yapmadan hastaneye getirdikleri saptanmıştır (19).
- ✓ Demir ve ark.nın bir eğitim araştırma hastanesinde acil servise bir yıl içinde başvuruda bulunan 16 yaş altı 1494 çocuğun geriye dönük olarak değerlendirdikleri çalışmalarında olguların %66'sının erkek olduğu ve en fazla başvurunun 7-10 yaş grubunda (%29.5) bulunduğu raporlanmıştır. Ayrıca çalışmada en sık başvuru nedeninin trafik kazası (%76.4) olduğu; ikinci ve üçüncü sırada yüksekten düşme (%12.7) ve darpın (%6.1) yer aldığı belirlenmiştir. Çocuk adli olguların en fazla yaz aylarında ve akşam saatlerinde başvurduğunun belirtildiği çalışmada, olguların %9.2'sinin yatırılarak tedavi edildiği, %1.9'una yoğun bakım yatışı gerektiği ve ölüm oranının %0.4 olduğu saptanmıştır (20).
- ✓ Gündüz ve arkadaşlarının okul öncesi eğitim kurumlarındaki öğretmenlerin çocuk sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini araştırdıkları çalışmaya 117 kreş

öğretmeni katılmıştır. Çalışmada sağlık eğitimi alan öğretmenlerin hipoglisemi geçiren çocuğa müdahalede, burun kanaması durumunda, göze yabancı cisim kaçtığında ve burkulma durumunda yapılması gerekenleri sağlık eğitimi almayan öğretmenlere kıyasla daha iyi bildiği belirlenmiştir (21).

- ✓ Özenir ve ark.nın Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisine 2008-2009 tarihleri arasında ilaç zehirlenmesiyle gelen 110 hastanın incelendiği çalışmalarında, başvuruların %51.4'ünün intihar, %48.6'sını kaza olduğu belirlenmiştir. Kaza nedeniyle başvuranların zehirlenme olgularına kıyasla daha küçük yaş grubuna dahil olduğunun belirlendiği çalışmada kazalarda erkek çocukların, intiharlarda kız çocukların sayısının fazla olduğu saptanmıştır (22).
- ✓ Ceylan ve arkadaşlarının Haziran 2009 ile Mayıs 2012 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Beyin Cerrahisi Anabilim Dalına kafa travması tanısı ile yatırılan 0-15 yaş grubundaki 357 hastanın incelendiği çalışmalarında temel olarak hastaların %70.8'inin erkek ve en sık travma nedeninin düşme (%76.1) olduğu belirlenmiştir (23).
- ✓ Zümrüt'ün 2011 yılında Konya Numune Hastanesi acil servisine başvuran ve kırık tanısı almış 528 hastanın incelendiği çalışmasında, olguların %66'sın erkek olduğu, kırıkların en sık yaz mevsiminde gerçekleştiği belirlenmiştir. Çalışmada en sık kırık nedeninin düşme olduğu saptanmıştır (24).
- ✓ Tambay ve ark.nın 2010 yılında çocuk acil servisine travma nedeniyle getirilen, 0-18 yaşları arasındaki 18936 hastanın incelendiği çalışmalarında, travma ile başvuran erkek çocukların sayısının fazla (E/K:1.7) ve travmanın en sık görüldüğü yaş aralığının 7-14 (%36.15) yaş olduğu belirlenmiştir. Çalışmada travma olgularının en fazla bahar ve yaz aylarında görüldüğü ve en sık basit ekstremiteler yaralanmalarının (%42.40) ve ardından düşme (%40.67) olgularının başvurduğu saptanmıştır (25).

Kaynaklar:

1. Convention on the Rights of the Child. New York, NY, United Nations, 1989 (A/RES/44/25) Erişim adresi: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm> Erişim tarihi: 21.01.2008
2. World Health Organization, News release, 10 December 2008 | Geneva/Hanoi/New York Preventable injuries kill 2000 children every day Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/en/print.html> Erişim tarihi: 20.06.2010
3. Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. Am J Public Health 2000;90: 523-6.
4. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AKM F, Rivara F, Bartolomeos K. World report on child injury prevention. Switzerland. WHO Press, 2008, http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/. Erişim tarihi: 19.07.2014.

5. Bombacı H, Ulku K, Adıyeke L et all. Childhoodinjuries, their etiologies, andpreventivemeasures. ActaOrthopTraumatolTurc. 2008; 42(3): 166-173.
6. Bahadır GB, Oral A, Güven A. Çocukluk Çağı Travmaları ve önlenmesinde koruyucu hekimliğin rolü. TAF PrevMedBull 2011; 10(2): 243-250.
7. Yılmaz MS, Piyal B. Küresel, çok ülkeli çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmaları surveyans çalışması. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1).
8. Hyder AA, Sugerman DE, Puvanachandra P, Razzak J, El-Sayed H, Isaza A, et al. Global childhoodunintentionalinjury surveillance in fourcities in developingcountries: a pilot study. BullWorld Health Organ 2009; 87(5):345-352
9. SB Sağlık İstatistikleri 2012. [online] [Http://Www.Saglik.Gov.Tr/TR/Dosya/1-87578/H/İstatistik2012.Pdf](http://www.saglik.gov.tr/TR/Dosya/1-87578/H/İstatistik2012.Pdf)Erişim tarihi: 19.07.2014.
10. Akbaba M, Nazlıcan E, Demirhindi H, Gündüz E. İli İlçesinde Ev Kazaları ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. 16 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi-2013, Antalya.
11. Geyik AM, Dokur M. Çocuklarda kafa travmaları. TurkNoroşirurji Dergisi 2013, Cilt: 23, Sayı: 2, 117-123.
12. Karakuş A, Zeren C, Karcıoğlu M, Tuzcu K, Çalik A, çalışkan K, taşkın V, Arslan MM. Çocukluk Çağı Adli Olgularının Değerlendirilmesi ve Koruyucu Önlemler. J ForMed 2013;27(2): 100-6 doi: 10.5505/adlitip.2013.03274
13. Akay MA, Gürbüz N, Yayla D, Elemen L, Ekingen GY, Esen H, Yıldız T, İlçe Z. Acil servise başvuran pedyatrik travma olgularının değerlendirilmesi. Kocaeli Tıp Dergisi 2013;3:1-5
14. Bükülmez A, Tahta Gürhan E, Şen TA, Alpay F. Çocuk Acil Servisine Başvuran Zehirlenme Vakalarının Değerlendirilmesi. Kocatepe MedicalJournal 14: 11-16/Ocak 2013.
15. Ulaş Karatepe Danışman:Yrd. Doç. Dr.Nalan Akış. Uludağ Üniversitesi-Tıp Fakültesi-Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Tezi,Türkçe,2011,81 s. tez no:307345 tam metin var YÖKSİS.
16. Altuntaş M, Kaya M, Demir Ş, Oyman G, Metecan A, Rastgel H, Öngel K. 0-14 Yaş Arası Çocuklarda Önlenebilir Nitelikteki Kazaların Belirlenmesi ve İlişkili Tedbirlerin Alınması, Smyrna Tıp dergisi 28-33.
17. Aygin D, Açıl H. Çocuk Acil Ünitesine Başvuran 0-18 Yaş Arası Zehirlenme Olgularının İncelenmesi. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2014;48(1):27-33. DOI: 10.5350/SEMB2014480105
18. Gür K, Yıldız A. (2009). Öğrencilerin okul kazalarında güvenlik önlemlerine yönelik bilgi ve davranış, ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009;2;10-20.

19. Efe E, Altaş N, Dikmen Ş, Melikoğlu. Korozif Madde Alımı Nedeniyle Yatırılan 139 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi: Epidemiyolojik Çalışma. Güncel Pediatri 2013; 11: 107-13.
20. Demir ÖF, Aydın K, Turan F, Yurtseven A, Erbil B, Gülalp B. Acil servise başvuran çocuk adli olguların analizi. Türk Ped Arş 2013; 235-40.
21. Gündüz S, Çizmeci MN, Kanburoğlu MK. Okul Öncesi Eğitim Kurumlarındaki Öğretmenlerin Çocuk Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyleri. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, DOI: 10.12956/tjpd.2013.1.04.
22. Özenir M, Duru NS, Elevli M, Karakuş A, Çivilibal M. İlaç Zehirlenmesi Olan Çocuklarda Demografik Özellikler ve Ailesel Etkenlerin Değerlendirilmesi. DOI: 10.4274/Haseki.1165.
23. Ceylan D, Yıldız C, Kızılçay G, Gündüz Y. Çocukluk Çağı Kafa Travmaları: 357 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi. Türk Nöroşirürji Dergisi 2013, Cilt: 23, Sayı: 3, 255-260.
24. Zümrüt M. Acil Servise Başvuran Çocuklarda Kırıkların Epidemiyolojik Değerlendirmesi. Kocatepe Medical Journal 2014;15(2):142-6.
25. Tambay G, Satar S, Nalan Kozacı N, Açıkalın A, Ay MO, Gülen M, acehans. Retrospective Analysis of Pediatric Trauma Cases Admitted to the Emergency Medicine Department. The Journal of Academic Emergency Medicine 01/2013; 12:8-12. DOI: 10.5152/jaem.2013.008

DEZAVANTAJLI ÇOCUKLAR AÇISINDAN TÜRKİYE DEĞERLENDİRMESİ KORUMA ALTINDAKİ ÇOCUKLAR

Elçi Yoldaşcan^a, Tülin Gönültaş^b

^aProf.Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bAraş.Gör.Dr. Çukurova Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Korunması gereken çocuklar, yoksulluk, aile içi sorunlar, anne veya babada bedensel ve ruhsal yetersizlikler, annenin, babanın veya her ikisinin de ölümü, ihmal, istismar, ergen evlilikleri ya da evlilik dışı doğum sonucunda çocuğun terk edilmesi gibi pek çok nedenle temel bakımı, yetiştirilmesi, esirgenmesi ve gözetilmesindeki yetersizlik ve aksama sonucu sosyal, fiziksel, ruhsal ve ahlâki yönden sağlıklı bir yetişkin olmasının önünde çeşitli engeller bulunan çocuk”lardır (1-3). “Korunmaya muhtaç çocuk veya çocuklar” ilgili yasal düzenlemelerin çizdiği sınırlar içerisinde kalan ve devletin özel olarak koruması gereken çocuklardır (4). Yasal tanım 2828 sayılı kanun ile yapılmış; "Korunmaya Muhtaç Çocuk; beden, ruh ve ahlak gelişimleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olup; ana ve/veya babasız, ana ve/veya babası belli olmayan, ana ve/veya babası terk edilen, ana veya babası tarafından ihmal edilip; fuhuş, dilencilik, alkollü içkileri veya uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız ve başıboşluğa bırakılan çocuk” olarak tanımlanmıştır(5). 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunun 3. maddesinin a bendine göre ise, Korunma ihtiyacı olan çocuk: Bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuk olarak tanımlanmıştır (6).

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin 18. maddesinde çocukların yetiştirilmesine gelişiminin sağlanmasında anne ve babanın birlikte sorumluluk taşıdıkları; 20. maddesinde ise, geçici veya sürekli olarak aile çevresinden yoksun kalan veya kendi yararına olarak bu ortamda bırakılması kabul edilmeyen her çocuğun devletten özel koruma ve yardım görme hakkına sahip olduğu belirtilmektedir (7).Korunmaya muhtaç çocuklara verilen bakım yöntemleri esas itibariyle, çocuğun aile ortamında korunması, koruyucu aile, evlat edindirme ve kurum bakımındır(8).

Çocuk Koruma Sistemi

Türkiye’de çocuk koruma sistemi, iki ayrı kanun ile yürütülmektedir; Bunlardan ilki 633 sayılı KHK ile adı Sosyal Hizmetler Kanunu olarak değiştirilen 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu(SHÇEK) Kanunu, ikincisi ise 2005 yılında yasalaşan 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu’dur (9). 8 Haziran 2011 tarihinden itibaren söz konusu çocukların bakımı ve korunması, evlat edindirme hizmetleri ile birlikte koruyucu aile hizmetlerini koordine etme yetkisi SHÇEK yerini Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ nün sorumluluğundadır (8,10).

Bakım Yöntemleri (Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Tarafından Sunulan Hizmetler)

Evlat edinme hizmetleri, koruyucu aile hizmetleri, aileleri destekleyerek aile yanında bakım, ücretsiz bakım hizmetleri (özel kreş ve gündüz bakımevlerinde sunulan kontenjanlar), çocuk yuvaları, yetiştirme yurtları, sevgi evleri, çocuk evleri, koruma, bakım ve rehabilitasyon merkezi, bakım ve sosyal rehabilitasyon merkezi, çocuk ve gençlik merkezleri, toplum merkezleri ve aile danışma merkezleri ve Alo 183'tür (9).

Korunmaya muhtaç çocuklara verilen bakım yöntemleri esas itibariyle, çocuğun aile ortamında korunması, koruyucu aile, evlat edindirme ve kurum bakımındır (8).

Aile yanında bakım: Kurum öncelikli olarak, çocuğu aile içerisinde tutarak korumakla mükelleftir (11) Bu amaçla 2005 yılında "Aileye Dönüş ve Aile Yanında Destek Projesi" hayata geçirilmiştir (8,12) Evlat Edindirme: Türkiye'de her yıl 3.000 evlat edinme müracaatı olmakta, ancak sadece ortalama 500 çocuk aileye yerleştirilebilmektedir.

Tablo 2:Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014 Mart Ayına Ait Koruma Altındaki Çocukların Verileri (13)

	Sayı	Kapasite	Fiilen Bakılan Kişi Sayısı
Aileye Döndürülen Çocuk	10.079		
Evlat Edindirme Hizmetlerinden Yararlanan Çocuk	12.959		
Evlat Edindirme Hizmetlerinden Yararlanan Çocuk (Yıl İçinde)	137		
Koruma Altına Alınmadan Aile Yanında Desteklenen Çocuk *	46.638		
Koruyucu Aile Sayısı	2.926		
Koruyucu Aile Yanındaki Çocuk	3.533		
Çocuk Evi (0-18)	948	5.524	4.913
Çocuk Yuvası ve Kız Yetiştirme Yurdu (0-18)	8	799	496
Çocuk Yuvası (0-12)	19	1.412	732
Erkek Yetiştirme Yurtları (13-18)	27	1.777	981
Erkek Yetiştirme Yurtları (Refakatsiz-Sığınmacı) (13-18)	3	118	78
Kız Yetiştirme Yurtları (13-18)	3	180	92
Kız Yetiştirme Yurtları (Refakatsiz-Sığınmacı) (13-18)	1	30	4

Sevgi Evi (0-18)	68	5.464	4.055
Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkez	39	1.119	766
ÇOGEM Yatılı	9	289	165
Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	14	395	193

Kurum Bakımı: 2013 yılı için: 5 Sevgi Evi, 264 Çocuk Evi, 66 Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi (ÇEKOM), 35 Çocuk Koruma, İlk Müdahale ve Değerlendirme Birimi (ÇOKİM) açılmıştır.

Koruma Altındaki Çocuklarla İlgili Yayınlanmış Bazı Halk Sağlığı Araştırma Sonuçları

- ✓ Ayaz ve ark.'nın Kocaeli'nde üç kurumda yaptığı 3-5 Yaş Grubu Kurum Bakımındaki Çocuklarda Ruhsal Hastalık Sıklığı ve İlişkili Etmenler araştırmasında belirti şiddeti kurum çocuklarında daha yüksek bulunmuş, koruyucu ailelik ve gönüllü ailelik sisteminin kurum çocuklarında erken yaşta başlatılmasının bağlanma bozukluğu gelişimini engellemeye yardımcı olacağı düşünülmüştür (14).
- ✓ Fidan ve ark.'nın 2006 yılında Erzurum il merkezindeki çocuk yuvasında kalan 0-6yaşta 46 çocukla, anne-babası olan ve kreş eğitimi alan 46 çocuğun karşılaştırıldığı çalışmada çocukların gelişim düzeyleri, davranışsal sorunlar, dil-bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal becerilerini içeren gelişim düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (15).
- ✓ Börekçi ve ark. tarafından 2006 yılında Mersin ili Yetiştirme Yurdu ve Yuvasında yaşayan 0-18 yaş grubundaki çocuklardan 2-18 yaş grubundaki çocukların tamamının (toplam 164 kişi) alındığı çalışmada, hijyene yönelik davranışlarında sağlıksızlık ve parazitoz oranı yüksek bulunmuştur (16).
- ✓ Yaşar ve Dağdelen tarafından korunmaya muhtaç çocukların yetiştirilmesinde kurum bakımı modelinden aile ortamına benzer yapıdaki çocuk evleri uygulamasına geçişin, çocukların sosyo-kültürel ve psikolojik gelişimleri üzerindeki etkilerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada evlerde yaşayan gençlerin kendini daha mutlu hissettiği, daha az kaygı duydukları sorunlarla baş edebilme konusunda kendilerini daha güçlü hissettikleri saptanmış, sigara, alkol ve madde bağımlılığı oranları daha düşük olduğu bulunmuştur (17).
- ✓ Durualp ve ark. tarafından 2011 yılında Yetiştirme Yurdu'nda kalan 13-18 yaşları arasındaki 47 erkek ergenin yalnızlık ve internet bağımlılığı düzeylerinin ve bunlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada %66'sının internet bağımlısı oldukları ve çoğunun orta düzeyde yalnızlık hissettiği bulunmuştur (10).
- ✓ Bayoğlu ve Purutçuoğlu Çocuk Yuvası ve Kız Yetiştirme Yurdu'nda bulunan 13-18 yaş grubundaki ergenlerin sosyal destek algıları ile gelecek

beklentilerini belirlemek amacı yaptığı çalışmada en çok çocuklarına yaşamaları için güvenli bir yer sağlama ile ilgili beklentilerinin olduğu ve bunun en çok eğitim, iş ve ekonomik konularla ilişkili olduğunu, bunu sırası ile aile yaşamı ve sağlık ilgili gelecek beklentilerinin izlediği saptanmıştır (18).

Kaynaklar:

1. Şimşek, Z. ve diğer, (2008). "Kurum Bakımındaki Çocuk ve Ergenlerde Davranış ve Duygusal Sorunların Epidemiyolojisi; Ulusal Örneklemde Karşılaştırmalı Bir Araştırma" *Türk Psikiyatri Dergisi*, (19) 3, 235-246.
2. Akyüz, E. (1988). "Medeni Kanun İle Sosyal Hizmetler Kurumu Kanunu Açısından Korunmaya Muhtaç Çocuklar", *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, (20), 1-2, 409-420.
3. Elmacı, D. (2010). "Günümüzün Yetim Kalan Kuruluşları: Yetiştirme Yurtları" *Gazi Üniversitesi Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, (8) 4, 949-970.
4. Tomanbay, İ. (1999). Sosyal Çalışma Sözlüğü, Ankara: Selvi Yayınevi
5. 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler 1. ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu . Kanun Numarası:2828, 27/5/1983 Sayı:18059. Tertip:5 Cilt: 22 Sayfa: 355.
6. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu, 15.07.2005 tarih ve 25876 sayılı Resmi Gazete.
7. http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23a.html, Erişim Tarihi: 15 Ağustos 2011
8. Yazıcı E. Korunmaya Muhtaç Çocuklar ve Çocuk Evleri, Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Mustafa Kemal University Journal of Social Sciences Institute Yıl/Year: 2012 Cilt/Volume: 9 Sayı/Issue: 18, s. 499-525
9. Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı X. Beş Yıllık Kalkınma Planı Çocuk Özel İhtisas Komisyonu Ön Rapor 28 Ağustos 2012.
10. Durualp P. E. Çiçekoğlu P. Yetiştirme Yurdunda Kalan Ergenlerin Yalnızlık Düzeylerinin İnternet Bağımlılığı ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt: 15, Sayı: 1, Yıl: 2013, Sayfa: 29-4
11. Salim M. Geçmişten Günümüze Türkiye’de Çocuk Koruma Politikaları ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yüksek Lisans Tezi T.C.Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Isparta-2011
12. Yolcuoğlu İ.G.Türkiye’de Çocuk Koruma Sisteminin Genel Olarak Değerlendirilmesi An Evaluation on Child Protection System in Turkey Aile ve Toplum Dergisi, Yıl: 11, Cilt:5, Sayı: 18, Tem-Ağu-Eylül 2009.
13. http://www.cocukhizmetleri.gov.tr/upload/Node/10542/files/Mart_2014.
14. Ayaz M. Ayaz A. Başgül Ş. S. Karakaya I. Gülen Şişmanlar Ş. Yar A. Şentürk E. Dikmen S. 3-5 Yaş Grubu Kurum Bakımındaki Çocuklarda Ruhsal Hastalık Sıklığı ve İlişkili Etmenler *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23(2):82-85

15. Fidan T ve Arkadaşları. Erzurum Çocuk Yuvası 0-6 Yaş Biriminde Kalan Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri, Davranışsal Sorunları ve Gelişim Düzeyleri *Konuralp Tıp Dergisi* 2013;5(2):17-21
16. Börekçi G. Üzel A. Mersin İli Sosyal Hizmetler Çocuk Yuvası ve Yetiştirme Yurdundaki Çocuklarda Bağırsak Parazitleri, Fiziksel Büyüme ve Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 33 (1): 63 - 72, 2009
17. Yaşar Ö. Dağdelen N. Korunmaya Muhtaç Çocukların Yetiştirilmesinde Çocuk Yurtlarından Çocuk Evlerine Geçişin , Çocukların Sosyo-Kültürel ve Psikolojik Gelişimlerine Etkisi Üzerine Bir Çalışma: Isparta Örneği Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Yıl: 2013/2, Sayı:18
18. Bayoğlu A. SPurutçuoğlu E.Yetiştirme Yurdunda Kalan Ergenlerin Gelecek Beklentileri ve Sosyal Destek Algıları *Kriz Dergisi* 18 (1): 27-39

ÇALIŞAN ÇOCUKLAR

Taner Akpınar

Doç.Dr.Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fak.

**Çalışma Ekonomisi Bölümü, Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar
Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı**

Günümüz dünyasında hakim konumdaki neo-liberal anlayış, insanları bireysel varlıklar olarak görmekte ve onları kendi çıkarını en iyi düşünenler (homoeconomicus) olarak kabul etmektedir. Bu bakış açısına göre, kendi çıkarını en üst düzeyde düşünen bireyler, bu doğrultuda eyleme geçmekte ve kendisi için en uygun yaşam koşullarını sağlamaktadır. Bu bağlamda toplum ya da toplumsal yaşam homoeconomicuslarınmekansal birlikteliğinden ve sayısal toplamından ibaret hale gelmektedir. Neo-liberal düşünce tarzı, bireysel hak ve özgürlükler uğruna toplumsal yaşama müdahale olmaması, özellikle de, yaşamın yeniden üretimini sağlayan ekonomik ilişkilerin devletin karışımından arındırılarak başıboş bırakılması konusunda ısrarcıdır.

Bu bakış açısı, toplumsal yaşamdaki eşitsizliklere ve adaletsizliklere duyarsızdır. Bu duyarsızlığın bedelini en fazla ödeyenlerden biri çocuklardır. Onlar, içine doğdukları dünya hakkında henüz ne yeterli bilgiye ne de yaşam deneyimine sahiptir. Hepsinden önemlisi ise, eşit ve adil koşullara sahip olmamalarıdır. Hal böyle iken, hakim düşüncenin “serbestlik” ve “özgürlük” anlayışının geçerli olduğu bir ortamda kurban olmaları kaçınılmazdır. Çocuk işçilik, çocukların bu bedeli ödeme biçimlerinden yalnızca biridir.

Yürürlükteki iş kanunu çocukların çalıştırılmasını yasaklamakla birlikte, işçi olarak en düşük çalışmaya başlama yaşını onbeş (15) olarak belirlemekte, bazı durumlarda ondört (14) yaşında olanların çalışmasına da olanak tanımaktadır (m.71). Çok sayıda çocuğun bu yaşı doldurur doldurmaz kendisini çalışma hayatının ortasında bulmaktadır. Çalışmaya başlama yaşının ne olması gerektiği tartışması bir yana, kanundaki bu yaş sınırının altında olan çok sayıda çocuğun da çalıştığı gizlenemez bir gerçekliktir. Bu durum, şüphesiz çocukların kendi çıkarlarını en üst düzeyde sağlamaya dönük rasyonel davranışlarının bir sonucu değildir. Bu çocuklar, içinde bulundukları toplumsal koşullar itibariyle başka bir seçenekleri olmadığı için işçi olmaktadır.

Bu yazı, çocuk emeği hakkında, durum tespiti yapan bir rapor niteliğindedir. Öncelikle, dünya genelinde ve Türkiye özelinde çocuk işçiliğinin nicel boyutu ortaya konmakta ve Türkiye’de nicel duruma yansımayan noktalar vurgulanmaktadır. İkinci olarak ise, nicel verilerin ötesine geçilerek, çocuk işçiliğinin kaynağında yatan nedenler üzerine birkaç söz edilmeye çalışılmaktadır.

Çocuk Emeğinin Küresel Bir Fotoğrafı

Bu konudaki en yetkili ağızdan, ILO (International Labour Office – Uluslararası Çalışma Örgütü) tarafından açıklanan verilere göre, dünya genelindeki, 5-17 yaş arasındaki, toplam 1 milyar 585 bin 566 çocuk nüfusun 168 milyon’u (yaklaşık 100

bin'i erkek, 68 bin'i de kız çocuklar), işçi olarak çalışmaktadır. Bu sayı, toplam çocuk nüfusun yaklaşık olarak % 11'ine denk düşmektedir. Çalışan çocukların 85 milyonu fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileyen ağır ve tehlikeli işlerde çalışmaktadır. Sektörlere göre dağılıma bakıldığında, çocuk işçilerin % 58.6'sının tarımda, % 7.2'sinin sanayide ve % 32.3'ünün de hizmetler sektöründe olduğu görülmektedir (ILO, 2013). Çocukların en yoğun olarak çalıştırıldığı alanlara bakıldığında, tarım, madencilik, balıkçılık, inşaat, askerlik, fuhuş, ev hizmetleri gibi sömürü biçimleri ön plana çıkmaktadır.

Türkiye'nin Karnesi

Resmi verilerle çocuk emeği

Türkiye'de çocuk işçiliğe ilişkin durum tespiti yapmak amacıyla, şimdiye kadar, Ekim 1994, Ekim 1999, Ekim-Kasım-Aralık 2006 ve Ekim-Kasım-Aralık 2012 olmak üzere toplam dört kez Çocuk İşgücü Anketi yapılmıştır. Bu anketler, TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) tarafından ILO'nun IPECprojesi (IPEC (International Programme on the Elimination on Child Labour-Çocuk İşçiliğinin Sona Erdirilmesi Uluslararası Programı) ilk olarak ILO tarafından 1992 yılında Brezilya, Hindistan, Endonezya, Kenya ve Türkiye'de uygulanmaya başlanmıştır) kapsamında gerçekleştirilmiştir. Son iki anketin sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 1. TÜİK 2006 ve 2012 Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları ((Kaynak: TÜİK, 2013).

Göstergeler	2006 ⁽¹⁾		2012	
	(Ekim-Kasım-Aralık)		(Ekim-Kasım-Aralık)	
	(Bin Kişi)	(%)	(Bin Kişi)	(%)
6-17 yaş grubu nüfus	15 025	-	15 247	-
İstihdam (6-17 yaş)	890	100,0	893	100,0
Yaş grubu				
6-14	285	32,0	292	32,7
15-17	605	68,0	601	67,3
Cinsiyet				
Erkek	601	67,5	614	68,8
Kadın	289	32,5	279	31,2
Yerleşim yeri				
Kent	490	55,1	400	44,8
Kır	400	44,9	493	55,2
Sektör				
Tarım	326	36,6	399	44,7
Sanayi	275	30,9	217	24,3
Hizmet	289	32,5	277	31,0
İşteki durum				
Ücretli veya yevmiyeli	505	56,7	470	52,6
Kendi hesabına	24	2,7	10	1,1
Ücretsiz aile işçisi	362	40,7	413	46,2
İstihdam oranı (6-17 yaş)	-	5,9	-	5,9
6-14	-	2,5	-	2,6
15-17	-	16,6	-	15,6

⁽¹⁾ 2006 yılı sonuçları, 2008 bazlı nüfus projeksiyonlarına göre revize edilmiştir.

Not: Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Çalışan çocukların toplam sayısının 2006'dan bu yana artmakta olduğu gözlenmektedir. Bu artışa karşın, daha önceki dönemlerle karşılaştırıldığında ise, çocuk işçilerin toplam sayısı neredeyse yarıya yakın oranda azalmış gözükmektedir. Örneğin, Ekim 1999 Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları'na göre, genel nüfus içindeki toplam sayısı 16 milyon 88 bin olan 6-17 yaş grubundaki çocukların 1 milyon 635 bin'i çalışmaktadır (DİE, 2002).

Çocuk işçilik konusundaki bu nicel iyileşme kayda değer olmakla birlikte, bu, çocuk işçilik sorununun çözüme kavuşturulduğu anlamına gelmemektedir. Birinci öneme sahip olan çocukların çalışıp-çalışmadığıdır, sayının üç aşağı beş yukarı olduğu ikinci önemde bir konudur. Kaldı ki, eldeki verilerin gerçek nicel durumu yansıtmıyorsa da şüphe götürmektedir.

Resmi verilere yansımayanlar

Çocuk işgücü anketlerinin gerçekleştirildiği dönemin manidarlığı

Çocuk işgücü anketi sonuçları çocuk işçilik gerçeğini gözler önüne sermektedir. Bununla birlikte, ortaya konan bu veriler değil, ortaya konmayan gerçekler üzerine konuşmak daha anlamlı olacaktır. Bu bağlamda, öncelikle, çocuk işgücü anketlerinin yapıldığı döneme dikkat çekmek gerekir. Görülüşü gibi, çocuk işçilik anketleri, 1994 ve 1999 yıllarının Ekim aylarında, 2006 ve 2012 yıllarında ise, Ekim-Kasım-Aralık aylarında gerçekleştirilmiştir. Bu aylarda, özellikle de yaz aylarıyla kıyaslandığında, çocuk işçilik verilerin görece daha düşük çıkacağını tahmin etmek hiç de zor değildir. Çocukların en çok çalıştığı alanlardan biri tarımdır ve bu sektördeki çalışma yaz aylarında zirve noktasına çıkmaktadır. Ancak çocuk işgücü anketleri bu gerçekliği içermemektedir. Benzer gözlemler, diğer alanlar için de geçerlidir.

Aslında anket yaz aylarında ya da bütün bir yılı kapsayacak şekilde yapılmış olsaydı, ortaya çıkacak sonuç şimdikinden farklı bir anlam ifade etmeyecekti. Farklı bir zaman diliminde yapılacak bir anketin, çocuk işçiliğin sayısal olarak çok daha fazla olduğu sonucunu vereceği kesin olmakla birlikte, bu durum, çocuk işçilik sorununa atfettiğimiz önem derecesini değiştirmeyecektir.

Çıraklık sisteminin perdelediği sömürü

Çocuk işgücü anketlerine yansımayan bir diğer gerçeklik de çıraklık eğitimidir. Türkiye'de çıraklık eğitimi düzenleyen 3308 sayılı Mesleki ve Teknik Eğitim yasası ve bu yasaya göre yürütülen "çıraklık eğitimi", her yönüyle, çocuk işçiliği perdeleyen bir yasadır. Burada çıraklık simsiniin baştan sona dek bir irdelemesine girişmek bizim amacımızı aşmaktadır. Yalnızca birkaç şey söylemek gerekirse, kanunun çıraklık eğitiminin işyerlerinde yapılmasına olanak tanımakta, genel ve mesleki eğitim süresinin 8 saatten az olamayacağı belirtmekte ve mevsime göre hem teorik hem de pratik eğitimin belli aylarda bloklarıştırılmış şekilde yapılabilceğinden söz etmektedir (m.12).

Bu düzenlemelerin pratikteki karşılığına bakılacak olursa, çırakların işyerlerinde fiili olarak 10-12 saat çalıştırıldığı; haftanın yalnızca bir gününde çıraklık eğitim

merkezlerine gitmelerine izin verildiği; işlerin yoğun olduğu dönemlerde ise bu bir günde de gitmelerine izin verilmeyip, iş yoğunluğunun azaldığı dönemlerde toptan gönderildiği görülmektedir. Bunu bir eğitim süreci olarak nitelendirmek olanaklı gözükmemektedir. Çıraklık sistemini farklı boyutlarıyla ele alan araştırmalar, bunun bir eğitim süreci olmanın epeyce uzağında olduğunu ortaya koymaktadır. Dahası, birçok işyeri sahibi işyerinde çırak adı altında çalışan çocuklara zaten herhangi bir mesleki eğitim vermediklerini, yalnızca getir-götür gibi nitelsiz işleri yaptırdıklarını açıkça dile getirmişlerdir (Köksal ve Lordoğlu, 1993). Çocukların çalıştıkları işyerleri, sağlıkları açısından da son derece tehditkardır (Taşyürek ve Fişek, 1995).

Ülke genelinde çıraklık sistemi kapsamındaki çocukların sayısına ilişkin sağlıklı bir veri bulunmuyor. Gerçek veriler ne olursa olsun, bunu eldeki verilere eklediğimizde nicel olarak daha büyük bir toplama ulaşmamız kesin olmakla birlikte, nicel toplamı büyütürken çocuk işçilik olgusunun nitel boyutunu kavrayamaz ve sorunu nihai bir noktaya vardırılmaz.

Şimdi nicel tartışmadan uzaklaşarak, çocuk emeği sömürüsünün kaynağına inmeye ve meselenin nicel toplam üzerinden görünmeyen yönlerini görünür kılmaya çalışalım.

Çocuk Emeği Sömürüsünün Perde Arkası

Çocuk emeği sömürüsü kötü yönetimin, düşünememenin ya da çözüm üretme noktasında beceriksizliğin, vb'nin bir sonucu değildir. Eğer bu yönde düşünüp, bir akıl hocası edasıyla, çocukların hepsinin çalışma hayatından geri çekilip eğitime kazandırılması gerektiği yönünde bir beyanda bulunursak, idealizm gibi yanlış bir yola sapmış oluruz. Çocuk işçilik bilinçli ve amaçlı olarak yaratılan ve sürdürülen bir sonuçtur. Her şeyden önce kapitalist toplumsal yapıya içkin sömürü ilişkilerinin yeniden üretimi için olmazsa olmazdır. Çocuk işçiler eğitimden geri çekilip küçük yaşta çalışmak zorunda bırakılarak, onlara hayatlarını sürdürmeleri için tek yolun bu olduğu düşüncesi yerleştirilmektedir. Böylece hem hiyerarşik olarak alt basamaktaki işleri yapacak birileri var edilmekte hem de onların bunu yapmasına bir meşruiyet kazandırılmaktadır.

Çocuk işçilik olgusunu konu edinen araştırmaların istisnasız olarak ortaya koyduğu gibi, bu sorun sınıfsal bir karaktere sahiptir. Çocuk işçilerin tamamı, buna çıraklık sistemi kapsamında olanlar da dahil, ya kırsal kökenli ya da işçi ailelerden gelmektedir. Dolayısıyla çocuk işçilik var olan sınıfsal eşitsizlikleri, döngüsel olarak yeni kuşaklara aktararak, yeniden üreten bir işlev görmektedir. Eğitim sisteminin kapitalist değerlerden oluşan içeriğinin ağırlık kazanması ve eğitimin metalaşmasıyla bu sorun daha da derinleşmektedir.

Çocuk işçiliğin kaynağındaki diğer bir neden çocuk emeğine olan talebin özgül niteliğidir. Sırf bedensel yapılarından kaynaklı olarak çocuk emeğine hep bir talep olagelmıştır. Örneğin sanayi devriminin ilk dönemlerinde, çocuklar üzerlerine paçavralar sarılıp fabrika bacalarına tırmandırılarak bacaların temizliğinde kullanılmıştır. Benzer şekilde yün fabrikalarında, çalışır durumdaki yün

makinelerinin altına girip dökülen yünleri toplama işi de çocuklarındır (Akpınar, 2012).

Çocuğun fiziksel, hukuksal ve sosyal olarak savunmasız bir durumda olması da çocuk emeğine olan talebin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır. Şu sıralarda sanayi sitelerinde yapmakta olduğumuz bir saha araştırmasının ön bulguları bu görüşü doğrulamaktadır. Söz konusu saha araştırması kapsamına sanayi sitelerine gidilerek hem yerinde gözlem yapılmakta hem de işyeri sahipleri ve buralarda çalışan çocuk işçilerle derinlemesine görüşmeler yapılmaktadır. Bu araştırmanın ortaya koyduğu gerçeklik, çocuk işçilerin küçük işletmelerin gereksinim duyduğu ucuz işgücünü karşıladığıdır. Çocukların büyük çoğunluğu çırak statüsünde çalıştırılmaktadır. Buna karşın çocukların çalışma koşullarını bir mesleki eğitim süreci olarak nitelendirmek olanaklı görünmemektedir. Çocuklar günlük 10 saatten fazla çalışmakta¹, buna karşın ilgili kanunda da düzenlendiği gibi,² asgari ücretten daha düşük bir ücret almaktadırlar. Daha doğrusu bu para onlara verilen bir cep harçlığı niteliğindedir. İşverenleri daha fazla ücret ödemeye zorlayan hukuki bir düzenleme bulunmamaktadır.

Küçük işletmeler mevcut ekonomik ortamda bu işgücü kaynağının kendilerini ayakta tutan yaşamsal kaynaklardan biri olduğunu açıkça dile getirmektedirler. Bu çocuklardan çalışırken bir meslek öğrenenler de olmakla birlikte, çalıştıkları yerde kendileri bekleyen bir gelecek bulunmamaktadır. İşyerleri çırak statüsünde çalıştırdığı çocuk işçilere sonrasında kalıcı bir iş sunmamaktadır. Bu nedenle, çocuklar bir süre sonra kalıcı işler bulmak için ayrılmakta ve işletmeler de onlardan boşalan yerleri yeni çocuk işçilerle doldurmaktadır.

Çocukları erken yaşlarda böylesi ağır koşullarda çalışmaya iten nedenlerin belki de en başta geleni ailelerin ekonomik durumudur. Çocukların büyük çoğunluğu yoksul ailelerden gelmektedir ve ailelerin bu çocuklardan birincil beklentisi meslek öğrenmek değil, aileye sunacakları ekonomik katkıdır. Çocuk işçilerin çoğu ellerine geçen paranın çok az bir miktarını kendileri için harcamakta geriye kalanını ailelerine vermektedirler.

Sonuç

Çocuk işçilik konusunda, çalışan çocukların eğitime devam etme kapasitelerinin olmadığı, bu nedenle, hiç değilse erken yaşta çalışma hayatına atılarak bir meslek öğrendikleri yönünde yerleşik bir toplumsal algı olduğu gözlenmektedir. Çocuk işçilerin neredeyse tamamı emekçi sınıfa mensup yoksul ailelerden gelmektedir. Bu da, onların bulundukları konumun kapasiteleriyle değil, sahip oldukları olanaklarla doğrudan ilintili olduğunu göstermektedir.

1 Çıraklık eğitimi söylemi bir tarafa, bu çalışma süreleri 15 yaşını tamamlamış çocuk işçiler için 4857 sayılı İş Kanunu'nun günlük ve haftalık çalışma süresi içinkoyduğu üst sınırları (en fazla günde 8, haftada 40 saat m.71) bile aşmaktadır.

2 "...aday çırak ve çırağa yaşına uygun asgari ücretin yüzde 30'undan aşağı ücret ödenemez" (3308 sayılı Mesleki ve Teknik Eğitim Kanunu, m.25). 01.07.2013 – 31.12.2013 arası dönemde geçerli net asgari ücret; 16 yaşından büyükler için 803,68 TL, 16 yaşından küçükler için 700,73 TL'dir.

Kaynaklar

1. Akpınar Taner (2012), “Bradford’un Milleri II”, Çalışma Ortamı, Sayı: 121, s.18-20.
2. DİE (T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü), Çocuk İşgücü Anketi 1999, DİE, Ankara.
3. ILO (2013), MakingProgressagainst Child Labour –Global estimatesandtrends 2000-2012, International Labour Office, International Programme on theElimination Child Labour, Geneva.
4. Köksal S. Erder ve Lordoğlu Kuvvet (1993), Geleneksel Çıraklıktan Çocuk Emeline: Bir Alan Araştırması, Friedrich Ebert Vakfı, İstanbul.
5. Taşyürek Mustafa ve Fişek A. Gürhan (1995), “Çocuk Çalıştıran Küçük İşyerlerinde Çalışma Koşulları Üzerine Bir Araştırma”, Çalışma Ortamı Dergisi, Fişek Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü Yayını, Sayı: 22, Ankara, s. 15-23.
6. TÜİK, Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları, 2012, TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 13659, 02 Nisan 2013, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13659>

ÇOCUKLARA YÖNELİK TİCARİ CİNSEL SÖMÜRÜ

Seva Öner

Doç.Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Çocuklara yönelik ticari cinsel sömürü; çocuk fuhuşu, cinsel amaçlı çocuk ticareti ve çocuk pornografisini kapsar. Ayrıca çocuklarla cinsellik amaçlı turizm, çocuk evlilikleri de bu kapsamda ele alınmaktadır. Ticari cinsel sömürü, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de mevcut olan bir olgudur (1-3).

Çocuk Fuhuşu

Çocuk fuhuşu; bir bedel karşılığında çocuğun cinsel olarak kullanılmasıdır. Genel anlamıyla, çocuğu bir ticari araç olarak görüp, kişilerin cinsel amaçlarını uygulayabilecekleri bir obje olarak görmeleridir. Bu kişiler ya bir aracı, ya da çocuktan para karşılığı cinsel haz alan bir istismarcı olabilmektedir. Çocuk fuhuşu bazen organize olmayan, ama genellikle organize halde olan, bazen küçük, bazen de büyük suç örgütleriyle ilgilidir. Çocuklara fuhuş karşılığında yiyecek, giyecek, ilaç, yatacak yer, okulda daha yüksek not verilebilmektedir. Evinde cinsel istismara maruz kalmış çocuğun sokağa sürüklenmesi ve sokakta egemen olan organizasyonların onu alarak, fahişeliğe sürüklemesi de sıklıkla gözlenmektedir (4,5).

Çocuk Ticareti ve Fuhuş

İnsan ticareti; “Kadınların, çocukların ve erkeklerin sömürü amacıyla kaçırılması zorla alıkonulması ve zorla çalıştırılması” olarak tanımlanmaktadır. İnsan ticareti, mevcut talep, elde edilen menfaatin yüksek olması, cezaların caydırıcılıktan uzak olması gibi nedenlerle bütün dünyada yaygın olarak yapılmaktadır. İnsan tacirleri, mağdurları kendi ülkeleri içerisinde dolaştırdıkları gibi çoğunlukla da uluslararası sınırların dışına taşırlar. Mağdurlar en temel özgürlüklerinden mahrum bırakılarak, bir mal veya köle gibi satılırlar. Bu kişilerin yüzde 80'inin fuhuşa zorlandığı, geri kalanının ise köle işçi olarak çalıştırıldığı bildirilmektedir. Başta kadınların ve kız çocuklarının fuhuşa zorlanması olmak üzere çocuk işçiliği, evlerde hizmetçilik, zorla çalıştırma, çocukların dilendirilmesi veya suç işlettirilmesi, insanların organlarının izinsiz olarak alınması belli başlı insan ticareti amaçları arasında yer almaktadır. Kadınlar ve çocuklar bu suçtan en çok zarar gören mağdurlardır. Mağdurlar rutin olarak tecavüze uğrarlar, işkence görürler ve tartaklanırlar. Ülkemizde insan ticareti suçu için 157 ihbar hattı mevcuttur (6-9). Ecpat'ın 2011 raporuna göre; Seks ticaretinde Türkiye'nin, son durak olduğu, çok küçük bir oranla da transit ülke olduğu bildirilmektedir. Türkiye'ye Moldova, Rusya, Ukrayna, Kırgızistan, Kazakistan, Özbekistan ve Azerbaycan'dan giriş olduğu, Türkiye'den ise Avrupa Birliği ve KKTC'ye çıkış olduğu rapor edilmiştir. Sezonluk tarım işçileri ya da sokakta çalışıp, yaşayan çocuklar gibi savunmasız çocuklar da cinsel amaçlı ticarete maruz kalanlar arasındadır. Türkiye'de fuhuşun yasal olması da reşit olmayan mağdurların kolay kullanılmasına neden olmuştur. Bu durumun, İstanbul ve popüler Akdeniz tatil bölgelerinde, turistlerinde dahil olduğu geniş bir piyasaya yol açtığı bildirilmektedir (10).

Asayiş Dairesi Başkanlığı'nın bildirdiğine göre; "Örgüt Kurmak, Fuhuş Amaçlı İnsan Ticareti" suçlarına ilişkin olarak, Elazığ ve Kocaeli'de yapılan operasyonlarda 6'sı yabancı uyruklu, 25 kadın korumaya alınmış. Gaziantep ve Hakkâri'de yapılan operasyonlarda "Örgüt Kurmak, Fuhuşa Teşvik Aracılık ve Yer Temini" suçundan, dokuz kadın korumaya alınmış ancak bunların kaçının çocuk olduğu bildirilmemiştir (11).

Güvenlik birimine 2010-2012 yılları arasında gelen yada getirilen çocuk kayıtlarına göre; 8851 çocuk evden kaçma nedeniyle getirilmiş, bu çocukların 3856'sı erkek, 4995'inin kız olduğu bildirilmiştir. 30622 çocuk (12328 erkek, 18294 kız) için, kayıp bildirimi yapılmıştır (12).

Sokakta tek başına kalan çocuk, eğitim düzeyi düşük ve kendisini geçindirecek bir işe girmek için niteliği yetersiz olduğundan, zorunlu olarak ticari seks sektörüne itilmektedir. Evden kaçtığında başka gidecek yeri olmayan çocuğu kandırıp, ticari seks sektörüne çekmekte, özendirmekte, hatta zorla itmede, kendilerinden önce etkin ticari seks mağduru kızların da rolünün olduğu bildirilmektedir. Ticari seks mağduru çocuk, cinsel, duygusal ve fiziksel iyilik halinin büyük zararlara uğraması pahasına, çalışma yaşamını sürdürmek zorunda kalmaktadır. Ticari seks çocuğun fiziksel, ruhsal, bilişsel, cinsel sağlığını etkiler ve derin travmaya yol açar (9).

Güvenlik birimine 2008-2012 yılları arasında başvuran mağdur çocuk sayısı 276 847 olup, bu sayının yıllara göre artış gösterdiği (2008'de 44 153, 2009'da 61 645, 2010'da 76428, 2011'de 88582, 2012'de 111857) görülmektedir. Ancak, bu çocukların hangi suç fiilinin mağduru olduğu bildirilmemiştir. Cinsel suçlar nedeniyle 2012 yılında güvenlik birimine 2997 çocuk getirilmiş, bu çocukların, 2881'i erkek, 186'sı kız, 6'sı yabancı uyrukludur. Bu çocukların 197'si 11 yaş altında, 767'si 12-14 yaş, 2032'si 15-17 yaş arasındadır. Çocukların 2 467'si öz anne, baba ve kardeşlerle yaşadığı, 2 843 çocuğun şehirde, 139 çocuğun köyde, 15'inin ise ikamet yerinin bilinmediği rapor edilmiştir. 185 çocuk bu suçu işlemeye teşvik edilmiş, 1 875'i ilk defa güvenlik birimine getirilmiştir. Çocukların 351'i İstanbul, 255'i İzmir, 129'u Antalya, 128'i ise Konya emniyetine getirilmiştir (12).

Jandarma sorumluluk bölgesinde 2012 yılında geliş nedenlerine göre işlem yapılan çocukların, %84'ünü (43.972) suç mağduru çocuklar oluşturmıştır. Mağdur çocukların illere dağılımları incelendiğinde, en sık Şanlıurfa, Antalya ve Konya şeklinde sıralanmaktadır. Cinsel dokunulmazlığa karşı suçlardan 2242 çocuk mağdur olmuş, bu çocukların, 2222'si kız, 220'si ise erkek'tir. Çocukların 85'i 0-6 yaş, 343'ü 7-12 yaş, 723'ü 13-15 yaş, 1091'i ise 16-17 yaş arasındadır. Çocukların 71'i cinsel saldırı, 935'i çocukların cinsel istismarı, 1075'i reşit olmayanlarla cinsel ilişki, 161'i cinsel taciz mağdurdur (13).

2012 yılında Çocuğun Cinsel İstismarı dava sayısı 17 589'dur. Bu konuda suç sayısı 2 686 906 olarak bildirilmiştir. Ancak ülkemizde çocuklara yönelik cinsel suçluları soruşturma ve yargılama hala çok zordur (10,14).

Aile içi şiddet acil yardım hattına 2014 yılı 1 Haziran – 1 Temmuz tarihleri arasında gelen çağrılarda; mağdur ve mağdur yakın olanların sayısının 149 olduğu, mağdurların % 87.6'sının kadın, % 8.5'inin çocuk olduğu bildirilmektedir. Hattan destek alan mağdurların yaş aralığının; 2 ile 89 arasında olduğu, sadece sosyal, ekonomik ve cinsel şiddet görenlerin oranının % 30.2 olduğu bildirilmektedir (15).

Ecpat'ın 2011 raporunda; ülkelerin çocuk ticaretiyle savaşma çabalarına yönelik bir gruplama yapılmış; yavaş ilerleyenler, sınırlı tedbir alanlar, ilerleme gösterenler, önemli çaba gösterenler olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre Türkiye sınırlı tedbir alan ülkeler arasında bulunmaktadır (10).

Cinsellik Amaçlı Turizm

Çocuğa cinsel aktivite içinde bulunmak üzere kendi ülkesinden daha az gelişmiş ülkeye çocuğun ticari cinsel sömürüsü için kişinin seyahat etmesidir. Cinsel aktivite için yer değiştirme, ülke içinde de olabilmektedir. Çocuk seks turizmi, zengin bir yerden fakir bir bölgeyi ziyaret eden bir kişinin, bir çocukla cinsel aktivitelerini bedel karşılığı yapmasıdır. Çocuk seks turizmi yapan kişiler, genellikle evinden uzağa seyahat eden ve çocukla seks yapmak için para ödeyen yetişkin erkekler iken, %5'inden daha azı kadındır. Çocuklarla cinsellik amaçlı turizm, genellikle çocuk fuhuşunun bir türü iken, çocuk fuhuşu da, çocuğun, çocuk pornografisi için kullanılmasıyla doğrudan bağlantılıdır (4,6).

Çocuk Pornografisi

Çocukların cinsel obje olarak görüntülenmesidir. Çocuk pornosunda, kurban sömürüldüğünün farkına varmayabilir veya utanç ve korkuyla bu konuda sessiz kalmayı tercih edebilir. Ayrıca tehdit ve korkutma yoluyla da konuşmamayı tercih etme sıklıkla gözlenen bir olaydır. Çocuk istismarı görüntüleri terimi, gittikçe artan bir şekilde, çocuk ve ergenlerin pornografide cinsel istismarını ifade edecek şekilde kullanılmaktadır. Bu durum olayın ciddiyetini yansıtmakta ve çocukların pornografik görüntülerinin aslında bir suç işlendiğinin kayıtları olduğu vurgulanmaktadır (16-17).

TCK 226. Maddesine göre, 2012 yılında pornografide çocukları kullanma suçundan 3'ü yabancı uyruklu 131 kişi, bu ürünleri ülkeye sokma, çoğaltma, satma veya bulundurma suçundan 2'si yabancı uyruklu 297 kişi sanık olarak yargılanmıştır. Türkiye'de çocuk pornografisi üretiminin, bu malzemelerin satışının, özellikle İstanbul'da ve Diyarbakır'da yapıldığı bildirilmektedir. Ayrıca çocuk pornografisi materyalleri, yine çocuk istismarı hazırlığı aracı olarak da kullanılmaktadır (4,5,14,18,19).

Ülkemizde arama trendlerine bakıldığında Temmuz 2013- Temmuz 2014 arasında en sık "çocuk porno" araması yapan şehirler, Şanlıurfa, Van ve Kahramanmaraş, "childporn" araması yapan şehirler ise İstanbul, İzmir ve Ankara olarak bildirilmektedir (20).

Sonuç olarak; ülkemizde, çocukların ticari cinsel istismarı önemli bir sağlık sorunudur ve bu konuda, tüm çocukları kapsayan sistematik bir veri toplama sistemi bulunmadığından, olayın gerçek boyutları hakkında net ve sağlıklı bilgi bulunmamaktadır. Bu olguların ortaya çıkış şekillerini tanımlayan, bildirim ve kayıt zorunluluğu getirilmelidir. Ayrıca toplumda bu konuda farkındalık eksikliği de mevcuttur.

Kaynaklar

1. Özcebe H. Dünyada ve Türkiye’de Çocuklara yönelik Ticari Cinsel Sömürünün Boyutları ve Önleme. XIV.Ulusal Halk sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
2. http://www.cocukhizmetleri.gov.tr/upload/Node/10531/files/CocukSati siVePornografisi_UlkeRaporu.pdf Erişim tarihi: 14.07.2014
3. 2013 Yılı Türkiye İnsan Hakları İhlalleri Raporu. İnsan Hakları Derneği http://www.ihd.org.tr/images/2014/hd_hlal%20raporu .pdf Erişim tarihi: 14.07.2014
4. <http://www.adlitip.org/cocuk-fuhusu/> Erişim tarihi: 14.07.2014
5. Erdoğan A, Tufan E, Karaman MG ve ark. Anatolian Journal of Psychiatry 2011;12:55-61.
6. <http://www.adlitip.org/tag/cocuk-seks-turizmi/> Erişim tarihi: 14.07.2014
7. <http://www.egm.gov.tr/Sayfalar/turkiyenin-insan-ticareti-ile-mucadele-calismalari.aspx> Erişim tarihi: 15.07.2014
8. http://www.goc.gov.tr/icerik/insan-ticaretiyle-mucadele_409_561 Erişim tarihi: 15.07.2014.
9. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi Bilgilendirme Dosyası 8: Seks Ticareti.Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Editörler: Küntay E, Çokar M. 2006;s:40-8. Erişim tarihi: 12.07.2014
10. <http://ctcs-mucadele.net/wp-content/uploads/2011/04/CTCS-Turkiye-ilerleme-Karnesi.pdf> Erişim tarihi: 12.07.2014
11. <http://www.asayis.pol.tr/Sayfalar/default.aspx> Erişim tarihi: 12.05.2014
12. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar, 2012 Türkiye İstatistik Kurumu http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=12&KITAP_ID=46 Erişim tarihi: 12.05.2014.
13. 2012 yılında meydana gelen Aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet, çocuk suçları ve intihar olaylarının değerlendirmesi.T.C. İçişleri bakanlığı Jandarma genel komutanlığı asayiş daire başkanlığıAile içi şiddetle mücadele ve çocuk şube müdürlüğü Ankara 2013. http://www.jandarma.gov.tr/asayis/Aile_Cocuk/index.htm Erişim tarihi:28.07.2014
14. <http://adlisicil.adalet.gov.tr/istatistikler/1996/2012-acilantck.pdf> Erişim tarihi:17.07.2014
15. <http://aileicisiddeteson.com/wp-content/uploads/2014/07/infographic-01-haziran-01-temmuz.jpg> Erişim tarihi:28.07.201416.100 soruda “CSÜS

- ve Cinsel İstismar” Rehberi. Polat O, Topuzoğlu AY, Gezer T. Ed; Gezer T. Forart Matbaası. İstanbul, 2006.
16. http://sgb.aile.gov.tr/upload/sgb.aile.gov.tr/mce/2012/raporlar_yayinlar/yayin_cocuk.pdfErişim tarihi:12.07.2014
 17. http://www.tbd.org.tr/usr_img/cd/kamubib14/raporlarPDF/RP2-2007.pdfErişim tarihi:12.07.2014
 18. <http://www.bingolonline.com/Form.php?Sayfa=Yazdir&id=5158&f=1>Erişim tarihi:12.07.2014
 19. [www.ecpat.net/sites/default/files/Global_Monitoring_Report-TURKEY_ENG \(1\).pdf](http://www.ecpat.net/sites/default/files/Global_Monitoring_Report-TURKEY_ENG%20(1).pdf) Erişim tarihi:12.05.2014.
 20. <https://www.google.com.tr/trends/explore#q=child%20porn&geo=TR&date=today%202012-m&cmpt=q> Erişim tarihi:05.08.2014

ÇOCUK GELİNLER

Mehtap Türkay

Yrd.Doç.Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Çocuk evlilikleri gelişmekte olan ülkelerde çok yaygındır. Özellikle Güney Asya'da kadınların %46'sı, Sahra-Altı Afrika'da ise %39'u 18 yaşını doldurmadan evlendirilmektedir (1). Türkiye'de de erken evlilikler diğer gelişmekte olan ülkeler gibi yaygın toplumsal bir sorundur. Kırsal kesimde yoksul ailelerde yaşayan kız çocukları, ileri yaşlardaki erkekler ile evlendirilmektedir. Bu kız çocuklarının çoğu 10'lu yaşlarda ve ikinci, üçüncü eş konumunda kalmaktadır (2). Erken evliliklerin farklı nedenleri ileri sürülse de aslında 2 temel nedeni vardır. Birisi bizim ülkemizde "başlık parası" adı verilen uygulamadır. Başlık parası uygulamasında kadın ne kadar küçük ise değeri o kadar fazladır. İkinci neden ise dini inanışlardır. Özellikle İslam'da kadın cinselliği tabudur ve evlenmeden önce "saf" kalmalıdır. Bu nedenle de kızlar ne kadar erken evlenirlerse o kadar saflıkları korunur. Yani kızlık zarının korunması "saf" kalması ve çocukların değerinin yüksek olması nedeniyle kız çocukları genellikle ilk adetlerinden sonra İslam ülkelerinde evlendirilmektedirler (3).

Kavramsal Açıdan Çocuk Gelin

Uluslararası literatüre göre; on sekiz yaşının altında yapılan her evliliğe "çocuk evliliği", evlenen kıza ise "çocuk gelin" denmektedir. Bu tanım üzerinden Türkiye'deki yasal düzenlemeler aşağıda verilmiştir.

- Türk Medeni Kanunun 124. Maddesi, erkek ya da kadın on yedi yaşını doldurmadıkça evlenemez. Ancak hâkim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple onaltı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir. Olanak bulundukça karardan önce ana ve baba veya vasi dinlenir. Kanunun 126. Maddesi; Küçük, yasal temsilcisinin izni olmadıkça evlenemez. Madde 128'de ise; Hâkim, haklı sebep olmaksızın evlenmeye izin vermeyen yasal temsilciyi dinledikten sonra, bu konuda başvuran küçük veya kısıtlının evlenmesine izin verebilir (4)
- Türk Ceza Kanunun 6. Maddesinde çocuğu 18 yaşını tamamlamamış kişi olarak tanımlamaktadır. Kanunun 104. Maddesinin 1. Fıkrasında; Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır(5)
- Çocuk Koruma Kanununun 3. Maddesinin birinci fıkrasının "a" bendinde, aynı Türk Ceza Kanunu gibi çocuğun tanımını yapmış ve çocuğu; daha erken yaşta ergin olsa bile, onsekiz yaşını doldurmamış kişi olarak tanımlamıştır. Aynı maddenin "b" bendinde ise korunma ihtiyacı olan çocuğu tanımlamıştır. Korunma ihtiyacı olan çocuk; bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuktur (6) şeklinde tanımlanmıştır.

Türkiye’deki yasal düzenlemelerden de anlaşıldığı gibi birbiriyle çelişen maddeler nedeniyle erken evliliklerin engellenmesi mümkün değildir. Hatta çocuğun yasal temsilcisi izin vermese bile hâkim kararıyla evlenmek mümkündür. Ayrıca on beş yaşını doldurmuş bir kız çocuğunun cinsel tacizini dini nikâhlı ya da nikâhsız sorun gibi algılamayan, görmezlikten gelen sadece şikâyet üzerine değerlendiren bir ceza yasasının olması erken evlilikleri legal hale getirmektedir.

Sosyologlar, 14-19 yaş arasında grubun toplumsal rollere uyum sağlayamadıklarını ve toplumsal gelişimlerini tamamlayamadıklarını belirterek, bu yaşlar arasında evlenen kızlarda arkadaşlarından kopma, özgüven sorunları ve toplumsal faaliyetlere katılmama gibi sorunların yaşandığını ifade etmektedirler (2).

Tıbbi açıdan ise kız çocuklarının genital gelişimi 21 yaşına kadar sürmektedir. Genital yapının gelişimini beklemeden yaşanan cinsel ilişkilerde ise; ciddi sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır (7).

Türkiye’de erken evlilikler

Türkiye’de çocuk gelin oranının %30-35 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye Gölge Raporu’nda resmi nikahı olmayanların oranı %7,7; dini nikahlı olanların ise; %7,4 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Türk Medeni Kanununa göre hakim kararıyla evlenenlerin oranı 15,5’tir. Özetle; Türkiye’de erken evliliklerin oranı %30,6 olarak söylenebilir.

Erken evlilikler bölgelere göre farklılık göstermektedir. Örneğin yasal evlilikleri olmayanların %53’ü Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da yaşamaktadır. Türkiye Gölge Raporuna göre; Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da yaşı tutmayan annelerden doğan çocukların kayıtları kayınvalidelerinin üzerine yapılmıştır. Rapor, Doğu ve Güneydoğu’da, kız çocuklarını evlendirme yolları arasında, en çok uygulananlar arasında, başlık paralı evliliği, kan bedeli evliliğini ve berdel evliliğine yer vermektedir. Çocuklarını erken evlendiren ailelerin çoğunluğu mutlak yoksulluk sınırı altında yaşamaktadır (2).

Erken evlilik nedenleri

Makro ölçek

Çocuk evliliklerinin oranı toplumdan topluma değişmekle birlikte, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve “İnsani Gelişme Endeksi” ile doğrudan ilişkilidir. Birleşmiş Milletler İktisadi ve Toplumsal İşler Birimi tarafından yapılan Evlilik Modellemeleri Araştırması’na (2000) göre; Kanada’da 15-19 yaş aralığındaki kızlarda evlenme oranı %0,6, ABD’de %3,9, İngiltere’de %1,7, Fransa’da %0,6 olarak belirtilmiştir (2).

İnsani gelişme Endeksi de bilindiği gibi; kişi başına düşen gelir, okullaşma oranı, okuryazar oranı gibi eğitim endeksi ve ortalama yaşam süresini dikkate alan bileşik bir göstergedir. İnsani Gelişme Endeksi, eğitim ve gelir endeksini de içerdiği için çocuk gelin oranlarında önemli bir gösterge durumundadır. Örneğin Kanada’da erken evliliklerin oranı %0,6 iken kişi başına düşen gelir 33.375\$, iken,

Arjantin’de çocuk gelin oranı 12,4 ve kişi başına düşen gelir 14.280\$’dır. Türkiye’de kişi başına düşen gelir 8407\$ ve erken evlilik oranı %30,6’dır (2).

Dinin, inançların; erken evlilikler üzerine etkilerini de eklemek gerekmektedir. Özellikle İslam ve Yahudilik, insanların gündelik yaşantılarını düzenleme iddiasında olan dinlerin toplumsal rolleri, toplumsal cinsiyet rolleri ve sınıfsal konumlarını belirleme açısından kritik öneme sahiptirler. İslamcı-Muhafazakârların kadına bakışları, kadınlık anlayışları farklıdır. Kadın güzel olsun, çirkin olsun, suskun olsun, konuşkan olsun her ne olursa olsun onlar için tehlikelidir. Hele Arap dünyasında “Fitne” kaynağıdır (8). Bu nedenle henüz kendilerini tanımadan, cinselliklerini fark etmeden, evlenmeden önce cinselliğini yaşamadan evlendirilmelidirler. Böylece kadının cinselliği bastırılabilir ve kontrol altına (namusu korunabilir) alınabilir. İslam ülkelerinin çoğunda erken evlilikler sıktır. Örneğin Yemen ve Filistin’de 18 yaş altındakilerin %50’sinin evli olduğu saptanmıştır. Yine Afganistan’da bu oran %54, Bangladeş’te %51’dir. Hinduizm’inde benzer etkisi bulunmaktadır. Hindistan’da kız çocuklarının %40-60’ını çocuk gelinler oluşturmaktadır (3).

Mikro ölçek

Düşük Eğitim Düzeyi; eğitilmiş kızlarda erken evlilikler düşük orandadır. Aile Yapı Araştırmasına (2006) göre; okuryazar olmayanların %48’i 18 yaş altında evlenirken, üniversite ve lisans üstü eğitime sahip kızların sadece binde 6’sı 18 yaş altında evlenmektedir. Eğitim düzeyi ve ortalama ilk evlenme yaşı arasında da pozitif bir ilişki saptanmıştır (9).

Yoksulluk; 2006 Aile Yapısı Araştırması’nda, en yüksek refah düzeyindeki kadınların, en düşük refah düzeyindeki kadınlardan üç yıl daha geç evlendikleri görülmüştür (sırasıyla 22,5 ve 19,2).

Ayrıca geliri 400 TL’den az olanların %22’sinin 18 yaş altında evlilik yaptığı görülmüştür. Yoksul ailelerde kız çocukları ekonomik bir yük olarak algılanmakta ve bu yük kocasına devredilmektedir. Ayrıca kız çocuklarının başlık parası ile evlendirilmeleri aileler için gelir elde etme yolu olarak da görülmektedir (7).

Erken evliliklerin etkileri

Tablo 1: Erken evliliklerin çocuk, aile ve toplum üzerine etkileri (7)

Psikososyal	Erken evliliklerde doğan bebekler
• İnsan hakları ihlali, Çocuk olma ihlali • Çocukluğun, ergenliğin ve kişisel özgürlüklerin yok sayılması • Eğitim hakkının elinden alınması • Ekonomik olarak bağımlı hale getirilmesi yoksullaştırma • Cinsel istismar • Sosyal yalnızlık • Depresyon • Boşanma/ayrılmalar	• Düşük doğum ağırlığı • Erken doğum • Ani bebek ölümlerinde artış • Gelişme geriliği • İstismar • Kazalar • Davranış bozuklukları ve madde kullanımı • Okul başarısızlığı
Beden sağlığı üzerine etkileri	Aile/toplum
• Fiziksel olarak hazır olmadan evlilik ve çocuk doğurmak • Doğumda ölüm riski ya da sonrasında obstetrik kronik sorunlar (idrar kaçırma gibi) • Preeklampsi • Anemi • Cinsel yolla bulaşan hastalıklar • Erken ve sık gebelikler • Artmış düşük riski • Şişmanlık • Algılanan sağlığın bozulması	• Toplumsal açıdan anne sağlığının bozulması • Yoksulluk • Çocuk ve bebek ölümlerinde artış • Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda artış • Erkekler üzerine ekonomik sorumluluk yükü ve sonuçta eğitim mahrumiyeti

Gerçekte erken evlilik bireyin seçim hakkını elinden almaktadır. Bu da insan hakları ihlali anlamına gelmektedir. Ayrıca cinsel istismarın en sık görülen biçimidir.

Erken evliliklerde sıklıkla kadının eşi birkaç yaş, bazen iki kat yaşında olabilmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) - 2008 verilerine göre eşler arasındaki yaş farklılıklarına bakıldığında ortalama yaş farkının en büyük olduğu grubun özellikle 20 yaşın altındaki (6,6 yıl) genç kadınlar olduğu saptanmıştır. Kanun karşısında erişkin bir erkeğin reşit olmayan bir kıza birlikteliği suç teşkil ederken, evlilik içinde bu tip davranışlar normal sayılmaktadır. Ayrıca çocuk istismarının bir başka biçimi emek sömürüsüdür. Çocuk gelinler, evde kayınvalidelerine yardımcı ya da kırsal kesimde tarım için emek gücü halinde tarlalarda kullanılmaktadır.

Özellikle 15-19 yaş grubu arasındaki kızlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda eşi tarafından fiziksel, cinsel şiddet görme riski yüksektir.

Çocuk evlilikleri adölesan dönemde çocuk doğurmaya neden olduğundan çoğunlukla erken ve sık gebeliklere yol açmakta ve anne, çocuk ölüm riskini artırmaktadır. Anne yaşının 18 yaş altı olması durumunda, bebeğin ilk 1 yılda ölme riski, geç yaştaki annelere göre %60 daha fazladır. 15-19 yaş arası kızlarda gebeliğe bağlı ölümler bu yaş grubundaki en sık ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

Gebelik ve ilk bebekte anne yaşının küçülmesi ile birlikte cinsel yolla bulaşan hastalıklara yatkınlık aynı oranda artmaktadır. Ayrıca bu kişiler gebeliği önleyici yöntemleri etkin şekilde kullanmadıkları için %90'ı ilk yıl içinde gebelikte karşı karşıya kalmaktadır, yine büyük bir kısmı gençlik dönemlerini tamamlamadan ikinci gebeliğini de yaşamaktadır (10). Tablo 1'de Erken evliliklerin çocuk, aile ve toplum üzerine etkileri yer almaktadır.

Önleme stratejileri

Çocuk gelin sorununu ortadan kaldırmak için öncelikle bu konuda ortak jargonların oluşturulması, yasal boşlukların ortadan kaldırılması gerekmektedir. Türk Ceza Kanununun ve Türk Medeni Kanunun ilgili maddeleri tekrar revizyondan geçirilmeli, hatta toplumsal cinsiyet eşitliğinin vurgulanması gerekmektedir. Yasalara uymayalar hakkında ağır yaptırımların getirilmesi gerekmektedir.

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle ve insani gelişme indeksleriyle çocuk gelin oranının doğru orantılı olduğu gerçeği üzerinden değerlendirilecek olursa; yoksullukla mücadele edilmeli, okullaşma ve gelir dağılımı tekrar düzenlenmelidir. Bir toplumda eğitilmişlerin oranı, bilimsel bilgi birikimi insana yapılan yatırımlar arttıkça, dinin toplum üzerindeki baskısı o ölçüde azalır. Zihinlerin özgürleşmesi, kadın erkek eşitliğinin sağlanması, eğitim olanakların ve gelir dağılımının düzenlenmesi çocuk gelin oranlarını düşürecektir.

Sonuç

Türkiye'de dini nikâhlı ya da nikahsız evliliklerin kayıtlarının olmaması nedeniyle sorunun gerçek boyutu net olarak izlenememektedir. Ancak topluma genellenebilir çalışma sonuçlarından alınan verilerle %30,6 olduğunu söylemek mümkündür.

Türkiye'de bu konuda temel sorun çocuk gelinlerin bir sorun olarak algılanmaması ve önemsenmemesidir. Birkaç kurumun ya da bireyin yaptığı, dile getirdiği çalışmalarla çözülebilecek bir yapıda değildir. Özellikle Bugünün Türkiye'sinde "kürtaj cinayettir", "Üç bile yetmez" gibi cümleleri kurabilen kadını hor gören bir zihniyetin yönetimi altında bu soruna gerçekten eğilip, çözebilmek zordur.

Sonuç olarak; çocuk gelinler bir sorundur ve bu sorunu ciddiye alan ve bu konuda samimi olabilen yönetimlerle, politikalarla birlikte çözülebilir.

Kaynaklar:

- 1) United Nations Children'sFund (UNICEF), EarlyMarriage: A harmfultraditionalpractice: A statisticaexploration, UNICEF, New York, 2005: 12-13.

- http://www.unicef.org/publications/files/Early_Marriage_12.lo.pdf
(Erişim Tarihi 03.09.2014).
- 2) Çakmak D. “Türkiye’de Çocuk Gelinler”. Birinci hukukun gençleri sempozyumu hukuk devletinde kişisel güvenlik, bildiri tam metinler e-kitabı. Ankara: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, 2009: 20-21.
 - 3) Warner E. Behind the wedding veil: Child marriage as a form of trafficking in girls. American University Journal. Gender Soc. Pol'y & L. 2004 – Hein Online.
<http://www.iiv.nl/ezines/web/AmericanUniversityJournal/1999-2003/american/warner.pdf>
 - 4) Resmi Gazete (22.11.2001) Türk Medeni Kanun, Sayı 24607.
 - 5) Resmi Gazete (12.10.2004) Türk Ceza Kanunu, Sayı 25611
 - 6) Resmi Gazete (3.7.2005) Çocuk Koruma Kanunu, Sayı 25876
 - 7) Boran P, Gökçay G, Devicioğlu E, Eren T. Çocuk gelinler Marmara Medical Journal 2013; 26: 58-62.
 - 8) Özbudun S. İslamcı Muhafazakarın Zihin Haritasında Bir Gezinti: “Nasıl Bir Kadın(lık)?”. Toplum ve Hekim 2012;27 (4): 282-294.
 - 9) Aile Yapısı Araştırması. Türkstat/ Başbakanlık Aile ve Toplumsal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2006.
 - 10) Pekşen Y. “Adölesan Kadınlarda Doğurganlık Araştırması”, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1989; 6(3):335-342.

TÜRKİYE'DE ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNDEKİ UYGULAMALAR

Ufuk Beyazova

Prof.Dr. Gazi Ü. Tıp fakültesi Çocu Sağlığı ve Hastalıkları AD

Çocuklara verilen sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı Kurumları, üniversiteler, Özel Sağlık Kurumları ve Sivil Toplum Kuruluşlarınca verilen hizmetler olarak sayılabilir. Çocuklara verilen koruyucu sağlık hizmetleri hemen tümüyle Sağlık Bakanlığı tarafından verilmekte, tedavi hizmetlerinde Özel Sağlık kurumları da yer almakta bunun yanı sıra bu kurumlar tarafından bebek ve çocuk izleme hizmetleri de yürütülmektedir. Sivil toplum kuruluşları daha çok çocuk sağlığı konusunda profesyonellerin ve ailelerin eğitimi konularında yer almakta çocuğun sağlık haklarına ilişkin savunuları yapmaktadırlar.

Çocuk sağlığına yönelik birinci basamak hizmetler Sağlık Bakanlığına bağlı Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından yürütülür. 2013 itibarıyla 6.756 aile sağlığı merkezinde 21.175 hekim görev yapmaktadır. 2013 sonu itibarıyla 3.621 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Aile Sağlığı Merkezlerinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanı görev alır.

Bu kurumların çocuk sağlığına ilişkin sorumlulukları şöyle belirtilmektedir:

Birinci basamak çocuk hastalıkları tanı, tedavi, rehabilitasyon hizmetleri

- ✓ Birinci basamakta tanı ve tedavisi yapılabilecek hastalıkların tanısını koyma ve tedavisini planlama, kontrollerini yapma
- ✓ Birinci basamakta uygulanabilecek laboratuvar incelemelerini yapma
- ✓ Aile sağlığı merkezi koşullarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etme,
- ✓ sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirme,
- ✓ ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin eşgüdümünü sağlama
- ✓ Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutma ve gerekli bildirimleri yapma

Çocuklara verilen koruyucu sağlık hizmetleri

- ✓ Bağışıklama hizmetleri
- ✓ Kayıtlı çocukların yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk, ergen)

Çocuk sağlığına ilişkin danışmanlık hizmetleri

- ✓ Bireysel ve grup eğitimleriyle çocuk sağlığı, hastalıkları, çocuklara verilen hizmetler konusunda kişileri, aileleri ve toplumu eğitme,
- ✓ çocuk sağlığına ilişkin konularda danışmanlık yapma

Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri

- ✓ 15-49 yaş kadın izlemi
- ✓ Doğum öncesi bakım
- ✓ doğum
- ✓ lohusalık izlemleri
- ✓ aile planlaması konusunda eğitim ve uygulama hizmetleri
- ✓ Ayrıca, cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarındaki çocukların sağlık hizmetleri de aile hekimlerince verilmektedir.

Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından sunulmaktadır. Okul sağlığı hizmetleri, salgınlar ve afet durumunda verilen hizmetler, çevre sağlığı hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülmektedir.

Ayrıca cinsel istismara uğramış çocuklara hizmet veren Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) de Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmaktadır. Bu merkezlerde çocukların cinsel istismara maruz kaldığına dair bilginin kolluk kuvvetlerine ulaşmasının ardından, savcının talimatı ile çocuğun ifadesinin uzmanlarla birlikte – herhangi bir yenilemeye ihtiyaç kalmaması için avukat ve savcının da bulunduğu aynalı odada- kayıt altına- alınması, gerekli ise merkezden çıkarılmadan muayenenin yapılması gibi hizmetler vermektedir. Bu hizmetlerin mağdur çocuğa psikolojik olarak daha fazla zarar vermeden yapılması, mağdurdan defalarca ifade alınarak yeniden örselenmesinin engellenmesi sağlamak için çalışılmaktadır. Türkiye’de halen 13 Çocuk İzlem Merkezi bulunmaktadır.

Çocuk sağlığı düzeyini iyileştirmeye yönelik sunulan rutin sağlık hizmetleri yanısıra 1985 yılından beri TC Sağlık Bakanlığınca yürütülen özel programlar vardır:

- ✓ Genişletilmiş bağışıklama programı,
- ✓ Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı,
- ✓ Gebelere demir ve D vitamini desteği
- ✓ Yenidoğan Taramaları Programı (Fenilketonüri , hipotiroidi, biyotinidaz ve işitme),
- ✓ Yenidoğana Temel Yaklaşımın Sağlanması Programı
- ✓ Yenidoğan Yoğun Bakım Programı,
- ✓ Çocuk Enfeksiyonlarını Önleme Programı
- ✓ Çocuk Acil ve Yoğun bakım Eğitimi Programı
- ✓ Yenidoğanlarda K Vitamini Uygulaması,
- ✓ Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı,
- ✓ İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı,
- ✓ Neonatal Resüsitasyon Programı ,
- ✓ Perinatal ve Neonatal Ölümünün Önlenmesi Projesi
- ✓ İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı,
- ✓ Ağız Diş Sağlığını İyileştirmede Florür Kullanımı Programı,
- ✓ Çocukluk Hastalıklarına Entegre Yaklaşım(IMCI),
- ✓ Hemoglobinopati Kontrol Programı,

- ✓ Aneminin önlenmesi programı,
- ✓ Ergen Sağlığı ve Gelişimi,
- ✓ Anne ve Çocuk Beslenmesi,
- ✓ Çocuk gelişiminin İzlenmesi ve Desteklenmesi
- ✓ Tıbbi Amaçlı Mama İthalatı/ Mama (kodu) Yönetmeliği ile ilgili çalışmalar
- ✓ Genetik Tanı Merkezleri Yönetmeliği/Genetik Hastalıklardan Korunma Programı,dır.

Son yıllarda Anne Dostu Hastane Programı ve Misafir Anne Projesi geliştirilmiştir. Bu uygulama ile mevsim şartları itibarıyla riskli bölgelerde ikamet eden gebeler doğum yapmalarına dört hafta kala tıbbî bakım ve barınma imkânı sağlanmak üzere “Anne Otelleri / Misafirhaneleri”ne davet edilmekte ve daveti kabul edenler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımları yapılarak ulaşım şartlarının uygun olduğu zamanlarda evlerine gönderilmektedir.

Bu hizmetlere ilişkin Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan 2013 yılına ilişkin istatistiki bilgiler şöyle özetlenebilir:

- ✓ Sağlık kuruluşunda yapılan doğum oranı %98dir. Doğumların %92 si bebek dostu hastanelerde yapılmaktadır.
- ✓ “Bebek Dostu Hastane” sayısı 2002’de 141 iken 2013 yılında 1.007 ‘e yükselmiştir.
- ✓ 4-12 ay arası her bebeğe koruyucu amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanması ve 13-24 ay arası anemisi olan bebeklere demir tedavisi önerilmesi amacıyla Demir Gibi Türkiye projesi yürütülmektedir.
- ✓ 12. Aya dek her bebeğe ücretsiz D vitamini desteği verilmektedir.
- ✓ Fenilketonüri ve hipotiroidi taramalarında hedef nüfusun %98,9’na ulaşılmıştır. Tüm illerimizde işitme taramalarına başlanmıştır. Bir milyon yüz bin dolayında yeni doğan bebek taranmıştır. Engelli olduğu saptanan bebek sayısı 1600 dür.
- ✓ Hemoglobinopatiler riskli olduğu saptanan 33 ilde taranmaktadır. Bu illerde tarama oranı %78 e ulaşmıştır.

Türkiye’de 6-17 Aylık Çocuklarda ve Annelerinde Hemoglobin Ferritin D -Vitamini Düzeyi ve Demir Eksikliği Anemisi Durum Belirleme,Yürütülen Programların Değerlendirilmesi Araştırması 2011 yılında yürütülmüş veriler 2013 te yayımlanmıştır. Demir eksikliği anemisi oranı incelenen 2310 annede %6,9, 2363 bebekte %6,3 bulunmuştur. Annelerin %81.7sinde bebeklerin %26,8 inde serum D vitamini düzeyleri düşüktür.

Hanelerin %85,4 ünde iyotlu tuz kullanıldığı saptanmıştır.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında tüm bebek ve çocuklar ücretsiz olarak ulusal aşı takvimi uyarınca aşılanmaktadırlar. Bu kapsamda Hepatit B (0-1 ve 6. Aylarda), BCG (2.ayda), Difteri,asellüler boğmaca, inaktifpolio, Hib (DaBT-IPA//Hib) (2, 4, 6, ve 18 aylarda), Pnömonokok (KPA) (2, 4, 6, 12 aylarda), Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) (9. ay ve ilkökul 1. Sınıfta), Suçiçeği (12. Ayda) ve Hepatit A (18, 24. aylarda) uygulanmaktadır. Okul aşıları kapsamında 1. Sınıflara Kızamık, kızamıkçık, kabakulak, DaBT-IPV, son sınıflara dT aşıları yapılmaktadır.

Aşılam oranları DaBT-IPA//Hib için %97, BCG için %96, HBV için %97, KPA için %97, KKK için % 97 olarak bildirilmiştir.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı Kapsamında bazı hastalıklar için özel programlar da yürütölmektedir:

- ✓ ***Polio Eradikasyon Programı***
- ✓ ***Kızamık Eliminasyon Programı***
- ✓ Maternal ve NeonatalTetanoz Eliminasyon Programı
- ✓ ***Hepatit B Kontrol Programı***

Rutin çocukluk dönemi aşılam çalışmalarında yüksek aşılam hızlarına ulaşılması ve pek çok kereler yapılan geniş çaplı destek aşılam çalışmaları ile en son olgumuz Kasım 1998 tarihinde bildirilmiştir. Yaklaşık on beş yıldır ölkemizde yeni olgu görölmemiştir.

Kaynaklar

- 1) Türkiye İstatistik Yıllığı 2013
- 2) Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2013

SAPTANAN SORUN ALANLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Mehtap Türkay

Yrd.Doç.Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Türkiye Sağlık Raporunun Çocuk Sağlığı Bölümü'nde, çocukluk dönemleri bebeklik, 1-5 yaş, 6-10 yaş ve adölesan dönemleri olarak bölünmüş ve tek tek bu dönemlerin sorunları kendi içinde incelenmiştir. Ayrıca bu raporda; çocuk ve gençlerde tütün, alkol ve madde kullanımına, beslenmeye, yaralanmalara ve dezavantajlı çocuklara yer verilmiştir. Bazı sorunların çözümünde yer alan çocuk sağlığı hizmetleri uygulamaları ve devam eden programlar da bu raporda yerini almıştır.

Bu özet bölümünde tek tek sorunlardan bahsetmeden, sorunların temelinde yatan nedenlerden başlamak ve ortak çözüm önerilerinden bahsetmek daha yararlı olacaktır.

Saptanan Sorun alanları:

- **Mortalite:** Bebek ölümlerinde ülkemizde halen bölgesel farklılıklar vardır. Bebek ölümleri, Doğu ve Güney Doğu Anadolu'da, eğitimsiz anne bebeklerinde, kırsal yerleşim yerlerinde, anne yaşının 20'den küçük, 40'dan büyük olması durumunda, düşük doğum ağırlıklı bebeklerde, doğum aralığının iki yıldan kısa olması durumunda ve dört çocuktan sonra artmaktadır. Ek olarak bebek ölümü, yoksullarda varsıllara oranla 4,7, beş yaş altında 3,5 kat daha fazladır. Beş yaş altı ölüm hızı TNSA (2013)'da binde 15,5 olarak saptanmıştır.
- **Morbidite:** ilk 0-6 yaş grubundaki çocuklarda ishal, üst solunum yolları enfeksiyonları ve bulaşıcı hastalıklar en çok görülen hastalıklardır. Bunların dışında ağız diş sağlığı sorunları ve anemi de önemli sorunlar arasındadır.
- **Aşılama hizmetleri:** Tam aşılı çocukların oranları bölgelere göre değişmektedir. TNSA 2013 ön raporuna göre 15-26 ay çocuklarda tam aşıli oranları %75'dir. Sağlık Bakanlığı verileri daha yüksektir. Örneğin DaBT ve Hepatit B'nin üçüncü dozu alma oranları %87'dir. Sağlık Bakanlığı kayıtların güvenilirliği açısından tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü aşı ile önlenabilir hastalıklar özellikle kızamık salgınlarla seyretmeye başlamıştır. Kızamıkçık aşıları için aşı uygulamalarının tekrar değerlendirilmesi doğumsal kızamıkçık sendromu açısından önem taşımaktadır.
- **Malnutrisyon:** Türkiye genelinde, 0-5 yaş grubunda 2572 çocuğun değerlendirilmesi sonucunda %11,5 oranında (erkeklerde %12,1; kızlarda %11,1) bodurluk/çok kısa boy saptanmıştır. TNSA 2008'de bodurluk oranı %12,8'dir. Türkiye Beslenme Araştırması sonuçlarına göre 0-5 yaş grubunda fazla kiloluluk oranı %26,4; 6-18 yaş grubunda %22,5'dir.
- **Yaralanmalar:** Türkiye'de çocukluk dönemine ait yaralanmaların kayıtları yetersizdir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) raporuna göre; Türkiye'de 10-19 yaş grubunda yaralanmaların en önemli nedeni trafik kazalarıdır. Ayrıca

rapor, acil servislere başvuruların %41'inin pediatrik travmalar olduğunu belirtmiştir.

- Çocuk istismarı: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından son beş yılda haklarında koruma kararı alınan çocukların %18,6'sının anne ve babasının ihmal ve istismarına maruz kaldığı saptanmıştır. Emniyet Genel Müdürlüğü istatistiklerine göre 2002-2005 yılları arasında 0-10 yaş arası 27782 çocuğun suç mağduru olmaları nedeniyle merkezlere getirildiği bildirilmektedir. Türkiye'de 8 ilde, yaşları 4-12 arasında toplam 16100 çocukta yapılan bir çalışmada kızların %34,6'sının, erkeklerin % 32,5'inin fiziksel istismara uğradığı saptanmıştır. İstismarı uygulayanların % 77'si aile üyelerinden, % 11'i akrabalarından, % 2' si çocuk ile irtibatı olan diğer kişilerden (öğretmen, bakıcı vb.) oluşmaktadır. Adli makamlara başvuran cinsel istismar olgularının % 5-10'u çocuk cinsel istismarı vakalarıdır. Emniyet Bilişim ve Telekomünikasyon İzleme Birimleri tarafından 2010 yılında şikâyete dayalı kapatılan 23.000 porno siteden 15000 tanesinin çocuk pornosu olduğu bildirilmiştir. Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi'ne başvuran çoğunluğu 12 yaş altındaki çocukların %45'inin fiziksel, %40'ının cinsel, %10'unun ihmal, %5'inin duygusal istismara uğradığı ve istismarın ancak uzmanlar tarafından fark edildiği belirtilmektedir.
- Dezavantajlı çocuklar ve gençler: bu çocuklar aslında istismara uğrayan çocuklar olarak da adlandırılabilir. Örneğin çalışan çocuklar, aileleri tarafından ekonomik istismara uğrarken, ustalarından ya da patronlarından fiziksel istismara uğrarlar. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) tarafından Çocuk İşçiliğinin Sona Erdirilmesi Uluslararası Programı çerçevesinde yapılan çalışmanın bulguları Türkiye'de çocuk işçiliğinin azaldığı yönündedir. Ancak çalışmanın Ekim-Aralık ayları arasında yapılması nedeniyle çalışan çocuk sayısının gerçek sayıyı temsil etmediği düşünülmektedir. Yine de Türkiye'de çıraklık sistemi içinde çocuk emek gücünün sömürüldüğü, istismara uğradığı söylenebilir. Ayrıca çalışan çocukların eğitim olanaklarının ellerinden alınması bir hak ihhalidir. Dezavantajlı çocuk ve gençler arasında, sokakta yaşayan çocuklar da bulunmaktadır. Resmi rakamlara göre; Türkiye'de en az 42.000 çocuğun sokaklarda yaşadığı tahmin edilmektedir; ancak gayri resmi rakamlara göre bu sayı 80.000'e kadar çıkmaktadır. Tabii bu gruba bir de hem devlet hem de toplumsal olarak ihmal edilen, aileleri veya başkaları tarafından dilendirilen ya da dilenirken yanlarında getirilerek kötü hava koşullarında sokaklarda süründürülen, hem duygusal hem de fiziksel istismara uğrayan çocukları eklemek gerekir. Devlet tarafından korumaya alınmayarak ihmal edilen bu çocukların sayısı giderek artmaktadır. Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığı'nın valilikler aracılığıyla yaptırdığı araştırmaya göre Türkiye genelinde sokakta zorla çalıştırılan ve dilendirilen çocuk sayısı 41 binin üzerindedir.
- Engelli çocuklar bir diğer sorun alanıdır. Türkiye Engelliler Araştırması sonuçlarına göre; özürlü olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12.29'dur. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlülerin oranı %2.58 iken (yaklaşık 1.8 milyon) süregen hastalığı olanların oranı ise % 9.70'dir (Yaklaşık 6.6 milyon). Çocuklarda 0-9 yaş

grubunda ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü olanların oranı %1.54 iken 0-9 yaş grubunda süregelen hastalığa sahip olanların oranı % 2.60'tır.

- Çocuk gelinler: bir diğer cinsel istismar nedenidir. İlgili bölümde ayrıntılı anlatılmıştır.

Çözüm Önerileri

Yukarıda adı geçen sorun alanlarının tümünü UNICEF'in önerdiği GOBİFFF (büyümenin izlenmesi, ağızdan sıvı tedavisi, anne sütüyle beslenme, gıda gereksiniminin sağlanması, aile planlaması, doğum aralarının uzatılması ve anne eğitimlerinin artırılması) ile tek başına çözmek mümkün değildir. Çocuk sağlığının iyileştirilmesi, geliştirilmesi için güçlü politikaların yaşama geçmesi, yasal alt yapının oluşturulması gerekmektedir.

Öneriler;

- Gelir dağılımının dengeli olması sağlanmalıdır.
- Türkiye İnsani Gelişim Endeksinin yükselmesi açısından; okullaşma oranının artması, özellikle kız çocukların eğitimlerinin sağlanması gerekmektedir. Temel eğitimin zorunlu 12 yıl olması gelecek nesiller açısından anne yaşının ileri olması ve anne eğitiminin yükselmesi anlamına gelecektir. Ayrıca zorunlu eğitim açısından yasaların net, açık olması; yasalara uymayanlar açısından yüksek yaptırımların getirilmesi gerekmektedir.
- Yoksullukla mücadele etmek, bölgeler arası farklılıkları yok etmek, sağlıkta eşitsizliklerin önüne geçmek önemlidir.
- Aile hekimliği modelinin bölge temelli olmaması nedeni ortaya çıkan sorunların çözülmesi gerekmektedir. Ayrıca aşılama hizmetlerinde olduğu gibi çelişkili verilerin ortaya çıkmaması açısından performansa dayalı ödeme mekanizmasının tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir.
- Sağlık hizmeti sunucularına ulaşımın sağlanması (ulaşılabilir olması), ulaşılamama durumunda ise gezici hizmetlerin sunulması gerekmektedir.
- İstismara uğrayan çocuklar açısından yasal dayanakların olması gerekmektedir. Çocuk haklarının ihlali durumunda en başta aile olmak üzere ağır yaptırımların, cezaların getirilmesi, gerekirse çocukların ailelerinden alınarak koruma altına alınması önemlidir.
- Topluma bütüncül bakabilecek, toplumsal sorunlara tanı koyabilecek, kayıtlarını düzgün tutup, yorumlayabilecek, ihtiyaç analizleri yaparak, verdiği hizmeti değerlendirebilecek birinci basamağı oluşturabilmek gerekir. Toplum sağlığı merkezleri bu açıdan yeterli değildir.
- Verilen sağlık hizmetinin niteliğinin artırılması gerekmektedir. Bunun için de denetim sisteminin geliştirilmesi gerekir.
- Bilimsel, topluma genellenebilir çalışmalarla çocuk sağlığının değerlendirilmesi, çocuk sağlığını etkileyen toplumsal ve politik nedenlerin, var olan eşitsizliklerin ortaya konulması gerekmektedir.

- Engelli çocuklar için akraba evliliklerinin önlenmesi önem taşımaktadır. Ayrıca kentsel yerleşim yerlerinde engellilerin de yaşayabileceği ortamların oluşturulması gerekmektedir.

Sonuç olarak çocuk sağlığının iyileştirilmesi ile gelecek nesiller daha sağlıklı kılınabilir.

7-İŞ SAĞLIĞI

Bölüm Editörleri

Prof. Dr. Ferdi Tanır, Çukurova Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Doç. Dr. Metin Pıçakçıefe, Muğla S.K. Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Yönetici Özeti

Türkiye Sağlık Raporu 2014-İş Sağlığı Bölümünün hazırlanmasında Çalışma Grubumuzun gönüllü üyelerinin değerli katkılarından yararlanılmıştır.

İş Sağlığı bölümüne üyemiz olan toplam sekiz yazar katkı sağlamıştır ve bu bölümde çalışma yaşamını çok yakından ilgilendiren 10 önemli başlık bulunmaktadır. Bu bölümde; iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bazı temel göstergeler, sağlık personelinin sağlığı, iş kazaları, meslek hastalıkları, tarım çalışanlarında iş sağlığı güvenliği, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve sıklığı, işyerinde şiddete yaklaşım ve korunma, çocuk işçiler, iş sağlığı çalışanlarının eğitimi ve yasal süreç, son olarak lisans ve lisansüstü eğitim programlarında iş sağlığı ve güvenliği eğitimi gibi konular ele alınmıştır.

Günümüzde çalışma yaşamını yakından ilgilendiren çok sayıda ve farklı konuların olmasına rağmen ne yazık ki bu bölümde küçük bir kısmına yer verilebilmiştir. Kitap içindeki iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren konuların ve yazarlarının sayısının önümüzdeki yıllarda hazırlanacak olan TSR'de daha da aratacağını umut ediyoruz.

Konu başlıkları ve içerikleri ile ilgili görüşler tamamen yazarlara aittir.

Değerli katkılarından dolayı Çalışma Grubumuzun değerli üyelerine, kitabın ortaya çıkmasına sağladıkları destek için ve fırsat için yazarlarımızın adına HASUDER Yönetim Kurulunun değerli üyelerine teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Ferdi Tanır
Metin Pıçakçıefe

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ BAZI TEMEL GÖSTERGELER

Metin Pıçakçefe

Doç. Dr. Muğla S.K. Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Bu bölümde bazı iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili temel göstergeler tablo ve grafikler halinde sunulmuştur.

Tablo 1. Temel işgücü göstergeleri

(Bin kişi)	2012 Nisan	2013 Nisan	2014 Nisan	(%)	2012 Nisan	2013 Nisan	2014 Nisan
Nüfus	73 505	74 261	-	İş gücüne katılma oranı	49.6	51.1	50.7
15+ Nüfus	54 520	55 406	56 795				
İşgücü	27 055	28 332	28 773	-Erkek -Kadın	70.6 29.2	71.6 31.2	71.1 30.7
İstihdam	24 630	25 691	26 194				
-Erkek -Kadın	17 330 7 300	17 871 7 821	18 272 7 922	İstihdam oranı	45.2	46.4	46.1
İşsiz	2 425	2 641	2 579	İşsizlik oranı	9.0	9.3	9.0
-Gençler (15-24)	709	789	-	-Gençler(15-24) -Tarım dışı	16.7 11.1	17.6 11.5	15.5 10.9
Kayıt dışı istihdam	9 556	9 653	-	Kayıt dışı istihdam oranı	38.8	37.6	34.8

ÇSGB, 2013., Hane halkı işgücü istatistikleri Nisan 2012, 2013, 2014, TÜİK.

Tablo 2. Çalışma yaşamıyla ilgili bazı göstergeler

Özellikler	Sayı
İşsiz sayısı ^a	2 milyon 579 bin
İş kazası sayısı ^b	74 bin 871
Meslek hastalıkları sayısı ^b	395
Sürekli iş görmezlik sayısı^b	2 bin 209
-İş kazası	2 bin 36
-Meslek hastalığı	173
Ölüm sayısı^b	745
-İş kazası	744
-Meslek hastalığı	1

^aHane halkı İşgücü İstatistikleri, Nisan 2014. TÜİK, Temmuz-2014

^bİstatistik Yıllığı, SGK, 2012

Tablo 3. KOBİ'lerin işyeri sayısı, işçi sayısı ve iş kazasına göre dağılımı

Çalışan Sayısı	KOBİ'lerin işyeri sayısı içindeki oranı (%)	KOBİ'lerin işçi sayısı içindeki oranı (%)	KOBİ'lerin iş kazası içindeki oranı (%)
1-9	1 224 740 (%85.3)	3 271 100 (%29.7)	16 780 (%24.2)
10-49	183 415 (%12.8)	3 586 499 (%32.5)	18 803 (%27.2)
50-249	24 428 (%1.7)	2 409 411 (%21.8)	17 003 (%24.6)
KOBİ toplamı	1 432 583 (%99.8)	9 267 010 (%84)	52 586 (%76)

SGK 2012 İstatistik Yıllığı

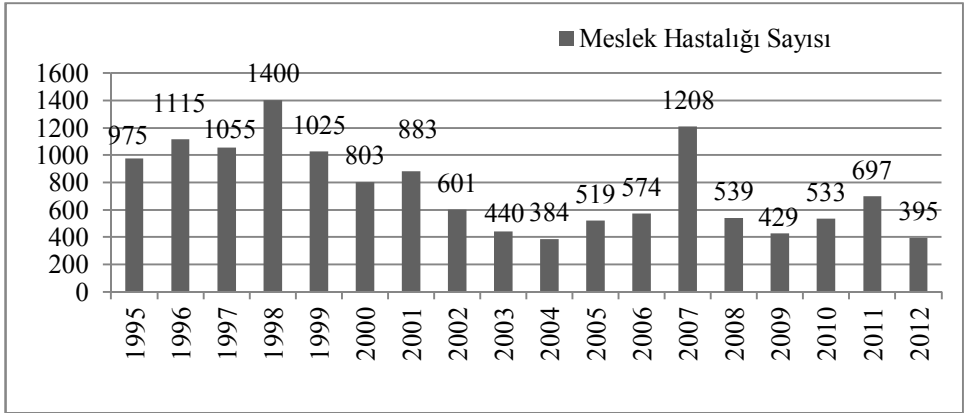
Tablo 4. Yıllara ve cinsiyete göre kayıtlı işsizler

Yıllar	Erkek	Kadın	Toplam
2004	611 352	200 596	811 948
2005	656 218	225 043	881 261
2006	782 652	279 201	1 061 853
2007	520 135	176 403	696 538
2008	724 338	263 502	987 840
2009	1 186 219	503 130	1 689 346
2010	999 569	414 972	1 414 541
2011	1 142 928	702 037	1 844 965
2012	1 433 621	938 641	2 372 262
2013 (haziran)	1 372 096	901 644	2 273 740

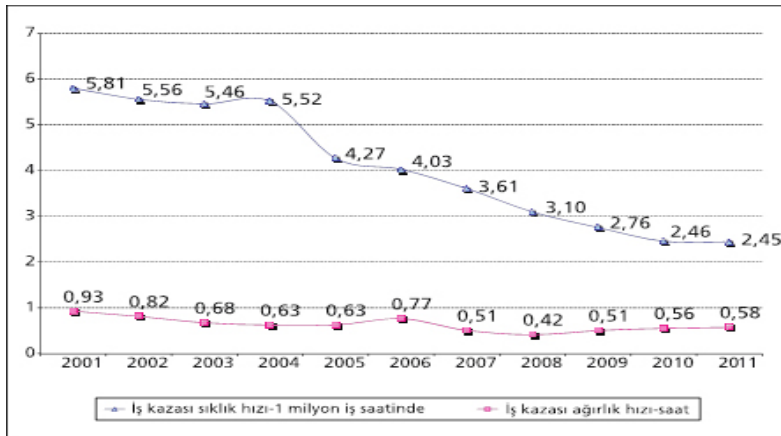
(ÇSGB, 2013)



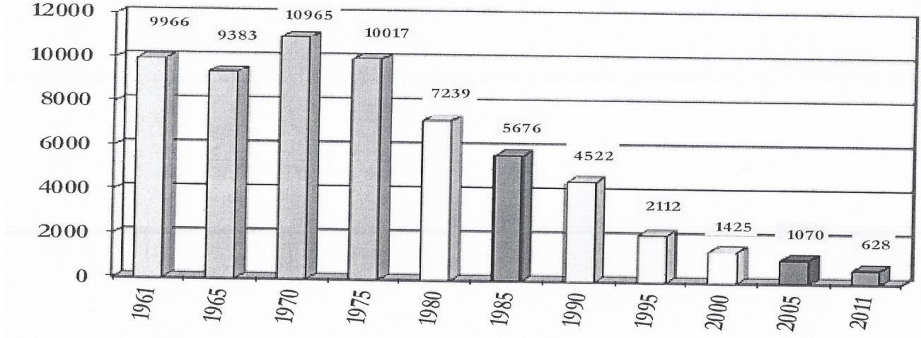
Grafik 1. Yıllara göre işsizlik oranları (TÜİK, SGK, ÇSGB 2014)



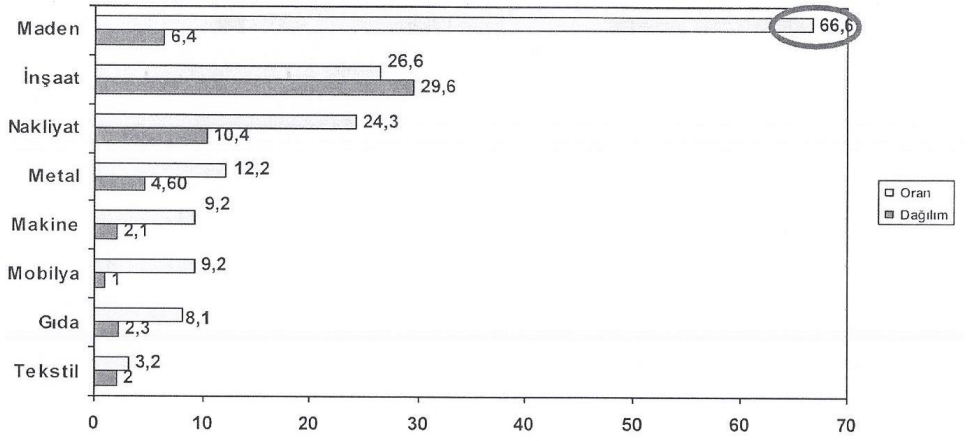
Grafik 2. Yıllara göre meslek hastalıklarının sayıları (SGK İstatistik Yıllığı 2012)



Grafik 3. Yıllara göre iş kazası sıklığı ve ağırlık hızları (SGK İstatistik Yıllığı 2012)



Grafik 4. İş Kazaları sayılarının dağılımı (100 000 işçide oran-ÇSGB, 2013)



Grafik 5. Ölümlü iş kazası oranları ve ölümlü iş kazalarının sektörlere göre yüzde dağılımı (100 000 işçide, 2007-2011, ÇSGB, 2013)

SAĞLIK PERSONELİNİN SAĞLIĞI (2012-2014)

Meral SAYGUN

Prof. Dr. Kırıkkale Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlık Hizmetlerinde kullanılan teknoloji ve üretim araçlarının çeşitliliği sağlık ve güvenlik konularında farklı birtakım sorunların doğmasına yol açmaktadır. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliğ uyarınca sağlık işletmelerinin iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından en riskli gruba dahil olması da sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliğinin önemini ön plana çıkarmaktadır (1). 6331 sayılı kanun, kapsamına aldığı işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve ulusal düzeyde iş sağlığı ve güvenliği kültürünün oluşturulması için çalışan ve işverenler bakımından hak ve yükümlülükleri düzenleyerek, çalışma hayatına önemli yenilikler kazandırmıştır. İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının tüm sektörler için geçerli olması ve işyerlerinin işin niteliğine göre tehlike sınıflarına ayrılması esasını benimseyen kanun koyucu yerinde bir düzenlemeyle, İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliğ uyarınca, sağlık işletmelerini iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından en riskli gruba dahil etmiştir (2). Sağlık hizmetleri bakımından herhangi bir özel hüküm getirilmemiş olduğundan, 6331 sayılı kanunda yer alan tüm hükümler sağlık hizmetleri bakımından da geçerlidir. Sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması için Sağlık Bakanlığı tarafından Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik ve bu yönetmeliğe dayalı olarak Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Genelge yayımlanmıştır (3,4).

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarından kaynaklanan fiziksel, psikolojik, kimyasal, biyolojik, ergonomik risklerle karşılaşma olasılıkları bulunmaktadır. Bu riskler çalışanın sağlığını tehdit etmekte, iş verimini düşürmekte, kurumun ekonomik kaybına yol açmakta, kazaların artmasına ve sonuçta sağlık çalışanının bakım verdiği kişilerin de doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır.

Bu makalede, sağlık çalışanlarının çeşitli iş sağlığı ve güvenliği sorunlarını konu alan, 2012-2014 yılları arasında ülkemizde yapılmış araştırmalar derlenmeye çalışılmıştır. Bu derlemenin ülkemizdeki sağlık çalışanlarının sorunlarının ortaya çıkması ve çözüm önerileri getirilmesinde kolaylık sağlayacağı düşünülmektedir. Anestezi çalışanlarının çalışma koşullarına bağlı sorunların tespiti ve çözüm önerilerinin oluşturulması yönünde Türk Tabipleri Birliği Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu (TTB), Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD), Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD), Adli Tıp Uzmanları Derneği (ATUD), Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği (ATTD) ile İstanbul Tabip Odası (İTO) katılımı ile 04 Ekim 2013 tarihinde gerçekleştirilen “Anestezi Çalışanları Mesleki Risk Değerlendirme” toplantısında komisyon oluşturulması bu komisyonun konuyu irdelemesi yönünde karar alınmıştır. Kurulan komisyon çalışmalarını üç ana başlık altında; anket, odak görüşmeler ve internet ortamında haber araştırması olarak gerçekleştirmiştir. Hazırlanan “Anestezi Çalışanları Mesleki Risk Değerlendirme” anketine toplam 398 kişi katılmıştır. Anket, odak görüşme ve internet ortamında tarama sonuçlarının dökümü, psikiyatrik yönden istatistik değerlendirmesi, Adli

Tıp Kurumu ve AMATEM yönünden dal değerlendirmesi şeklinde yapılan çalışmalar sonucunda aşağıdaki değerlendirmeler yapılmış, 24 Nisan 2014 tarihinde gerçekleştirilen Basın açıklaması ve Anestezi çalışanları Mesleki Değerlendirme Raporu ile duyurulmuştur(5,6). Rapora göre; Anestezi çalışanları basının gündemine yüksek doz ilaç etkisiyle ölümleri söz konusu olduğunda gelebilmektedir. Oysa hastasının yaşamından doğrudan sorumlu olan anestezi çalışanları diğer sağlık çalışanlarının sorunlarına ek olarak daha yoğun tehlike, risk ve aşırı iş yükü altında çalışmakta sağlık sisteminden kaynaklanan tüm olumsuz gelişmelerden etkilenmekte, var olan sorunları gittikçe ağırlaşmaktadır.

Anestezi çalışanları haftada genelde 50 saatin üzerinde çalışmakta ve %15 oranında bu çalışma süresi 60 saatin üzerine çıkmaktadır. Çalışmanın kapalı, karanlık ve de havalandırmanın yetersiz olduğu ortamda gerçekleşmesi gerek anestezi çalışanı gerekse hasta açısından riski artırmaktadır.

Anestezi çalışanları böylesi bir ortamda uzun-yorucu bir çalışmanın yanı sıra; Anestezik gazlar (%82), Radyasyon (%90), Uygun olmayan ergonomik koşullar (%85), Yetersiz havalandırma (%75,5) ve Gürültü (%88) ye maruz kalmaktadır. Bunların yanı sıra anestezi çalışanları bulaşıcı hastalıklar (enfeksiyon) ve hasta-hasta yakınlarının uyguladığı şiddet riski altında çalışmaktadır.

Bu olumsuz çalışma koşullarının yanı sıra anestezi çalışanlarının günlük düzenli öğle tatili ve dinlenme arası bulunmamakta (%90,5), ve yasal izin haklarını tam olarak kullanamamaktadır (%41). Anestezi çalışanları yoğun radyasyon altında çalışmalarına rağmen radyasyon maruziyetine bağlı yasal haklara da sahip değildir.

Çalışma koşullarının bu durumunun yanı sıra kurumların %60'ı 4857 sayılı İş Kanunu ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası çerçevesinde yasal sorumlulukları ile ilgili gerekli önlemleri almamaktadır.

Ağır ve uygun olmayan çalışma koşulları anestezi çalışanlarında psikolojik sorunlara da yol açmakta ve toplam riskler sıralamasında psikolojik sorunlar 3. sırada yer alırken depresyon, stres, mobbing (psikolojik baskı), travma, anksiyete, tükenmişlik, madde kötüye kullanımı, eşitsizlik, güven kaybı, panik atak, mesleki doyumsuzluk psikolojik sorunlar olarak öne çıkmaktadır.

Anestezi tekniker ve teknisyenleri uzmanlara göre daha depresif iken çalışma ortamındaki ergonomik bozukluğun (%11-20), aydınlatma yetersizliğinin (%11), gürültünün (%11-21), havalandırma yetersizliğinin (%14-19), anestezik gaz bulunmasının (%17-22), mobbing uygu-landığı kanısının (%14-35), iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin uygulanmamasının (%17-25) önemli olduğu bildirilmiştir.

Olumsuz çalışma koşulları ve buna bağlı ortaya çıkan depresyon anestezi çalışanları açısından mesleki ve kişisel ciddi sorunlara yol açarken sonuçları açısından kesinlikle değerlendirilmesi, önlem alınması gereken bir durumdur. Bu kapsamda raporun sonuç ve öneriler kısmında aşağıdaki maddeler sıralanmıştır;

1. Mevcut yasalar ve standartlar çalışma alanını ve çalışma koşullarını yeterince düzenlememekte, var olan düzenlemeler uygulanmamakta ve gerekli denetimler yapılmamaktadır

2. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusunda yeterince bilgilendirilmediği ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği kanununun hükümlerinin uygulanmadığı görülmekle birlikte özellikle iş kazası ve meslek hastalıkları konusunda (Radyasyon, anestezi gazları, bulaşıcı hastalıklar vd) gerekli prosedürler yeterince işletilmemektedir.

3. Anestezi çalışanları iş yüklerini ve çalışma koşullarındaki olumsuzlukları genellikle yüksek olarak tanımlamaktadır, performans uygulamaları sorunlarını daha da ağırlaştırmaktadır.

4. Hasta sağlığının ve yaşamının teraziye konulduğu ameliyathane koşullarında sürekli çalışmak zorunda olan anestezi uzmanı hekimler ve anestezi tekniker-teknisyenleri-hemşireleri koşulların yetersizliğini ve olumsuzluğunu bedenleri ve ruhsal güçleriyle telafi etmeye çalışmaktadırlar. Bunun sonucu da yoğun depresyon ve anestezi madde bağımlılığı riskini getirmektedir.

5. Uygulanan sağlık politikalarının mevcut haliyle devam etmesi durumunda sorunlar çözümsüzlükle birlikte daha da artarak anestezi hizmeti açısından çalışma yaşının 17-18 yaşlarına inmesi birçok sorunu beraberinde getirmekte ve olası olumsuzluklara yol açma potansiyeli taşımaktadır.

Bu kapsamda anestezi çalışanları için öncelikle;

- Havalandırma ve atık gaz sistemi standartlara uygun hale getirilerek Sağlık Bakanlığı ve sağlık çalışanlarının kurumsal temsilcileri tarafından sürekli denetimi yapılmalı,
- Çalışma ortamı; ameliyathane, dinlenme odası, diğer sosyal tesislerin fiziki koşulları uygun hale getirilerek, gün ışığı ve temiz hava sağlanmalı ,
- İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tüm önlemler alınarak ücretsiz düzenli sağlık kontrolleri, aşı, kişisel koruyucu donanımlar (kurşun yelek, dozimetre, maske, eldiven, gözlük vd) sürekli sağlanmalı
- Çalışma süresinin insani değerlere göre düzenlenerek iş yükü azaltılmalı, öğle tatili, özellerde çalışma koşulları düzeltilmeli, performans kaldırılmalı, resmi tatillerde çalışılmaması, uygun beslenme olanağı sağlanmalı, ameliyathane ve ameliyat kurallarına, planlamaya uyulmalı, nöbet izni uygulanmalı ve mola süreleri artırılmalı,
- Bulaşıcı hastalıklara ve radyasyona karşı gerekli önlemler alınarak mesleki yıpranma payı, erken emeklilik, şua izni, anestezi gazı maruziyet izni, kapalı ortamda çalışma izni gibi haklar verilmelidir (5,6).

Ameliyathane personelinin radyasyon güvenliği konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla, Gölçük Devlet Hastanesi ameliyathanesinde çalışan 50 kişiye anket uygulanmış, çalışmanın sonunda; Gün içerisinde birden çok kez radyasyona maruz kalmaları bakımından ameliyathane hemşireleri ve anestezi teknisyenleri diğer çalışanlara göre daha riskli grupta bulunmuştur. Tüm personelin radyasyonun sağlık üzerindeki yan etkilerinden haberdar olduğu ve kurşun gömlek giyilmesi gerektiğini bildiği, fakat birçok cerrahın tiroid koruyucu kullanmadığı, bazı personelin tiroid koruyucu varlığından

haberlar olmağı belirlenmiştir. Erkek alışanların kadın çalışanlara göre radyasyon güvenlik işaretlerinden haberlar olmağı saptanmıştır ($p<0,05$). Ameliyathane alışanlarının radyasyonun zararları hakkında bilgi düzeyleri çok iyiirken, koruyucu önlemler alınması konusundaki davranışlarının yetersiz olduğu belirlenmiştir (7).

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ameliyathane'sinde ve dahili servislerinde çalışan personelin Hepatit B virüsü (HBV), Hepatit C virüsü (HCV) ve Kazanılmış İmmün Yetmezlik virus (HIV) seroprevalansı ve immünizasyon durumunu saptamak amacı ile yapılan çalışmada; Servis ve ameliyathane alışanlarında, hepatit belirteçlerinde istatistiksel açıdan fark olmağı, hepatit hikayesi olmayan ameliyathane çalışanından, 6'sında (%5), servis çalışanlarından ise 2'sinde (%1,6) anti-HBc' nin (+) olduğu saptanmış, ameliyathane çalışanlarının 52'sinde (%42,6), servis çalışanlarının ise 50'sinde (%40,9) anti-HBs (+) bulunmuştur. Katılımcıların tümünde anti-HCV ve anti-HIV negatiftir.

Çalışmanın sonunda, risk altında bulunan sağlık alışanlarında rutin aralıklarla yapılan laboratuvar tetkiklerinin ve hastane ortamında alınan standart önlemlerin önemi vurgulanmıştır (8).

Sağlık kurumları organizasyon ve yönetimin kalitesini artırmak, sürekli değişimi teşvik etmek amacıyla akreditasyon süreçlerinden yararlanmaktadır. Tıbbi laboratuvarlar için kapsamı açısından uygulanması önerilen standartların başında ISO 15189 kalite ve yeterlilik standardı gelmektedir. Bu standardın "güvenlik ve yerleşim koşulları" maddesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve gereken güvenlik önlemlerinin alınmasını kapsamaktadır. Güvenli ortam sağlamanın en önemli koşulu, olası tehlikelerden arındırılmış temiz ve düzenli bir çevrenin oluşturulmasıdır. Bu bağlamda, özellikle endüstride kullanılmakta olan 5S uygulaması kolayca yrtlembilen, çalışanların katılımını ve memnuniyetini sağlayan; bunların yanısıra iş verimliliğini artırma gibi üstünlüklere sahip bir uygulamadır. Sunulan bu çalışmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Merkez Laboratuvarında 5S yönteminin uygulanması ve bu uygulamanın çalışan memnuniyeti ve çalışma ortamı düzeni bakımından uygunsuzlukların giderilmesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Uygulamada ilk olarak Dokuz Eylül Üniversitesi Merkez Laboratuvarı yönetimine ve çalışanlarına 5S eğitimi verilmiş ve daha sonra proje ekibi oluşturularak üç aylık süre içerisinde 5S aşamaları (*Seiri*: Sınıflandırma, *Seiton*: Düzen, *Seiso*: Temizlik, *Seiketsu*: Standardizasyon ve *Shitsuke*: Disiplin) uygulanmıştır. Uygulama sonrası geçen beş yıllık dönem içerisinde 5S uygulamasının işi kolaylaştırma, iş doyumunu, güvenli ortam oluşturma ve yönetime katılım boyutlarının çalışan memnuniyetine etkisi beşli likert ölçekli anket formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, Merkez Laboratuvarında biyogüvenlik uygulamaları kapsamında 2007 yılından itibaren her yıl sonunda düzenli olarak gerçekleştirilen laboratuvar çevresel durum değerlendirme raporları geriye dönük olarak incelenmiştir. 5S ncesi ve sonrası dönemde saptanan uygunsuzluk sayısı ve uygunsuzlukların ortadan kaldırılması için gerçekleştirilen düzenlemelerin gelişim oranı yüzde (%) olarak değerlendirilmiştir. Uygulama sürecinde o dönemde aktif olarak çalışan 114 çalışana anket formu verilmiş ve ankete katılan 63 (%52.3) kişiden (16 erkek, 47 kadın) gelen yanıtlar irdelenmiştir. Anket formunun güvenilirliği, Cronbach alpha

değeri 0.858 ($p < 0.001$) olarak tespit edilmiştir. Uygulama sonrası 5S bileşenlerinden, işi kolaylaştırma ve güvenli ortam oluşturma boyutlarının çalışan memnuniyeti üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etki oluşturduğu belirlenmiştir. Ayrıca 5S uygulaması sonucunda önceki yıllara göre laboratuvar ortamında belirlenen uygunsuzluk puanında %69.7 oranında belirgin bir iyileşme saptanmıştır. Sonuç olarak, ISO 15189 tıbbi laboratuvar akreditasyonuna sahip ilk kamu hastane laboratuvarında gerçekleştirilen 5S uygulamasının, laboratuvar güvenlik sisteminin oluşturulmasına ve sürdürülmesine önemli bir katkı sağladığı kanısına varılmıştır (9).

Bir hastanede idari personel olarak çalışan kişilerin sigara kullanma, fizik egzersiz yapma, stresle başa çıkma ve sağlıklı beslenme davranışlarını saptamak ve çevreye yönelik değerlendirmelerini öğrenmek amacıyla planlanmış çalışmada, tüm personel içinde en fazla görülen beslenme alışkanlığı fazla miktarda çay, kahve, kola tüketmek olarak bulunmuştur. Görüşülen kişiler arasında %51,8'lik kesim herhangi bir fiziksel aktivitede bulunmadığını belirtmiştir. Araştırma sırasında görüşülen kişiler en fazla sigara kullanımının azaltılmasına yönelik bilgilendirme yapıldığını belirtmiştir (%36,7). Personelin işyeri ortamına ilişkin beklentilerinin ilk üçü "iş yerinde dinlenmek için ayrı bir ortam sağlanması", "iletişim teknikleri konusunda profesyonel destek sağlanması", "stresle başa çıkma konusunda profesyonel destek sağlanması" dır. Sofradan tuzluğun kaldırılması ise en az önem verilen beklenti olmuştur. Çalışmanın sonucunda; hastane idari personeli ve sekreterlerin sağlığı geliştirici çevre koşullarına erişiminde ve sağlığı geliştiren davranışları benimsemeye yönelik farkındalık düzeyinde eksiklik olduğu saptanmıştır (10).

Hastane enfeksiyonu etkenlerinin sağlık çalışanlarının elleriyle taşındığı bilinmektedir. El hijyeni kurallarına uyum, hastane enfeksiyonu hızını azaltmaktadır. Bir üniversite hastanesinde el hijyeni gerektiren beş indikasyon durumuna sağlık çalışanlarının uyumunun incelendiği çalışmada; yataklı tedavi üniteleri, poliklinikler ve acil serviste görevli sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulamaları, servis eğitim hemşireleri tarafından gözlemlenerek 112 adet El Gözlem Formu doldurulmuş ve hastane genelinde el hijyenine uyum oranı %75 olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonunda, el hijyeni uygulamasının hasta ve çevresiyle temastan sonra gerçekleştirildiği ve en yaygın el hijyeni yönteminin el yıkama olduğu belirlenmiş, el hijyeni indikasyonları ve yöntemleriyle ilgili tüm hastane personeline yönelik eğitimlerin düzenli olarak sürdürülmesi ve eğitim sonrası tekrarlanan gözlemlerle programın başarısının değerlendirilmesi önerilmiştir (11).

Üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde, 3 yıl içerisinde görülen mesleki yaralanmaların değerlendirildiği çalışmada, enfeksiyon kontrol komitesi tarafından düzenlenen 40 adet sağlık personeli yaralanma formu geriye dönük olarak incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre; en fazla olgu grubunu hemşireler (16/40) oluşturmuş ve en fazla yaralanma cerrahi servislerde olmuştur. Başvuran olgulardan 3'ü acil serviste çalışmaktadır. Olguların 36'sı iğne batması, 2'si kesici alet yaralanması ve 2'si de mukozal temas sonucu yaralanmıştır. Yaralanma sonucu olguların 39'u yaralanan bölgeyi temizlemiştir. Bir olgu ise yaralanan bölgeyi sıkarak kanatma işlemi uygulamıştır. Olguların 25'inde yaralanmanın hangi hastada kullanılan malzemeden olduğu bilinirken 15'inde

yaralanma nedeni olan malzemenin kullanıldığı hasta bilinmiyordu. Yaralanma sonrası bir olguda hepatit B gelişti. Bu personelin enfeksiyon kontrol komitesine erken dönemde başvurmayıp aktif hepatit bulguları geliştikten sonra başvurduğu saptandı. Sonuçta, sağlık çalışanlarının kan ve vücut sıvılarıyla olan mesleki maruziyet hakkında eğitilmeleri gerektiği ve kan yada kan ürünleriyle temas sonucu yaralanması olan sağlık personelinin en kısa sürede enfeksiyon kontrol komitesine başvurmasının önemi vurgulanmıştır (12).

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık personelinin hepatit B virusu (HBV) ve Hepatit C virusu (HCV) seroprevalansının araştırıldığı çalışmada; hastanede 2012-2013 yılı sağlık çalışanlarından tarama amacıyla alınan kan örneklerinin; hepatit B yüzey antijeni (HBsAg), hepatit B yüzey antikoru” (Anti-HBs), HCV antikoru (anti-HCV) sonuçları belirlenmiştir. Hepatit B açısından yapılan tarama sonuçları değerlendirildiğinde taramaya katılan 1208 sağlık personelinin 19’unda (%1,57) HBsAg pozitif saptanırken, 960 kişide (%79,4) anti-HBs pozitif, 229 kişide (%18,9) Anti-HBs negatif, 5 kişide (%0,4) anti-HCV pozitif olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak sağlık personeli HBV, HCV enfeksiyonları açısından risk altında olduğu, Hepatit B virüs enfeksiyonu aşı ile önlenabilir hastalık olduğu için sağlık çalışanlarının aralıklı olarak taranması, HBV açısından seronegatif olan personelin aşılama programına alınması ve aşılama sonrası uygun zamanda Anti-HBs titrelerinin kontrol edilmesi gerektiği belirtilmiş ve Hepatit C enfeksiyon bulaşı açısından personelin eğitilmesi gerektiği vurgulanmıştır (13).

Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu öğrencilerinde Hepatit B ve Hepatit C ve HIV seroprevalansını değerlendirmek, öğrencilerin bu konudaki bilinç düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, HBsAg 2 (%1,4), Anti-HBs 127 (%89,4) ve Anti-HBc Ig G 9 (%6,3) öğrencide pozitif saptanmış, Anti-HCV nin, öğrencilerin tümünde negatif olduğu belirlenmiştir. Sarılık geçirdiğini söyleyen 7 kişiden 2 (%28,6)’sinin Anti-HBcIgG değeri pozitif bulunmuş, sarılık geçirmediğini söyleyen 135 kişiden 7 (%5,2)’sinin Anti-HBc Ig G’si pozitif bulunmuş (p=0,013). Anti-HBc Ig G değeri pozitif bulunan 9 öğrenciden ikisinin HBsAg pozitif kaldığı 7’sinde ise Anti-HBs’nin pozitifleşmiş olduğu tespit edilmiştir. Anti-Hbs pozitifliği olan 127 öğrenciden 120’sinin (%94,5) aşılama ile bağışıklık kazanmış olduğu bulunmuştur. HBsAg, Anti-HBc Ig G ve Anti-Hbs negatif bulunan 13 (%9,2) öğrenci hepatit B aşılama programına alınmıştır. Sonuç olarak öğrenim ve meslek yaşamları süresince her an risk altında bulunan sağlık hizmetleri öğrencilerinin hepatit B ve C’nin bulaşma yollarını bilmeleri gerektiği, sağlık çalışanları içinde en büyük risk taşıyan hemşirelerin hasta ile karşılaşmadan aktif bağışıklığının sağlanmasının önemi vurgulanmıştır (14).

Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Kliniğinde görev yapan hastane personelinin nazal *S. aureus* taşıyıcılık oranlarının ve çeşitli antibiyotiklere direnç durumlarının belirlenmesi ve risk faktörlerinin saptanması amacıyla yapılan çalışmada, hastane enfeksiyonları arasında en önemli yere sahip olan patojenlerin başında gelen *Staphylococcus aureus*’un kişilerde temel yerleşim yerlerinden birinin burun olduğu belirtilmiş ve Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Kliniğinde çalışan 98 kişiden nazal sürüntü örneği alınmış, *S. aureus* taşıyıcılık

oranı %15 olarak belirlenmiştir. Taşıyıcılığı etkileyebilecek risk faktörleri ile taşıyıcılık arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Suşların %13.3'ünün indüklenebilir klindamisin direnci taşıdığı saptanmıştır. İzole edilen 15 suşun test edilen, eritromisin ve klindamisin hariç, antibiyotiklere (vankomisin, trimetoprim-sulfametoksazol, gentamisin, rifampisin, teikoplanin) dirençli olmadığı saptanmış, metisilin direncine rastlanmamıştır. Çalışmanın sonucunda MRSA gözlenmemesi sevindirici olmakla beraber, indüklenebilir klindamisin direncinin taşıyıcılardaki oranı dikkat çekici bulunmuştur (15).

Sağlık çalışanları için temel olarak uygulanması öngörülen aşılar hepatit B, influenza, kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeğidir. Boğmaca aşısının daha önce gereğinde uygulanması önerilirken günümüzde sağlık çalışanları için kesin olarak uygulanması gerektiği kabul edilmektedir (16). Ülkemizde bu aşılar Genişletilmiş Bağışıklama Programı içinde yer almakta ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2009/17 no.lu Genelgesi ile ücretsiz uygulanmak ve bildirimde bulunmak kaydı ile talep eden sağlık kuruluşlarına verilebilmektedir (17). Sağlık çalışanları için meningokok, tifo, polio, tüberküloz, hepatit A aşıları özel durumlarda uygulanması gerekebilen aşılardır. Veba, kuduz, kolera, tifüs ve sarı hummaya karşı aşı endikasyonları ancak hastadan maruz kalma veya riskli laboratuvar çalışması söz konusu ise ayrıca değerlendirilmelidir (16). Sağlık çalışanlarının difteri, pnömokok enfeksiyonları ve tetanoz açısından normal yetişkinlerden farklı risk altında bulunmadıkları belirlendiği için bu hastalıklara karşı aşılama, "meslek sağlığı ve güvenliği programı" dışında tutulmaktadır (16). Aşıların en verimli kullanımı, sağlık çalışanın yüksek riskli duruma girmeden bağışıklanmasıdır. Aşırı uygulayan kişinin her bir aşı ve immünglobülin için endikasyonu, saklanması, dozajı, hazırlanması, ve kontrendikasyonları hakkında iyi bilgilendirilmiş olması, sağlık çalışanın aşı uygulanmadan önce konuyla ilgili anamnezinin tekrar alınması, yan etkiler konusunda bilgilendirilmesi önemlidir (16).

Hastanede son altı yılda sağlık çalışanlarında meydana gelen delici kesici alet yaralanmalarının değerlendirildiği ve personele verilen eğitim uygulamalarının bildirim üzerine olan etkisinin incelendiği çalışmada, Ocak 2007-Ocak 2013 tarihleri arasında hastanede 229 delici kesici alet yaralanması meydana geldiği saptanmıştır. Bu süre zarfında 1,386 hastane çalışanın eğitim aldığı tespit edilmiştir. Sonuçta eğitime katılan personel sayısı arttıkça, maruziyet bildirim sayısının arttığı; çalışanların sürekli eğitimlerinin sağlanmasının, farkındalığı artırarak personel sağlığının korunmasında önemli olduğu sonucuna varılmıştır (18).

Sağlık alanında çalışanlarda, kas- iskelet sistemine ait problemler önemli sorun oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarında kas iskelet sorunlarının en önemli nedeni hasta ile yakın temas gerektiren aktivitelerdir. Hekim, diş hekimi, hemşire, fizyoterapist ve hasta bakıcılar çalışma ortamlarında sürdürdükleri aktiviteler nedeni ile kas iskelet sistemini ilgilendiren yaralanma ve hastalıklara sıklıkla maruz kalmaktadırlar. Sandıklı Devlet Hastanesinde çalışan 298 personelin katıldığı çalışmada hastane çalışanlarında işe bağlı kas ve iskelet sistemi

problemleri ve bu problemleri etkileyen faktörlerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre hastane çalışanlarında en fazla sırt ağrısı (%60,7), bel ağrısı (% 57,7), boyun ağrısı (% 52,7) omuz ağrısı (% 46,9) görülmektedir.

Çalışanların % 26'sı son 3 ay içerisinde kas iskelet rahatsızlıkları nedeniyle doktora muayene olmuşlardır. % 38,5'si kas iskelet rahatsızlıkları nedeniyle ilaç kullanmışlardır. Çalışanlarda kas iskelet rahatsızlıklarının günlük işleri engelleme durumları incelendiğinde en fazla günlük işleri engelleyen sorunlar bel ağrısı (% 40,2), sırt ağrısı (% 31,0), Boyun ağrısı (% 24,7) Omuz ağrısı (% 23,8) olduğu görülmektedir. Çalışmanın sonunda; Kurum yöneticilerinin öncelikli olarak kas ve iskelet sistemi rahatsızlıklarının nedenlerini saptamaya yönelik detaylı ergonomik analiz çalışma planlamaları gerektiği, konu ile ilgili sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitim verilmesi ve ağrıların önlenmesi ve bildirimi ile ilgili yöntemler geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (19).

Mesleki tükenmişlik, bir örgütteki insan kaynağının verimli ve etkili çalışmasını ve bu bağlamda örgütsel performansı olumsuz yönde etkileyen bir süreçtir. Tükenmişlik, diğer insanlarla birebir etkileşimi gerektiren hemşirelik, doktorluk, sosyal hizmet uzmanlığı ve öğretmenlik gibi meslek gruplarında sıklıkla görülmektedir. Sağlık çalışanları, işleri gereği hastalık, ağrı, acı çekme,ölüm, yalnızlık, güçsüzlük gibi olumsuz durumları olan bireylerle çok sık karşılaşmakta ve bu bireylere destekleyici bakım hizmeti vermektedirler. Bu durumlarda sorumluluk alan sağlık çalışanları "tükenmişlik" yönünden en çok risk taşıyan meslek gruplarının içerisinde yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet veren Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma hastanesinde görev yapan 314 sağlık çalışanının tükenmişlik düzeyleri yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma, aylık gelir durumu, çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi değişkenleri açısından incelenmiştir. çalışmanın sonuçlarına göre; her üç boyutta da erkeklerin puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksektir. Çalışanların yaşlarına göre tükenmişlik düzeylerini araştırıldığında, yaşı ilerlemiş kişilerde tükenmişlik seviyesinin azaldığı saptanmış, bu da artan yaşla beraber sorunlara çözüm getirebilme becerisinin artması ile ve genç çalışanların beklenti düzeylerinin yüksek olmasından dolayı yaşadıkları hayal kırıklığı ile açıklanmıştır. Meslek gruplarına bakıldığında, tükenmişliğin üç alt boyutunda da asistan doktorların tükenmişlik puan ortalamalarının diğer meslek gruplarından yüksek olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamında sorgulanan çalışma yılı ile tükenmişlik düzeyi konusunda yapılan analiz sonucunda 20 yıl ve üzeri çalışanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık puanlarının düşük, iki yıldan az çalışanların ise kişisel başarı duygusunda azalma puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bulundukları hastanede çalışma süresi ile tükenmişlik düzeyi konusunda yapılan analiz sonucunda, 2-10 yıl arasında çalışanların duygusal tükenmişlik puanlarının daha yüksek olduğu, 2 yıldan az çalışanların duyarsızlık puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmanın sonunda; Yaş, cinsiyet, meslek, çocuk sahibi olma durumları, çalışma süreleri ve kurumda çalışma sürelerinin sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini anlamlı bir şekilde etkilediği düşünülmüştür (20).

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesindeki temel, dahili ve cerrahi tıp bilimlerindeki tıpta uzmanlık öğrencilerinin tükenmişlik düzeyini belirlemeyi amaçlayan çalışmada; 189 TUÖ (16 temel bilim TUÖ, 126 dahili bilim TUÖ, 47 cerrahi bilim TUÖ) çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların %50,8' i kadın, yaş ortalaması $28,4 \pm 3,1$ idi. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde TUÖ'lerinin ortalama duygusal tükenmişlik (DT) puanı $19,17 \pm 8,37$, Duyasızlaşma (DYS) puanı $18,97 \pm 7,73$ ve Kişisel Başarı (KB) puanı $24,35 \pm 6,27$ olarak hesaplandı. DT ve DYS puanlarında temel bilim TUÖ'leri diğer bölümlere göre daha düşük puan alırken, cerrahi ve dahili bilim TUÖ'lerinin arasında fark yoktu. Dahili bilim TUÖ'leri, cerrahi bilim TUÖ'lerine göre daha yüksek KB puanına sahipti. Temel bilim TUÖ'leri ile cerrahi ve dahili bilim TUÖ'leri arasında KB puanı açısından fark yoktu. Çalışmanın sonuçlarına göre TUÖ'lerin %80,9'u hastalar tarafından yeterince takdir edilmediklerini ve %92,6'sı mesleklerinin toplumda hak ettiği yeri bulmadığını düşünüyordu. TUÖ'lerin, ancak %42,6'sı iş çevrelerindeki insanlardan destek gördüğünü belirtmekteydi. Çalışmadaki TUÖ'ler daha çok (%78,9) aileleri ve yakın çevrelerinden destek görmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre TUÖ'lerin yarısından fazlasının hekimlik mesleğini bırakmayı düşünmesi çok önemli ve trajik bir sonuçtur. Sağlık sektöründe çalışanların yaşadığı bu memnuniyetsizlik göz ardı edilmemelidir. Klinisyen TUÖ'lerin büyük çoğunluğu kendilerine ve iş dışındaki ilgi ve hobilerine yeterince zaman ayıramamaktadır. Bütün bu sonuçların TUÖ'lerin mesleki tükenmişlik yaşamalarını kolaylaştırdığı düşünülmüştür (21).

Adana ve Çevresinde görev yapan anestezi ve reanimasyon uzmanları ile uzmanlık eğitim süresi 1 yılın üzerinde olan araştırma görevlisi 88 hekimin dahil edildiği çalışmada, katılımcılarda duygusal tükenme duyarsızlaşma ve kişisel başarıyı araştıran Maslach Tükenme ölçeği (MT.) ile kişisel özellikler alışkanlıklar ve çalışma koşullarını araştıran sosyodemografik veri toplama formu kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, sigara içenler, uyku problemi yaşayanlar, herhangi bir hobiye sahip olmayanlar, araştırma görevlileri ve çalışma süresi beş yıldan az olan hekimler, kamu hastanelerinde çalışanlar ve uzmanlık süresi 16 yılı aşmış anestezi uzmanları tükenmişlik açısından yüksek risk grubundadır (22).

Çalışanların hem iş doyumları hem de yaşam doyumları üzerinde olumsuz etkide bulunan stres işyerindeki fiziksel yapı, iş yükü, rol çatışması, üstlerle ve iş arkadaşlarıyla olan ilişkiler gibi birçok etkenden kaynaklanabilir. İşyerinde kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan streslerden biri de yıldırma. Leymann işyerinde yıldırma maruz kalmanın sosyal izolasyon, sosyal uyumsuzluk, psikosomatik hastalıklar, depresyon, takıntılı davranışlar, çaresizlik, öfke, anksiyete ve umutsuzluk gibi önemli sonuçlara yol açtığını öne sürmektedir (23). Ayrıca yıldırma, mağdurun iş doyumunun azalmasına da neden olur. İşe karşı bıkkınlık, isteksizlik, performans düşüklüğü, üst üste sürekli alınan izinler ve raporlar artar (24).

Yıldırma kurbanı bireylerin kendilerini mutsuz ve duygusal olarak yalnız hissettikleri ve bu yüzden yaşam doyum düzeylerinin daha düşük olduğunu bulmuştur (25). Ülkemizde, yıldırmanın çok yaygın bir biçimde yaşandığı alanlardan birisi de sağlık sektörüdür (26).

Bu nedenle sağlık çalışanlarının yıldırma maruz kalma, depresyon ve yaşam doyumunu düzeylerinin incelenmesi, hem çalışanların yaşam kalitesi hem de sunulan

sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemlidir. Bu amaçla, İç Anadolu bölgesinde yer alan orta büyüklükte bir il merkezindeki hastanelerde en az altı aydır çalışan 244 sağlık personeline Olumsuz Davranışlar Ölçeği (ODÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının yıldırımaya maruz kalma düzeyleri arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı ve depresyon düzeylerinin arttığı saptanmıştır (25). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bu araştırmanın bulguları, işyerinde yıldırma ile yaşam doyumları arasındaki ilişkide depresyonun kısmen aracı olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, bireyin (özellikle sağlık çalışanı) iş yaşamında yıldırımaya maruz kalması depresif belirtilerin ortaya çıkmasına bu durum da bireyin yaşam kalitesini olumsuz değerlendirmesine yol açmaktadır. Bu durum hem birey hem de sağlık sektörü açısından değerlendirildiğinde; bireyin iş doyumunun azalmasına, performans düşüklüğüne, işe karşı bıkkınlık ve isteksizliğe yol açabileceği, sağlık kurumunun ise verimliliğini azaltabileceği düşünülmektedir. Yıldırma mağdurlarına bu yaşantının üstesinden gelmede, kendilerini güçlendirmede, kontrolü yeniden kazanmada ve yaralarını iyileştirmede yardımcı olacak başa çıkma becerileri kazandırılabilir. Ayrıca sağlık kurumlarında yıldırma mağdurlarına yardım eden birimler ve destekleyici gruplar oluşturulabilir. Bu çalışmada da görüldüğü gibi yıldırımaya maruz kalmanın birey açısından sonuçları oldukça ağırdır. Bu nedenle yıldırımaya neden olan yönetsel ve örgütsel faktörleri ortadan kaldırmaya yönelik olarak sağlıklı insan ilişkilerinin önem kazandığı bir örgüt kültürü oluşturmak için de gerekli önlemler alınmalıdır (25).

Sağlık işletmeleri çalışanları arasındaki mobbing ile çalışanların örgütsel bağlılık düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada, Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesinde farklı ünvanlara sahip toplam 321 sağlık çalışanı üzerinde anket çalışması yapılmıştır (27). Bu çalışmada hastanede görev yapan çalışanların mobbing davranışına maruz kalıp kalmamalarının üç tip örgütsel bağlılık türü ile etkileşimleri incelenmiştir. Araştırmada genel olarak çalışanların maruz kaldıkları mobbing türlerinin toplum normlarına ayak uyduramama ya da meslekte tecrübesiz olma gibi nedenleri vardır. Öte yandan sonuçlara göre mobbing'in varlığı ile örgütsel bağlılığın azalması arasında bir ilişki bulunmuştur ve dolayısı ile mobbing'in örgütsel bağlılığı negatif yönde etkilediği söylenilebilir. Sonuç olarak bu araştırma göstermiştir ki, bir örgütte çalışan personelin işyerinde psikolojik şiddete maruz kalmaları, çalışanların işyerine olan bağlılıklarını düşürebilmektedir. Dolayısı ile bu durum hem örgütün ve işletmenin faaliyetlerdeki başarısını, hem de daha genel olarak toplumda çalışan bireylerin refahını olumsuz yönde etkilemektedir. Araştırmanın sonunda, işletmelere katkı sağlayacak öneriler yapılmıştır;

- Mobbing'in her işletmede ortaya çıkmasını etkileyecek çeşitli faktörler bulunabilir. Bunun için, örgütlerde belirli zaman dilimlerinde bu konuda eğitimler verilmelidir ve mobbing'e uğrayan mağdurlara etkili başa çıkma yöntemlerini içeren destek sağlanmalıdır.
- Görsel ve yazılı medyada mobbing ile ilgili programlara yer verilmelidir.
- Bir işyerinde mobbing'in varlığı, yöntemin buna izin vermesi, göz yumması ya da destek vermesiyle katlanarak artmaktadır. Dolayısıyla

yönetici seçiminde uzmanlığın yanında kişilik özelliklerinin, adalet, hoşgörü, iletişim becerileri, saygı ve duygusal zeka gibi yetenekler de dikkate alınmalıdır.

- Mobbing'i önleyici bir takım tedbirler için örgüt kültürü ve iklimi geliştirilmelidir. Bunun için takım çalışmaları, işbirliği ve aile katılımlı geziler, piknikler önerilebilir.
- İşyerinde çalışanlar arası sorunlar görmezden gelinmemeli ve meydana gelen sorunlar, en kısa sürede ve adil bir şekilde çözüme bağlanmalıdır. İşyerinde görev ve iş yükünün dağıtımında eşitlik sağlanmalıdır (27).

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneğinde, sağlık çalışanlarının motivasyonunu etkileyen faktörleri incelen çalışmada elde edilen sonuçlara göre; Kişilerin aldığı eğitime uygun bir işte çalışması motivasyon ve iş doyumunu açısından önemlidir. Bu verimlilik aynı zamanda etkin çalışma ve hasta memnuniyetini beraberinde getirmektedir. Yapılan araştırma sonucunda personellerin bilimsel çalışma olanakları için çeşitli konferans, toplantı ve eğitimlere katılımları psiko-sosyal açıdan motivasyonu olumlu etkilemektedir. Özellikle personelin iş yerinde kendini geliştirme imkanının olması, eğitim katılımlarının yönetim tarafından hem maddi hem de manevi desteklenmesi motivasyon açısından önemli etki gösterecektir. Ayrıca tüm bu uygulamalar sağlık işletmesinin ana amacı olan hasta memnuniyeti açısından da olumlu etki gösterecektir. İş ortamındaki insan ilişkilerinin güçlü olması motivasyonu psiko-sosyal açıdan en çok etkileyen araçtır. Farklı eğitim ve iş grubuna sahip hastane çalışanları arasında koordinasyon ve yardımlaşma olmazsa olmaz bir faktördür. Ekip çalışması motivasyon, etkili ve verimli çalışmayı olumlu etkilemektedir. Hastanelerde kliniklerin açık ve yakın bir iletişim içerisinde olması gerekir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde ekip çalışması ve iletişim zorunluluktur.

Sağlık çalışanları harcadıkları işgücünün maddi olarak karşılığını alamadıklarını ifade etmişlerdir, bunun genel olarak motivasyon üzerinde olumsuz etki yarattığı izlenmektedir. Ücretin yüksekliğinin motivasyon üzerinde etkisinin büyük olduğu ifade edilmektedir. Diğer bir faktör olarak ödüllendirmeler ele alındığında da maddiyatın ön planda olduğu izlenmektedir. Sonuç değerlendirildiğinde personelin parasal ödüllere manevi ödüllerden daha fazla önem verdiği belirlenmiştir, ekonomik faktörlerin motivasyon üzerinde etkisi büyüktür. Sağlık çalışanları arasındaki ücret adaletsizliği huzursuzluğa yol açmaktadır. Bu da performansa dayalı ödeme sisteminin bir sonucudur. Sonuçlardan da izlendiği gibi ücret adaletsizliği kişilerin motivasyonunu düşürücü bir etkiye sahiptir. Buda ekonomik açıdan en önemli motivasyon araçlarından biridir. Aynı işi yapan kişilerin farklı ücret alması kişilerarası iletişimi de olumsuz etkilemekte, psikolojik olarak verimleri de düşmektedir. Sağlık çalışanı emeğinin karşılığı olarak takdir edilmek, onurlandırılmak istemektedir. Takdir edilme çalışanlarda mesleki tatmin yaratmakta, işlerini daha iyi ve özveriyle yapmalarını sağlamakta, bu da hasta memnuniyeti üzerinde de pozitif etki göstermektedir. Araştırma sonucuna göre personellerin yönetim davranışlarından memnun olmadığı izlenmektedir. Yönetimin personelin sorunları üzerinde ilgisiz kalması çalışanları motivasyonu ve verimliliği üzerinde negatif etki göstermektedir. Çalışanlara memnun olmadıkları

uygulamalar konusunda şikayet edebilme olanağı sağlanmalıdır. Şikayetlerin dikkatle incelenip kısa zamanda çözüme kavuşturulması çalışanın kuruma veya yönetime güvenini artıracaktır. Yönetim hizmetlerinin çalışanlar ve çalışma koşulları ile ilgili kararlar alırken personelin fikirlerini de dahil etmeleri iş motivasyonunu olumlu olarak etkilemektedir. Otoriter liderlik tarzı sağlık hizmetleri yönetimine uygun değildir. Örgütsel yönetsel açıdan personelin motivasyonu huzurlu bir ortamda çalışmasına bağlıdır. Huzursuz, mutsuz personel motivasyon açısından düşüş göstereceği gibi aynı zamanda iş gücü olarak da düşüş gösterecektir. Bu düşüş aynı zamanda hasta memnuniyetini de negatif yönde etkileyecektir. Sağlık tesislerinde çalışma ortamının ısıtma, aydınlatma, havalandırma gibi fiziksel özelliklerinin yeterli olmaması ve mesleki tehlikeler gibi olumsuz faktörler sağlık personelinin motivasyonunu azaltmakta ve verimliliği düşürmektedir. Sağlık personelleri mesleki tehlikeler açısından hizmet içi eğitimler ile bilgilendirilmeli, yakalanma durumunda ise tedavisi sağlanmalıdır. Ergonomi sağlık personelinin performansını doğrudan etkilediğine dair birçok bilimsel çalışma sonuçları vardır. Sağlık çalışanlarının işlerini yaparken gerekli malzeme ve ekipman eksikleri iş gücü kaybı, verim düşüklüğüne sebep olmakta, psiko-sosyal açıdan motivasyonu büyük ölçüde düşürmektedir. Malzeme eksikliği verimlilik ve motivasyon arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Diğer bir değişle hastanelerin fiziki koşullarının uygun oluşu ve ekipman yeterliliği çalışanlar için önemli bir motivasyon aracıdır. Çalışma saatlerindeki belirsizlik ve demografik özelliklerdeki cinsiyet sorusu birleştirildiğinde katılımcı sağlık personelinin çoğunun bayan olması motivasyon üzerinde olumsuz yönde etkileşim sergilemektedir. Çalışma saatlerindeki belirsizlik motivasyon kadar iş verimini de olumsuz yönde etkilemektedir. Kamu çalışanlarının sigorta gibi sosyal güvencilere sahip olması iş değişikliğinde bu unsurlardan ve özlük haklarını kayıp edecek olması iş yeri değişikliğine olumlu bakmasını engellemektedir. Personeller için iş güvencesinin ve ekonominin motivasyon açısından önemli olduğu izlenmiştir. Personeli motive eden çeşitli faktörler vardır. Ancak bu faktörler yere, zamana ve kişiye göre farklı etki gösterir. Sağlık kurumlarında verimlilik artışı ve hasta memnuniyeti sağlamak isteyen bir yönetici, çalışanların motivasyonunu, motivasyon faktörlerini etkin bir şekilde kullanması gerekir. Kurumlarında ekip çalışmasını esas alan bir yönetim sistemini oluşturmaları, sağlık hizmetlerini başarıya ulaştıracak en önemli faktör olacaktır. Çalışan motivasyonuna etki eden faktörler, çalışanların verimlilikleri üzerinde paralel etkiye sahiptir. Mutsuz personel ise örgüt başarısızlığının en önemli etkenidir (28).

Motivasyon düzeyi düşük olan sağlık çalışanlarının hata yapma ihtimalleri daha yüksektir. İnsan hayatı gibi çok hassas konularda faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarında çalışanların iş yaşam kalitesinin ve motivasyon düzeylerinin yüksek olması bu anlamda önemlidir. Sağlık sektöründe çalışanların motivasyonlarını etkileyen faktörleri saptamak ve iş yaşam kalitesi ile motivasyon arasındaki ilişkiler incelenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla Balıkesir ili Bandırma ilçesinde ve İstanbul ili Üsküdar ilçesinde faaliyet gösteren hastane çalışanlarına anket uygulanmıştır, çalışmanın sonucunda sağlık alanında çalışanların iş yaşam kalitesi

ve motivasyon düzeyleri konusunda en etkili faktörün ücret ve diğer ekonomik kazançlar olduğu tespit edilmiştir (29).

Örgütsel adalet, Adams'ın eşitlik teorisine dayanan ve çalışanların iş tatmini, motivasyonu, kariyer planlaması gibi pek çok konuyu ilgilendiren önemli bir kavramdır. Çalıştığı kurumda faydaların adil dağıldığına (dağıtım adaleti), dağıtım süreçlerinin adil gerçekleştirildiğine (süreç adaleti) ve dağıtım süreci boyunca ilişkilerin adil yaşandığına (etkileşim adaleti) inanan çalışanlar hem kendileri huzurlu ve mutlu olacaklar hem de çalıştıkları kuruma karşı daha verimli olacaklardır. Çalışanların iş tatmin düzeylerini de etkileyecek olan örgütsel adalet kavramı yöneticilerin üzerinde durması gereken hassas bir konudur. Sağlık personelinin çalıştıkları hastanede algıladıkları örgütsel adaletin (dağıtım-süreç-etkileşim adaleti) çalışanların iş tatmini (iç-dış-genel tatmin) boyutları üzerindeki etkisi araştırıldığı çalışmanın sonucunda; örgütsel adaletin iş tatmini üzerinde oldukça yüksek bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre, yöneticilerin çalışma ortamında adaletli ve objektif dağıtım yapması, dağıtım sürecini açık ve şeffaf olarak yürütmesi, ilişkilerin (ast-üst veya diğer ilişkiler gibi) dürüst ve adilane yürütülmesi önerilerinde bulunulabilir. Teorisyenler ise iş tatminini etkileyen diğer unsurları araştırırken örgütsel adaletin etkisini de çalışmalarında değerlendirebilirler (30).

Makalenin son bölümünde; 2012-2014 yılları arasında, sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği sorunları ile ilgili gerçekleştirilen çalıştay ve kongreler özetlenmiştir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 14.05.2012 tarih ve 2012/23 sayılı Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Hakkında Genelge'nin 2. maddesi gereğince Hastane ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde bir başhekim yardımcısının doğrudan takip edeceği "Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri" kurulması kararı alınmıştır (4). HASUDER İş Sağlığı Çalışma Grubu bu alandaki ilk etkinliğini "Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Örgütlenmesi Çalıştayı" başlığı altında 18 Eylül 2010 tarihinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinin ev sahipliğinde Ankara'da gerçekleştirmiştir. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinin ev sahipliğinde 13-15 Eylül 2012 tarihinde Adrasan /Antalya da gerçekleştirilen Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalıştayı: Çalışan Sağlığı Birimlerinin Organizasyonu, İşlevleri ve Finansmanı başlığı altında hastanelerde yeni kurulan ya da kurulacak olan işyeri sağlık ve güvenlik birimlerinin organizasyonu, işlevleri ve finansmanı konusunda bir model önerebilmek, tüm taraflara oluşturulan modeli duyurabilmek ve farklı adlandırmaların birçok sorunu beraberinde getirebileceği düşüncesiyle bu konuda ortak bir dil oluşturabilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir (31).

II. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalıştayı -Ege Bölge Toplantısı 21 Şubat 2014 tarihinde "Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Örgütlenmesi" başlığı altında Denizli'de Pamukkale Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde toplam 87 sağlık çalışanı, yedi üniversite, 4 devlet hastanesi, beş özel hastane, KHB, sağlık müdürlüğü, TSM ve bir özel işyeri hekimi ve işyeri hemşiresinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Çalıştayda konu, İş Sağlığı Güvenliği Eğitimleri İş Sağlığı Güvenliği Kurulları ve Sürveyans Sistemi başlıkları altında tartışılmıştır (32).

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi Ankara’da yapılmıştır. Türk Tabipleri Birliği ve sağlık meslek örgütleri tarafından 16–17 Kasım 2013 tarihlerinde; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Abdülkadir Noyan Konferans Salonu’nda düzenlenen kongrede, sağlık çalışanlarının sağlıksız ve güvencesiz bir ortamda çalışmasından kaynaklı yaşadığı sorunlar ele alınmış ve çözüm yolları tartışılmıştır. Sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları, iş kazaları ve sonuçları, Türkiye’de sağlık çalışanlarının sağlığı: güncel durum, sağlık çalışanlarının yaşadığı psikososyal riskler, sağlık çalışanlarının sağlığına ve güvenliğine yönelik hukuksal yaklaşım ve uygulamalar, sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği konusunda örgütsel tutum konularının ele alındığı kongreye, Sosyolog, Yazar, Halk Sağlığı Uzmanı Annie Thebaud-Mony “Çalışmak Sağlığa Zararlıdır” başlıklı sunum ile katılmıştır. Kongrede, sorunların çözümü açısından tüm sağlık çalışanlarının örgütlü ve birlikte mücadele etmesinin önemli olduğuna vurgu yapılmış ve kongreye katılan tüm kurumların ortak mücadele etmesi yönünde karar alınmıştır (33).

Kaynaklar

- 1- 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 20.06.2012 tarihinde kabul edilmiş 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır.
- 2- Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlığının "İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği" nin Ek-1 'inde işkolları itibarı ile 26.12.2012 tarihli ve 28509 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.
- 3- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Resmî Gazete Sayı : 27897, 6 Nisan 2011.
- 4- 14.05.2012 tarihli ve 2012/23 sayılı Çalışan Güvenliği Genelgesi.
- 5- Anestezi Çalışanları Basın açıklaması 24 Nisan 2014.
- 6- Anestezi Çalışanlarında Mesleki Risk Değerlendirme Raporu Ekim 2013 – Nisan 2014.
- 7- Vural F, Fil Ş, Çiftçi S, Dura AA,Yıldırım F, Patan R.Ameliyathanelerde Radyasyon Güvenliği; Çalışan Personelin Bilgi, Tutum Ve Davranışları Balıkesir Sağlık Bil Derg Cilt:1 Sayı:3, Aralık 2012:131-136.
- 8- Tekelioğlu ÜY, Koçoğlu E, AKKAYA A, Demirhan A,Hakyemez İ, Taş T,Bayır H, Koçoğlu H. Ameliyathane ve Servis Çalışanlarında Hepatit B, Hepatit C ve HIV Seroprevalansının Karşılaştırılması. Anestezi Dergisi 2012; 20 (4): 205 - 209
- 9- Doğan Y, Özkütük A, Doğan Ö. Laboratuvar Güvenliğinde “5S” Yönteminin Uygulaması ve Çalışan Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Mikrobiyol Bul 2014; 48(2): 300-310.
- 10- Özcebe H, Atilla S, Halitcan B, Bektaş H, Berke İ,Büyükküpçü EG, Büyükaşık C. Hastane İdari Çalışanlarının Sağlığın Geliştirilmesi Davranışları ve Çalışma Ortamı Konusundaki Görüşlerinin Saptanması. TAF Prev Med Bull 2012; 11(6): 707-716.
- 11- Sevim Şen S, Sönmezoğlu M, Akbal E , Uğur E, Afacan S. Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Personelinin El Hijyeninde Beş İndikasyona Uyumu

- Klimik Dergisi 2013; 26(1): 17-20.
- 12- Bozkurt S, KökoğluÖF, Yanıt F, Kocahasanoğlu U, Okumuş M, Sucaklı MH, Güler S, Kuzhan N, Savrun A, Uçmak H. Sağlık çalışanlarında iğne batması ve cerrahi aletlerle olan yaralanmalar. Dicle Tıp Dergisi, 2013; 40 (3): 449-452.
 - 13- Özçimen S, Kacar F, Korkmaz F, Özcan M, Karataş H, Sakız A. Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansı. Eur J Basic Med Sci 2014;4(1): 7-11.
 - 14- Kader Ç, Yolcu S, ErbayA, Kılıç NA,Yüzer N, Polat N. Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinde Hepatit-B ve C Seroprevelanslarının Araştırılması. **Viral Hepatit Dergisi 2013; 19(2): 49-53.**
 - 15- Artan C, Oğuzkaya MA, Baykan Z. Hastane Çalışanlarında *Staphylococcus aureus* Nazal Taşıyıcılığı ve İndüklenebilir Klindamisin Direnci. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2013;3(2): 1-4.
 - 16- Dokuzoğuz B. Sağlık Çalışanlarında Güncel Aşı Önerileri. ANKEM Derg 2014;28(Ek 2):199-206
 - 17- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 13.03.2009/7941.www.saglikbakanligi.gov.tr
 - 18- Sarı ND, Fincancı M, Soysal HF, Demirkıran N,Koyuncu S, Özgün Ö. Delici Kesici Alet Yaralanmalarının Bildirim Sıklığı Neyin Göstergesi? Haseki Tıp Bülteni 2014; 52: 98-102.
 - 19- Atasoy A, Aksoy S,Arslan H. Sağlık Çalışanlarında İşe Bağlı Kas-İskelet Sistemi Problemlerinin Analizi. IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara – 2013:113-128
 - 20- Yakut Hİ, Kapisız SG, Durutuna S,Evrar A. Sağlık Alanında Çalışma Yaşamında Tükenmişlik. The Journal Of Gynecology - Obstetrics And Neonatology 10 (38); 2013: 1564-1571.
 - 21- Oray NÇ, Balcı B, Özlem EN, Özacar E, Abalı E, İbış MA, Öncel T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 27, Sayı 2, (Ağustos) 2013, 67 - 73.
 - 22- Beyhan S, Güneş Y, Türktan M, Özcengiz D. Doğu Akdeniz Bölgesindeki Anestezi Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. Turk J Anaesth Reanim 2013; 41: 7-13
 - 23- Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplace. Violence Vict 1990; 5:119-126.
 - 24- Tınaz P. Mobbing: İşyerinde psikolojik taciz. Çalışma ve Toplum,2006; 3:13-28.
 - 25- Yavuzer Y, Çivilidağ A. Sağlık Çalışanlarında İş Yerinde Mobbing ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Depresyonun Aracı Rolü Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2014;27:115-125

- 26- Yıldız S, Yıldız SE. Bullying ve depresyon arasındaki ilişki: Kars ilindeki sağlık çalışanlarında bir araştırma. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2009; 8:133-150.
- 27- Karahan A, Yılmaz H. Mobbing ve Örgütsel Bağlılık İlişkisine Yönelik Bir Çalışma Journal of Yasar University 2014 9(33) 5692-5715.
- 28- Kırıcı A. T.C. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Sağlık Çalışanlarının Motivasyonunu Etkileyen Faktörler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2013.
- 29- Kılıç R, Keklik B. Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi Ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi, C.XIV, S II, 2012 : 147-160.
- 30- Keklik B, Us NC. Örgütsel Adalet Algılamalarının İş Tatminine Etkisi: Hastane Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,18(2);2013:143-161.
- 31- Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalıştayı: Çalışan Sağlığı Birimlerinin Organizasyonu, İşlevleri ve Finansmanı (13-15 Eylül Adrasan /Antalya) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi – HASUDER İŞÇG
- 32- II. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalıştayı -Ege Bölge Toplantısı 21 Şubat 2014 Denizli (Sonuç Bildirgesi)
- 33- IV. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongresi, 16-17 Kasım 2013 / Ankara

İŞ KAZALARI

Ferruh N. Ayoğlu^a, Ferdi Tanır^b, Serol Deveci^c, Metin Pıçakçıfe^d, Bilgehan Açıkgöz^e

^aProf. Dr. Bülent Ecevit Ü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bProf. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^cUz. Dr. Yunus Emre TSM, İSGH Birimi, Manisa

^dDoç. Dr. Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^eYrd. Doç. Dr. Bülent Ecevit Ü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Çalışma ortamı, çalışanın sağlığını olumlu ya da olumsuz biçimde etkileyebilecek çok sayıda etmeni barındırır. Çalışma yaşamından kaynaklanan başlıca sağlık sorunları meslek hastalıkları, iş ile ilgili hastalıklar ve iş kazaları olarak üç ana grupta incelenebilir. Dünya genelinde her yıl 210000'i ölümlü 120 milyon iş kazası gerçekleştiği ve her gün 500'den fazla insanın bu kazalarda yaşamını yitirerek evine dönemediği tahmin edilmektedir (Saari, 1998). İş kazaları neden olduğu sağlık sorunları, ekonomik kayıplar gibi doğrudan ve dolaylı etkileşimler ile çalışanlardan başlayarak tüm toplumu olumsuz etkileyen bir özelliğe sahiptir. Bu anlamda, iş kazalarının önlenmesi, çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerinin korunmasını ve geliştirilmesini hedefleyen iş sağlığı uygulamalarının önemli ve öncelikli ilgi alanlarından birini oluşturur. Bu çalışmada Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çalışma yaşamına yönelik olarak hazırlanan istatistik yıllıklarında yer alan iş kazası verilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ancak, söz konusu istatistiksel verilerin sadece SSK kapsamındaki çalışanları kapsaması ve ülkemizdeki iş kazası verilerinin tüm çalışanları kapsayacak şekilde genişletilmemiş olması önemli bir sorun ve kısıtlılık olarak dikkat çekmektedir.

Türkiye'de 2012 yılı itibariyle 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 4. Maddesi kapsamındaki aktif sigortalı sayısı 18352859'dur. Bunların 12527337'si (%68.3) 4-1/a, 3162914'ü (%17.2) 4-1/b, 2662608'i (%14.5) 4-1/c kapsamında bulunmaktadır; 4-1/a kapsamındaki aktif sigortalıların ise 11939620'si (%95.3) zorunlu sigortalı durumundadır. Türkiye'de 2007-2012 yılları arasında gerçekleşen iş kazası sayısı, bu kazalar sonucu ortaya çıkan ölüm, sürekli iş göremezlik, geçici iş göremezlik sayıları ile sigortalı işçi sayısı, prim tahakkuk eden gün sayısı, ağırlıklı ortalama yaş, iş kazası sıklık hızı ve iş kazası ağırlık hızı değerleri Tablo-1'de sunulmuştur. İş kazalarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo-2'de gösterilmiştir. İş kazalarının en yoğun gözlemlendiği yaş grubu 2007 ve 2008 yıllarında 18-24 ve 25-29 yaş grupları iken, 2009-2012 yılları arasında 25-29 ve 30-34 yaş gruplarıdır. İş kazalarındaki ağırlıklı ortalama yaş da 2007'de 29, 2008'de 28, 2009-2012 yılları arasında 33'dür.

İş kazalarının en sık görüldüğü meslek grupları incelendiğinde 2007-2011 yıllarında sırasıyla sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar ile tesis ve makine operatörleri ve montajcılar iken 2012 yılında sırasıyla nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar, sanatkarlar ve ilgili işlerde

çalışanlar ve tesis ve makine operatörleri ve montajcılardır; 2007-2011 yıllarında iş kazalarının %90'ından fazlası bu üç meslek grubunda yaşanırken, oran 2012 yılında %89.6'dır (Tablo-3). En sık gözlenen kaza nedenleri sırasıyla 2007-2011 yıllarında bir veya birden fazla cismin sıkıştırması, ezmesi, batması, kesmesi ile düşen cisimlerin çarpıp devirmesi, 2012 yılında ise birden fazla cismin sıkıştırması, ezmesi, batması, kesmesi ile makinelerin sebep olduğu kazalardır. İlk iki sırada görülen bu nedenleri 2007-2009 yıllarında makinelerin neden olduğu kazalar, 2010-2011 yıllarında kişilerin düşmesi ve 2012 yılında diğer kazalar izlemektedir (Tablo-4). İncelenen tüm yıllarda kazalardan en çok etkilenen vücut bölgeleri sırasıyla üst ekstremité ve alt ekstremitedir (Tablo-5). Kazalarda en sık gözlenen üç yaralanma tipi 2007-2011 yıllarında yüzeysel yaralanmalar ve açık yaralar, ezikler ve çürükler ile kırıklardır; 2012 yılında ise en sık gözlenen yüzeysel yaralanmalar ve açık yaraları, tipi belirtilmemiş ya da sınıflandırılmamış yaralanmalar ile kırıklar izlemektedir (Tablo-6). Ülkemizde 2007-2012 yıllarında yaşanan iş kazalarının 2007'de %61.4'ü, 2008'de %60.6'sı,

2009'da %63.2'si, 2010'da %56.4'ü, 2011'de %51.4'ü, 2012'de %55.5'i 50'den az işçinin çalıştığı işyerlerinde gerçekleşmiştir ve bu işyerleri aynı zamanda işgücünün yoğunlaştığı işyerleridir (Tablo-7). İş kazası geçiren işçilerin kazanın yaşandığı işyerindeki mesleki deneyimlerine bakıldığında tüm yıllarda en sık 3 aydan fazla-1 yıl deneyimli işçilerin kazalandığı görülmektedir; bunu sırasıyla 2 yıldan fazla-5 yıl ve 1 yıldan fazla-2 yıl deneyimli işçiler izlemektedir (Tablo-8).

Ülkemizde 2007-2012 yılları arasında gerçekleşen iş kazalarının iş kazasının gerçekleştiği çalışma saatlerine dağılımı incelendiğinde, genel olarak, iş kazalarının çalışma başladıktan sonra sık olduğu, 5. ve 6. saatte azalma yaşandığı ve çalışma süresinin sonuna doğru yeniden artış eğilimi gösterdiği izlenmektedir (Tablo-9). İş kazalarına bağlı işgünü kayıpları incelendiğinde 2007-2009 ve 2011-2012 yıllarında en sık 7-13 işgünü kaybı yaşandığı ve bunu 31-90 gün ile 4-6 gün izlemektedir; sadece 2010 yılında sıralama 7-13 gün, 4-6 gün ve 14-20 gün şeklinde gerçekleşmiştir (Tablo-10).

Tablo-1: Türkiye’de 2007-2012 Yılları Arasında 5510 Sayılı Kanunun 4-1/a Maddesi Kapsamındaki Zorunlu Sigortalı, Prim Tahakkuk Eden Gün, İş Kazası, İş Kazasına Bağlı Ölüm, İşgöremezlik Sayıları İle İş Kazası Sıklık Hızları, İş Kazası Ağırlık Hızları ve İş Kazalarındaki Ağırlıklı Ortalama Yaş Değerleri.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
4-1/a Zorunlu sigortalı	8505390	8802989	9030202	10030810	11030939	11930620
Prim tahakkuk eden gün sayısı	2793420779	2945664020	2915404372	3190289762	3532389503	3855795100
İş kazası sayısı	80602	72963	64316	62903	69227	74871
Ölüm sayısı	1043	865	1171	1444	1700	744
Sürekli işgöremezlik sayısı	1550	1452	1668	1976	2216	2209
Geçici işgöremezlik gün sayısı (ayaktan)	1876524	1795046	1520563	1455555	1701928	1597241
Geçici işgöremezlik gün sayısı (yatarak)	58456	60934	51543	47316	55494	49886
İş kazası sıklık hızı (10⁶ iş saatinde)3	3.61	3.10	2.76	2.46	2.45	2.43
İş kazası sıklık hızı (100 kişiye)4	0.81	0.70	0.62	0.55	0.55	0.55
İş kazası ağırlık hızı (gün)5	634	519	641	706	721	395

3 Bir takvim yılında çalışan 1 milyon iş saatine karşılık gerçekleşen kaza sayısıdır. “(İş kazası sayısı x 10⁶)/(Prim tahakkuk eden gün sayısı x 8)” formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

4 Tam gün çalışan her 100 kişiye karşılık gerçekleşen kaza sayısıdır. “(İş kazası sayısı x 225000)/(Prim tahakkuk eden gün sayısı x 8)” formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Formülde kullanılan 225000 değeri, tam gün çalışan 100 sigortalının haftada 45 saat, yılda 50 hafta çalıştığı kabul edilerek yapılan hesap sonucu bulunan değerdir.

Tablo 1'in devamı.

İş kazası ağırlık hızı (saat)6	0.51	0.42	0.51	0.56	0,58	0.32
Ağırlıklı ortalama yaş	29	28	33	33	33	33

5 Bir takvim yılında çalışan 1 milyon iş saatine karşılık iş kazası sonucu kaybedilen işgünü sayısıdır. “(Toplam gün kaybı x 10⁶)/(Prim tahakkuk eden gün sayısı x 8)” formülü ile hesaplanmıştır. Formülde bulunan toplam gün kaybı değeri “(geçici işgöremezlik süreleri) + (sürekli işgöremezlik dereceleri toplamı x 75) + (ölüm sayısı x 7500)” formülü ile hesaplanmaktadır.

6 Çalışılan her 100 saate karşılık kazasına bağlı olarak kaybedilen saattir. “(Toplam gün kaybı x 8 x 100)/(Prim tahakkuk eden gün sayısı x 8)” formülü ile hesaplanmıştır. Formülde bulunan toplam gün kaybı değeri “(geçici işgöremezlik süreleri) + (sürekli işgöremezlik dereceleri toplamı x 75) + (ölüm sayısı x 7500)” formülü ile hesaplanmaktadır.

Tablo-2: 2007-2012 Yılları Arasında İş Kazalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.

	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<15	461	0.6	1109	1.5	5		5		8		9	
15-17	3445	4.3	2936	4.0	337	0.5	229	0.3	341	0.5	499	0.7
18-24	22886	28.5	23062	31.7	9724	15.1	9353	14.9	10810	15.6	12.043	16.1
25-29	18201	22.6	15831	21.7	16221	25.3	15341	24.4	15877	22.9	16.185	21.6
30-34	14930	18.5	12872	17.6	13418	20.9	13820	22.0	15200	22.0	16.308	21.8
35-39	11012	13.7	9308	12.8	10701	16.7	10425	16.6	11440	16.5	12.251	16.4
40-44	6774	8.4	5473	7.5	8062	12.5	7692	12.2	8235	11.9	8.920	11.9
45-49	2078	2.6	1762	2.4	4125	6.4	4217	6.7	5140	7.4	5.816	7.7
50-54	649	0.8	489	0.7	1250	1.9	1314	2.1	1480	2.1	1.931	2.6
55-59	128	0.2	87	0.1	359	0.6	348	0.6	520	0.8	651	0.9
60-64	32		29		82	0.1	88	0.1	107	0.2	174	0.2
65+	6		5		32		71	0.1	69	0.1	84	0.1
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0	69227	100.0	74871	100.0

Tablo-3: 2007-2012 Yılları Arasında İş Kazalarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.

	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kanun yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler	3615	4.5	3302	4.5	1708	2.7	760	1.2	874	1.3	4197	6.1
Profesyonel meslek mensupları	147	0.2	195	0.3	209	0.3	142	0.2	171	0.2	371	0.5
Yardımcı profesyonel meslek mensupları	322	0.4	348	0.5	432	0.7	423	0.7	415	0.6	699	1.0
Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar	664	0.8	767	1.1	557	0.9	434	0.7	426	0.7	467	0.7
Hizmet ve satış elemanları	1740	2.2	1396	1.9	1496	2.3	1744	2.8	1345	2.1	1113	1.6
Nitelikli tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	572	0.7	519	0.7	585	0.9	549	0.9	423	0.6	319	0.5
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	33680	41.8	28945	39.6	26491	41.2	25084	39.8	27001	41.5	22776	33.0
Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	16372	20.3	13182	18.1	10882	16.9	13166	20.9	13754	21.2	11923	17.2
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	23490	29.1	24309	33.3	21954	34.1	20601	32.8	20650	31.8	27225	39.4
Bilinmeyen					2							
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0	65059	100.0	69090	100.0

Tablo-4: 2007-2012 Yılları Arasında İş Kazalarının Nedenlerine Göre Dağılımı

	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Taşıt kazaları	2930	3.6	2515	3.4	2661	4.1	2533	4.0	2890	4.2	3563	4.8
Kaza sonucu zehirlenme	25		37	0.1	15		27		40	0.1	170	0.3
Kişilerin düşmesi	9469	11.8	8518	11.8	8364	13.1	8992	14.3	9871	14.3	8541	11.5
Makinelerin sebep olduğu kaza	11686	14.5	10377	14.2	9685	15.1	7601	12.2	9261	13.4	13401	17.9
Patlama	601	0.7	481	0.7	515	0.8	637	1.0	626	0.9	665	0.8
Isı maruziyeti⁷	1597	2.0	1398	1.9	1155	1.8	1472	2.3	1167	1.7	1012	1.3
Düşen cisimler⁸	13105	16.3	13263	18.2	11392	17.7	11956	19.0	12933	18.7	11088	14.8
Cisim sıkıştırması⁹	28066	34.8	24329	33.3	19301	30.0	23346	37.1	23999	34.7	19579	26.2
Elektrik akımı	402	0.5	445	0.6	458	0.7	431	0.7	465	0.6	459	0.6
İncinmeler¹⁰	2227	2.8	1480	2.0	1187	1.8	1136	1.8	886	1.2	919	1.2
Yabancı cisim kaçması¹¹	917	1.1	653	0.9	538	0.8	792	1.3	695	1.0	752	1.0
Hayvan ısırması, vb.¹²	35		23		42	0.1	40	0.1	38	0.1	61	0.1
Ted. bağlı kazalar, aşı			3		3		4		6		8	

7 Normal sınırlar dışındaki ısılarla maruz kalmak ya da temas etmek.

8 Düşen cisimlerin çarpıp devirmesi.

9 Bir veya birden fazla cismin sıkıştırması, ezmesi, batması, kesmesi.

10 Herhangi bir şekilde vücudun zorlanmasıyla ileri gelen incinmeler.

11 Vücudun doğal boşluklarına yabancı cisim kaçması.

12 Hayvanların ısırması, hayvan darbeleri, zehirli hayvan sokmaları.

komp.												
Kazaların sonraki akibetleri	10		6		7		6		7		411	0.5
Kaynak kazaları	346	0.4	283	0.4	197	0.3	149	0.2	123	0.2	259	0.3
Öldürme ve yaralama	173	0.2	154	0.2	145	0.2	196	0.3	227	0.3	515	0.7
Savaş, terör, vb. travmalar¹³	4		2				2		2		8	
Zararlı madde veya radyasyon teması	140	0.2	66	0.1	94	0.1	138	0.2	136	0.2	201	0.3
Diğer nedenler	8136	10.2	8930	12.2	8556	13.4	3445	5.5	5855	8.4	13269	17.7
Bilinmeyen	733	0.9			1							
Toplam	80602	100	72963	100	64316	100	62903	100	69227	100	74871	100

¹³ Savaş, terör ve toplumsal olaylardan ileri gelen travmalar.

Tablo-5: 2007-2012 Yılları Arasında İş Kazalarında Yaralanan Vücut Bölgeleri

	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kafa	4239	5.3	4527	6.2	4113	6.4	5028	8.0	5843	8.4	5337	7.1
Boyun¹⁴	340	0.4	304	0.4	394	0.6	402	0.6	435	0.6	700	1.0
Sırt	2572	3.2	2586	3.5	1964	3.1	2308	3.7	2909	4.2	3218	4.3
Gövde ve iç organlar	1907	2.4	2041	2.8	2152	3.3	2461	3.9	1810	2.6	1646	2.2
Üst ekstremité	43290	53.7	38992	53.4	32636	50.7	34151	54.3	36885	53.3	36248	48.4
Alt ekstremité	20207	25.1	16650	22.8	16604	25.8	14855	23.6	16984	24.5	14541	19.4
Tüm vüc. ve çok yönlü¹⁵	1258	1.5	1238	1.7	1249	1.9	887	1.4	1272	1.9	1443	1.9
Diğer bölümler	3508	4.3	5397	7.4	3431	5.3	1485	2.4	714	1.0	2851	3.8
Sınıflanmamış	1697	2.1	1228	1.8	1770	2.9	1326	2.1	2375	3.5	8887	11.9
Bilinmeyen	1584	2.0			3							
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	72963	100.0	62903	100.0	69227	100.0	74871	100.0

14 Boyun ve omur eklemlerini kapsar.

15 Bütün vücut ve çok yönlü yaralanmalar.

Tablo-6: 2007-2012 Yılları Arasında İş Kazalarına Bağlı Yaralanma Çeşitleri

	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kırıklar	10188	12.6	9871	13.5	9184	14.3	8531	13.6	10027	14.5	7433	9.9
Çıkık, burk, incinme¹⁴	7455	9.2	5162	7.1	4389	6.8	5553	8.8	7279	10.5	6579	8.8
Yüz. ve açık yaralar¹⁵	35863	44.5	33281	45.6	26743	41.6	24833	39.5	26154	37.8	36405	48.6
Ezik ve çürükler	17257	21.4	15591	21.4	14697	22.9	16462	26.2	18051	26.1	7250	9.7
Yab. cisim kaçması¹⁶	1094	1.4	877	1.2	715	1.1	1049	1.7	1132	1.6	971	1.3
Sarsıntı ve iç yar.¹⁷	152	0.2	108	0.1	114	0.2	61	0.1	56	0.1	149	0.2
Yanmalar ve donma¹⁸	2513	3.2	2065	2.9	1524	2.3	1762	2.7	1964	2.8	1246	1.7
Zehirlenme ve enf.¹⁹	270	0.3	94	0.1	74	0.1	245	0.4	191	0.3	273	0.4
Diğer tipler	3947	4.9	4239	5.8	4452	6.9	2404	3.8	1124	1.6	1691	2.2
Belirtilmemiş, sınıf.²⁰	1850	2.3	1675	2.3	2423	3.8	2003	3.2	3249	4.7	12874	17.2
Bilinmeyen	13				1							
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0	69227	100.0	74871	100.0

Tablo-7: 2007-2012 Yılları Arasında İş Kazalarının Oluştığı İşyerlerinin Çalışan Sigortalı Sayısına Göre Dağılımı

	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1-3	18791	23.3	17823	24.4	15840	24.6	12868	20.5	10717	15.6	12333	28.4
4-9	7357	9.1	6850	9.4	7425	11.5	6222	9.8	6063	8.7	4886	6.5
10-20	12037	14.9	9745	13.4	8653	13.5	7838	12.5	9167	13.2	6598	8.8
21-49	11364	14.2	9757	13.4	8753	13.6	8502	13.5	9636	13.9	8813	11.8
50-99	6402	7.9	5784	7.9	5697	8.9	5892	9.4	6329	9.1	6117	8.2
100-199	8068	10.1	6828	9.4	5466	8.5	6601	10.5	8223	11.9	7461	10.0
200-249	2678	3.3	2133	2.9	1553	2.4	1866	3.0	2451	3.5	2072	2.8
250-499	6400	7.9	5849	8.0	4437	6.9	4778	7.5	5608	8.1	5358	7.1
500-1000	3867	4.8	3736	5.1	2823	4.4	3017	4.8	4274	6.2	4706	6.3
1001+	3638	4.5	4458	6.1	3666	5.7	5318	8.5	6758	9.8	7627	10.1
Bilinmeyen					3		1		1			
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0	69227	100.0	74871	100.0

¹⁴ Çıkılar, burkulma ve incinmeler.

¹⁵ Yüzeysel yaralanmalar ve açık yaralar.

¹⁶ Göze veya doğal vücut boşluklarına yabancı cisim kaçması.

¹⁷ Sarsıntı ve iç yaralanmalar.

¹⁸ Yanmalar, kimyasal yanma, kaynar su ile haşlanma ve donma.

¹⁹ Akut zehirlenmeler ve enfeksiyonlar.

²⁰ Tipi belirtilmemiş ya da sınıflandırılmamış yaralanmalar.

Tablo-8: 2007-2012 Yılları Arasında İş Kazası Geçirenlerin İşyerindeki Mesleki Deneyim Sürelerine Göre Dağılımı

	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 gün	1680	2.1	1276	1.7	2104	3.43	1101	1.8	1529	2.2	357	0.5
2-7 gün	1161	1.4	1071	1.5	932	1.4	992	1.6	1344	1.9	1692	2.2
8-30 gün	4178	5.2	3637	5.0	3057	4.8	3297	5.2	3917	5.7	5172	6.9
1 aydan fazla - 3 ay	8973	11.1	7816	10.7	6427	10.0	6568	10.4	7806	11.3	9629	12.9
3aydan fazla - 1yıl	21505	26.7	20596	28.2	16234	25.2	14143	22.5	16809	24.3	19287	25.8
1yıldan fazla- 2yıl	12057	15.0	11579	15.9	9532	14.9	8307	13.2	9594	13.9	10962	14.6
2yıldan fazla- 5yıl	16051	19.9	13755	18.8	13390	20.8	13866	22.0	13808	19.9	13798	18.4
5 yıldan fazla-10 yıl	9084	11.3	7775	10.7	7485	11.6	8213	13.1	8026	11.6	8448	11.3
10+ yıl	5913	7.3	5458	7.5	5155	8.0	6417	10.2	6394	9.2	5526	7.4
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0	69227	100.0	74871	100.0

Tablo-9: 2007-2012 Yılları Arasında İş Kazalarının Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı

Saat	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.saat	12696	15.8	12087	16.6	9143	14.2	7744	12.3	8860	12.8	12304	16.4
2.saat	11771	14.6	10596	14.5	8973	14.0	8918	14.2	10263	14.8	11859	15.8
3.saat	12694	15.7	10784	14.7	8450	13.1	8688	13.8	10492	15.2	10037	13.4
4.saat	9831	12.2	9024	12.4	8301	12.9	8137	12.9	9347	13.5	9730	13.0
5.saat	6467	8.1	5760	7.9	7112	11.1	7650	12.2	6867	9.9	7705	10.3
6.saat	7040	8.7	6580	9.0	5531	8.6	5864	9.3	6284	9.1	6959	9.3
7.saat	8783	10.9	8137	11.2	7430	11.6	7311	11.6	8233	11.9	7987	10.7
8.saat	11317	14.0	9991	13.7	9368	14.5	8588	13.7	8878	12.8	8289	11.1
9.saat+	0		4		0		0		0		0	
Bilinmeyen	3		0		8		3		3		1	
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0	69227	100.0	74871	100.0

Tablo-10: 2007-2012 Yılları Arasında İş Kazası Sonucu Oluşan Geçici İşgünü Kayıplarının Kayıp Sürelerine Göre Dağılımı

Gün	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	634	0.8	936	1.3	960	1.5	1971	3.1	1496	2.2	4056	5.4
1 - 3	6321	7.8	5959	8.2	5601	8.7	6873	10.9	9146	13.2	10245	13.7
4 - 6	13626	16.9	11677	16.0	9455	14.7	9918	15.8	10584	15.3	11092	14.8
7 - 13	26334	32.7	22623	31.0	19114	29.7	18533	29.5	19078	27.6	19723	26.3
14 - 20	13430	16.7	12038	16.5	10397	16.2	9703	15.4	10256	14.8	9795	13.1
21 - 30	4779	5.9	4454	6.1	3977	6.2	3758	6.0	4429	6.4	5265	7.0
31 - 90	11931	14.8	11712	16.1	11139	17.3	9489	15.1	10862	15.7	11724	15.7
91 - 183	2510	3.1	2462	3.4	2515	3.9	1906	3.0	2425	3.5	2403	3.2
184 - 364	780	1.0	828	1.0	848	1.3	581	0.9	729	1.0	524	0.7
365+	257	0.3	274	0.4	310	0.5	171	0.3	222	0.3	44	0.1
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0	69227	100.0	74871	100.0

Kaynaklar

- 1- Saari J. Introduction (Accident Prevention). In. Encyclopaedia of Occupational Health And Safety, Fourth Edition, V II. Ed. Stellman JM. International Labour Office, Geneva, 1998:56.2
- 2- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2007 İstatistik Yıllığı. www.sgk.gov.tr
- 3- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2008 İstatistik Yıllığı. www.sgk.gov.tr
- 4- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2009 İstatistik Yıllığı. www.sgk.gov.tr
- 5- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2010 İstatistik Yıllığı. www.sgk.gov.tr
- 6- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2011 İstatistik Yıllığı. www.sgk.gov.tr
- 7- Sosyal Güvenlik Kurumu. 2012 İstatistik Yıllığı. www.sgk.gov.tr

MESLEK HASTALIKLARI

Ferdi Tanır

Prof. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk AD

506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun 11. Maddesine göre; Sigortalının çalıştığı işin niteliğine göre tekrarlayan bir sebeple veya işin yürütüm koşulları yüzünden uğradığı geçici ya da sürekli hastalık, sakatlık ve/veya ruhsal bozukluk durumlarına **"Meslek Hastalığı"** denir. Bu tanıma göre, meslek hastalığı ile çalışanın yaptığı iş arasında nedensellik bağı vardır. Yani sağlık riski ile hastalığın ilişkisinin vazgeçilmezliği, neden-sonuç ilişkisi vardır. Bu ilişkinin derecesi, genellikle çok yönlü ve karmaşıktır. Bu yüzden tanısı oldukça zor hastalıklardır. Buz dağına benzetilebilir boyutta olduğu gösterilmiştir. Meslek hastalıkları kavramı, iş kazası kavramı ile mediko-legal olarak eşdeğer kabul edilir. İş ortamında güvenlik önlemlerinin alınmaması sonucu oluşan patolojilere "iş kazaları"; gerekli sağlık önlemlerinin alınmaması sonucu oluşan patolojilerin genel adı ise "meslek hastalıkları"dır. Bir ülkede meslek hastalıklarının insidansının artması ve bu hastalıklara yönelik önlemlerin alınması ile iş kazalarının sayılarının azalması, iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının etkinliğini gösteren kriter olarak kabul edilmektedir.

Meslek Hastalıklarında Yasal Yükümlülükler ve Ülkemizdeki Durum

Meslek hastalıkları, kişilerin geçimini sağlamak için bir başkasının işyerinde yaptıkları çalışmalar sırasında meydana geldiğinden ve genellikle işyerinde gerekli korunma önlemlerini alınmaması için gerçekleştiğinden işveren sorumluluğu söz konusudur. Çalışanlar bu yönden meslek hastalıkları için güvence altına alınmışlardır. Çünkü meslek hastalığına bağlı iş günü kaybının çalışan açısından giderilmesi gerekmektedir. Meslek hastalığına yakalanan bir çalışana, çalışmadığı günler için **"geçici iş göremezlik ödeneği"** ödenir. Hastalık nedeniyle iş görme gücünde kalıcı bir azalma varsa **"sürekli iş göremezlik ödeneği"** ödenmektedir. İş göremezlik düzeyi, Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nde belirtilen hesaplamalarla hastalığa bağlı fonksiyonel kaybın yanında yaş ve meslek özellikleri de dikkate alınarak hesaplanmaktadır. İşyerinde yapılacak incelemelerde, işverenin önlemler konusunda eksiklikleri saptanırsa, çalışana ödenen tazminatın bir bölümü işverenden alınır.

Meslek hastalıklarındaki hukuksal boyuttaki diğer kavramlardan biriside Yükümlülük Süresi(liability period)'dir. **"Yükümlülük süresi, zararlı mesleksenin etkinin sona ermesi ile hastalığın ortaya çıkmasına kadar geçebilecek en uzun süre"**dir. Hastalıklara göre değişmekte olup, bulaşıcı hastalıklarda yükümlülük süresi inkübasyon süresi kadardır. Aynı amaçla kullanılan benzer kavramda

Etkilenim Süresi'dir. **"Etkilenim-Maruziyet süresi, zararlı etkinin başlamasıyla hastalık belirtilerinin çıkması için gereken en az süre"** olarak tanımlanır.

Ülkeler arasında değişmekle beraber, yılda her bin çalışan için 4-12 meslek hastalığı olgusu beklenmektedir. Bu oran dikkate alınır; sadece SGK kayıtlarına göre bile yılda 70.000-210.000 kadar yeni meslek hastalığı tanısı konması

gerekmektedir. Ülkemizde 18.352.859 (2012) sigortalı vardır ve toplam çalışan sayısı en az 24 milyondur. SGK istatistiklerinde son 5 yıl içinde meslek hastalığına yakınların sayısı değişkenlik gösterse de beklenenden çok azdır. Türkiye’de 2012 yılında 395 meslek hastalığı tanısı konmuş, bu hastalıklara bağlı olarak 173(%43.8)’ü sürekli iş göremez olmuş ve 1(%0,25)’i ölmüştür. Bu hastalardan 238(%60.2)’inin madencilik sektöründe olması, 246(%62.3)’ünün Silikoz-silikotüberküloz ve 26(%6.6)’ının kurşun ve tozları ile etkilenmeden hasta olduğu belirlenmiştir. Aynı yılda çalışan 12.527.337 (Aktif 4/a) sigortalı bulunduğu göre, 2012 yılı için meslek hastalığı insidansı %0.003 olur ki buda meslek hastalığı tanı sayısının yetersizliğini ortaya koymaktadır.

Klasik tıp eğitiminde meslek hastalıklarına çok az yer verilmesi, hekimlerin çoğunun bir hastada meslek hastalığı şüphesi-varlığını belirlemesi durumunda idari anlamda ne yapacağını bilmemesi, işyeri hekimlerinin bu konuda yeterince aydınlatılmadan sertifika almaları, meslek hastalığı uzmanlığının olmaması, meslek hastalıklarına üniversiteler ve diğer eğitim araştırma hastanelerinde yeterli ilginin gösterilmemesi ve meslek hastalıkları hastanelerinin yeterince tanınmaması gibi nedenler, meslek hastalığı tanısı konulmasında karşılaşılan başlıca sorunlardır. Küçük işletmelerde işyeri hekimlerinin olmaması, meslek hastalıkları hastanelerine sevk zincirinin yeterince işlememesi, işyeri hekimlerinin doğrudan meslek hastalıkları hastanelerine sevk yetkisinin olmaması, yataklı tedavi kurumlarında başvuran hastalara meslekleri ile ilgili öykünün alınmaması, periyodik muayenelerin işyerlerinde yeterli yapılmaması, erken tanı-tedavinin meslek hastalığına bağlı olarak gelişen tedavi ve maluliyet tazminatından daha ucuz olduğu bilincinin yerleşmemesi gibi diğer nedenlerde istenilen düzeyde meslek hastalıklarının tanısının konulamamasının nedenleridir.

İşyerlerinde meslek hastalıklarının araştırılması, izlenmesi ve kuşku durumunda ilgili sağlık kurumlarına gönderilmesi, işyeri hekiminin başlıca görevlerindendir. Dünyada meslek hastalıkları tanısı; içinde meslek hastalıkları uzmanlarının çalıştığı enstitüler, üniversitelerin iş-işçi sağlığı kürsüleri veya meslek hastalıkları hastaneleri tarafından konur. Ülkemizde meslek hastalıklarının kesin tanısı Meslek Hastalıkları Hastaneleri(MHH-İstanbul, Ankara, Zonguldak)’nde ve 2009’da yapılan değişiklikle Üniversite Hastaneleri ile eğitim veren devlet (Eğitim ve Araştırma Hastaneleri) hastanelerinde konur. Tanı konulan işçinin, sağlık zararının derecesini bu hastaneler belirler. Bu hastanelere sevk için çalışanlar; işyeri hekimi tarafından (poliklinik veya periyodik muayeneler sırasında tespit edilince işverene bildirir, işverende iki gün içinde SGK bölge müdürlüğüne bildirerek), SGK sağlık birimlerinden, araştırmalar sırasında sevk edilenlerden ve çalışanın kendisinin başvurusu ile gönderilebilirler. Açıldıkları zamandan 1984 yılına kadar yoğun çalışan MHH’ler, bu tarihten sonra sadece mesleki maluliyet veren kurumlar olarak görülmüşler ve işlevsiz hale getirilmiştir. Çünkü bu tarihte çıkarılan iş yasası değişikliği ile iş müfettişlerinin meslek hastalıkları hastanelerine sevk ve ilişki bağı ortadan kaldırılmıştır.

Ülkemizde yaklaşık 24 milyon kişi çalışmasına karşın, sigortalı olan 12.5 milyon kadar çalışan, iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta şansına sahiptir ve SGK(4/a) tazminatından yararlanabilir. Meslek hastalıklarının sayıları hakkında tek kaynak olan SGK istatistikleri yetersizdir. Çünkü tanı koymak güçtür, 50’den az çalışanı

olan yerlerde işyeri hekimi ve kayıtları yoktur, bu işyerleri toplam işyeri sayısının %98'idir ve çalışanların büyük kısmını (%61.6) oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. Bilir N, Yıldız A.N. İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Üniv. Yayınları.2004.
2. WHO-EURO<http://www.euro.who.int/occhealth/networks/20081217-1>(eriş.08.07.2014).
3. SGK İstatistikleri, 2014.

TARIM ÇALIŞANLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Zeynep Şimşek

Prof. Dr. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürü**

Giriş

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından, dünyada %35 ile tarımın 2. istihdam alanı olduğu, bu oranın bölgesel dağılımı incelendiğinde Sub-Saharan Afrika'da %59, Güney Asya %53,5, Güneydoğu Asya ve Pasifik'de %44,3, Doğu Asya'da %36,9, Kuzey Afrika'da %27,8, Güneydoğu Avrupa'da %20,2, Latin Amerika'da %16,3, gelişmiş ekonomiler ve Avrupa Birliği ülkelerinde %3,7'dir.¹ Türkiye'de de tarım yaklaşık %24 ile ikinci sıradadır.² Tarım, dünyada gıda gereksiniminin karşılanması, sanayi sektörüne girdi sağlama, ihracat ve yarattığı istihdam olanakları açısından önemini korumaya devam edecektir. Dünyada nüfus artışına paralel olarak beslenme sorunu özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde artarak devam etmekte; artan nüfus karşısında yeni tarım alanlarının açılabilmesi, erozyon, sanayi bölgeleri ve yeni yolların açılması gibi nedenlerle tarım arazisi olarak kullanılan alanların daralması nedeniyle yüksek verime ulaşmanın yolları aranmaktadır.³ Tarımsal üretimde bir diğer önemli konu ise iklim değişikliğidir. Bir önceki yüzyıla göre yaz aylarında ortalama sıcaklığın 3.5°C arttığı, bu şekilde devam ettiğinde yüzyılın ortalarına doğru artarak 2090'da dünyanın çoğu bölgesinde kaydedilen en yüksek sıcaklıktan daha yüksek olacağı, buna bağlı olarak elde edilen ürün miktarının azalacağı, diğer yandan gıda maddelerinde aşırı sıcakta hızlı büyümeye bağlı besin değerlerinin azalacağı tahmin edilmektedir (4).

Tarım hastalık ve erken ölümler açısından en tehlikeli iş kollarından biridir. Tarım işlerindeki sağlık ve güvenlik uygulamalarını diğer işlerden ayıran temel özellikler; 1- İş yeri ve yaşam alanının aynı yerde olması ve genellikle tüm aile üyelerinin birlikte yaşaması ve çalışması, 2- Tarımsal üretim yapılan alanların küçüklüğü nedeniyle kısa süreler için oluşturulan sağlıksız yaşam koşulları, 3- Tarımsal üretimin mevsimlik olması ve belirli işlerin birbiri ardına kısa sürede yapılması nedeniyle çalışanların kayıt dışı olması, 4- Yoğun mevsimlik işgücü gerektirmesi ve işgücünün sürekli yer değiştirmesi, 5-İşlerin büyük çoğunluğunun açık alanlarda yapılma zorunluluğu, 6- Çalışma saatlerinin ayarlanmasında güçlükler, 7- Genellikle tarla başı yaşam nedeniyle temiz içme-kullanma suyu, elektrik gibi temel ihtiyaçların karşılanmasında sorunlar, 8- İnsan ve hayvan atıklarının ortadan kaldırılmasında yaşanan güçlükler, 9-Yoğun hayvan, toprak ve bitki teması gerektirmesi, 10- Kimyasal kullanımının kontrolsüz artışı ve pestisit satış ve uygulamasının yeterince denetlenememesi, 11- Kırsal alanlara uygun sağlık hizmeti yapılabilmesinde güçlükler, 12- Tarımda iş sağlığı ve güvenliği standart ve yönetmeliklerinin olmayışı ya da uygulama güçlükleri, 13- Çoğunluğunun aile işletmesi olması nedeniyle kendi nam ve hesabına çalışanların iş sağlığı ve

güvenliği hizmetleri kapsamında olmaması, 14-Çalışanların eğitim düzeyinin düşüklüğüne bağlı sağlıkları üzerinde kontrollerinin yetersizliği, 15- Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konularında bilgilendirilmemiş olmasıdır.⁵

Tarımda çalışan nüfusun sosyo-demografik özellikleri açısından erken ölüm ve hastalıklar

Tarım sektörü, yukarıda belirtilen özelliklerin yanı sıra çalışanların kişi, yer ve zaman özellikleri, tarımsal üretimin niteliği (kuru/sulu-makine/insan gücü) ve tarımla birlikte hayvancılık yapılma durumuna göre hastalık ve erken ölüm nedenleri farklılık göstermektedir. Kişi özellikleri açısından incelendiğinde, yapılan araştırmalar tarımda çalışan ve tarım alanlarında yaşayan nüfusun yarısının 18 yaşın altında olduğunu ve çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Çocukların riskleri bilmeme ve deneyim eksikliği nedeniyle, eğitim düzeyinin düşük olması da tarımda iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarını anlama, algılama ve uygulama açısından büyük güçlükler neden olmaktadır. Bu nedenle standart eğitim ve prosedürlerin çoğunlukla başarısız olduğu, tarımda çalışanların kültürü, deneyimleri ve inançları eğitim alma, kabul etme ve uygulama istekliliğini etkilediğini göstermiştir.⁶⁻⁷

Diğer yandan, dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, tarım çalışanları, hastalık ve erken ölümlerin nedenlerini kendilerinde görmeyip, Allah'ın takdiri, toprak sahibinin ya da işi yaptıranların görevi ya da işin doğası gereği olacağı gibi çoğunlukla sağlık kontrolünü dışarda aramaktadırlar.⁵⁻⁹ GAP Tarımda Çalışanların Sağlığı Araştırması 2013' de tarımda çalışanların sık karşılaşabilecekleri hastalıklar ve sağlık sorunları konusunda bilgi ve davranışlar da araştırılmıştır. Bu araştırmada %79,5'i aile hekimini bilmemekte, sık görülen zoonozlar ve su kaynaklı bulaşıcı hastalıkları doğru bilme %0,7-58,8 arasında, hastalıkların sağlık etkilerini doğru bilme %0,0-42,6 arasında; korunma yollarını doğru bilme %0,0-50,5 arasında değişmektedir. Bulaşma yolu vektör olan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Sıtma ve Şark Çıbanını duyma %63,0-66,1 arasında iken; duyanların korunmayı tam bilme durumları %0,0-7,8 arasındadır. Sık görülen intestinal parazitleri duyma %59,1 iken, duyanların korunmayı tam bilmeleri %0,3'tür. İdrar yolu enfeksiyonlarını duyma oranı %60,0 olup, bu kişilerin %2,8'i korunma yöntemlerini tam bilmektedir. Kas-iskelet sistemi, solunum sistemi hastalıkları ve dermatolojik yakınmaları doğru bilme sırasıyla %78,3; %33,8; %42,6; nasıl korunulacağını bilme %0,2; %4,8; %0,2'dir. Sıcak etkilenimine yönelik olarak güneş ışınlarının zararlı olduğu saatleri doğru bilme %8,0; hastalıkları doğru bilme %1 olup hiçbiri nasıl korunulacağını tam olarak bilmemektedir.¹⁰ Dolayısıyla tarımda çalışanların sağlık okur-yazarlığı oldukça düşüktür. Bu nedenle başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetine zamanında başvuru da düşüktür. Diğer yandan kırsal alanlarda tıbbi hizmetlerden uzak yaşamak, hastalıkların tedavisinde geleneksel uygulamaları artırmakta, bu durum sıtma, tüberküloz gibi hastalıkların hızla yayılmasına, ilaç direncine ve prognozun kötüleşmesine neden olmaktadır.^{6,11}

Kişi özellikleri açısından diğer önemli faktör mevsimlik gezici nüfus olma durumudur. Örneğin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde tarımda çalışanların yaklaşık

%40'ı Türkiye'nin yaklaşık 48 iline mevsimlik tarım işgücü olarak göç eden nüfustur ve mikrobesein eksikliği, enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere sağlık ölçütleri kendi tarlasında çalışanlara göre daha kötü durumdadır.⁸⁻⁹

İşin yapılma biçimi açısından incelendiğinde, yapılan bir araştırmada ailelerin %15,1'i sadece makineli tarım yapıldığını, %41,3'ü sadece insan gücüne dayalı tarım yapıldığını, %43,6'sı ise hem makineli hem insangücüne dayalı tarım yapıldığını bildirmiştir.⁹ İnsangücü ağırlıklı tarım yapıldığında kronik yaralanma olarak ifade edilen kas-iskelet sistemi hastalıkları öne çıkarken, makineli tarımda akut yaralanmalar daha fazla görülmektedir.⁶ Tarımda çalışan ailelerin büyük çoğunluğu aynı zamanda küçük ve büyük baş hayvancılık yapmakta, ya da hayvanlara temasın yüksek olduğu yerlerde çalışmaktadırlar. Bu durumda zoonozların diğer hastalıklara göre daha yaygın olduğu görülmektedir. Tarım işletmelerinin büyüklüğü de gerek denetimler gerekse düzenli işgücünün bu alanlarda yaşaması için alt yapı çalışmaları açısından erken ölüm ve hastalıklarla yakından ilişkili bulunmuştur.⁶ Türkiye'de tarım işletmelerinin %64,8'i 5 ha'nın altında, %29,4'ü 5-19 ha arasında, %5,1'i 20-49 ha arasında ve %0,7'si de 50 ha ve üzeri arazi varlığına sahiptir.⁹ Dolayısıyla tarımda çalışanların sağlığını koruma – geliştirme çalışmaları açısından değerlendirildiğinde; özellikle temiz içme-kullanma suyu sağlama, atıkların kontrol altına alınması ve kimyasal kontrolü gibi uygulamaların küçük/aile işletmelerinde genel sağlık hizmetlerine entegre yürütülmesi gerektiğini düşündürmektedir. Temel sanitasyon açısından değerlendirildiğinde dünyada 2,5 milyar nüfusun temiz-içme kullanma suyu, dışkının sağlıklı uzaklaştırılması gibi iyileştirilmiş sanitasyona erişemediği, bu kişilerin %72'sinin kırsal alanlarda yaşadığı ve tarımda çalıştığı bilinmekte, buna bağlı bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır.¹

Tarımda sık görülen sağlık sorunları ve mesleki riskler

Literatürde tarımda mesleki kaza ve yaralanmalar arasında, kas-iskelet sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, malnütrisyon, üreme sağlığı sorunları, işitme kayıpları, ağız-diş sağlığı sorunları, göz yaralanmaları ve hastalıkları, cilt hastalıkları, ruhsal ve nörolojik bozukluklar, termal stres ve akut ve kronik pestisit etkilenimine bağlı hastalık ve kazalar ile tarım aletleri ve hayvanlar yanı sıra sınır, su kavgaları gibi nedenlerle kaza ve yaralanmalar bildirilmektedir. Tarımda kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve mevsimlik tarım işçileri özel risk grubu olarak tanımlanmıştır.⁶⁻⁴² Ayrıca, çocukların tarım alanlarında çalışması büyüme ve gelişme geriliği yanı sıra, yaşam kalitesini düşürmekte, eğitim hakkına engel olmakta, bu nedenle ILO tarafından çocuk işçiliğinin en kötü biçimlerinden biri olarak tanımlanmaktadır.⁴³⁻⁴⁵

Birçok ülke, tarımsal üretimin niteliği ve üretim biçimine bağlı olarak genel çevresel riskler (*tarlada güvenli içme suyu, kolay ulaşılabilir uzaklıkta, atığı insandan uzaklaştıran, mahremiyeti koruyan tuvalet, el yıkamak için uygun düzenek ve sabun, buzdolabı, kıyafetlerin değiştirebileceği kapalı ortam, tarlada cibinlik kullanımı, uygun uyuma yeri, bozuk yapıların denetimi, elektrik telleri, korumalı su kanalları, gürültü ve toza karşı koruyucu ekipman varlığı*); hayvan kaynaklı riskler (*hayvanların bulunduğu alanların çitle çevrilmesi, veteriner kontrolleri, hastalıklı hayvanların tüketimi, hayvan doğumu sırasında eldiven kullanılması, ahırların*

kireçle badana edilmesi, hayvan dışkılarının açıkta bulunması, tehlikeli hayvan zehirlenmelerinde ilk yardım bilgisi vb); nakliye ve hareketli makineler (*işçilerin güvenli durumu; kullanılan tarım alet ve makinelerinin bakım ve onarımı, arazi başlığı kullanımı*), güvenli pestisit depolama ve uygulama, çocukların bakımı ve oynaması için korumalı alanların bulunma durumu, termal stres, psikososyal riskler ve sağlık hizmetlerine erişimi içeren farklı alanlarda tarımda mesleki riskler kontrol listeleri hazırlamışlardır. Türkiye’de de tarımda mesleki riskleri değerlendirmek için bir kontrol listesi hazırlanmış ve denenmiştir.⁴⁶⁻⁴⁸

2013 yılında GAP bölgesinde ‘Tarımda Mesleki Riskler Listesi’ kullanılarak yapılan bir çalışmada, genel çevresel riskler incelendiğinde; yaklaşık %60’ı tarlada çalışma sırasında güvenli içme kullanma suyuna erişilemediğini, el yıkama düzeneği ve sabun olmadığını, %85’i erişilebilir arazi tipi tuvalet olmadığını, üç kişiden ikisi güneş ışınlarının dik indiği saatlerde çalıştığını bildirmiştir. Ayrıca %98’i gürültülü çalışma ortamlarında gürültüden koruyucu kulak tıkacı kullanmadığını; %75’i tozdan koruyucu ekipman kullanmadığını, %89’u su kanalı etrafında koruma bandı ya da çit bulunmadığını; %91’i ilk yardım bilgisinin olmadığını ifade etmiştir. Hayvanlarla ilgili riskler incelendiğinde; %83’ünün hayvan doğumu sırasında eldiven kullanmadığı, %82’sinin köpeklerine kuduz aşısı yapılmadığı, %63’ünün hayvanlarına brusella aşısı yapılmadığı, yaklaşık yarısının hayvanlarının veteriner kontrolünde olmadığı belirlenmiştir. Nakliye ve makinelerle ilişkili riskler incelendiğinde yaklaşık %80’i emniyet kemeri takmadığını, dört kişiden biri traktörlerin bakım ve kontrolünün düzenli yapılmadığını söylemiştir. Çalışanların %72’si pestisit uygularken tulum giymediklerini, iki kişiden biri maske takmadığını, %28’i uygulama sırasında sigara içtiklerini bildirmiştir. Çocuk işçiliği açısından katılımcıların %27’si çocukların tarımda çalıştırıldığını, %14’ü 14 yaşından küçük çocukların traktör kullandığını bildirmiştir. Katılımcıların %66’sı tarımda çalışmanın stresli olduğunu bildirmiştir. Ayrıca pestisit satış yerlerinin hiçbirinin yasal düzenlenmelere uygun olmadığı belirlenmiştir.⁴⁹⁻⁵⁰

Üretim biçimi tarım olan gelişmiş ülkelerde 1950’li yıllardan itibaren tarımda çalışanların sağlığı ve güvenliğine yönelik multidisipliner anlayışla hekim, veteriner hekim, hemşire, toksikolog, mikrobiyolog, çevre mühendisi, ziraat mühendisi, antropolog, paramedik, sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi meslek elemanlarından oluşan ‘Kırsal Sağlık Enstitüsü / Tarım Tıbbi Enstitüsü’ gibi isimlerle üniversitelerde birimlerin oluşturulduğu, kanıt değeri yüksek epidemiyolojik çalışmalara dayalı iyi uygulama örneklerinin geliştirildiği, sağlık personeline yönelik zorunlu kredili derslerin verildiği, yüksek lisans ve doktora programları ile sertifika programlarının başlatıldığı görülmektedir.⁶

Ülkemizde tarım ve hayvancılık faaliyetleri yoğun olmasına karşın, tarımda çalışanların sağlığına yönelik epidemiyolojik çalışmalar sınırlı sayıda olup, ilk bilimsel sempozyum Harran Üniversitesi, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ve GAP Kalkınma İdaresi Başkanlığı işbirliğiyle 6-7 Nisan 2012 tarihinde Şanlıurfa’da yapılmış, sempozyum sonrası Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 2012 yılında gerçekleştirilen İş Sağlığı ve Güvenliği Haftası’nın konusu ‘tarım’ olarak belirlenmiş, Bakanlıkta tarımda iş sağlığı ve güvenliği ortak danışma kurulu oluşturulması gibi kurumsal düzeyde önemli adımlar atılmıştır. Ayrıca, Çalışma ve

Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından tarımda mesleki riskleri değerlendirme ve tarıma özel rehberler geliştirme çalışmalarına başlanmıştır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından, Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Genelgesi yayınlanmış, ‘Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Stratejisi ve Eylem Planı’ hazırlanmıştır. Proje bazlı alt yapı oluşturma amacıyla illere önemli destekler sağlanmış, ancak henüz mevsimlik tarım işçilerinin tümünü kapsama alamamıştır. Mevsimlik tarım işçilerinin ve ailelerinin nitelikli sağlık hizmetine erişimlerini sağlamak üzere Harran Üniversitesi ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu desteği, Toros Tarım ve Hollanda Büyükelçiliği katkılarıyla ‘*Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlığını Geliştirme Programı*’ adıyla ülke modeli geliştirme niteliğinde bir operasyonel çalışma yürütülmektedir. Program sağlık sistemini ve mevsimlik tarım işçilerini güçlendirme yanısıra ilgili diğer sektör ve medyada farkındalık oluşturma boyutlarında yürütülmektedir. Program kapsamında birinci basamak sağlık çalışanları için mezuniyet öncesi ve sonrası hizmetiçi eğitim rehberi, sağlık aracısı modülü, din görevlisi sağlık rehberi, tarım iş aracısı sağlık rehberi ve işverenler, yöneticiler için farkındalık broşürleri ile çok sayıda görsel ve işitsel halk eğitim materyali hazırlanmış ve 12 ile yaygınlaştırılmıştır.⁵¹⁻⁵³ Ayrıca Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından tüm illere uygulamaları yönlendirmek üzere gönderilmiştir.

İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yasalaşması açısından önem taşıyan, 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu çıkarılmış, ancak kendi nam ve hesabına çalışanları kapsama almamıştır. Ayrıca tarımda kayıt dışı istihdam nedeniyle mevsimlik gezici işçilerin de büyük kısmı söz konusu düzenlemelerin dışında kalmıştır.

GAP bölgesinde tarımın hızla gelişmesi nedeniyle, hem bölgeye hem de ülkeye yönelik ‘model çalışmalar’ geliştirmek ve bu alanda daha ileri araştırmaları yürütmek üzere ‘Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi’ kurulmuştur. GAP Bölgesinde Tarımda Çalışanların Sağlığı Araştırması - 2013 yapıp, 25 Şubat 2014 tarihinde Şanlıurfa’da GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı ve Harran Üniversitesi Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi işbirliğinde, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB), Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı (GTHB), Şanlıurfa, Adıyaman, Gaziantep, Kilis, Mardin, Şırnak, Siirt, Batman ve Mardin illerinden kurumların temsilcileri, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve Kalkınma ajansları temsilcileri ile alan uzmanlarının katıldığı bir çalıştay düzenlenerek önerileri içeren eylem planı hazırlanmıştır.⁹ Yine tarım aletlerine bağlı kaza ve yaralanmaları önlemek için SAFER isimli bir program geliştirilmiş olup, tüm ülkeye yaygınlaştırma çalışmaları devam etmektedir.⁵⁴

Sonuç olarak, tarımda çalışanların hastalıklarının önlenmesinde en etkili stratejiler; etkin bir sürveyans sisteminin kurulması, sürveyans verisinin analiz edilerek sağlık sorunlarının kontrolü için kullanımının sağlanması, risklerin en aza indirilmesi için ortamın çalışanlara uygun hale getirilmesi ve kişilerde güvenli

sağlık davranışlarının geliştirilmesidir. Sonuç olarak tarımda çalışan nüfusun hizmete erişim düzeylerine ve sosyo-demografik özelliklerine bağlı olarak ana-çocuk sağlığı göstergeleri, erken tanı-tedavi girişimleri, paraziter ve diğer bulaşıcı hastalıklar, malnütrisyon başta olmak üzere sağlık göstergeleri ülke ortalamasının altındadır.^{8-9,34} Tarımda çalışanlar sağlığın temel belirleyicileri olan temiz içme-kullanma suyu, gıda, ulaşım olanakları, sağlık bilgisi ve üreme sağlığı hizmetleri başta olmak üzere temel sağlık hizmetleri ile iş güvenliği hizmetlerine erişememektedirler.

Öneriler

1. Tarım alanlarında minimum sağlık ve güvenlik koşullarının yasal düzenlemelerle belirlenmesi (Tarlada sağlıklı su ve sabun temini, tuvalet, banyo, gölgeliğe erişim, kimyasal kutularının imhası, barınma tesisleri, çalışma süresi, taşıma ve işlemlerde kullanılan makine, teçhizat, cihaz ve aletleri kapsayacak şekilde),
2. Sürveyans sisteminin tarımda hastalık, kaza-yaralanmalar ile riskli sağlık davranışlarını kapsayacak şekilde geliştirilmesi,
3. Pestisit satış yerlerine, yönetmelik düzenlemesiyle koruyucu ekipman tedariki ve kimyasalların kutu vb. atıklarını toplama ve imha zorunluluğunun getirilmesi,
4. Tarım makinelerinden kaynaklanan kazaları önlemek için, makine kullanım sertifika programlarının geliştirilmesi ve uygulanması ile makine kullanımı sırasındaki koruyucu malzemenin tedarikçi tarafından sağlanmasına yönelik yasal düzenlemelerin yapılması,
5. Sağlık çalışanlarına yönelik tarımda çalışanların sağlığı ve güvenliğine yönelik mezuniyet öncesi derslerin ve mezuniyet sonrasında da sertifika programlarının geliştirilmesi,
6. Fiziksel, biyolojik ve kimyasal riskler çocuk ve gebe kadınları korumak için tarım alanlarında gebe kadın ve çocukların çalışmasının yasal düzenlemelerde belirtildiği şekilde uygulanması için denetim ve farkındalık çalışmalarının yapılması,
7. Tarımda çalışanların sağlık sorunlarına yönelik epidemiyolojik araştırmaların artması,
8. Tarımda işin türüne göre risk değerlendirme rehberlerinin hazırlanması ve denetimlerin yapılması.
9. Tarımda çalışan nüfusun kayıt altına alınmasının sağlanması ve mesleki eğitimlerinin yapılması,
10. Tarımda çalışan nüfusun sosyo-demografik yapısına uygun eğitim materyallerinin geliştirilmesi ve çiftçi eğitim programlarına entegre edilmesinin sağlanması,
11. Yasal düzenlemelerle tarım iş araçlarının tarım alanlarında hastalık ve erken ölümlerin önlenmesine yönelik iş sağlığı ve güvenliği eğitimi almalarının sağlanması.

Kaynaklar

1. International Labor Office. Global Employ

- ment Trends 2011, International Labor Organization, 2011, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_150440.pdf; (Erişim Tarihi: 08.06.2013).
2. Türkiye İstatistik Kurumu. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10761&tb_id=2 (erişim tarihi: 08/03/2012)
3. Kimya Sanayii Özel İhtisas Komisyonu, Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007-2013.
4. Fedoroff NV, Battisti DS, Beachy RN et al. Radically Rethinking Agriculture for the 21st Century. Science. 2011; 327(5967): 833-834.
5. Donham KJ, Thelin A. Agricultural Medicine Occupational and Environmental Health for the Health Professionals. Blackwell Publishing, 2006.
6. Arcury TA, Estrada JM, Quandt SA. Overcoming Language and Literacy Barriers in Safety and Health Training of Agricultural Workers. J Agromedicine, 2010; 15(3): 236-248.
7. Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching Patients with Low Literacy Skills. 2. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1996.
8. Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması 2011; Nüfus/Tarım İşgücü Göçü/Yaşam Koşulları/Üreme Sağlığı. (Hazırlayan: Zeynep Şimşek). Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2012, Ankara.
9. Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi. GAP Tarımda Çalışanların Sağlığı Araştırması-2013 /GAP Tarımda Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği Eylem Planı-2014. Harran Üniversitesi ve GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı- 2014, Şanlıurfa.
10. Keklik AZ, Şimşek Z, Demir C et al. GAP Bölgesinde Tarımda Çalışanların Tarım ve Hayvancılıkla İlişkili Hastalıklara Yönelik Bilgi Durumu. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, (ss:184), 27-31 Ekim 2013, Antalya.
11. Koçakoğlu Ş, Şimşek Z, Ceylan E. 2001-2006 Yılları Arasında Şanlıurfa Merkez Verem Savaş Dispanserinde Takip Edilen Tüberküloz Olgularının Epidemiyolojik Özellikleri. Toraks Dergisi 2009;10(1):9-14.
12. World Health Organization. World Health Statistics; A snapshot of global health. World Health organization 2012.
13. Goldberg R. L, Janssen S. Reproductive Hazards. Agricultural Medicine, A Practical Guide. Eds: Lessenger J.E. Springer, 2006.
14. Villarejo D, McCurdy SA. The California agricultural workers health survey. J Agric Saf Health. 2008;14:135-146.
15. Cameron L, Lalich N, Bauer S, Booker V, Bogue HO, Samuels S, Steege AL. Occupational health survey of farm workers by camp health aides. J Agric Saf Health. 2006;12:139-153.
16. May JJ. Occupational injuries and illness in farmworkers in the eastern United States. In: Arcury TA, Quandt SA, editors. Latino farmworkers in the eastern United States: Health, Safety, and Justice. New York: Springer; 2009: 71-101.
17. Rabinowitz PM, Sircar KD, Tarabar S et al. Hearing loss in migrant agricultural workers. J Agromedicine. 2005;10:9-17.
18. Quandt SA, Feldman SR, Vallejos QM et al. Vision problems, eye care history, and ocular protective behaviors of migrant farmworkers. Arch Environ Occup Health. 2008;63:13-16.

19. Arcury TA, Feldman SR, Schulz MR et al. Diagnosed skin diseases among migrant farmworkers in North Carolina: prevalence and risk factors. *J Agric Saf Health*. 2007;13:407-418.
20. Alderete E, Vega WA, Kolody B, Aguilar-Caxiola S. Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California. *Am J Public Health*. 2000;90:608-614.
21. Grzywacz JG, Quandt SA, Early J et al. Leaving family for work: ambivalence and mental health among Mexican migrant farmworker men. *J Immigr Minor Health*. 2006;8:85-97.
22. Arcury TA, Grzywacz JG, Isom S et al. Seasonal variation in the measurement of urinary pesticide metabolites among Latino farmworkers in eastern North Carolina. *Int J Occup Environ Health*. 2009;15:339-350.
23. Kamel F, Rowland AS, Park LP et al. Neurobehavioral performance and work experience in Florida farmworkers. *Environ Health Perspect*. 2003;111:1765-1772.
24. Quandt SA, Arcury TA, Preisser JS et al. Behavioral and environmental predictors of salivary cotinine in Latino tobacco workers. *J Occup Environ Med*. 2001;43:844-852.
25. Stiles MC, Grieshop JI. Impacts of culture on driver knowledge and safety device usage among Hispanic farm workers. *Accid Anal Prev*. 1999;31:235-241.
26. Quandt SA, Hiott AE, Grzywacz JG et al. Oral health and quality of life of migrant and seasonal farmworkers in North Carolina. *J Agric Saf Health*. 2007;13:45-55.
27. Şimşek Z, Koruk İ. Şanlıurfa İl Merkezinde Gezici Mevsimlik Tarım İşçiliği Durumu ve Sağlık Hizmetine Erişim. XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2008. 22-26 Ekim, Ankara.
28. Simsek Z, Koruk I, Doni NY. An operational study on implementation of mobile primary healthcare services for seasonal migratory farmworkers, Turkey. *Matern Child Health J*. 2012;16:1906-1912.
29. İnalcı Hİ, Şimşek Z, Koruk İ, Tekin Koruk S. Coverage of tetanus vaccine after national tetanus vaccination campaign and basic determinants. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, (TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni), 2009; 8(9):453-458.
30. Şimşek Z, İnalcı Hİ, Koruk İ, Shermatov K. Şanlıurfa'da 12-23 Aylar Arasındaki Çocuklarda Aşılama Durumu ve Belirleyicileri. *Türkiye Klinikleri, J Pediatr* 2010;19(1):20-9
31. Koruk İ, Şimşek Z. Göçebe mevsimlik tarım işçisi olan ve olmayan kadınlarda tetanoz aşılama durumu ve ilişkili diğer faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2010;8(3):165-175.
32. Koruk I, Simsek Z, Tekin Koruk S, Doni N, Gürses G. Intestinal parasites, nutritional status and psychomotor development delay in migratory farm worker's children. *Child Care Health Dev*. 2010;36(6):888-94.
33. Şimşek Z, Koruk İ. The Effects of migratory seasonal farmwork on psychomotor development and growth among children ages 0-5 years in Southeastern Anatolia. *Turkish Journal of Public Health* Vol 9, No 3 (2011): 157-165.
34. Şimşek Z, Yıldırımkaş G, Erçetin G et al. Mevsimlik tarım işçilerinin karşılaştırmalı sağlık göstergeleri ve hizmet gereksinimi 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; Sağlık Reformları,2-6 Ekim 2012-Bursa; 499-501).

35. Şimşek Z. Kırmızıtoprak E. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam Bilgi ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2013;11(1):1-10.
36. Demir C, Şimşek Z, Erçetin G, Yıldırımkaş G. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Gebelik Kayıpları ve İlişkili Faktörler. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, (ss:537), 27-31 Ekim 2013, Antalya.
37. Şimşek Z, Çelik E, Demir C, Keklik AZ, Yörük S. GAP Bölgesinde Tarımda Çalışan Ailelerin Adölesanlarında Ruh Sağlığı ve İlişkili Faktörler. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, (ss:214), 27-31 Ekim 2013, Antalya.
38. Yentür Doni N, Gürses G, Şimşek Z, Yıldız Zeyrek F, Keklik Z, Demir C. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde Tarım İşçilerinin 6 Yaş Altı Çocuklarında Bağırsak Parazitlerinin Dağılımı. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, (ss:500), 27-31 Ekim 2013, Antalya.
39. Şimşek Z, Kara B, Demir C. Şark Çıbanı tedavisi uygulanmakta olan olguların tanımlayıcı özellikleri ve hastalık hakkında bilgileri, 1. Tarım Sağlığı ve Güvenliği Sempozyumu (Çevresel ve Mesleki Riskler), 6-7 Nisan 2012, (ss:236-238), Şanlıurfa. .
40. Akpırınç S, Şanlıurfa İl Merkezine Bağlı Köylerde Tarım İş Kolunda Akut Yaralanma Sıklığı ve Kişi / Ortam Faktörleri, HR.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, 2013.
41. Şimşek Z, Kara B, Erçetin G, Yıldırımkaş G. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Büyüme-Gelişmeye Yönelik Yaşadıkları Endişeler ve İlişkili Faktörler. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, (ss:529), 27-31 Ekim 2013, Antalya.
42. Erçetin G, Şimşek Z, Kara B, Yıldırımkaş G. Mevsimlik Tarım İşçilerinde Gebeliği Önleyici Yöntem Bilgisi ve Kullanımı. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, (ss:542), 27-31 Ekim 2013, Antalya.
43. Şimşek Z, Koruk İ, Tüysüzöğlü S. Mevsimlik Gezici Tarım işçiliğinin İlköğretim Çağı Çocukların Yaşam Kalitelerine Etkisi. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 18-22 Ekim 2010 İzmir, Bildiri Özetleri Kitabı (ss:39).
44. Şimşek Z. Koruk İ. Çocuk işçiliğinin en kötü biçimlerinden biri; mevsimlik göçebe tarım işçiliği, Çalışma Ortamı, Temmuz-Ağustos 2009
45. Şimşek Z. Tarımda çalışan ailelerin çocukları. Uluslararası Katılımlı 4. Pediatri Hemşireliği Kongresi, 22-25 Mayıs 2013 / Adıyaman.
46. Risk Değerlendirme Rehberi (Derleyen; Murat Andaç) <http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/icdenetim/dosyalar/calisma/riskdegerlendirmerehberi> (Erişim Tarihi; 10.02.2011)
47. Agricultural health and safety. <http://www.hse.gov.uk/agriculture/assessment/index.htm> (Erişim tarihi; 06.05.2012)
48. Yavuz H, Şimşek Z. Tarımda Riskli Sağlık Davranışları ve İlişkili Faktörler. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 27-31 Ekim 2013, Antalya.
49. Şimşek Z, Kayı İ, Keklik Z, Demir C. GAP Bölgesi'nde Tarımda Hastalık ve Erken Ölümle İlişkili Risk Değerlendirmesi. VII. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı. 5-7 Mayıs 2014-İstanbul.
50. Kara B., Şimşek Z. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde Pestisit Satış Yerlerinde Risk Değerlendirmesi. VII. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı. 5-7 Mayıs 2014-İstanbul.

51. Şimşek Z, Yıldırımkaş G, Akın A. Üreme Sağlığı Alanında Kanıta Dayalı Sağlık Geliştirme Stratejilerinin Kullanıldığı Bir Program Örneği. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, (ss:447), 27-31 Ekim 2013, Antalya.
52. Şimşek Z, Güler MN, Ersin F et al. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlığını Geliştirme Programı; Din Görevlisi Eğitimleri ve Değerlendirilmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, (ss:182), 27-31 Ekim 2013, Antalya.
53. Şimşek Z, Kara K, Erçetin G et al. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlığını Geliştirme Programı; TSM Eğitimi ve Program Değerlendirmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, (ss:381), 27-31 Ekim 2013, Antalya.
54. Yurtlu, YB. Kırsal alanda çalışanlar için daha güvenli tarım (SAFER). http://safer-omu.net/tr/?sayfa=haber_detay&id=112

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET VE SIKLIĞI

Metin Pıçakçıefe

Doç. Dr. Muğla S.K.Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

İşyerinde şiddet

Dünya Sağlık Örgütü (WHO: Word Health Organization), “Şiddet dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur” demektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO: International Labor Organization), “İşyerinde şiddeti uyuşturucu, alkol, tütün ve HIV/AIDS ile birlikte çalışma yaşamı için önemli risklerden biri” olarak tanımlamaktadır. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN: International Council of Nurses) ise, “İşyeri şiddeti sağlık işkolunda etkin sağlık hizmetlerinin sunumunu tehdit ediyor” diye belirtmektedir. Avrupa Kuruluşunun (European Foundation) yılına ait raporuna göre, Avrupa Birliği ülkelerinde çalışanların, 9 milyonu fiziksel şiddetle, 3 milyonu cinsel tacizle ve 13 milyonu tehdit ve zorbalık ile karşılaşmaktadır.

İşyerinde şiddet fiziksel, sözel, cinsel ve psikolojik (mobbing...) gibi çeşitli türleriyle karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarında şiddet

Her yıl sağlık çalışanlarına karşı yapılan travmaların sayısı ve şiddeti artmaktadır. Çalışma yaşamında sağlık bir bütün ve travma bu bütünlüğü bozan etmenlerden biridir. Travmalar arasında yer alan şiddet yol açtığı biyolojik ve psikolojik yıkımla çalışan sağlığında önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü “çalışan insanların sağlığı” stratejilerini saptarken, işin psikososyal yönünü ve işle ilgili psikososyal etmenlerin önemini özellikle vurgulamıştır. İşyerinde şiddet ise çalışma ortamında sağlık çalışanlarının sık karşılaştığı psikososyal etmenlerden birisidir. ABD Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health) işyeri şiddetini; “çalışanlara yönelik, fiziksel saldırılar ve saldırı tehditleri içeren şiddet davranışları” olarak tanımlar. İşyerinde şiddetin önlenmesi ise halk sağlığının öncelikli konuları arasındadır. Toplum sağlığının bir parçası olan ve topluma sağlık hizmeti sunmakla yükümlü sağlık çalışanlarının iyilik durumları da toplumsal sağlık açısından çok önemlidir.

Sağlık çalışanlarında şiddetin sıklığı

Iowa Üniversitesi işyeri şiddetiyle ilgili şunu gözlemlemiştir; “Şiddet olayları yüksek oranda sağlık çalışanlarına yöneliktir. Bazı psikiyatrik bölümlerinde, çalışanlar üzerinde saldırı oranları yılda 100 çalışanda 100 olaydan daha çoktur” ve Virginia’da yürütülen bir çalışmada ise, “Bugün, hasta bakımı ile ilgili şiddet, bütün sağlık örgütlerinde çok tehlikeli olmaya başlamıştır” diye bildirmiştir. Ayrıca “Sağlık çalışanları, diğer bütün iş kollarına göre kesinlikle en yüksek saldırı oranına sahiptir” demektedir.

Hastanede çalışan herhangi biri şiddet kurbanı olmasına rağmen, hastalarla en çok iletişim içinde olan hemşireler ve yardımcılarının şiddetle karşılaşma riskleri daha yüksektir. Artan şiddet riski diğer hastane çalışanlarını, acil çalışanlarını ve

hastane güvenlik görevlilerini kapsamaktadır. En çok saldırıyı hemşireler görür; ancak doktorlar, eczacılar, stajyerler, asistanlar, hemşire yardımcıları, terapistler, teknisyenler, evde bakım veren sağlıkçılar, sosyal/yardım çalışanları, acil tıp personelinin hepsi de, hastalar/hasta yakınları/akrabaları tarafından şiddet görme konusunda risk altındadırlar.

Tablo 1. ILO, ICN ve WHO'nun raporuna göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sıklığı

Ülkeler	<u>Şiddet</u>		
	Fiziksel (%)	Sözel (%)	Psikolojik (%)
Brezilya	6	39	15
Bulgaristan	7	32	31
Lübnan	6	41	22
Güney Afrika	17	52	21
Taylan	10	48	11
Avustralya	-	67	10

Dünyanın birçok ülkesinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili çok sayıda farklı çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bu çalışmaların bazıları aşağıda gösterilen Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Bazı ülkelerde yapılan çalışmalara göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sıklığı

Ülkeler	<u>Şiddet</u>			
	Fiziksel (%)	Sözel (%)	Psikolojik (%)	Cinsel (%)
İngiltere(1)	-	-	54	-
Almanya	-	-	11	-
İngiltere(2)	21	-	-	-
AB-15	4	-	8	2
İtalya	-	-	4-6	-
ABD	8.3	-	-	-
ABD/Minnesota	13.3	-	38.8	-
Bosna-Hersek	-	-	76	-
Tayland	-	-	19.7	-
İsrail	9	56	-	-
İrlanda	50	50	-	-

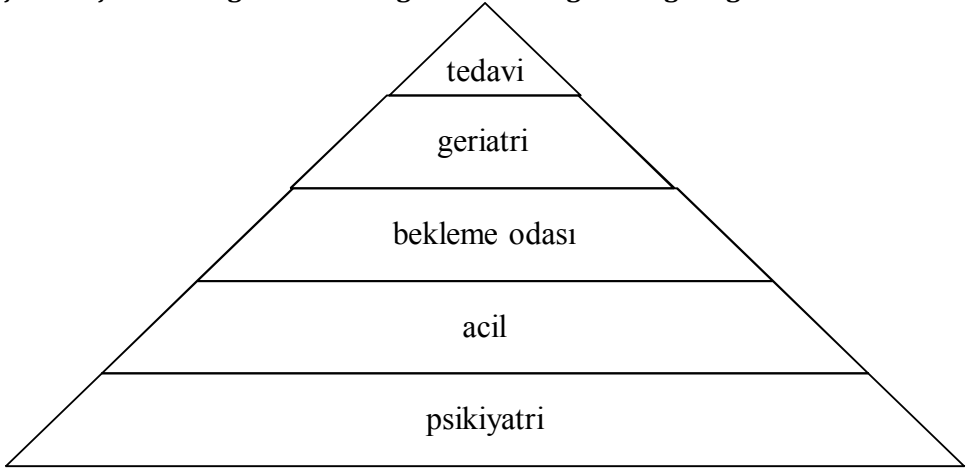
Sağlık işkolunda şiddet diğer işkollarına göre daha sık görülmektedir. Çünkü sağlık işkolunda şiddet işyerindeki tüm şiddetin % 25'ini oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarında şiddet tüm ülkelerde ve tüm sağlık meslekleri arasında yaygındır. Sağlık çalışanların yarısından fazlası sözel şiddet gibi şiddetin bazı türlerinden etkilenmektedir. ILO, ICN ve WHO'nun raporuna göre, sağlık çalışanlarında sözlü şiddet ve psikolojik şiddet fiziksel şiddete göre daha fazla görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 3'de ise Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili yapılan farklı çalışmaların bazıları gösterilmektedir.

Tablo 3. Ülkemizin farklı illerinde yapılan çalışmalara göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sıklığı

Yer	<u>Şiddet</u>			
	Fiziksel (%)	Sözel (%)	Psikolojik (%)	Cinsel (%)
Kütahya	-	-	28.8	-
Muğla	24.7	77.2	66.4	22.4
Bursa	-	-	-	55
Samsun	19.6	-	-	-
İzmir	16.8	-	-	-
Bursa	30.7	-	-	-
İzmir	20.5	-	-	-
Muğla	-	-	31.1	-
Denizli	12.8	40.0	-	-
İstanbul	72.6	-	-	-
Tokat	94.8	5.2	-	-
Konya	-	38.6	-	-
İstanbul	88.3	11.7	-	-
Burdur	-	-	73.2	-
Diyarbakır	80.8	40.6	31.2	-
Kırıkkale	73.7	9.2	6.6	-
Adana	91.9	8.1	-	-

Şiddet hizmetin verildiği sağlık biriminin herhangi bir yerinde olabilir, ancak; psikiyatri bölümlerinde, acil odalarında, bekleme odalarında, geriatri ünitelerinde ve tedavi bölümlerinde daha sık görülür (Şekil 1).

Şekil 1. Şiddetin diğer birimlere göre daha sık görüldüğü sağlık birimleri

Sağlık biriminde şiddetle “her zaman” karşılaşılabilir. Birçok çalışma, genelde yemek saatleri, ziyaret saatleri ve hastayı bir yerden bir yere taşıma gibi hastalarla iletişim içinde olunan zamanlarda şiddetin olduğunu göstermiştir. Saldırıları daha çok; hizmet eksik olduğunda, hasta gönülsüz olarak kabul edildiğinde ya da sağlık çalışanı yeme, içme veya sigara, alkol kullanımına kısıtlama getirmeye kalkıştığında yapılmaktadır (Şekil 2).

Şekil 2. Şiddetin diğer zaman dilimlerine göre daha sık görüldüğü zaman dilimleri

Sonuç

Sonuç olarak, toplum sağlığı ile ilgili önemli bir görev üstlenen sağlık çalışanlarının işyerinde şiddetle karşılaşma sıklığı tüm dünyada olduğu gibi, Ülkemizde de yüksek orandadır. Sağlık çalışanları tüm şiddet türleriyle karşılaşmaktadır, ancak en çok karşılaştıkları şiddet türü sözlü şiddettir. Sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşmaları ivedilikle önlenmelidir.

Kaynaklar

1. Encyclopedia of Occupational Health and Safety. 4nd ed. Geneva: ILO; 1998.
2. Occupational health in the 1990s. A framework for change. European Occupational Health Series No 1. WHO Regional Office for Europe; 1990.

3. World Health Organization. Word report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
4. Occupational Hazards In Hospitals. Violence. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH Publication No.02-101); 2002.
5. Oxford Advanced Learners Dictionary.
6. Mobbing. Ovverolo Stres da Persecuzione Psicologica. <http://unicam.it/ssdici/Mobbing> (Erişim tarihi: 29.10.2010).
7. Kenneth Westhues. The Mobbing at Medaille Collage in 2002. Canada. October, 2002: 2.
8. Heinz Leymann. Research and The Term Mobbing. The Mobbing Encyclopedia. <http://www.leymann.se/English/12100E.HTM> (Erişim tarihi: 10.10.2010).
9. Heinz Leymann. The Definition of Mobbing at Workplaces. The Mobbing Encyclopedia. <http://www.leymann.se/English/12100E.HTM> (Erişim tarihi: 10.10.2010).
10. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in The Health Sector. The Training Manual. ICN, ILO, WHO. 1st ed. Geneva , Switzerland; 2005.
11. Last, J.M. A Dictionary of Epidemiology. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1998.
12. American Bar Association Commission on Domestic Violence; A Guide for Employees: Domestic Violence in The Workplace. Washington DC; 1999.
13. Nachreiner N, Gerberich S, Ryan A, McGovern P. Minnesota nurses study: Perceptions of violence and the work environment. Industrial Health 2007; 45: 672-678.
14. <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2004/02/feature/it0402104f.htm> (Erişim Tarihi: 06.10.2010).
15. Chappell D, Martino V. This paper appeared as an article in the Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety , April 1999; 6(1).
16. <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2004/02/feature/it0402104f.htm> (Erişim tarihi: 06.10.2010).
17. New Model Prepared By Chappell and Di Martino, Based on Poyner and Warne: Preventing Violence to Staff. London: Health and Safety Executive; 1998. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/intro.htm> (Erişim tarihi: 25.12.07).
18. Ortega A, Hogg A, Pejtersen JH. Prevalence of workplace bullying and risk groups: a representative population study. Int. Arch. Occup Environ Health 2009; 82: 417-426.
19. Pranjić N, Males-Bilić L, Beganlić A, Mustajbegović J. Mobbing, stress and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey Study. Croat Med J 2006; 47: 750-758.
20. Pedro MM, Sanchez MISS, Navarro MCS, Izquierdo MC. Workplace mobbing and effects on worker's health. The Spanish Journal of Psychology 2008; 11(1): 219-227.
21. Pasquale VD. Study Examines "Mobbing" at The Workplace. Baden Eaden Germany. <http://eurofound.europa.eu/eiro/2002/08/feature/de0208203f.htm> (Erişim tarihi: 27.04.2009).

22. Callaghan P, Palmstierena T, Hijman H, Oud N. Violence in Clinical Psychiatry. Proceeding of The 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Kavanan, Amsterdam; 2007.
23. Yener A. Sağlık Personellerinde Mobbing'in İncelenmesi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2008.
24. Pıçakçıefe M, Akça S, Elibol A. The analysis of violence against the nurses in Mugla State Hospital. International Conference on Workplace Violence in Health Sector. Amsterdam-The Netherlands: 22-24 October 2008; 151.
25. Pıçakçıefe M, Acar G, Çolak Z, Kılıç İ. Muğla merkeze bağlı birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının çalışırken maruz kaldıkları psikolojik şiddetin(mobbing) incelenmesi.6.Temel Sağlık Hizmetleri Kongresi Özet Kitabı.Ege Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi. İzmir: 15-17 Ekim 2009; 64.
26. Kirel Ç. Örgütlerde mobbing yönetiminde destekleyici ve risk azaltıcı öneriler. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2007; 7(2): 317-334.
- 27.http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_108536.pdf (Erişim tarihi: 02.06.2011)
28. Canbaz S, Dünder C, Dabak Ş ve ark. Samsun il merkezinde 112 acil ve hastane acil servis çalışanlarında şiddet maruziyetinin ve durumluk sürekli kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi IX. Halk Sağlığı Kongresi. Bildiri Özet Kitabı; 2004; Ankara.
29. Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1999; 4(6):420-425.
30. Pala K, Engindeniz K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan hemşirelere yönelik şiddet değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi IX. Halk Sağlığı Kongresi. Bildiri özet kitabı; 2004; Ankara.
31. Ergör A, Kılıç B, Demiral Y ve ark. Sağlık ocaklarında iş riskleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ekim-Kasım-Aralık 2003; 44-51.
32. Iluz TC, Peleg R, Freud T et al. Verbal and physical violence towards hospital-and community-based physicians in the Negev: an observational study. BMC Health Services Research 2005;5(54): 1-6.
33. Çam O, Pektaş İ. Şiddetin hemşireliğe yansması. Adli Psikiyatri Dergisi Temmuz 2005; 3-5.
34. Whittington R, Shuttleworth S, Hill LB. Violence to staff in a general hospital setting. Journal of Advanced Nursing 1996; 24(2):326-33.
35. Rose M. A survey of violence toward nursing staff in one Irish accident and emergency department. Journal of Emergency Nursing 1997; 23(3):214-19.
36. Pozzi C. Exposure of prehospital providers to violence and abuse. Journal of Emergency Nursing August 1998; 24:320-23.
37. Tintinalli JE. Violent patient and prehospital provider. Annals of Emergency Medicine August 1993; 22(8):1276-79.
- 38.<http://www.todaie.gov.tr/ihadm/avrupa/sosyal.pdf>(Erişim tarihi: 08.06.2011).
39. http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html(Erişim tarihi: 08.06.2011).
40. http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf(Erişim tarihi: 08.06.2011).

41. 12 Ekim 2004 tarihli ve 25611 sayılı Resmi Gazete.
42. 4 Şub 2011 tarihli ve 27836 Sayılı Resmi Gazete.
43. 19 Mart 2011 Tarihli ve 27879 Sayılı Resmi Gazete.
44. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4857.html>(Erişim tarihi: 08.06.2011).
45. Hisari K.M. Selçuk Tıp Fakültesi Hastane çalışanlarının memnuniyet ve şiddetle maruz kalma durumları.15. Halk Sağlığı Kongresi. Bursa. Özet Kitabı, 2012; 182-183.
46. Selçuk, K.T., Çevik, C., Karataş, B. İstanbul'dabir yataklı tedavi kurumunda çalışan ebe ve hemşirelerin şiddete uğrama sıklıkları. 15. Halk Sağlığı Kongresi. Bursa. Özet Kitabı, 2012; 236-237.
47. Solakoğlu, M., Karahan, T., Arpacı, Ş., ve ark. Denizli ilindeki kamuya bağlı sağlık kurumlarında çalışan sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığının belirlenmesi. 15. Halk Sağlığı Kongresi. Bursa. Özet Kitabı, 2012; 237-238.
- 48.Lüleci, E., Hıdıroğlu, S., Teker, A.G., Çakır, M. Marmara Üniversitesi Pendik EAH'de intörn ve asistan doktorların şiddete maruziyetleri ve kaygı düzeyleri. 15. Halk Sağlığı Kongresi. Bursa. Özet Kitabı, 2012; 426-427.
49. Yaşayacan, Ö., Çıtır, R., Bulut, E.Bir üniversite hastanesinde ihtisas yapan araştırma görevlilerinin şiddete maruz kalma durumları. 15. Halk Sağlığı Kongresi. Bursa. Özet Kitabı, 2012; 477-478.
50. Kant, S.S., Badıllıoğlu, Temel, F., Bilgili, B., Arık, Ö. Acil servis ve acil servis istasyonları personelinin şiddetle karşılaşma durumları. 16.Halk Sağlığı Kongresi.Antalya.Özet Kitabı, 2013;677.
- 51.Bulut, Z.K., Kayaal, Z., Palancı, Y., Ceylan, A. Bir il merkezinde çalışan sağlık personelinin şiddete maruziyet durumu. 16.Halk Sağlığı Kongresi.Antalya.Özet Kitabı, 2013;674.
52. Saygun, M., Pınar, T., Aydın, A., ve ark. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin tıp fakültesi öğrencilerinin uzmanlık alanı tercihlerine etkisi. 16.Halk Sağlığı Kongresi.Antalya.Özet Kitabı, 2013;676.
53. Uçar, G., Yoldaşcan, E., Çelik, S., Nazlıcan, E., Akbaba, M. Bir tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlilerinin şiddete maruz kalma durumlarının değerlendirilmesi. 16.Halk Sağlığı Kongresi.Antalya.Özet Kitabı, 2013;390.

İŞYERİNDE ŞİDDETE YAKLAŞIM VE KORUNMA

Metin PIÇAKÇIEFE

Doç. Dr. Muğla S.K.Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş:

Çalışma yaşamında sağlık bir bütün ve travma bu bütünlüğü bozan etmenlerden biridir. Travmalar arasında yer alan şiddet yol açtığı biyolojik ve psikolojik yıkımla çalışan sağlığında önemli bir yer tutmaktadır. Şiddetin önlenmesi halk sağlığının öncelikli konuları arasındadır.

İşyerinde Şiddete Yaklaşım

İşyerinde şiddete yaklaşım aşağıdaki kavramları içermelidir:

1-Önleyici yaklaşım: İşyerinde şiddetin nedenlerinin ortadan kaldırılması ve her olgu için uzun vadeli bir değerlendirme yapılmasıdır. Tüm şiddetin önlenmesi hedeflenmelidir. Birincil önleme; şiddetin ortaya çıkmadan önlenmesidir, daha çok örgütsel konulara yöneliktir. İkincil önleme; acil durumlara yöneliktir, acil hizmetler ve tedavi örnek olarak verilebilir. Üçüncül önleme ise; rehabilitasyon gibi uzun erimli bakıma yöneliktir, sakatlığı azaltmak ve uzun süreli sakatlık durumunda kullanılabilir.

2-Katılımcı yaklaşım: İlgili tüm tarafların işyerinde şiddeti azaltmak için birlikte çalışmaları gereklidir. Bu tarafların, şiddete karşı alınacak önlemleri düşünme ve yerine getirmekte aktif rolü vardır. İşyerinde tüm çalışanlar arasında açık iletişim sağlanmalı ve güven oluşturulmalıdır. İş sağlığı ve güvenliği kurulları işler hale getirilmelidir. Çalışanların katılımı teşvik edilmelidir.

3-Cinsiyet duyarlı yaklaşım: Sağlık işkolunda işyeri şiddeti hem erkekleri hem de kadınları etkilemektedir. Kadınların özellikle -cinsel suçlar- gibi karşılaştıkları belirli şiddet türleri vardır. Sağlık işkolunda kadınlar aşırı oranda işyeri şiddetinin kurbanlarıdır. Geleneksel cinsiyet ayrımcılığını düzeltmek için sağlık çalışanlarına yönelik; özel eğitim, kendini savunma gibi belirli eğitimler verilebilir.

4-Kültür duyarlı yaklaşım: İşyeri şiddetinin arka planında farklı kültürel özellikler vardır. İşyeri şiddeti ile ilgili ortak, herkesin alışık olduğu uygun bir terminolojinin kullanımı sağlanmalıdır.

5-Ayrımcı olmayan yaklaşım: Bir çalışma ortamı, dışlama, tercih, ırk, renk, cinsiyet ya da cinsel yönelim, din, siyasi görüş, milli bakış ya da sosyal köken temelinde herhangi bir ayrımdan arınmış olmalıdır. İşyerinin uyumlu ve başarılı gelişimi için çalışma ortamındaki çeşitlilik önemli bir unsurdur.

6-Sistemik yaklaşım: İşyerinde şiddeti tanıma, risk analizi yapma, müdahale etme, izleme ve değerlendirme aşamalarından oluşur.

İşyerinde Şiddetten Korunma

Çalışanları şiddetten korumak için işyerine yapılacak müdahaleler ve yasal düzenlemeler önemlidir.

İşyerinde yapılması gereken müdahaleler:

Şiddeti önlemek için işyerinde örgütsel, çevresel ve bireysel yönde müdahaleler yapılmalıdır:

1-Örgütsel müdahale: Çalışan (sayı, nitelik, yoğun dönemler, rotasyon, özel gereksinimler...), yönetim biçimi (açıklık, diyalog, saygı...), bilgi ve iletişim (çalışanlar arasında, toplum ile, hasta ile...), iş uygulamaları (hizmet verilenlerin akışı, bekleme süreleri...), iş tasarımı (iş içeriği, iş özerkliği, çalışma hızı, iş yükü...), çalışma süresi (fazla mesai, gece çalışma, vardiyalı çalışma, dinlenme süreleri...).

2-Çevresel müdahale: Fiziksel çevreye (gürültü, renkler, kokular, aydınlatma, sıcaklık, havalandırma...), işyeri tasarımına (ulaşım, yer, bekleme alanları, çalışan odaları, park alanları, tesis, demirbaş ve ekleri, güvenlik ve alarm sistemleri...).

3-Bireysel müdahale:

Şiddet öncesi: Atama ve adayların testi (nitelikleri, psikolojik tutumları...), eğitim (mesleki eğitim, şiddet konusunda özel eğitim...), destek (işyerinde şiddet risklerini tanımaya yönelik...), danışmanlık, esenlendirme (fiziksel egzersiz, gevşeme teknikleri, eğlence faaliyetleri...).

Şiddet sonrası: Raporlama ve kayıt, bildirim, tıbbi tedavi, danışmanlık, yönetim desteği, temsil (vekillik) ve hukuki yardım, şikayet prosedürleri, rehabilitasyon.

İşyerinde şiddetle ilgili yasal düzenlemeler:

Yasal düzenlemeler çalışma ortamında bulunan risklere karşı yaklaşımı belirleyen ve zararlı etmenlerden çalışanları korumak için hazırlanmış klavuz niteliğindeki belgelerdir. Ülkemizde de çalışma yaşamında şiddet risk etmeni ile ilgili doğrudan veya dolaylı birçok düzenleme mevcuttur. Çalışanların güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı ve koşullarına sahip olma hakları, Avrupa Sosyal Şartı'nın II. bölümünün 3. Maddesi, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 23. Maddesinde düzenlenmiş olup devletin bu ödevini yerine getirerek çalışanları koruma yükümlülüğü ise Anayasa'nın 48. Maddesinde düzenlenmiştir. Çalışanlara yönelik olan şiddet türleri ve yaptırımları Türk Ceza Kanunu'nun ilgili bazı maddelerinde düzenlenmiştir. Bu Maddelerin bazıları şunlardır: Öldürmeyle ilgili; Madde 81, 82, 83, 84, 85, Yaralamayla ilgili; Madde 86, 87, 88, 89, Cinsel tacizle ilgili; Madde 105, Şantajla ilgili; Madde 107, Hakaretle ilgili; Madde 125, Tehditle ilgili; Madde 106, Cebirle ilgili; Madde 108 gibi düzenlemeler mevcuttur. 01.07.2012 tarihinde yürürlüğe giren 11.01.2011 tarihli Türk Borçlar Kanunu'nun 417. Maddesinde "İşveren, hizmet ilişkisinde işçinin kişiliğini korumak ve saygı göstermek ve işyerinde dürüstlük ilkelerine uygun bir düzeni sağlamakla, özellikle işçilerin psikolojik ve cinsel tacize uğramamaları ve bu tür tacizlere uğramış olanların daha fazla zarar görmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür" hükmü yer almaktadır. Bu hüküm, mobbing'le ilgili önemli bir düzenlemedir. Ayrıca işyerlerinde mobbing'in önlenmesi konusunda 19.03.2011 tarihli Başbakanlık

Genelgesi yayınlanmıştır. 4857 sayılı İş Kanunu'nda işyerinde şiddeti açıkça düzenleyen bir hüküm bulunmamaktadır. Psikolojik şiddetle ilgili ise 4857 sayılı İş Kanunu'nda 24, 77, 83 ve 88 Maddelerinde dolaylı olarak bazı düzenlemeler yer almaktadır. Çalışma yaşamıyla ilgili olan 854 sayılı Deniz İş Kanunu ve 5953 sayılı Basın İş Kanunu'nda da işyerinde şiddeti düzenleyen bir hüküm bulunmamaktadır. Ayrıca; Nisan 2012 tarihli Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Haziran 2012 tarihli Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması ile ilgili Genelge ve Mayıs 2012 tarihli Çalışan Güvenliği Genelgesi sağlık çalışanlarını yakından ilgilendiren son derece önemli yasal düzenlemelerdir.

Sonuç

Sonuç olarak, çalışanların şiddetle karşılaşmaları önlenmelidir. Öncelikli olarak, çalışanların işyerinde bulunan şiddet riski, iletişim becerileri, baş etme eğitimleri gibi konularda karşılaşma öncesinde yeterli sayıda ve sürekli hizmet içi eğitim alması sağlanmalıdır. Çalışanların çalışma ortamında bulunan risk etmenleri ve çalışan sağlığı konusunda devletin ilgili birimleri de bilgilendirilmelidir. Çalışanlar karşılaştıkları şiddetin sağlık sonuçları açısından sürekli ve düzenli olarak izlenmelidir. İzlemi sağlayabilecek yapılanmalar geliştirilmelidir. Uzun erimde ise, savunma eğitimleri, adli-idari bildirim ve yasal işlemler ile ilgili eğitimler (hak elde etme ve olası hukuksal sorunlardan koruma) gibi eğitimler verilmelidir. Çalışanlara danışmanlık, moral, gerekli durumlarda akılsal yönden koruma ve sağaltım desteği sağlanmalıdır. Kurumlar arası işbirliği (belediye, kolluk güçleri, üniversite, hastane gibi) kurularak eşgüdümlü çalışmalar (toplantı, seminer gibi) yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Encyclopedia of Occupational Health and Safety. 4nd ed. Geneva: ILO; 1998.
2. Occupational health in the 1990s. A framework for change. European Occupational Health Series No 1. WHO Regional Office for Europe; 1990.
3. World Health Organization. Word report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
4. Occupational Hazards In Hospitals. Violence. National Institute for Occupational Safety and Healt (NIOSH Publication No.02-101); 2002.
5. Oxford Advanced Learners Dictionary.
6. Mobbing. Ovverolo Stres da Persecuzione Psicologica. <http://unicam.it/ssdici/Mobbing> (Erişim tarihi: 29.10.2010).
7. Kenneth Westhues. The Mobbing at Medaille Collage in 2002. Canada. October, 2002: 2.
8. Heinz Leymann. Researc and The Term Mobbing. The Mobbing. Encyclopedia. <http://www.leymann.se/English/12100E.HTM> (Erişim tarihi: 10.10.2010).
9. Heinz Leymann. The Definition of Mobbing at Workplaces. The Mobbing Encyclopedia. <http://www.leymann.se/English/12100E.HTM> (Erişim tarihi: 10.10.2010).

10. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in The Health Sector. The Training Manual. ICN, ILO, WHO. 1nd ed. Geneva , Switzerland; 2005.
11. Last, J.M. A Dictionary of Epidemiology.2nd ed. Oxford: Oxford University Pres; 1998.
- 12.American Bar Association Commission on Domestic Violence; A Guide for Employees:Domestic Violence in The Workplace. Washington DC; 1999.
- 13.Nachreiner N, Gerberich S, Ryan A, MCGovern P. Minnesota nurses study: Perceptions of violence and the work environment. Industrial Health 2007; 45: 672-678.
- 14.<http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2004/02/feature/it0402104f.htm>(Erişim Tarihi: 06.10.2010).
15. Chappell D, Martino V. This paper appeared as an article in the Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety , April 1999; 6(1).
- 16.<http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2004/02/feature/it0402104f.htm>(Erişim tarihi: 06.10.2010).
17. New Model Prepared By Chappell and Di Martino, Based on Poyner and Warne: Preveting Violence to Staff. London: Healt and Safety Execute; 1998. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/intro.htm> (Erişim tarihi: 25.12.07).
- 18.Ortega A, Hogh A, Pejtersen JH. Prevalence of workplace bullying and risk groups: a representative population study. Int. Arch. Occup Environ Health 2009; 82: 417-426.
- 19.Pranjic N, Males-Bilic L, Beganlic A, Mustajbegovic J. Mobbing, stress and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey Study. Croat Med J 2006; 47: 750-758.
- 20.Pedro MM, Sanchez MISS, Navarro MCS, Izquierdo MC. Workplace mobbing and effects on worker's health. The Spanish Journal of Psychology 2008; 11(1): 219-227.
- 21.Pasquale VD. Study Examines "Mobbing" at The Workplace.Baden Eaden Germany. <http://eurofound.europa.eu/eiro/2002/08/feature/de0208203f.htm> (Erişim tarihi: 27.04.2009).
22. Callaghan P, Palmstierena T, Hijman H, Oud N. Violence in Clinical Psychiatry. Proceeding of The 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Kavanan, Amsterdam; 2007.
23. Pıçakçıefe M, Akça S, Elibol A. The analysis of violence against the nurses in Mugla State Hospital. International Conference on Workplace Violence in Health Sector. Amsterdam-The Nedherlands: 22-24 October 2008; 151.
24. Pıçakçıefe M, Acar G, Çolak Z, Kılıç İ. Muğla merkeze bağlı birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının çalışırken maruz kaldıkları psikolojik şiddetin(mobbing) incelenmesi.6.Temel Sağlık Hizmetleri Kongresi Özet Kitabı.Ege Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi. İzmir: 15-17 Ekim 2009; 64.
- 25.http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_108536.pdf (Erişim tarihi: 02.06.2011)

26. Iluz TC, Peleg R, Freud T et al. Verbal and physical violence towards hospital-and community-based physicians in the Negev: an observational study. BMC Health Services Researc 2005;5(54): 1-6..
27. Whittington R, Shuttleworth S, Hill LB. Violence to staff in a general hospital setting. Journal of Advanced Nursing 1996; 24(2):326-33.
28. Rose M. Asurvey of violence toward nursing staff in one irish accident and emergency department. Journal of Emergency Nursing 1997; 23(3):214-19.
29. Pozzi C. Exposure of prehospital providers to violence and abuse. Journal of Emergency Nursing August 1998; 24:320-23.
30. Tintinalli JE. Violent patient and prehospital provider. Annals of Emergency Medicine August 1993; 22(8):1276-79.
31. <http://www.todaie.gov.tr/ihadm/avrupa/sosyal.pdf>(Erişim tarihi: 08.06.2011).
32. http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html(Erişim tarihi: 08.06.2011).
33. http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf(Erişim tarihi: 08.06.2011).
34. 12 Ekim 2004 tarihli ve 25611 sayılı Resmi Gazete.
35. 4 Şub 2011 tarihli ve 27836 Sayılı Resmî Gazete.
36. 19 Mart 2011 Tarihli ve 27879 Sayılı Resmi Gazete.
37. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4857.html>(Erişim tarihi: 08.06.2011).
38. 28 Nisan 2012 tarihli ve 28277 Sayılı Resmi Gazete. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>(Erişim tarihi: 01.09.2014).
39. 14 Mayıs 2012 tarihli ve 6665 Sayılı Genelge. <http://www.tkhk.gov.tr/TR,201/calisan-guvenliginin-saglanmasi-genelgesi.html> (Erişim tarihi: 02.08.2014).
40. 26 Nisan 2012 tarihli ve 22 Sayılı Genelge. <http://www.ttb.org.tr/siddet/> (Erişim tarihi: 01.09.2014).

ÇOCUK İŞÇİLER

Ferdi Tanır

Prof. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Çalışan çocuk kavramı farklı sosyal ve ekonomik yapılara sahip toplumlarda farklı anlamlar taşımakta. Örneğin çoğu ülkelerde çocuğun erken yaşta çalışması, “eve ekmek getirmesi” olağan karşılanırken özellikle “gelişmiş” ülkelerde bu durum yadırganıyor. Uluslararası konvansiyon, 14 yaşına gelene kadar çocukların ticari iş yapamayacağını, 15 yaşından itibaren de sadece tehlikesiz işlerde çalışabileceğini öngörüyor. Ancak gerçekte Dünya çapında çoğu tarım alanında olmak üzere 215 milyondan fazla çocuk çalışıyor. En önemli nedeni ise yoksulluk. Pek çok şirket daha ucuza çalıştırdıkları, daha uysal oldukları ve sendikalarda organize olamadıkları için çocuk işçileri tercih ediyor. Ailelerin çoğu da çocuğunu çaresizlikten işe gönderiyor. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin ilk maddesinde yer alan tanıma göre 18 yaşından küçük olan herkes çocuk olarak kabul ediliyor. Sözleşme, çocukların fiziksel ve ruhsal gelişimlerini tamamlayabilmeleri için eğitim de dahil olmak üzere çeşitli haklara sahip olduklarını ve çocukların çalıştırılmaması gerektiğini vurguluyor. Gelişme sürecinde oldukları için çalışma koşullarının riskleri içinde çocukların çalıştırılmaları, yetişkinlerden daha ağır sağlık sonuçlarını doğurmaktadır. Çocuklar yetişkinlerle aynı riskler altında çalıştıklarında, onlara göre daha çok etkilenmektedirler. Bu etkiler hem fizyolojik ve biyolojik bakımdan daha kötü sonuçlar doğurmakta, hem de ileriki yetişkinlik dönemlerine kadar etkisi uzamaktadır. Çünkü çocuklar yetiştirme ve gelişme dönemi içindedirler ve yetişkinlerden psikolojik ve fizyolojik özellikleri bakımından farklıdırlar. Bu farklılıklar onların henüz büyüme ve gelişme dönemi olarak adlandırılan ve kötü etkilenmelerle olumsuz yönde değişiklikler gösteren dönemde olması, yetişkin dönem öncesi gelişimi olumsuz etkilenen bireyin gelişimini sağlıklı tamamlayamama ve böylece başta kendisini sonra ailesine ve topluma olması gerektiğinden fazla sağlık sorunu oluşmasına neden olabilmektedir. Bu dönemdeki çocukların sadece eğitim, aile düzeneğinde birliktelik, iyi beslenme ve dinlenme, yeterince oyun ve sağlıklı çevre ile en ideal büyüme ve yetiştirme dönemini geçirebildikleri gösterilmiştir. Çalışma ortamının oluşturduğu riskler içine çocukların sokulmaması ilkesi bu verilere dayanmaktadır.

Çocuk gelişimi; bedensel büyümeyi, bireysel olarak çevreyi etkileme olanaklarındaki artışı, kendini anlama ve anlatma yeteneklerinin gelişmesini anlatır. Çocuğun psikolojik, duygusal ve toplumsal gereksinimleri vardır. Tanınma, özgüven, güvenlik, mekan, beslenme, uyku), sevgi, özerklik ve toplumsallaşma gereksinimleri bunların başlıcalarıdır. Çocukların psiko-sosyal gelişimini bozan etmenler; çalışan çocukla ailesi arasındaki uzaklık, verimliliğe ve iş bölümüne dayalı çalışma koşulları, çalışma süresi, çalışma ortamı etkenleri, eğitim dışı kalma, barınma ortamı etkenleri ve şiddete dayalı çalışma ilişkileridir. Çocuk işçiliği dünya gündeminde en üst sırada yer alması gereken ve ivedi çözüm bekleyen bir sorundur. Milyonlarca çocuk, fiziksel, zihinsel, eğitsel, sosyal, duygusal, ve kültürel gelişimlerine zarar veren ve ulusal yasalarla uluslararası standartlara uygun

olmayan koşullarda çalışmaktadır. Günümüzde çalışan çocukların sayısını kesin olarak söylemek mümkün olmasa da, ILO araştırmalarına göre dünyada 6-17 yaş grubunda üçte ikisi Asya'da olmak üzere 215 milyondan fazla çalışan çocuk bulunduğu, bunlardan 110 milyonunun tam gün çalıştığı belirtilmiştir. ILO-IPEC'in verilerine göre de çalışan çocukların üçte ikisini erkekler oluşturmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan “Çocuk İşgücü Anketi” sonuçlarına göre 2013 yılında 6-17 yaş grubunda bulunan 15 milyon 247 bin çocuktan % 5.9'u (893.000) ekonomik bir işte çalışmaktadır. Türkiye genelinde 6-17 yaş grubunda istihdam edilen çocukların % 44.7'si tarım, %24.3'ü sanayi ve %31.0'ı hizmet sektöründe çalışmaktadır. İstihdam edilen çocukların % 68.8'ini erkek, % 31.2'sini kız çocukları oluşturmaktadır. Çalışan çocukların %49,8'i bir okula devam ederken, %50,2'si okula devam etmemektedir. Yaş grupları itibarıyla, 6-14 yaş grubundaki çalışan çocukların %81,8'i, 15-17 yaş grubundaki çalışan çocukların ise %34,3'ü bir okula devam etmektedir. Okula devam eden 6-17 yaş grubundaki çocukların %3,2'si ekonomik işlerde ve %50,2'si ev işlerinde faaliyet gösterirken, %46,6'sı herhangi bir faaliyette bulunmamaktadır. Bu yaş grubunda okula devam etmeyen çocukların ise; %34,5'i ekonomik işlerde ve %38,8'i ev işlerinde faaliyet gösterirken, %26,7'sinin ise hiçbir işte çalışmadığı saptanmıştır. Günümüzde çocuk işçiliği, gelişmiş Batılı ülkelerde son derece sınırlı görünmesine ve yasalarla önlenmeye çalışılmasına rağmen yoksul ülkelerde sorun olmaya devam etmektedir. Çocukların çalıştırılmasının en önemli nedeni, yoksulluktur. Yoksul aileler, kimi zaman zorunluluktan kimi zaman da bir çalışma örüntüsü olduğu için çocuklarını çalışma piyasasının içine çeşitli biçimlerde (işçi, köle, ırgat, çırak, komi vb.) sokmaya devam etmektedir. Dolayısıyla çocuk emeği, yoksulluğa karşı bir beka (hayatta kalma) stratejisi olarak kullanılmakta; çocuğun çalışması, yoksulluktan çıkışta bir kaynak olarak gündeme gelmektedir. Hukuksal düzenlemeler açısından Türkiye'de yeterli düzenlemeler bulunmaktadır. Yasaların varlığından çok, işlerliğine önem verilmelidir. Türkiye çocuk işçiliği ile ilgili olarak birçok uluslararası sözleşmeye imza koymuştur. Sorun, genelde bunların uygulamaya geçirilmesidir. Bundan hareketle, öncelikle Türkiye'nin de kabul ettiği ve onayladığı “En Kötü Biçimlerde Çalışan Çocuk İşçiliğinin Ortadan Kaldırılması Acil Eylem Sözleşmesi”nin dikkate alınması ve uygulamaya geçirilmesi önem taşımaktadır. Çünkü bunun ile en kötü biçimlerdeki çocuk işçiliği yasaklanmakta ve ortadan kaldırılmasına yönelik önlemler alınmaktadır.

-Çocuk işçiliğinin azaltılması ve zamanla ortadan kaldırılması için güçlü bir kamuoyu oluşturmak önemlidir. Toplumda sivil toplum kuruluşlarından, medyadan ve baskı gruplarından olan sendikaların, derneklerin konuya ilgi duymaları ve kamuoyunun dikkatini çocuk işçiliğine çekmeleri önemli bir aşama olacaktır.

-Yoksulluk, çocuk işçiliğinin hem nedeni, hem de sonucudur. Bunun için öncelikle yoksulluğun azaltılması için stratejiler geliştirilmelidir.

-Çocuk işçiliği probleminin çözümüne ilişkin tek bir model yoktur ve hiçbir kesim tek başına çocuk işçiliği problemini çözemez. Her ülke, her kurum kendi

problemlerinin büyüklüğüne, yapısına, kurumlarının ve kaynakların kapasitesine göre değişen farklı modeller uygular.

-Çocuk işçiliğinin en kötü biçimlerinin ortadan kaldırılmasına ilişkin etkin bir faaliyet, eğitim temelinde sorunun bütününe yönelik tedbirleri; hükümet ve toplumun tüm kesimlerini içine alan geniş bir işbirliği ortamının yaratılmasını gerektirmektedir. Kurum ve kuruluşlar güçlerini birleştirerek, işbirliği içinde sorunu çözmeye yönelmelidirler.

-ILO-Brezilya 2014 deklarasyonunda; tüm çocuklar için sosyal koruma ile özgür, zorunlu ve

kaliteli eğitimin gerektiği ve bir insan hakkı olan sosyal korunmanın, ekonomik ve sosyal bir

duyarlılık olduğu belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Anık,F., 2001. “Çalışan Çocuklarla İlgili Yasal Düzenlemeler” Türkiye’de çalışan çocuklar
Semineri-Bildiriler.Mayıs-2001,TC Başbakanlık DİE Yayınları,Ankara.s.181-205.
2. TİSK/TÜRK-İŞ Çalışan Çocuklar İçin Toplumsal Destek Merkezi. Ankara, 2008.
3. TÜİK “Çocuk İşgücü Anketi” 2013.
4. ILO-Brezilya Deklarasyonu, 2014.

İŞ SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ EĞİTİMİ VE YASAL SÜREÇ (2012-2014)

Meral Saygun

Prof. Dr. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Yeni İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) kanunundaki düzenlemelere paralel olarak İSG alanında eğitilmiş nitelikli insan gücüne duyulan talep artmıştır. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre; İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu kapsamda, mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dahil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesini sağlamakla yükümlü kılınmıştır. Yine işyeri bazında alınan iş sağlığı ve güvenliği önlemlerine uyulup uyulmadığını denetleme, risk değerlendirmesi yapma veya yaptırma, çalışana görev verme esnasında çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden uygunluğunu göz önünde tutma, yeterli bilgi ve talimat verilenler dışında çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmesini engelleme gibi yükümlülükler de işverene yüklenmiştir (md.4/6331 İSGK). Bunların yanı sıra işverene, 6. maddede “İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri” başlığı altında belirtilen hükümlerden anlaşılacağı üzere iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini koordine etme, 10. maddede “Risk Değerlendirmesi, Kontrol, Ölçüm ve Araştırma” yapma, 11-12. maddelerinde “Acil Durum Planları, Yangınla Mücadele ve İlk Yardım ve Tahliye” başlığı altında gerekli tedbirleri alma, 29. maddede “Güvenlik Raporu veya Büyük Kaza Önleme Politika Belgesi”ni hazırlama, 14. maddede “İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Kayıt ve Bildirimi” ile ilgili gerekli kayıtları tutma ve bildirimde bulunma, 15. maddede “Sağlık Gözetimi”nde bulunma ve 16-17. maddelerinde “Çalışanların Bilgilendirilmesi ve Eğitim”lerine ilişkin yükümlülüklerini yerine getirme gibi yükümlülükler hükme bağlanmıştır (1, 2). İş sağlığı ve güvenliği konularında işverene en büyük desteği İSG profesyonelleri sağlayacaktır. İş sağlığı ve güvenliği profesyonelleri, özel eğitim görmüş, mesleki yeterlilikleri güvence altına alınmış, iş sağlığı ve güvenliği alanında yetkinleşmiş kişilerdir. Özel sektörde olduğu gibi kamu kurum ve kuruluşlarında da iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve diğer sağlık personeli görevlendirme zorunluluğu getirilmiştir. Mesleki risklerin önlenmesi ve bu risklerden korunulmasına ilişkin çalışmaları da kapsayacak, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sunulabilmesi amacıyla işverene, çalışanları arasından iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve diğer sağlık personeli görevlendirme yükümlülüğü getirilmiştir (1).

İşyeri Hekimliği Eğitiminde Yasal Süreç

Türkiye’de, işyeri hekimi kavramı, Türk Tabipler Birliği İşyeri Hekimi Çalışma Onayı Yönetmeliği’nde, yürürlükteki iş ve sağlık mevzuatı uyarınca işyeri hekimi olarak çalışma hak ve yetkisine sahip olan hekim olarak tanımlanmıştır (3). İşyeri Hekimleri ve Diğer Sağlık Personeli Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik’e göre ise, işyeri hekimi, iş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na yetkilendirilmiş

“işyeri hekimliği belgesine sahip hekimleri ifade eder (4). 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, işverenlerce işyeri hekimi olarak görevlendirilecekler için, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’ndan geçerli bir işyeri hekimliği belgesine sahip olmak şartını aramaktadır (6331 sayılı Kanun: Madde. 3). İşyeri hekimlerinin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü’nden alacağı izin belgesinin hangi usullerle verileceği ise İşyeri Hekimleri ve Diğer Sağlık Personeli Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik’in 8 inci maddesinde belirtilmiştir (4). İşyeri hekimlerinin eğitimleri, aynı yönetmeliğin 32. Maddesinde “İşyeri hekimlerinin eğitim programları teorik ve uygulamalı olmak üzere iki bölümden oluşur ve programın içeriği ile programda görevli eğitimcilerin nitelikleri Genel Müdürlükçe belirlenir. Eğitim programının süresi, teorik kısmı 180 saatten, uygulama kısmı 40 saatten ve toplamda 220 saatten az olamaz ve bu kısımlar ancak tek bir program dâhilinde uygulanabilir. Teorik eğitimin en fazla yarısı uzaktan eğitim ile verilebilir. Uygulamalı eğitimler, işyeri hekimleri için en az bir işyeri hekiminin görevlendirilmiş olduğu işyerlerinde yapılır “ belirtilmiştir. Eğitim programları 30. Maddede aşağıdaki şekilde belirlenmiştir;

(1) Eğitim kurumları eğitime başlayabilmek için; Genel Müdürlükçe belirlenen müfredat esas alınarak hazırlanan ve eğitim verilecek konulara uygun eğitimciler ile en az bir en fazla iki olmak üzere eğitimcilerin yedeklerinin de yer aldığı teorik eğitim programını ve eğitime katılacakların listesini eğitimin başlangıç tarihinden en az üç iş günü önce Bakanlığa elektronik ortamda bildirirler.

(2) Genel Müdürlükçe onaylanmamış programlarla eğitime başlanamaz. Onaylanmamış programla eğitime başlanması halinde doğacak hukuki sonuçlardan eğitim kurumları sorumludur.

(3) Eğitim kurumları, uygulamalı eğitimin yapılacağı işyerlerinin listesini ve eğitim tarihlerini, teorik eğitimin tamamlanmasından itibaren en geç 15 gün içinde Genel Müdürlüğe İSG-KATİP üzerinden bildirirler.

(4) Adayların, teorik eğitimin en az %90’ına ve işyeri hekimleri için uygulamalı eğitimin tamamına katılımı zorunludur.

(5) Genel Müdürlükçe onaylanmış olan eğitim programının hiçbir unsurunda değişiklik yapılamaz. Ancak, zorunlu bir nedenin varlığı ve bu nedenin geçerli bir belgeye dayandırılarak Bakanlığın onayının alınması şartıyla programda görevli eğitimcilerde değişiklik yapılabilir.

(6) Eğitim programları, katılımcılar tarafından kolaylıkla görülebilecek şekilde eğitim kurumu içerisinde ilan edilir.

(7) Uzaktan eğitim tamamlanmadan yüz yüze eğitim başlatılamaz. İşyeri hekimleri için yüz yüze eğitim tamamlanmadan uygulamalı eğitim başlatılamaz ve uygulamalı eğitim dahil programın tümü tamamlanmadan adaylar sınava katılamazlar.

İşyeri hekimliği ve diğer sağlık personeli eğitim programını tamamlayan adayların sınavları, yönetmeliğin 35. Maddesinde aşağıdaki şekilde belirlenmiştir;

(1) İşyeri hekimliği ve diğer sağlık personeli eğitim programını tamamlayan adayların sınavları Genel Müdürlükçe yapılır veya yaptırılır.

(2) Adaylar, en son katıldıkları eğitimin tarihinden itibaren üç yıl içinde ilgili sınavlara katılabilir. Bu sınavlarda başarılı olamayan veya eğitimin tarihinden itibaren üç yıl içinde sınava katılmayan adaylar yeniden eğitim programına katılmak zorundadır.

(3) Bu Yönetmelik hükümlerine göre eğitim alma şartı aranmaksızın sınavlara katılım hakkı tanınanlar, bu haklarını en fazla iki defada kullanabilirler. Bu kişilerin sınavlarda iki defa başarısız olması durumunda, ilgili eğitim programını tamamlamak şartıyla sınavlara katılabilirler.

(4) Sınavlarda 100 puan üzerinden en az 70 puan alan adaylar başarılı sayılır, sınav sonuçlarına itirazlar sınavı düzenleyen kurum tarafından sonuçlandırılır.

18.01.2014 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 6514 sayılı Kanun sonrasında , 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda düzenlenmiş bulunan işyeri hekimliği müessesesinde gerek Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu açısından gerekse de iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin tedariki açısından önemli iki değişiklik yapılmış bulunmaktadır (5,6). İlk olarak, 6514 sayılı Kanun: 21.maddesi ile, 1219 sayılı Kanunun 12 nci maddesinin üçüncü fıkrasının dördüncü cümlesinde yapılan değişiklik ile kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve yöneticilik görevi bulunmayan tabipler ile aile hekimlerinin, kurum ve kuruluşlarındaki çalışma saatleri dışında ve kurumlarının izniyle aylık otuz (30) saati geçmemek üzere işyeri hekimliği yapabilmesi imkanı sağlanmıştır (6). İşyeri hekimliği uygulamalarında yapılan ikinci düzenleme ise yine 6514 sayılı Kanun 21. Maddesi ile; 1219 sayılı Kanunun 12 nci maddesinin üçüncü fıkrasına şu cümle eklenmiştir: “Tabipler, işyeri hekimliği eğitimi alma ve işyeri hekimliği belgesine sahip olma şartı aranmaksızın 10’dan az işçi çalıştıran az tehlikeli işyerlerinin işyeri hekimliği görevini yapabilirler. Bu yeni hüküm, işyeri hekimliği hizmetlerinin sunulmasına oldukça geniş bir kapsam getirmiş ve işyeri hekimi olma şartlarını köklü bir şekilde değiştirmiştir (5,6). Bu hüküm değişikliği ile birlikte, tıp doktoru unvanını almış olanlardan tümünün işyeri hekimi olabilmesinin önü açılmış, doktorların işyeri hekimliği eğitimi alma ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve/ veya Türk Tabipler Birliği’nden alınmış bir işyeri hekimliği belgesine sahip olma şartı kaldırılmış bulunmaktadır. Ancak, bu şekilde işyeri hekimliği yapacak doktorların yalnızca 10’dan az işçi çalıştıran az tehlikeli işyerlerinde çalışmaları mümkün olabilecektir, 10 ve daha fazla işçi çalıştıran az tehlikeli işyerleri ile çalışan sayısına bakılmaksızın tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan tüm işyerlerinde çalışacak işyeri hekimlerinin ise mevcut mevzuat hükümlerine göre eğitim ve belgelendirme şartı sürmektedir (5,6). 6331 sayılı Kanun’un iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerine dair 6 ve 7 nci maddeleri, 50’den az çalışanı olan tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan özel sektör işyerleri için ise 01.01.2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Söz konusu maddeler kamu kurumları ile 50’den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan özel sektör işyerleri için ise, 01.07.2016 tarihinde yürürlüğe girecektir. Özellikle 01.07.2016 tarihi sonrasındaki süreçte ortaya çıkacak işyeri hekimliği talebi söz konusu yeni düzenlemeler ile önemli ölçüde karşılanmış olacaktır (5). Yeni düzenleme ile, işyeri hekimi olarak çalışacak kişilere “işyeri hekimliği eğitimi alma” şartının kaldırılmış olması, iş güvenliği hizmetlerinin doğru bir şekilde sunulması açısından tartışılmaktadır. ILO, Avrupa Konseyi gibi alanın otoritesi olan kurumların uluslararası hukuk metinlerinde işyeri hekimliği müessesinin multi-disipliner, çok boyutlu, nitelikli ve kapsamlı olması gerektiği ve işyeri hekimlerinin özel bir eğitim almış olmalarının gerekliliği belirtilmektedir. İşyeri hekimliği pratiklerinde

derinleşme ve nitelikli işyeri hekimliği müessesesinin oturması için tedbirler almadan yalnızca işyeri hekimlerinin sayılarını arttırmak, iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarında gelecekte pek çok sorun yaşanmasına neden olacaktır (5).

İş güvenliği Uzmanlarının Eğitiminde Yasal Süreç

Ülkemizde İSG eğitimi, tüm eğitim kademelerinde oldukça yetersiz durumdadır. Mesleki ve teknik eğitim veren ortaöğretim kurumlarında İSG eğitimi verilmemektedir. İlki 1996 yılında kurulan, İSG Teknikeri yetiştiren, 2 yıl süreli ön lisans İSG bölümlerinin sayısı her yıl artmaktadır. Ancak mezun sayısının, ülkenin ihtiyaçları bakımından yeterli düzeyde olduğu söylenemez. Hem büyüyen ekonomimize hem de yeni İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) kanunundaki düzenlemelere paralel olarak İSG alanında eğitilmiş nitelikli insan gücüne duyulan talep artmıştır. Ülkemizde en yaygın formal İSG eğitimi Meslek Yüksekokullarında (MYO) verilmektedir. Bu ihtiyaca cevap verebilmek için gerek vakıf gerekse devlet üniversitelerinin MYO'ları bünyesinde oluşturulan *İş Sağlığı ve Güvenliği, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği* programlarının sayısı hızla artmaktadır. 2011 yılında bu alanda eğitim veren toplam 15 program varken 2012 yılında bu sayı 25'e çıkmıştır. Ayrıca bu programlara alınan öğrenci sayısı da 840'dan 1580'e yükselmiştir. İSG gibi disiplinler arası, yeterli eğitim ve deneyime mutlak ihtiyaç duyulan bir alanda, bu hızlı artış eğitimin kalitesi gibi başka problemleri beraberinde getirmektedir (7).

29.12.2012 tarihli ve 28512 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış olan İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk Ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik'in 7. Maddesinde, aşağıdaki hükümler yer almaktadır (8) ;

(1) İşverence iş güvenliği uzmanı olarak görevlendirilecekler, bu Yönetmeliğe göre geçerli iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip olmak zorundadır.

(2) İş güvenliği uzmanlarından; (C) sınıfı belgeye sahip olanlar az tehlikeli sınıfta, (B) sınıfı belgeye sahip olanlar az tehlikeli ve tehlikeli sınıflarda, (A) sınıfı belgeye sahip olanlar ise bütün tehlike sınıflarında yer alan işyerlerinde çalışabilirler.

(3) Birden fazla iş güvenliği uzmanının görevlendirilmesinin gerektiği işyerlerinde, sadece tam süreli olarak görevlendirilen iş güvenliği uzmanının, işyerinin tehlike sınıfına uygun belgeye sahip olması yeterlidir.

(4) İş güvenliği uzmanlarının görevlendirilmesinde, bu Yönetmeliğe göre hesaplanan çalışma süreleri bölünerek birden fazla iş güvenliği uzmanına verilemez. Ancak vardiyalı çalışma yapılan işyerlerinde işveren tarafından vardiyalara uygun şekilde görevlendirme yapılır.

Aynı yönetmeliğin 8. Maddesinde; İş güvenliği uzmanlığı belgesi verilme şartları aşağıdaki şekilde bırakılmıştır;

(1) (Değişik:RG-11/10/2013-28792) İş güvenliği uzmanlığı belgesinin sınıfları aşağıda belirtilmiştir:

a) (A) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesi;

1) (B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az dört yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen ve (A) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı eğitimine katılarak yapılacak (A) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı sınavında başarılı olanlara,

2) Mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakülte mezunları ile teknik elemanlardan; iş sağlığı ve güvenliği veya iş güvenliği programında doktora yapmış olanlara,

3) Genel Müdürlük veya bağlı birimlerinde en az on yıl görev yapmış mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakülte mezunları ile teknik elemanlara,

4) İş sağlığı ve güvenliği alanında müfettiş yardımcılığı süresi dâhil en az on yıl görev yapmış mühendis, mimar veya teknik eleman olan iş müfettişlerine,

5) Genel Müdürlük ve bağlı birimlerinde uzman yardımcılığı süresi dâhil en az on yıl fiilen görev yapmış mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakülte mezunları ile teknik elemanı olan iş sağlığı ve güvenliği uzmanlarına, EK-1'deki örneğine uygun olarak Genel Müdürlükçe verilir.

b) (B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesi;

1) (C) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az üç yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen ve (B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı eğitimine katılarak yapılacak (B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı sınavında başarılı olan mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakültelerin mezunları ile teknik elemanlara,

2) İş sağlığı ve güvenliği veya iş güvenliği programında yüksek lisans yapmış mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakültelerin mezunları ile teknik elemanlardan (B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı için yapılacak sınavda başarılı olanlara,

3) İş sağlığı ve güvenliği alanında teftiş yapan mühendis, mimar veya teknik eleman olan iş müfettişleri hariç, Bakanlık ve ilgili kuruluşlarında müfettiş yardımcılığı süresi dahil en az on yıl görev yapan müfettişlerden (B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı eğitimine katılarak yapılacak (B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı sınavında başarılı olanlara, EK-1'deki örneğine uygun olarak Genel Müdürlükçe verilir.

c) (C) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesi;

1) (C) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı eğitimine katılarak yapılacak (C) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı sınavında başarılı olan mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakültelerin mezunları ile teknik elemanlara,

2) İş sağlığı ve güvenliği alanında teftiş yapan mühendis, mimar veya teknik eleman olan iş müfettişleri hariç Bakanlık ve ilgili kuruluşlarında müfettiş yardımcılığı süresi dâhil en az on yıl görev yapan müfettişlerden (C) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı eğitimine katılanlara, EK-1'deki örneğine uygun olarak Genel Müdürlükçe verilir.

(2) Birinci fıkranın (a) bendinin (Değişik ibare: RG-11/10/2013-28792) (3) ve (4) numaralı alt bentlerinde sayılanlar, (C) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı sınavına doğrudan katılabilirler. Bakanlıkta geçen çalışma süreleri fiilen iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi süresinden sayılır ve bu durumda olanlar Bakanlıktaki görevlerinden ayrıldıkları takdirde hak ettiği belgenin sınavına doğrudan katılabilir.

29.12.2012 tarihli ve 28512 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış olan İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk Ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik'in 25. maddesinde İş güvenliği uzmanlarının eğitimleri belirlenmiştir, buna göre

(1) İş güvenliği uzmanlarının eğitim programları teorik ve uygulamalı olmak üzere iki bölümden oluşur ve programın içeriği ile programda görevli eğitimcilerin nitelikleri (Değişik ibare: RG-11/10/2013-28792) Komisyon tarafından belirlenir. Eğitim programının süresi, teorik kısmı 180 saatten, uygulama kısmı 40 saatten ve toplamda 220 saatten az olamaz ve bu kısımlar ancak tek bir program dâhilinde uygulanabilir. Teorik eğitimin en fazla yarısı uzaktan eğitim ile verilebilir. Uygulamalı eğitimler, iş güvenliği uzmanları için en az bir iş güvenliği uzmanının görevlendirilmiş olduğu işyerlerinde yapılır.

Aynı yönetmeliğin 27. maddesinde Yenileme eğitimleri açıklanmıştır;

(1) İş güvenliği uzmanı ve diğer sağlık personeli belgesi sahibi olan kişilerin, belgelerini aldıkları tarihten itibaren beş yıllık aralıklarla eğitim kurumları tarafından düzenlenecek yenileme eğitim programlarına katılması zorunludur.

(2) (Değişik:RG-11/10/2013-28792) Yenileme eğitim programlarının süresi iş güvenliği uzmanlığı belgesi sahibi olanlar için 30 saatten az, diğer sağlık personeli belgesi sahibi olanlar için 18 saatten az olamaz. Bu programlar, yüz yüze eğitim şeklinde uygulanır ve programın içeriği ile programda görevli eğitimcilerin nitelikleri Komisyonca belirlenir.

(3) (C) sınıfı belge sahiplerinin (B) sınıfı, (B) sınıfı belge sahiplerinin ise (A) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı temel eğitim programına katılmış olmaları durumunda, alınan bu eğitimler kişinin mevcut belgesiyle ilgili yenileme eğitiminden sayılır.

(4) (Ek: RG-11/10/2013-28792) Yenileme eğitiminin tamamına katılım zorunludur. Katılım zorunluluğuna aykırılığın tespiti halinde kişi hakkında vize işlemi tamamlanmış olsa dahi belgesi geçersiz sayılarak vize işlemi iptal edilir.

Aynı yönetmeliğin 28. maddesinde sınavlar tanımlanmıştır, buna göre;

(1) Eğitim programlarını tamamlayan adayların sınavları (Değişik ibare: RG-11/10/2013-28792) Bakanlıkça yapılır veya yaptırılır.

(2) Adaylar, en son katıldıkları eğitimin tarihinden itibaren üç yıl içinde (Mülga ibare: RG-11/10/2013-28792) ilgili sınavlara katılabilir. Bu sınavlarda başarılı olamayan veya eğitimin tarihinden itibaren üç yıl içinde sınava katılmayan adaylar yeniden eğitim programına katılmak zorundadır.

(3) (Değişik birinci cümle: RG-11/10/2013-28792) Bu Yönetmeliğin 8 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin ikinci alt bendi uyarınca eğitim alma şartı aranmaksızın sınavlara katılım hakkı tanınanlar, bu haklarını en fazla iki defada kullanabilirler. Bu kişilerin sınavlarda iki defa başarısız olması durumunda, ilgili eğitim programını tamamlamak şartıyla sınavlara katılabilirler.

(4) Sınavlarda 100 puan üzerinden en az 70 puan alan adaylar başarılı sayılır, sınav sonuçlarına itirazlar sınavı düzenleyen kurum tarafından sonuçlandırılır.

Diğer Sağlık Personelinin Eğitiminde Yasal Süreç

İşyeri Hekimleri ve Diğer Sağlık Personeli Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik madde4/b göre Diğer sağlık personeli: İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görevlendirilmek üzere Bakanlıkça belgelendirilmiş hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni ve çevre sağlığı teknisyeni diplomasına sahip olan kişiler ile Bakanlıkça verilen işyeri hemşireliği belgesine sahip kişileri tanımlamaktadır. aynı yönetmelik madde 14'e göre;

(1) İşverence diğer sağlık personeli olarak görevlendirilecekler, bu Yönetmeliğe göre geçerli diğer sağlık personeli belgesine sahip olmak zorundadır.

(2) Tam süreli işyeri hekimi görevlendirilen işyerlerinde, diğer sağlık personeli görevlendirilmesi zorunlu değildir.

(3) Diğer sağlık personelinin görevlendirilmesinde, bu Yönetmeliğe göre hesaplanan çalışma süreleri bölünerek birden fazla kişiye verilemez.

(4) Vardiyalı çalışma yapılan işyerlerinde işveren tarafından vardiyalara uygun şekilde görevlendirme yapılır.

İşyeri Hekimleri ve Diğer Sağlık Personeli Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik madde 33'de Diğer sağlık personelinin eğitimleri tanımlanmıştır, buna göre;

(1) Diğer sağlık personelinin eğitim programları uzaktan ve yüz yüze eğitim şeklinde uygulanır ve programın içeriği ile programda görevli eğitimcilerin nitelikleri Genel Müdürlükçe belirlenir. Eğitim programının süresi 90 saatten az olamaz. Teorik eğitimin en fazla yarısı uzaktan eğitim ile verilebilir.

Yenileme eğitimleri (madde 34)

(1) İşyeri hekimliği ve diğer sağlık personeli belgesi sahibi olan kişilerin, belgelerini aldıkları tarihten itibaren beş yıllık aralıklarla eğitim kurumları tarafından düzenlenecek yenileme eğitim programlarına katılması zorunludur.

(2) Yenileme eğitim programlarının süresi işyeri hekimliği belgesi sahibi olanlar için 30 saatten az, diğer sağlık personeli belgesi sahibi olanlar için 18 saatten az olamaz. Bu programlar, yüz yüze eğitim şeklinde uygulanır ve programın içeriği ile programda görevli eğitimcilerin nitelikleri Genel Müdürlükçe belirlenir.

(3) İşyeri hekimleri ve diğer sağlık personelinin temel eğitim programına katılmış olmaları durumunda, alınan bu eğitimler kişinin mevcut belgesiyle ilgili yenileme eğitiminden sayılır.

Sınavlar (madde 35)

(1) İşyeri hekimliği ve diğer sağlık personeli eğitim programını tamamlayan adayların sınavları Genel Müdürlükçe yapılır veya yaptırılır.

(2) Adaylar, en son katıldıkları eğitimin tarihinden itibaren üç yıl içinde ilgili sınavlara katılabilir. Bu sınavlarda başarılı olmayan veya eğitimin tarihinden itibaren üç yıl içinde sınava katılmayan adaylar yeniden eğitim programına katılmak zorundadır.

(3) Bu Yönetmelik hükümlerine göre eğitim alma şartı aranmaksızın sınavlara katılım hakkı tanınanlar, bu haklarını en fazla iki defada kullanabilirler. Bu kişilerin sınavlarda iki defa başarısız olması durumunda, ilgili eğitim programını tamamlamak şartıyla sınavlara katılabilirler.

(4) Sınavlarda 100 puan üzerinden en az 70 puan alan adaylar başarılı sayılır, sınav sonuçlarına itirazlar sınavı düzenleyen kurum tarafından sonuçlandırılır.

Aynı yönetmelikte Diğer sağlık personelinin görevleri aşağıda belirtilmiştir: (Madde 16)

a) İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin planlanması, değerlendirilmesi, izlenmesi ve yönlendirilmesinde işyeri hekimi ile birlikte çalışmak, veri toplamak ve gerekli kayıtları tutmak.

b) Çalışanların sağlık ve çalışma öykülerini işe giriş/periodyk muayene formuna yazmak ve işyeri hekimi tarafından yapılan muayene sırasında hekime yardımcı olmak.

c) Özel politika gerektiren grupların takip edilmesi ve gerekli sağlık muayenelerinin yaptırılmasını sağlamak.

ç) İlk yardım hizmetlerinin organizasyonu ve yürütümünde işyeri hekimi ile birlikte çalışmak.

d) Çalışanların sağlık eğitiminde görev almak.

e) İşyeri bina ve eklentilerinin genel hijyen şartlarının sürekli izlenip denetlemesinde işyeri çalışmak.

f) İşyeri hekimince verilecek iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili diğer görevleri yürütmek.

g) İşyerinde görevli çalışan temsilcisi ve destek elemanlarının çalışmalarına destek sağlamak ve bu kişilerle işbirliği yapmak.

İşyeri Hekimleri ve Diğer Sağlık Personeli Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik madde 17 de Diğer sağlık personelinin yetkileri sıralanmıştır;

(1) İşyerinde görevli diğer sağlık personelinin yetkileri aşağıda belirtilmiştir:

a) Görevi gereği işyerinin bütün bölümlerinde iş sağlığı ve güvenliği konusunda inceleme ve araştırma yapmak, gerekli bilgi ve belgelere ulaşmak ve çalışanlarla görüşmek.

b) Görevinin gerektirdiği konularda işveren ve işyeri hekiminin bilgisi dâhilinde ilgili kurum ve kuruluşlarla işyerinin iç düzenlemelerine uygun olarak işbirliği yapmak.

(2) Tam süreli iş sözleşmesi ile görevlendirilen diğer sağlık personeli, çalıştığı işyeri ile ilgili mesleki gelişmelerini sağlamaya yönelik eğitim, seminer ve panel gibi organizasyonlara katılma hakkına sahiptir. Bu gibi organizasyonlarda geçen sürelerden bir yıl içerisinde toplam beş iş günü kadarı çalışma süresinden sayılır ve bu süreler sebebiyle diğer sağlık personelinin ücretinden herhangi bir kesinti yapılamaz.

Aynı yönetmelik madde 18'de Diğer sağlık personelinin yükümlülükleri sıralanmıştır;

(1) İşyerinde görevli diğer sağlık personeli, bu Yönetmelikte belirtilen görevlerini yaparken, işin normal akışını mümkün olduğu kadar aksatmamak ve verimli bir çalışma ortamının sağlanmasına katkıda bulunmak, işverenin ve işyerinin meslek sırları, ekonomik ve ticari durumları hakkındaki bilgiler ile çalışanın kişisel sağlık dosyasındaki bilgileri gizli tutmakla yükümlüdürler.

(2) İşyerinde görevli diğer sağlık personeli, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yürütülmesindeki ihmallerinden dolayı, hizmet sundukları işverene karşı sorumludur.

(3) Diğer sağlık personeli, görevlendirildiği işyerinde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin tespit ve tavsiyelerini işyeri hekimine iletmekle yükümlüdür.

İşyeri Hekimleri ve Diğer Sağlık Personeli Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik madde 19 da Diğer sağlık personelinin çalışma süreleri belirtilmiştir;

(1) Diğer sağlık personeli, bu Yönetmelikte belirtilen görevlerini yerine getirmek için aşağıda belirtilen sürelerde görev yaparlar:

a) 10'dan az çalışanı olan ve az tehlikeli veya tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde çalışan başına yılda en az 35 dakika.

b) Diğer işyerlerinden;

1) Az tehlikeli sınıfta yer alanlarda, çalışan başına ayda en az 6 dakika.

2) Tehlikeli sınıfta yer alanlarda, çalışan başına ayda en az 9 dakika.

3) Çok tehlikeli sınıfta yer alanlarda, çalışan başına ayda en az 12 dakika.

(2) Tam süreli işyeri hekiminin görevlendirildiği işyerlerinde, diğer sağlık personeli görevlendirilmesi şartı aranmaz. Ancak, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin daha etkin sunulması amacıyla bu işyerlerinde, işyeri hekiminin talebi ve işverenin uygun görmesi halinde diğer sağlık personeli görevlendirilebilir.

(3) Diğer sağlık personelinin görevlendirilmesinde sözleşmede belirtilen süre kadar işyerinde hizmet sunulur. Birden fazla işyeri ile kısmi süreli iş sözleşmesi yapıldığı takdirde bu işyerleri arasında yolda geçen süreler haftalık kanuni çalışma süresinden sayılmaz.

Kaynaklar

1- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Kanun No. 6331, RG sayı: 28339, Tarih :20/6/2012.

2- Korkut G, Tetik A. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun Getirdiği Yenilikler ve Temel Sorunlar. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18 (3); 2013: : 455-474.

3- Türk Tabipler Birliği. Türk Tabipler Birliği İşyeri Hekimi Çalışma Onayı Yönetmeliği. Ankara: Resmi Gazete sayı: 24970, tarih: 21.12.2002.

4- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Ankara: Resmi Gazete sayı: 28713, tarih: 20.07.2013.

5- Esen B. 6514 Sayılı Kanun Sonrasında Türkiye Mevzuatında İşyeri Hekimliği Uygulamalarının Uluslararası Hukukla Karşılaştırmalı Bir Analizi. Mali Çözüm Dergisi/Financial Analysis, 2014, 24.121.

6- 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Ankara: Resmi Gazete sayı:28886, tarih:18.01.2014.

7- Ceylan H. Türkiye'deki İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimi Sorunlar Ve Çözüm Önerileri. Electronic Journal of Vocational Colleges December/2012:94-104.

8- Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Ankara: Resmi Gazete sayı: 28512, tarih: 29.12.2012.

LİSANS VE LİSANSÜSTÜ EĞİTİM PROGRAMLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ EĞİTİMİ

Aliye Mandıracıoğlu^a, Ferdi Tanır^b

^aProf. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bProf. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Çalışmalar, işyerinde verilen eğitimlerden önce çalışanların mezuniyet öncesi dönemde çalışma yaşamında sağlık ve güvenlik konularında bilgilenmesinin önemini vurgulanmaktadır. Bu konuda sorumlu kurumlar; Milli Eğitim Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, Üniversitelerin İSG ile ilgili bölümleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu, Milli Prodüktivite Merkezi, Türk Tabipleri Birliği, Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği olarak sayılabilir. Bir ülkede toplumsal bir güvenlik kültürünün oluşumunda en önemli aşama, güvenli çalışma bilincinin aşılması için ilkokuldan başlayarak tüm eğitim kademeleriyle, özellikle de mesleki-teknik eğitimle mutlaka bütünleştirilmesi gerekmektedir.

1. Mesleki teknik okullar düzeyinde İSG eğitimi

3008 sayılı Çıraklık ve Mesleki Eğitim Kanunu kapsamında Çıraklık Eğitim Merkezleri (ÇEM)'nde örgün eğitim dışında kalan ve 12-19 yaş grubu gençlerin devam ettiği bir sistem bulunmaktadır. Burada çıraklara olsa iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri verilmektedir. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği modülü 40 saat olarak, 10. sınıflardan itibaren okutulmaktadır. Bu modül, İSG ile ilgili temel kavramları, işyeri ve iş güvenliğini tehdit edici unsurları, meslek hastalıklarını, kaza ve yaralanmaları, yangınları, iş kazalarında yapılacak hukuki işlemleri ve iş güvenliği mevzuatını anlatmaktadır.

2. Yüksek öğrenim düzeyinde İSG eğitimi

İş sağlığı ve güvenliği ekibi; sağlık bilimlerinden, mühendislik ve teknik bilimlerden ve sosyal bilimcilerden oluşmaktadır. Bu nedenle pek çok mezuniyet öncesi mesleki eğitimde bu konunun yer alması gereklidir.

Halen Türkiye'de eğitim-öğretime açılmış 104'ü kamu, 53'ü vakıf olmak üzere toplam 157 üniversite bulunmaktadır. Bunların içinde 2 Yüksek Teknoloji Enstitüsü, 8 Teknik Üniversite, 1 Güzel Sanatlar Üniversitesi, 4 Askeri Okul, 1 Polis Akademisi eğitim vermektedir. Bu üniversitelerden 61'i kamu, 13'ü vakıf olmak üzere toplam 74 tıp fakültesinin programları incelenmiştir. Mart 2011 itibarı ile günümüzde eğitim veren 61, uzmanlık eğitimi veren 53 tıp fakültesinde, 32 adet Devlet Üniversitesinin Mühendislik-Mimarlık ve Fen Fakültelerindeki 55 farklı bölümü, 3 adet Vakıf Üniversitesinin 3 bölümündeki İSG konularını içeren dersler ile 12 devlet ve vakıf üniversitesinden 2 farklı Üniversitedeki Meslek Yüksek Okulları bünyesinde açılan İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği programlarının müfredatlarında yer aldığı saptanmıştır.

a. Meslek Yüksek Okulu Programlarında İSG Eğitimi

Günümüzde 12 Devlet ve Vakıf Üniversitesinin 13 Meslek Yüksek Okulundaki 19 “İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği” programına toplam 810 öğrenci alınmaktadır. Bu programların ders müfredatları yeterli olup, programa kabul edilen öğrencilerin büyük bir bölümü Acil Tıp Teknisyenli Bölümü mezunudur. Bu bölüm mezunlarının büyük bir bölümü iş hayatına Acil Tıp Teknisyeni olarak devam etmekte ve İSG alanındaki ara eleman açığı devam etmektedir. Meslek Yüksek Okulları bünyesindeki Teknik Sağlık ve Sosyal bilim dallarını kapsayan 43 farklı mesleki program açılmakla birlikte sadece %12’sinin müfredatında İSG konularını kapsayan dersler bulunmaktadır.

b. Mühendislik Mimarlık Programlarındaki İSG Eğitimi

Lisans Eğitimi: Halen Türkiye'deki 32 adet Devlet Üniversitesinin Mühendislik-Mimarlık ve Fen Fakültelerindeki 55 farklı bölümünde ve 3 adet Vakıf Üniversitesinin 3 bölümünde İSG konularını içeren dersler açılmaktadır. Ders süreleri 2 ile 3 saat arasında olup, Mühendislik-Mimarlık ve Fen Fakültelerindeki öğrencilerin bir dönemdeki ders yükü ortalaması 26 saat olmaktadır. İSG, iş güvenliği, işyeri güvenliği, endüstriyel hijyen, mühendislikte karar ve risk analizi, meslek bilgisi ve laboratuvar güvenliği, risk yönetimi, meslek kazaları ve ilk yardım ile teknik emniyet ve işçi sağlığı adları ile açılan derslerin içerikleri de önemli farklılıklar göstermektedir.

Lisansüstü Eğitimi: Çok az sayıda devlet ve vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Enstitüleri ile ve Fen Bilimleri Enstitülerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği veya İş Güvenliği anabilim dalları bulunmaktadır. Bazı devlet üniversitelerinin lisansüstü programları içerisinde de İSG konularını içeren dersler açılmakla birlikte bu sayılar oldukça yetersizdir.

2010 yılı sonu itibarı ile Türkiye genelinde İSG konusunda sadece 36 adet doktora tamamlandığı göz önüne alınırsa, lisans ve lisansüstü eğitimlerindeki sıkıntıların İSG konularında yetiştirilmiş akademisyen sayısının yetersiz olmasından kaynaklandığı kolayca görülebilmektedir.

Mühendisler, önleyici İSG faaliyetlerin işyerlerindeki yürütücüsü, aynı zamanda İSG kültürünün aktarıcısı konumunda olduğundan, İSG konusundaki bilgilerinin geliştirilmesi son derece önemlidir. Son yıllarda Fen, Mühendislik ve Mimarlık programlarında İSG konularını kapsayan ders sayısı giderek artmaktadır.

c. Sağlık personelinin eğitimi

İşyerinde İSG için çalışan tüm sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitiminde İSG yer almalıdır. İş sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesinde, yeterli bilgi ve deneyim ile donatılmış ve yeterli eğitim almış hemşirelerin rolü büyüktür. Günümüzde hemşirelik eğitimi yükseköğrenim düzeyinde verilmektedir. Hemşirelik yüksekokulu veya hemşirelik fakültelerinde mezuniyet öncesi eğitim programında İSG dersleri yer almaktadır. Ayrıca hemşirelik yüksekokulu veya hemşirelik fakültelerinde, iş sağlığı hemşireliği tezli/tezsiz yüksek lisans programları açılmaktadır. İş sağlığı hemşireliği derneği, 2003 yılında ulusal düzeyde iş sağlığı hemşireliğinde standardizasyonun sağlanması ve işyeri hemşireliği uygulamalarının geliştirilmesini sağlamak amacıyla kurulmuştur. Dernek gerçekleştirdiği kurslarla mezuniyet sonrası eğitime katkı vermektedir. ÇSGB’nın, işyeri hekimi çalıştırmak zorunda olan her işletmede çalışması zorunlu

olan diğer sağlık personelinin sertifika düzenlemesi şu şekildedir: 01.01.2015 tarihine kadar işyerleri ile sözleşme yapan diğer sağlık personeli için 01.01.2016 tarihine dek belge şartı aranmamaktadır. 01.01.2015 tarihinden sonra işyerleri ile sözleşme yapan diğer sağlık personeli ise belge sahibi olmak zorundadır. Eğitime, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni ve çevre sağlığı teknisyeni diplomasına sahip olanlar katılabilmektedir. Eğitimlerin, 45 saat uzaktan eğitim ve ek olarak 45 saat örgün eğitim olmak üzere 90 saat olarak gerçekleştirileceği belirtilmektedir ama henüz program içeriği ve uygulama detayları yayımlanmadığı için eğitimler başlatılamamıştır.

Birinci Türkiye Halk Sağlığı Raporu sonrasında ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği(İSG) alanında birçok gelişmeler yaşanmıştır. En önemlisi ve bu değişimlerin başlangıç noktası; 30.06.2012 tarihli ve 28339 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 6331 sayılı “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu”dur. Bu kanunla, kamu çalışanları dahil bütün çalışanlar ve işyerleri kanun kapsamına alınmakta; işyerlerinde risk değerlendirmelerinin yapılması ve sonuçlarına göre önleyici-koruyucu tedbirlerin alınması, çalışan sayısı ile ilgili bir sınırlama olmaksızın tüm işyerlerinde İSG hizmetlerinin sağlanması zorunlu kılınmaktadır. Ayrıca kanuna bağlı olarak çıkarılan “İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği” ile bu hizmetlerin düzenlenmesi açıklanmaktadır. Kanun ile işyerlerinde İSG alanında görev yapmak üzere; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca-ÇSGB yetkilendirilmiş, iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip mühendis, mimar veya teknik elemanı ile işyeri hekimliği belgesine sahip işyeri hekimi görevlendirilmektedir. Bu durum, teknik personelin ve sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde yeni gelişmelere neden olmuştur. İşyerinde İSG çalışmalarını yürütecek iş güvenliği uzmanları ile işyeri hekimi ve diğer sağlık personellerinin görev, yetki, sorumluluk ve eğitimleri hakkında yönetmelikler çıkarılmıştır. Bunlara göre, mühendis, mimar, teknik öğretmenler ile üniversitelerin fen veya fen-edebiyat fakültelerinin fizik, kimya bölümleri mezunları ile üniversitelerin meslek yüksekokullarının iş sağlığı ve güvenliği programı mezunları iş güvenliği uzmanı olabilir. Türkiye’deki tıp fakültelerinden ya da yurt dışındaki tıp fakültelerinden mezun olup denkliliğini almış ve diploması Sağlık Bakanlığınca onaylanmış hekimler işyeri hekimi olabilir.

İSG Kanununa göre; işverenler, çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerini almasını sağlar. Bu eğitim özellikle; işe başlamadan önce, çalışma yeri veya iş değişikliğinde, iş ekipmanının değişmesi hâlinde veya yeni teknoloji uygulanması hâlinde verilir. Eğitimler, değişen ve ortaya çıkan yeni risklere uygun olarak yenilenir, gerektiğinde ve düzenli aralıklarla tekrarlanır. Söz konusu eğitimlerin maliyeti çalışanlara yansıtılamaz. Eğitimlerde geçen süre çalışma süresinden sayılır. Bu eğitimleri iş güvenliği uzmanı ve iş yeri hekimi verir.

İSG Kanununa bağlı olarak çıkarılan yönetmeliklere göre; tüm mühendislik disiplinindeki mühendisler, mimarlar, üniversitelerin fizik ve kimya bölümlerinden lisans düzeyinde mezun olanlar ile teknik öğretmenler ve iş sağlığı ve güvenliği bölümü mezunları iş güvenliği uzmanı olabilir. İş güvenliği uzmanlığı eğitimi

vermek üzere, pek çok ilde gerekli donanım ve personele sahip olan ve Bakanlıkça yetkilendirilen kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler ve Türk Ticaret Kanunu hükümlerine göre faaliyet gösteren şirketlerce kurulan ve işletilen müesseseler açılmıştır. Yönetmelikte belirtilen uygun lisans veya ön lisans eğitimi tamamlayan kişiler bu eğitim kurumlarının kurslarına katılıp daha sonra İş Sağlığı Güvenliği Genel Müdürlüğü tarafından yapılacak, ya da yaptırılacak sınavda başarılı olduklarında ÇSGB tarafından düzenlenen iş güvenliği uzmanlığı belgesi alırlar. Sertifika eğitimleri her sertifika sınıfı için 220 saat olup, bunun 180 saati teorik, 40 saati pratik eğitim olarak gerçekleştirilmektedir. Teorik eğitimin 90 saati uzaktan eğitim yöntemi ile düzenlenmektedir.

Pek çok üniversiteye bağlı meslek yüksekokullarında örgün veya uzaktan eğitim ile iş sağlığı ve güvenliği ön lisans programı açılmıştır. Bu Programın amacı, bir işletmenin tüm iş güvenliği sorumluluğunu üstlenebilecek nitelikte ve yeterlilikte “İş Sağlığı ve Güvenliği Teknikerleri” yetiştirmek olduğu belirtilmektedir. Mezunlar daha sonra Bakanlıkça yapılan İş Sağlığı ve Güvenliği C Sınıfı Uzmanlık sınavına girme hakkı kazanmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği programına Meslek liselerinin sınavsız geçiş için belirlenen bölümleri dışındaki bölümlerden ya da liselerden mezun olanlar, Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi tarafından yapılan Yükseköğretime Geçiş Sınavına (YGS) girmeleri ve yeterli “YGS 2” puanı almaları halinde puanlarına göre yerleştirilebileceklerdir. Meslek liselerinin Yaşlı Hizmetleri, Hasta ve Yaşlı Hizmetleri, Acil Tıp Teknisyenliği, İlk Yardım ve Acil Bakım Teknisyenliği bölümlerinden mezun olanlar “İş Sağlığı ve Güvenliği” ön lisans programına sınavsız geçiş için başvurabilmektedirler.

Mezuniyet öncesi lisans eğitiminde, tıp fakültelerinde özellikle Halk Sağlığı Anabilim Dalları tarafından iş sağlığı ve güvenliği dersleri verilmeye devam etmektedir. Bu dersin verildiği mühendislik fakültelerinin sayıları ise artış göstermiştir. Yönetmeliklerde belirtildiği gibi iş sağlığı ve güvenliği veya iş güvenliği programında yüksek lisans yapılmış olmasının önemli bir kazanım sağlaması, pek çok özel ve kamu üniversitelerinde iş sağlığı ve güvenliği tezli veya tezsiz örgün veya uzaktan öğretim yüksek lisans programları açılmasını teşvik etmiştir. İş Sağlığı ve İş Güvenliği yüksek lisans programını tamamlama süresi, tezsiz yüksek lisans için iki, tezli yüksek lisans için dört yarıyıldır. Bu programlar Sağlık bilimleri veya Fen bilimleri enstitüleri tarafından açılmakta, ders programları da bu açıdan farklılıklar göstermektedir. Son yıllarda programların sayıları hızla artmıştır.

ÇSGB, İSG alanında yapılan eğitimlere eğitim merkezi (ÇASGEM) ile katkı vermektedir. Bu katkılarda; eğitim ve korunma kültürünün, çalışma yaşamında en temel unsur olduğu, bu nedenle küçük yaşlardan itibaren iş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim ve duyarlılığın artırılması gerekliliği vurgulanmaktadır. Çalışma hayatına atılmadan önce çocuk ve gençlerin çalışma hayatına ilişkin riskler hakkında bilgilendirilmeleri, iş sağlığı ve güvenliği açısından doğru davranış modellerini kazanmalarına yönelik beceri eğitimlerinin önemi büyüktür. Bu amaçla, ÇSGB ile Milli Eğitim Bakanlığı arasında “Gençlerin İSG Eğitiminde İşbirliği Protokolü”, 2009 da imzalanmıştır. Küçük yaşlardan itibaren “İş sağlığı ve Güvenliği kültür bilinci” temelini oluşturmak amacıyla Millî Eğitim Bakanlığına

bağlı mesleki ve teknik eğitim okulları başta olmak üzere bütün okullarda mesleki ve teknik öğretim kurumlarındaki okul müdürleri, atölye ve meslek dersi öğretmenleri ile öğrencilerin iş sağlığı ve güvenliği (İSG) konusunda bilinçlendirilmeleri amacı ile eğitim programları düzenlenmiştir. “Mesleki ve Teknik Eğitim Okulları İş Sağlığı ve Güvenliği Rehberi” hazırlanmıştır. Özellikle bilgi ve tecrübelerin paylaşılması yoluyla İş Sağlığı ve Güvenliğinin eğitime entegre edilmesi konusunda Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı, 2002’den bu yana çeşitli faaliyetler yürütmüştür. Bu faaliyetlerden birisi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü’nün de içerisinde yer aldığı ENETOSH, Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Öğretim Bilgi Ağı projesidir. İş Sağlığı ve Güvenliğinin eğitime aktarılması yaşam boyu öğrenmeyi hedeflemelidir. Yaşam boyu öğrenme ile kastedilen okul öncesi dönemden başlayarak emeklilik dönemini de kapsayacak tüm süreci içine alır. Çocuklar ve gençlere, tehlike ve riskleri önleme eğitimleri verilirken, sağlık ve güvenlikle ilgili tavır ve davranışlar öğretilir. ENETOSH’un çalışmalarına Güvenlik ve sağlığın yaşam boyu öğrenimin ayrılmaz bir parçası olduğu fikri yön verdiğinden, anaokulundan okula, mesleki hazırlık eğitiminden yüksek öğrenime ve sürekli mesleki eğitime kadar eğitimin tüm alanlarını kapsamaktadır.

ÇSGB İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Avrupa Birliği destekli “Türkiye’de İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Koşullarının İyileştirilmesi Projesini (İSGİP)” 2010 yılında başlatarak 2013 yılı Şubat ayında tamamlamıştır. İSGİP kapsamında Ankara, Denizli, Kocaeli, Kütahya, Zonguldak ve çevre illerinde; inşaat, maden ve metal sektörlerinde faaliyet gösteren KOBİ’ler ve bu KOBİ’lerde çalışanlar tercih edilmiştir. Hedef sektörlerdeki pilot illerde faaliyet gösteren toplam 128 işyerine; İSGİP kapsamında geliştirilen İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi, Risk Değerlendirmesi, Sağlık Gözetimi vb. konularda danışmanlık hizmeti verilerek, iş güvenliği uzmanları, işyeri hekimleri, diğer sağlık personelleri, aile hekimleri, işverenler, çalışanlar, sosyal taraflar bu konularda eğitimi gerçekleştirilmiştir. Kalkınma Bakanlığı tarafından kabul edilerek yatırım programına alınan “İş Sağlığı ve Güvenliğinin Geliştirilmesi Projesi” kapsamında; 2014 yılında; 35 ildeki metal, maden ve inşaat sektörlerinde görev alan iş güvenliği uzmanları ile işveren veya vekillerine, İSGİP’in çıktıları doğrultusunda üç günlük eğitimler düzenleneceği belirtilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

- Sağlıklı ve güvenli işyerleri ve ortamlar sağlamak, ülkemizdeki iş kazası ve meslek hastalıklarını önlemek en azından Avrupa Birliği Ülkelerindeki seviyelere çekebilmek için ülke genelinde İSG kültürünün yaygınlaştırılması birinci amaç olmalıdır.
- İSG kültürünün yaygınlaştırılabilmesi için, eğitim müfredatlarının içerisine İSG eğitiminin uygun bir şekilde yerleştirilmesi gerekmektedir. Üniversiteler arasındaki İSG müfredat içeriği farklılıklarını ortadan kaldırmak ve üniversite eğitim müfredatına İSG konularını etkin bir şekilde yerleştirebilmek için üniversiteler ve bu konularda eğitime katkı sunabilecek tüm tarafların katkı sunabileceği bir çalıştay düzenlenmeli ve ortak bir eğitim müfredatı üzerinde anlaşma sağlanmalıdır.

- Türkiye’deki tıp fakültelerindeki mezuniyet öncesi-lisans programlarından sadece 43 Halk Sağlığı Anabilim Dallarında İSG eğitimi müfredat içeriği olarak verilmemeli diğer anabilim dallarında (özellikle Dahiliye, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Cildiye, Fizik Tedavi, Göz, K.B.B., Psikiyatri, Kadın Hastalıkları, Enfeksiyon, Mikrobiyoloji, Biyokimya, Acil) İSG eğitimi müfredata uygun süre ve içerikle alınmalıdır.
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)’nin Mezuniyet Öncesi Eğitimde İş Sağlığı ve Güvenliği adıyla bir standardizasyon çalışması yaptığı belirlenmiştir. Bu eğitim içeriğinde 10 saat teorik ve 5 saat uygulamalı İSG eğitimi planlanmaktadır. Bu eğitim içeriği örnek alınarak tıp fakültelerindeki Halk Sağlığı eğitim programında standardize eğitim planlamak mümkündür.
- Tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi-lisans programlarından Halk Sağlığı ve diğer bölümlerdeki eğitimler, birinci basamak eğitiminin temeli olan “Ulusal Çekirdek Eğitim Programı” içerisine alınmalıdır.
- Tıp fakültelerinin Mezuniyet sonrası-yüksek lisans, uzmanlık eğitim müfredatlarından sadece Halk Sağlığı anabilim dallarında İSG dersi verilmemeli, diğer anabilim dallarında da verilmesi sağlanmalıdır. Gerek Halk Sağlığı ve gerekse diğer bölümlerdeki eğitimler uluslararası içeriklere ulaştırılmalıdır. Böylece İSG konusunda eğitim vermek üzere günümüzde yetersiz olan eğitici öğretim elemanlarının yetiştirilmesi sağlanmalıdır.
- Üniversitelerin tıp fakültelerindeki başta Halk Sağlığı Anabilim Dalları olmak üzere, hemşirelik fakülteleri, sağlık yüksek okulları, meslek yüksek okulları, enstitüleri vb. tüm birimlerine, ilgileri oranında İSG dersleri uluslararası normlara ve ülke koşullarına uygun şekilde konulmalıdır. Bu dersler her eğitim kurumu için bölgesel özellikleri de dikkate alınarak standardize edilmeli ve Türkiye genelindeki kamu veya vakıf tüm üniversitelerde verilmelidir.
- İşyeri hekimliği eğitimleri, lisansüstü eğitim olması ve bu tip eğitimlerin yasal sunum yeri olması nedenleri ile üniversitelerde verilmelidir. Bu eğitimleri; kimlerin, nasıl, hangi içerikle, müfredatın neresinde, ne kadar sürede vereceği belirlenmelidir. Bu özellikler göz önünde tutularak hazırlanacak ulusal İSG eğitim programı; tıp, mühendislik, mimarlık ve fen fakültelerinin, tüm meslek yüksekokullarının müfredatı içerisine konulmalıdır. Programın uygulanması için gerekli yapılanma anabilim veya bilim dalı şeklinde kurgulanmalı ve en kısa sürede bu bölümlere yeterli öğretim üyesi yetiştirilmeye başlanmalıdır.
- İş Güvenliği Mühendisliği ve/veya İş Güvenliği Uzmanlığı eğitimlerinin de yeri lisans ve lisansüstü eğitim kurumları olan üniversitelerdir. Gerek işyeri hekimliği ve gerekse iş güvenliği mühendisliği veya uzmanlığı eğitimlerinde T.T.B. ve T.M.M.O.B. gibi meslek örgütlerinin, işçi ve işveren sendikaları gibi sivil toplum kuruluşları ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı eğitim birimlerinin deneyimlerinden yararlanılmalıdır.
- Lisansüstü programlarda İSG ve risk yönetimine ilişkin araştırmaların sayısı arttırılmalıdır.

- Üniversitede görevli öğretim elemanlarına da belirli sıklıklarla İSG eğitimi alma zorunluluğu getirilmelidir.
- İş Sağlığı ve Güvenliği ön lisans programlarına teknik ve genel lise programlarından da büyük oranda öğrenci kabul edilmelidir. Bu bölüm mezunlarının dört yıllık lisans programlarına dikey geçiş yapabileceği programlar arttırılmalıdır.
- İSG eğitimlerinin, küresel strateji olarak “Herkes İçin İş Sağlığı” prensibi gözetilerek oluşturulmasına dikkat edilmelidir.
- İSG eğitimlerinin örgün eğitim müfredatlarına ilköğretimden itibaren konulması, yükseköğretimde ilgili tüm okullarda müfredata girmesi, yazılı ve görsel basında sunulacak bilgiler ve tartışmalar, işyerlerinde işe giriş ve hizmet içi eğitimlerle pekiştirilmesi çalışmaları sonunda toplumda İSG Kültürü oluşturulması sağlanabilecektir. Bu konuda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü de aynı görüşü paylaşmakta olması bizleri, yakın gelecekte bu çalışmalara en azından kamusal yönden en kısa sürede başlanabileceğini düşündürmektedir.

Kaynaklar

1. ILO, Stellman J.M(Ed). Encyclopaedia of occupational health and safety, 4th Ed., Geneva, 1998
2. Bilir N, Yıldız A.N. İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Üniv. Yayınları, 2004
3. <http://www.osha.gov/SLTC/etools/safetyhealth/index.html> (erişim 22.02.2011)
4. Cimrin A., Albayrak S., Tabak L. Türkiye’de tıp eğitiminde iş sağlığı konusunun ağırlığı, TuberK Toraks, 58(2), 142-146, 2010
5. <http://www.yok.gov.tr/content/view/527/222/> (erişim 05.03.2011)
6. YÖK, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu. YÖK Yayın No: 1, 2010
7. http://tr.wikipedia.org/wiki/Türkiye'deki_Üniversiteler_listesi (erişim 05.03.2011)
8. http://hasuder.org/en/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=37&Itemid=58 (erişim 05.03.2011)
9. Hamzaoğlu O., Yavuz C, Çağlayan C, Erdoğan S, Etiler N. Undergraduate Training in Occupational Health at Kocaeli University Medical School: A Turkish Experience. *Industrial Health*, 43, 677-684, 2005
10. http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en/index6.html (erişim 15.03.2011)
11. <http://www.tumgazeteler.com/?a=6114363> (erişim 28.02.2011)
12. http://212.175.131.61/www.isggm.gov.tr/htdocs/files/Ulusal_isg_politik_alari.pdf
13. Yılmaz F. Küreselleşme sürecinde gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği Uluslararası insan bilimleri dergisi. *Cilt: 6 Sayı:1 Yıl:2009*
14. Yılmaz F. İş sağlığı ve güvenliği’nde okul eğitiminin önemi: modern örnekler ışığında iş sağlığı ve güvenliği lisans eğitiminin ülkemizde uygulanabilirliği. *Kamu-İs; C:11, S:1/2009: 107*

15. Sarıkaya M, Güllü A, Seyman MN. Meslek yüksek okullarında iş sağlığı ve güvenliği eğitimi verilmesinin önemi (Kırıkkale Meslek Yüksek Okulu Örneği) TÜBAV BİLİM DERGİSİ Yıl: 2009, Cilt:2, Sayı:3, Sayfa:327-332.
16. Güvercin Ö, Aybek A. Teknik personelin iş güvenliği konusundaki eğitim düzeyleri üzerine bir araştırma. Teknoloji, 2003; 6(1-2): 69-77.
17. Nahcivan N, Erdoğan S, Esin MN. Türkiye'de iş sağlığı hemşireliği Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, Cilt2, Sayı:1, 1999
18. İşçi F, Esin MN. Bir İşyerindeki İş Sağlığı Hemşireliği Girişimlerinin Omaha Hemşirelik Girişim Şeması ile Değerlendirilmesi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009, 2(2), 39-55
19. Esin M.N, Emiroglu O.N, Aksayan S, Beser A. (2008) Undergraduate occupational health nursing education in Turkey: a national survey. *International Nursing Review* 55, 156-163
20. Mandıracıoğlu A, Batı AH. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin meslek hastalıkları eğitimi konusunda görüşlerinin değerlendirilmesi. Tıp Eğitimi Dünyası 2006; 21: 22-26.
21. Ergör A, Demiral Y, Kıran S. Türkiye'de Tıp Fakültelerinde iş sağlığı eğitimi: Bir durum saptama çalışması. *Toplum ve Hekim* 1999; 14(2): 93-95.
22. Yıldız AN, Topuzoğlu İ. İş Sağlığı Etkinliği. Halk Sağlığı Anabilim Dallarında İş Sağlığı Etkinliği Mayıs 2009 Sunum Metni
23. Yavuz CI, Hamzaoglu O, Çağlayan Ç, Etiler N. An evaluation of the undergraduate occupational health internship program at Kocaeli University's Faculty of Medicine. *Turk J Med Sci*.2011; 41 (1):
24. Hamzaoglu O, Yavuz CI, Çağlayan Ç, Erdogan MS, Etiler N. Undergraduate Training in Occupational Health at Kocaeli University Medical School: A Turkish Experience. *Industrial Health* 2005, 43, 677-684
25. Çımrın AH, Sevinc C, Kundak I, Ellidokuz H, İtil O. Attitudes of medical faculty physicians about taking occupational history. *Medical education* 1999 Jun;33(6):466-7.
26. Malat G, Aslan VY, Özden YI, Kıyan A. İş sağlığı, meslek hastalıkları eğitimi ve mesleki anamnez konusunda hekimlerin tutum ve görüşleri: bir alan araştırmasının betimleyici sonuçları. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Didim, 1994.
27. 6331 sayılı "İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu", 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazete.
28. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği-29.12.2012 tarih ve 28512 sayılı Resmi Gazete.
29. İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik-29.12.2012 tarih ve 28512 sayılı Resmi Gazete.
30. İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik-20.07.2013 tarih ve 28713 sayılı Resmi Gazete.

8. TÜRKİYE’DE TÜTÜN KONTROLÜNÜN DÜNYÜ, BUGÜNÜ VE YARINI

Bölüm Editörü

Prof.Dr. Gamze Çan,

Karadeniz Teknik Üni. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Yönetici Özeti

Ülkemizde yetişkinlerde tütün kullanımı oldukça yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Çalışmalar tütün kullanım sıklığında azalmalara yol açmakla birlikte ülkemizde sigara içme sıklığının halen oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması (KYTA) sonuçlarına göre 15 yaş üzerinde erkeklerin %41,3’ü, kadınların %13,0’ı toplamda her yüz kişiden 27’si sigara içmektedir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde 25-34 ve 35-44 yaş aralığındaki erkeklerde sırasıyla %53,1 ve %50,9 ile en yüksek yaygınlıkta tütün kullanılmaktadır. Kadınlarda %21,4 ile 35-44 yaş grubu ilk sıradadır.

Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanlarında 2007 de ilki yapılan ve 2011 de tekrarlanan çalışma sonuçlarına göre pratisyen hekimleri %23,9’u, uzman hekimlerin %12,7’si, diş hekimlerinin %20,7’si, sağlık teknisyenlerinin %23,5’i, hemşirelerin %19,2’si, yöneticilerin ise %17,5’i halen sigara kullanmaktadır. 2007 verileriyle kıyaslandığında sağlık çalışanları arasında sigara içimi %20,7-%42,5 azalmıştır.

Sigara dumanından pasif etkilenim verileri incelendiğinde kapalı alanlarda etkilenmede restoranlar, işyerleri, resmi dairelerde önemli ölçüde azalmalar olduğu saptanmıştır. İşyerlerinde pasif etkilenme oranı %38,5 den %15,6’ya, restoranlarda %55,9’dan %12,9’a, resmi dairelerde %11,3’dan %6,5’e gerileme olmuştur.

Küresel Gençlik Tütün Kullanımı Araştırması 2009 verilerine göre adolesan çağıdaki genç sigara içicilerinin %30,7’si sigara içmeye 10 yaşından önce başlamaktadır. Bu verilere göre; özellikle çocukların ve adolesan çağıdaki gençlerin, sigaraya başlamasını önlemeye yönelik programlara ağırlık verilmesi ve bu çalışmaların daha erken yaşlarda başlaması faydalı olabilir.

Türkiye’nin tütün kontrolüyle ilgili ilk Kanun’u 1996 yılında yürürlüğe giren 4207 Sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun”dur. Bu Kanun ile sağlık ve eğitim kurumlarında, spor ve kültürel etkinliklerinin yapıldığı yerlerde, toplu taşıma araçlarında (taksi hizmeti verenler hariç) sigara içilmesi yasaklanmıştır. Ayrıca tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı ile 18 yaşından küçüklere sigara satışı da yasaklanmış, sigara paketleri üzerine uyarı yazılarının konması ve bütün televizyon kanallarına ayda 90 dakika süre ile sigaranın zararları konusunda yayın yapma zorunluluğu getirilmiştir. Türkiye’de tütün kontrolü bağlamında en önemli adım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 56.

Asamblesi'nde kabul edilen Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin 2004 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nde kabul edilmesi olmuştur. Ülkemiz için önemli bir başka gelişme de 4207 Sayılı mevcut Kanun'un güncellenerek "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" ismiyle 2008 yılında kabul edilmesi olmuştur. Bu şekli ile çocukları, gençleri, yetişkinleri ve gelecek nesilleri, tütün mamulleri kullanımı ve neden olacağı tüm zararlardan korumak hedeflenmektedir. Güncellenmiş Kanun ile ikram sektörü işletmeleri, okulların bahçeleri, taksiler sigara içme yasağı kapsamına alınmış, tütün ürünlerinin reklam ve tanıtım yasağına ek olarak sponsorluk da yasaklanmıştır. Ülkemizde tütün kontrolünde uluslararası kabul gören en güncel yaklaşımlardan birisi olarak DSÖ tarafından açıklanan KUVVET/M-POWER yaklaşımı benimsenmektedir.

Tütün kontrolü yasasının uygulanmasının önündeki en önemli engel **tütün endüstrisi**dir. Tütün endüstrisi, saldırgan pazarlama stratejileri ile tüketimi ve müşteri çeşitliliğini artırmaya çalışmaktadır. En sık kullanılan teoriler "ikram sektörünün zarara uğrayacağı", "kaçakçılığın artacağı"dır. Tütün endüstrisinin kullandığı bir başka taktik de marka esnetme ve marka paylaşımıdır. Yasal düzenlemeler ile kontrol altına alınmaktadır.

Ulusal Tütün Kontrol Programının uygulanması ve görevlerin yerine getirilmesinin koordinasyonu ve takibi ile tütün ve tütün ürünlerinin zararları ile mücadele ve kontrol faaliyetlerini yürütmek üzere illerde İl Tütün Kontrol Kurullarının kurulmuştur. Sağlık kuruluşları dahil olmak üzere, tütün ürünlerinin tüketilmesinin yasak olduğu tüm kamu kuruluşları ve özel hukuk kişilerine ait mekanlar, kanuna uyulması yönünden denetim ekipleri tarafından incelenir, yetkililerine ve çalışanlara eğitim verir. Denetimler esnasında sigara, tütün dumanı, küllük ve çakmak gibi tütün ürününü hatırlatan nesnelerin kaldırılması yönünde uyarır. Tütün firmalarının amblemi, isimleri veya bunları çağrıştıracak eşyaların olup olmadığını kontrol eder. Kurum veya işletme sahibine "Dumansız Hava Sahası" posterlerinin asılmasını önerir. Kanunun uygulanmasına yönelik 81 ilde hizmet veren denetim ekipleri tarafından çok sayıda denetim gerçekleştirilmiş ve idari para cezası kesilmiştir.

Tütün kontrol uygulamalarının sonuçları ve etkileri ile ilgili 2012 Türkiye Sağlık Raporu'nda yer alan bilgilerden sonra son iki yılda yeni bir bilgi paylaşımı olmadığı görülmektedir. Ancak yasaya uyumun değerlendirildiği küresel tütün kontrol çalışmasında genel olarak yasaya uyumun başarılı olduğu, bar ve gece kulüplerinde %80 'ne varan sigara içimi olduğu, üniversite, okul resmi kurumlarda uyumsuzluğun çok düşük olduğu belirtilmektedir.

Bu başarılı sonuçların yanı sıra çeşitli mekanlarda %3 ile % 80 arasında değişen sıklıklarda sigara içilme sıklıkları olduğunu tespit eden çalışma sonuçları mevcuttur. Yerel dinamiklerin etkisiyle kamu kurumlarında, bar ve gece kulüplerinde, hastane ve kahvehanelerde küçük şehirlerde yasanın daha fazla ihlal edildiği ve sigara içme sıklığının halen yüksek seyretmekte olduğu görülmektedir. Denetim süreci ile ilgili düzenlemelere ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Tütün kontrol çalışmalarında önemli başarılar elde eden ülkemiz DSÖ'nün kontrol kriterlerini yerine getiren az sayıda ülke arasında gösterilmekte ve özellikle pasif etkilenenin kontrolü ile kronik hastalıkların kontrolündeki başarı vurgulanmaktadır. Bu mücadelenin bazı etkileri hemen görülmekle birlikte pek çok etkileri uzun vadeli olup sonuçlar özellikle daha az sigara içen gelecek nesillerde görülecektir. Ancak giderek artan ihlal sorunları ile elde edilen bu başarılarda duraklama hatta geriye dönüşlerin olabileceği unutulmamalıdır.

Tütün kontrolü çalışmalarının oldukça fazla bileşeni mevcuttur. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi perspektifinden bakıldığında, bu çalışmalar içerisinde kamusal ve sivil yapılanmaların farklı, ancak eşgüdüm içerisinde sürdürülmesi gereken rolleri mevcuttur. Tütün kullanımı ile mücadele toplumla birlikte kazanılabilecek bir mücadeledir. Bu mücadelede tarafsız, şeffaf, bilimsel ve toplumun güvenini kazanmış sivil toplum kuruluşları ile dayanışma içinde olmanın başarı şansını artırması haklı bir beklentidir.

Ülkemizde tütün kontrol çalışmaları uluslararası alanda örnek gösterilmekle birlikte ulusal çalışmalarda aksamalar vardır. Bu aksamalar kamusal otoriteler tarafından var olan mevcut yasal zeminde giderilmelidir. Sürece meslek örgütlerinin ve sivil toplum yapılanmalarının katkısı alınmalıdır. Aksi takdirde, ülkemizde çok uzun yıllar öncesinde olumlu başlamış olan bu tütün kontrolü serüvenin olumsuz yansımalarının artarak deneyimlenmesi olasıdır

TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN ÜRETİM, İTHALAT, İHRACAT, İÇ SATIŞ VE TÜKETİMİ

Gülsüm Şimşek^a, Gökben Yashı^b, Raika Durusoy^c

^a**Uzm. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezi**

^b**Uzm. Dr., İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü**

^c**Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

Bu bölümde başlıca Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri kullanılarak Türkiye’de tütün ve ürünlerinin üretim, ithalat, ihracat ve iç satışı incelenmektedir. Herkesin erişimine açık olan bu verilerden yararlanılarak bu bölüme özgü olarak 15 yaş ve üzeri nüfus başına düşen tütün ürünleri iç satış miktarları, hane halkı tüketim araştırması verilerine dayalı olarak tütün ve ürünleri için yapılan harcamaların toplam harcama içindeki payı ve tütün ürünü üreten tesislerin kapasite kullanım oranları hesaplanmış ve Tablo 3-8’de sunulmaktadır. Bu bölümün bir sınırlılığı, kullanılan verilerin resmi kayıtlara dayalı olması ve resmi kayıtların %20’sicivarında olduğu tahmin edilen kaçak tütün ve ürünlerini içermemesidir(1).

1.Türkiye’de tütün üretimi, ithalatı ve ihracatı

Türkiye İstatistik Kurumu bitkisel üretim istatistiklerine göre tütün üretimi 2010 yılında 51.912 ton olarak gerçekleşmiştir. 2011 yılında 2010 yılına göre %3,7 oranında artarak 55 bin ton olmuş, 2012 Yılında 2011 yılına göre %76,1 oranında artarak 80 bin ton olmuştur (Tablo1.1.).

Tablo 1. Türkiye’de 2010-2014 yılları tütün üretimi verileri (Ton)

Yıllar	Tütün Üretim Miktar (Ton)*
2010	51.912
2011	55.000
2012	80.000
2013	90.000
2014	70.000

*TÜİK

2013 yılında 2012'ye göre %22,8 artarak 90 bin ton olarak gerçekleşmiştir. Tütün üretiminin 2014 yılında 2013 yılına göre %22,2 azalarak 70 bin ton olarak gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (Tablo1) (2-6).

Türkiye'nin 1990 öncesi toplam dünya tütün üretimindeki payı %4 iken, 2004'te %2,1'e düşmüş, 2012'de %1,7 olmuştur. 1998 ve 2007 arasında tütün üreticileri sayısı da yaklaşık olarak %70 azalırken, tütün üretim alanları da %50 küçülmüştür(7).

Türkiye'de tütün kontrolü yasa ve kurallarının tütün üretimi ve üreticiliğine etkisinin değerlendirilmesi önemlidir. Türkiye tütün üretiminde dünyanın önde gelen ülkelerinden biri iken benzer şekilde tütün ihracatı konusunda da ilk sıralarda yer almaktaydı. Zamanla değişen politikalar sonucu Türkiye'de 1988 yılında ithalata başlanmış, böylece sigarayı daha büyük bir kitle tarafından içilebilir hale getiren ithal soslu sigaralar yaygınlaşmış ve ülkemiz zamanla önemli tütün alıcısı ülkeler arasına girmiştir. Tablo 2'de Türkiye'de kısılmış (paketlenmemiş) tütün üretimi ve ihracatı yıllara göre sunulmaktadır.

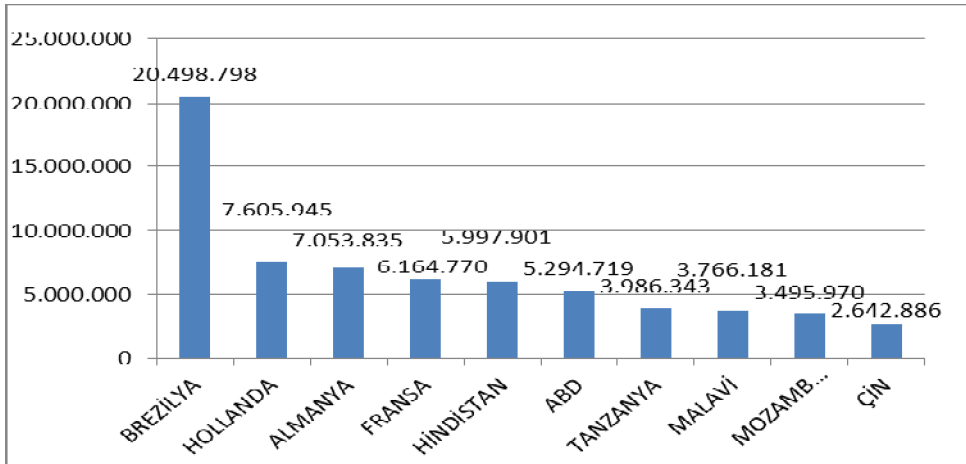
Tablo 2. Kısılmış tütün üretimi ve ihracatı (TAPDK)

Yıllar	Kamu	Özel Sektör	Üretim	İhracat
	Miktar (Kg)	Miktar (Kg)	Miktar (Kg)	Miktar (Kg)
2003	0,00	4.928.000,00	4.928.000,00	4.928.000,00
2004	0,00	5.040.700,00	5.040.700,00	5.040.700,00
2005	327.660,00	8.723.982,00	9.051.642,00	9.051.642,00
2006	249.462,00	8.100.275,00	8.349.737,00	8.349.737,00
2007	240.100,00	7.707.448,00	10.294.099,60	10.299.764,00
2008			8.917.259,20	8.909.295,20
2009			9.623.059,10	9.459.897,10
2010			6.910.753,20	7.033.684,20
2011			7.636.256,87	7.547.300,84
2012			11.023.309,56	10.796.641,93
2013			12.102.297,19	12.156.376,49

Tablo 2’de görüldüğü üzere Türkiye’de üretilen kıyılmış tütünün nerdeyse tamamı ihraç edilmektedir. En fazla ihraç edilen beş ülke sırasıyla toplam ihracatın %69,4’üyle İran, %16,0’ıyla Ürdün ve %5,7’siyle Cezayir, %3,9’uyla Nijerya ve %3,5’iyle Libya’dır. Bu sıralama 2008 yılında ise yaklaşık %50,8’le İran, %33,6’yla Ürdün, %9,4’le Tunus, %4,7’yle Suriye ve %1,6 ile Mısır şeklinde gerçekleşmiştir(8).

Türkiye’de endüstride kullanılan tütün Şark tipi tütünden Amerikan harman sigaralarda bulunan yabancı menşeli tütüne kaymaya başlamıştır. Üretimin %96’sı Şark tütünü olan ve dünya Şark tipi tütün üretiminin ¼’ünü gerçekleştiren Türkiye sigara piyasası %85 oranında Amerikan harman sigaralarının satıldığı bir piyasaya dönüşmüştür. Türkiye’de yerleşik sigara üretim firmalarının yıllar itibarıyla tütün kullanım miktar ve oranları incelendiğinde, 2003 yılında kullanılan toplam tütünün %42,1’i yerli, %57,9’u ithal tütün iken her yıl yerli tütün kullanım oranı giderek azalarak 2013 yılında %15,8 yerli %84,2 ithal tütün kullanılmıştır. İthal tütünler arasında en yüksek oranda Virjinya tipi tütün kullanılmakta olup bunu Burley tütünü izlemektedir (2013 yılında sırasıyla 31 ve 21 milyon; toplam kullanılan tütün 97 milyon kilogram)(9).

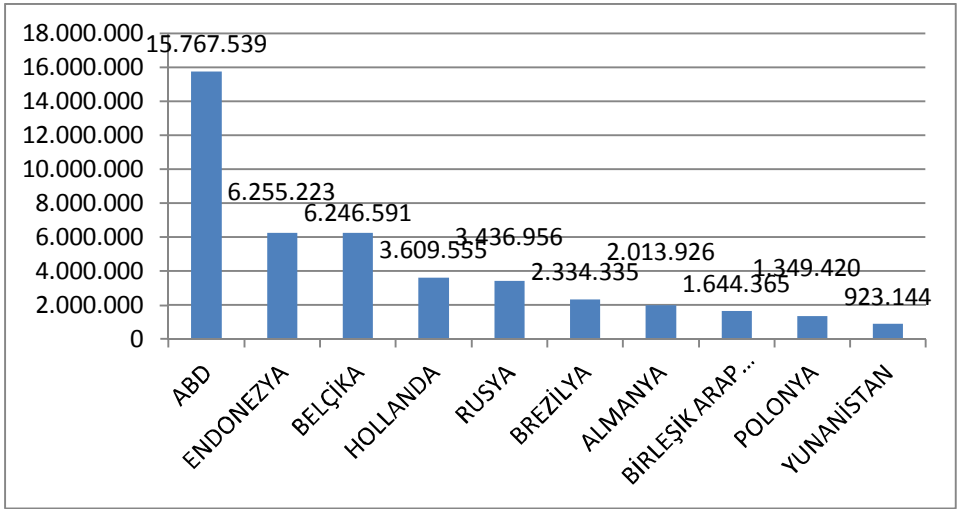
Türkiye’de 1988 yılından itibaren üretilmeye başlanan Amerikan harman sigaralar için 610 ton ile başlayan yabancı tütün ithalatı, 2008 yılında 80.000 tona ulaşmış, 2009-2011 yılları arasında sigara tüketimine paralel olarak bir azalış sürecine girerek, 66.000 tona düşmüştür. TAPDK’nın 2012 yılı verilerinde sigara tüketiminde tekrar bir artış yanı sıra, yeniden 80.000 tonun üzerine çıkan tütün ithalatında da bir artış olmuştur. Ülkede tütün ihracatı, üretimdeki daralmaya bağlı olarak azalmaktadır. Buna karşılık, ithal tütün kullanımı artış eğilimini sürdürmektedir. Böylece bir yandan üretim daralıp ithalat artarken, diğer yandan sigara üretiminde yerli tütün kullanımı her geçen yıl azalmaktadır.



Şekil 1. Menşee ülke bazında yaprak tütün ithalatı yapılan ilk 10 ülke (kilogram) (2013),(10)

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin (TKÇS) Madde 17’de, tütün çiftçilerinin alternatif ürün ve sektörlerle yönlendirilmesi belirtilmektedir. Ancak ülkemizde tütün piyasasında yaşanan dönüşüm, tütün kontrolü yerine tütün endüstrisinin ihtiyaçlarına cevap vermektedir. Tütün endüstrisi sigara üretimini artırır ve bunu yaparken de yerli tütün yerine ithal tütünü kullanırken, yerli tütün üreticileri bu durumdan zarar görmektedir(1).

2013 yılında toplam 80.463.576 kg yaprak tütün ithalatı gerçekleşmiştir. Şekil 1’de menşe ülke bazında, 2013 yılı yaprak tütün ithalatı değer bazında değerlendirildiğinde sırasıyla; Brezilya, Hollanda, Almanya, Fransa, Hindistan, ABD, Tanzanya, Malavi, Mozambik ve Çin’in ilk 10 sırada yer aldığı, sıralamanın 2012 yılına göre az değişiklik içerdiği görülmektedir. Bu ilk 10 ülkenin toplamı %82,7’ye denk gelmektedir. İlk sırada yer alan Brezilya %25,5’lik bir paya sahiptir.



Şekil 2.Yaprak tütün ihracatının ülkelere göre dağılımı (kilogram) (2013),(11)

2013 yılında toplam 56.899.386 kg yaprak tütün ihracatı gerçekleşmiştir. 2012’de 75, 2011’de 69, 2010’da yapılan 80 bin ton ihracata göre azalma olmuştur. 2013 yılı ihracatı ülkelere göre değerlendirildiğinde, ilk sırada ABD’nin yer aldığı ve ABD’yi; Endonezya, Belçika, Rusya ve Hollanda’nın takip ettiği görülmektedir.

2.Tütün ürünlerinin üretimi, ithalatı, ihracatı, iç satışı ve tüketimi

İç piyasaya sunulan tütün ürünleri; sigara, puro ve sigarillo, nargilelik tütün mamulü, pipoluk tütün mamulü, sarmalık kıyılmış tütün mamulüdür(12).

Türkiye’de sigara satışı yapabilmek için firmaların Türkiye’de sigara üretmesi koşulu bulunmaktadır (4733 sayılı yasa)(13). Türkiye’de 2014 yılı itibariyle sigara üretimi yapan beşi yabancı, ikisi yerli olmak üzere yedi firma bulunmaktadır ve üretim tesisleri Samsun, Kırklareli, Mersin, Manisa ve ikisi Torbalı biri Tire ilçesinde olmak üzere İzmir’de bulunmaktadır. Nargilelik tütün üretimi yapan altı firma vardır ve üretim tesisleri Kocaeli, İstanbul, Trabzon illerinde ve Torbalı, Kemalpaşa, Menemen olmak üzere İzmir’in üç ilçesinde bulunmaktadır. Bunlardan biri pipoluk tütün ürünü de üretmektedir. İstanbul’da bulunan ve hem pipoluk tütün ürünü hem puro ve sigarillo üretimi yapan bir diğer firma dışında puro-sigarillo üretimi yapan firma bulunmamaktadır. Sarmalık kıyılmış tütün ürünü üretimi yapan firma sayısı altıdır ve bunların ikisi aynı zamanda pipoluk tütün ürünü üreten, biri de sigara üreten bir firmadır(14).

Türkiye’de 2002-2013 yılları arasında toplam sekiz üretim tesisi kapanmıştır. Bunlardan ilk beşi, 2008 yılında kapanan Menemen, Adana, Malatya, İstanbul, Bitlis sigara fabrikalarıdır. Tokat sigara fabrikası, bir nargilelik tütün ürünü tesisi ve Tire sigara fabrikası ise 2010 yılında kapatılmıştır(14).

TAPDK verilerine göre sigara üretim tesislerine bulunan tütün kıyım, damar kıyım, sigara imalat, sigara paketleme ve filtre çubuğu imalat makinelerinin sayılarında 2002-2008 arasında artış olmuş, 2008-2013 arasında ise azalış izlenmiştir. Nargilelik tütün ürünü üretim tesislerinde bulunan tütün kıyım ve paketleme makinelerinin sayısında ise 2002-2013 arasında düzenli artış izlenmektedir. Pipoluk tütün ürünü ve puro üretim tesislerinde aynı dönemde makine sayıları stabil kalmıştır. Sarmalık kıyılmış tütün ürünü üretim tesislerinde bulunan tütün kıyım makinelerinin sayısının 2011’den itibaren artış gösterdiği, bu tesislerde daha önce bulunmayan tütün ve makaron (filtreli sigara sarma kağıdı) paketleme makinelerinin 2011’den itibaren bulunmaya başladığı ve sayılarının arttığı gözlenmektedir(14).

Türkiye’de 2003-2013 yılları arasında tütün ürünlerinin üretim, ithalat, iç satış ve ihracatıyla ilgili veriler, Tablo 3-7’de gösterilmektedir. Tablolardaki kapasite kullanım oranları, üretilen miktarların, tesislerindeki makinelerin kapasitelerinin ne kadarı (yüzde) olduğunu göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerinde yıllık nüfus verileri 2007 yılından itibaren her yıl için sunulmaktadır. Önceki dönem için yıllık nüfus verisi bulunmadığı için (2000 yılında sonuncusu olmak üzere 5’er yıl arayla yapılan nüfus sayımları vardır) 15 yaş ve üzeri nüfus başına düşen iç satış miktarları 2007’den itibaren hesaplanabilmektedir.

Tablo 3’e göre Türkiye’de toplam üretilen sigara sayısı 2008 yılına dek artış göstermiş, 2008-2011 arası azalırken 2012’de tekrar artmış ve 2011 yılı düzeyine inmesi de 2013’te azalmıştır. Sigara üretim tesislerinin kapasite kullanım oranı ise 2003-2007 arası azalış gösterirken, 2008 yılında kapanan tesislerin de etkisiyle 2008’den itibaren tam kapasite ve hatta üzerine çıkmıştır. Sadece 2007 yılında sigara ithal edildiği gözlenmektedir. Sigara iç satışlarına bakılacak olursa, 2009 yılına dek benzer düzeyde yapılan iç satışın, 2012 yılındaki artış dışında, azalma gösterdiği söylenebilir. Ülkenin giderek artan nüfusu da göz önüne alınır ve TÜİK’in 2007 yılından itibaren sunduğu ADNKS verilerine göre 15 yaş ve üzeri

nüfus başına gerçekleşen sigara iç satışının, yine 2012 yılında görülen kişi başı 114 sigaralık artışın dışında düzenli olarak azalmaktadır 2012 yılında gözlenen artışları kaçak satışın azalmasına bağlayan kaynaklar bulunmaktadır.

TAPDK verilerine göre nargilelik tütün mamulü ithalatı bulunmamaktadır. Günümüzde yaygın kullanılan soslu nargileler, %70 sos ve %30 Virjinya tipi tütünden ibarettir. Daha nadir tüketilen klasik, geleneksel nargilelerde ise yerli tütün kullanılmaktadır. Nargilelik tütün üretim, kapasite kullanım oranı, ithalat, iç satış ve 15 yaş üzeri nüfus başına tüketim (gram) verileri Tablo 4'de sunulmaktadır.

Türkiye'de 2010-2013 yılları arası nargilelik tütün mamulü üretimi verileri incelendiğinde 2010 yılından 2011'e üretim miktarında azalma, ancak 2012 ve 2013 yıllarında nargilelik tütün mamulü üretiminde artma görülmektedir. 2010 yılında 32.828,16 kg olan nargilelik tütün üretimi 5,1 kat artarak 2013 yılında 167.257,07 kg'a ulaşmıştır. Artış ihracata yansımış, 15 yaş ve üzeri nüfus başına iç satış miktarında azalma görülmüştür.

Türkiye'de 2010-2013 yılları arasında pipoluk tütün mamulü üretimi verileri incelendiğinde yıllar içinde miktar bazında kg olarak pipoluk tütün mamulü üretiminde artış olduğu görülmektedir (Tablo 5). Bu artış 2013 yılında 2010 yılına göre 9208,8 kat fazladır. TAPDK verilerine göre pipoluk tütün mamulü ithalatı yapılmamaktadır.

Türkiye için TAPDK kaynaklarının belirttiğine göre 2010-2011 yılları arası puro/sigarillo üretimi miktar (kg) bazında artmış, 2012 yılında üretimde azalma görülmüş, 2013 yılında da üretimde tekrar artış olmuştur. 2010 yılında 14.126,21 kg olan puro/sigarillo üretimi, 2013 yılında 1,13 katına çıkarak 18.188,74 olmuştur (Tablo 6).

Tablo 3. Türkiye’de sigara üretimi, ithalatı, iç satışı ve ihracatı - miktar (adet) (Kaynak TAPDK)

Yıllar	Üretim (İhracat Dahil)	Kapasite kullanım oranı (%)	İthalat	İhracat	İç Satış *	15+ nüfus başına iç satış
2003	120.943.286.260	94,94	0	12.961.347.000	108.157.063.150	
2004	117.837.981.610	86,20	0	9.142.850.000	108.870.390.620	
2005	114.572.421.100	80,49	0	11.701.282.000	106.716.505.496	
2006	125.807.062.000	78,30	0	16.927.678.280	107.908.692.050	
2007	126.119.539.320	75,46	6.985.000	18.383.867.800	107.454.965.620	2069
2008	135.041.446.800	107,78	0	25.658.999.200	107.858.908.399	2046
2009	132.912.630.061	119,35	0	20.366.024.800	107.554.976.198	2003
2010	115.238.165.761	101,92	0	24.037.012.800	93.354.256.336	1702
2011	112.083.047.080	98,78	0	24.326.238.400	91.217.479.040	1634
2012	134.454.421.720	114,10	0	32.393.076.000	99.257.052.660	1748
2013	130.597.511.840	103,43	0	36.794.600.000	91.659.534.370	1585

Tablo 4. Nargilelik tütün mamulü üretimi, ithalatı, iç satışı ve ihracatı-miktar (Kg) (TAPDK)

Yıllar	Üretim (İhracat Dahil)	Kapasite kullanım oranı (%)	İhracat	İç Piyasaya Satış	15+ nüfus başına iç satış (gram)
2003	36.343,00	2,07	0,00	33.200,00	
2004	48.321,00	2,29	0,00	42.000,00	
2005	70.731,00	2,25	0,00	75.900,00	
2006	82.442,00	2,63	62.522,00	21.000,00	
2007	41.969,00	1,34	22.430,00	18.900,00	0,364
2008	37.805,00	1,75	22.124,00	13.613,40	0,258
2009	27.121,52	1,17	10.738,00	17.932,97	0,334
2010	32.828,16	0,86	23.144,00	7.821,23	0,143
2011	32.215,50	0,77	21.371,75	9.852,53	0,176
2012	42.198,65	1,01	22.256,00	12.441,50	0,219
2013	167.257,07	4,01	163.164,00	3.909,83	0,068

Tablo 5. Papoluk tütün mamulü üretimi, ithalatı, iç satışı ve ihracatı - miktar (Kg)

Yıllar	Üretim (İhracat Dahil)	Kapasite kullanım oranı (%)	İhracat	İç Piyasaya Satış	15+ başına iç satış (gram)	nüfus
2003	6.438,00	13,76	0,00	4.100,00		
2004	1.326,00	2,83	0,00	3.000,00		
2005	1.764,00	3,77	0,00	2.000,00		
2006	588,00	1,26	0,00	1.200,00		
2007	1.662,00	3,55	0,00	1.200,00	0,023	
2008	1.101,90	1,57	0,00	1.080,00	0,020	
2009	222,70	0,32	0,00	730,00	0,014	
2010	0,80	0,00	0,00	8,60	0,000	
2011	401,90	0,04	0,00	241,50	0,004	
2012	5.060,35	0,50	4.992,00	197,50	0,003	
2013	7.367,10	0,73	6.952,00	159,85	0,003	

Tablo 6. Puro/sigarillo üretimi, ithalatı, iç satışı ve ihracatı - miktar (Kg)

Yıl	Üretim (Dahil)	(İhracat	Kapa site kulla nım oranı (%)	İthalat	İhracat	İç Satış	15+ nüfus başın a iç satış (gram)
2003	1.500,00		1,05	0,00	0,00	1.200,00	
2004	969,00		0,68	0,00	0,00	1.000,00	
2005	708,00		0,5	0,00	0,00	800,00	
2006	1.226,00		0,86	0,00	0,00	1.500,00	
2007	2.974,00		2,09	0,00	0,00	2.850,00	0,055
2008	7.188,10		5,04	9.644,88	0,00	10.824,22	0,205
2009	9.118,51		6,4	21.000,33	0,00	26.124,07	0,486
2010	14.126,21		11,58	23.481,53	66,50	31.246,22	0,570
2011	15.748,99		12,91	26.281,80	0,00	41.732,92	0,747
2012	9.400,59		7,7	3.614,62	0,00	15.142,97	0,267
2013	18.188,74		14,91	4.219,09	0,00	20.945,81	0,362

Tablo 7. Sarmalık kıyılmış tütün mamulü üretimi, iç satışı ve ihracatı (kg)

Yıllar	Üretim (İhracat Dahil)	İhracat	İç Satış	15+ nüfus başına iç satış (gram)
2003	71.200,00	0,00	76.700,00	
2004	35.892,00	0,00	34.000,00	
2005	18.516,00	0,00	18.600,00	
2006	0,00	0,00	0,00	
2007	0,00	0,00	0,00	0,000
2008	0,00	0,00	0,00	0,000
2009	491,50	0,00	270,00	0,005
2010	62,40	0,00	274,15	0,005
2011	128.640,29	19.368,00	76.242,72	1,365
2012	117.313,80	15.916,80	99.972,31	1,761
2013	196.713,80	0,00	164.180,15	2,840

Türkiye’de sarmalık kıyılmış tütün ithalatı yapılmamaktadır. Bitlis, Batman gibi Doğu yörelerinde üretilen tütünler kullanılmaktadır. Türkiye’de 2010-2013 yılları arasında kg olarak sarmalık kıyılmış tütün mamulü üretim verileri incelendiğinde 2010 yılından 2011’e sarmalık kıyılmış tütün mamulü üretim miktarında artış olmuş, 2012 yılında ise azalma görülmüş, 2013 yılında tekrar artış olduğu görülmüştür (Tablo 6). 2010 yılında 62,40 kg olan sarmalık kıyılmış tütün mamulü üretimi 2013 yılında 3152,5 kat artarak 196.713,80 kg’a ulaşmıştır. Onbeş yaş ve üzeri nüfus başına iç satış miktarında da düzenli bir artış izlenmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu Hane halkı Bütçe Araştırması Tüketim Harcamaları’nda sigara ve tütün harcamalarına dair veri de bulunmaktadır. Bu veriler, hem mutlak harcama miktarı, hem de toplam harcamanın yüzdesi olarak Tablo 8’de sunulmaktadır.

Tablo 8’e göre hane halkı harcamaları içinde sigara-tütünün payında 2002-2007 arası artış olmuş, 2008’deki azalmanın ardından 2009 ve 2010’da artış gözlenmiş, 2011-12’de azalarak dalgalı seyir izlemiştir. Kırdaki sigara-tütünün hane halkı harcamaları içinde payı, kente göre daha yüksektir. Mutlak değer olarak ise harcama miktarında sürekli artış gözlenmektedir.

Tablo 8. Türkiye, kent ve kıra göre tüketim harcaması türleri: Sigara ve tütün (TL) (Kaynak: TÜİK Hanehalkı Tüketim Harcaması Veri Tabanı)

Yıl	Sigara ve tütün harcaması (TL)			Toplam hanehalkı harcamaları içinde sigara ve tütünün payı (%)		
	Kent	Kır	Türkiye	Kent(%)	Kır (%)	Toplam (%)
2002	235.833.383	138.616.690	374.450.073	3,47	4,26	3,73
2003	314.587.239	161.144.420	475.731.659	3,50	4,77	3,85
2004	409.040.297	203.584.592	612.624.890	3,68	4,98	4,03
2005	497.901.158	233.024.251	730.925.408	3,61	4,34	3,82
2006	564.835.629	270.528.661	835.364.290	3,63	4,42	3,86
2007	721.046.122	245.154.187	966.200.308	3,86	4,96	4,09
2008	788.424.591	276.538.624	1.064.963.215	3,46	4,50	3,68
2009	879.209.416	312.018.953	1.191.228.369	3,54	5,01	3,83
2010	1.073.342.033	404.423.112	1.477.765.145	4,02	5,07	4,26
2011	1.185.527.213	396.981.675	1.582.508.888	3,70	4,45	3,87
2012	1.361.110.182	498.649.366	1.859.759.548	3,71	4,65	3,92

Kaynaklar

1. Seydioğulları M. Türkiye’de Tütün Üretimi ve Tütüne Alternatif Politikalar Üzerine Değerlendirme. 2012. [Internet] www.ssuk.org.tr/save-files/tutun_yretim_20_12_2012.doc. Erişim: 17.06.2014
2. TÜİK. Bitkisel Üretim İstatistikleri, 2010. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=8470>. Erişim: March 16, 2014.
3. TÜİK. Bitkisel Üretim İstatistikleri, 2011. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10780>. Erişim: March 17, 2014.
4. TÜİK. Bitkisel Üretim İstatistikleri, 2012. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13661>. Erişim: March 16, 2014.
5. TÜİK. Bitkisel Üretim İstatistikleri, 2013 [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13656>. Erişim: March 18, 2014.
6. TÜİK. Bitkisel Üretim 1.Tahmini, 2014. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16021>. Erişim: July 22, 2014.
7. WHO. Europe. (2012). Bilir N, Özcebe H, Ergüder T, Stender KM. Tobacco Control in Turkey. [Internet] http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/e96532.pdf. Accessed February 12, 2014.
8. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu. Tütün Mamülleri Piyasası. Tütün Mamülleri İstatistikleri Kıyılmış Tütün Üretimi ve İhracatı [[Internet] <http://www.tapdk.gov.tr/tr/piyasa-duzenlemeleri/tutun-mamulleri-piyasasi/tutun-mamulleri-istatistikleri.aspx> Erişim: June 10, 2014.
9. Karakaş GD. Türkiye Tütün Sektöründe Piyasa-Yönelimli Dönüşüm. Türk Toraks Dergisi 2014;15:71-91.
10. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu. [Internet] <http://www.tapdk.gov.tr/tr/piyasa-duzenlemeleri/tutun-mamulleri-piyasasi/tutun-mamulleri-istatistikleri.aspx>. Erişim: September 3, 2014.
11. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu.Yaprak Tütün İhracatı Verileri [Internet] <http://www.tapdk.gov.tr/tr/piyasa-duzenlemeleri/tutun-piyasasi/yaprak-tutun-ihracati-verileri.aspx>. Erişim: September 3, 2014.
12. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu. Tütün Mamülleri Piyasası. [Internet] <http://www.tapdk.gov.tr/tr/piyasa-duzenlemeleri/tutun-mamulleri-piyasasi/ic-piyasaya-arz-edilen-tutun-mamulleri-listesi.aspx> Erişim: August 10, 2014.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 4733 Sayılı Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun [Internet] <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/850,4733-sayili-tutun-ve-alkol-piyasasi-duzenleme-kurumu-te.pdf?0>. Erişim: September 1, 2014.
14. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu. Tütün Mamulleri Sektöründe Faaliyet Gösteren Firmalara İlişkin Enformasyon Bülteni. Ankara.

TÜRKİYE'DE YETİŞKİNLER ARASINDA TÜTÜN KULLANIMI

Günay Saka

Prof.Dr. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Ülkemizde son dönemlerde tütün kullanma durumunu ortaya koyabilmek için Türkiye’de yetişkinlerde (15 yaş üzeri) tütün kullanımı ile ilgili ulusal düzeyde yapılmış üç çalışmanın verilerinden yararlanılmıştır:

- ✓ Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) için çok aşamalı ve coğrafi küme örnekleme tasarımı kullanılmıştır. Örnekleme belirlenen hanelerden tesadüfi olarak seçilen bir yetişkin araştırmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmaların 2008 ve 2012 yılları sonuçlarından yararlanılmıştır.
- ✓ 2013 yılında yayınlanan ancak veri toplama aşaması 2011’de gerçekleşmiş olan “Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı” (TKHRF) çalışması sonuçlarından yararlanılmıştır.
- ✓ "TKHRF" çalışması aile hekimliği bilgi sistemine kayıtlı 15 yaş üzeri bireyler üzerinden yürütülmüş olup her aile hekiminden rastgele belirlenen iki kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

Adı geçen çalışmalara göre ülkemizde yetişkinlerde tütün kullanımı oldukça yaygın olup önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. 2012 KYTA’ya göre 15 yaş üzerinde erkeklerin %41,3’ü, kadınların %13,0’ı toplamda her yüz kişiden 27’si sigara içmektedir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde 25-34 ve 35-44 yaş aralığındaki erkeklerde sırasıyla %53,1 ve %50,9 ile en yüksek yaygınlıkta tütün kullanılmaktadır. Kadınlarda %21,4 ile 35-44 yaş grubu ilk sıradadır.

Ülkemizde 1996 yılında çıkarılan, 2008’de kapsamı genişletilen yasal düzenlemeler ve uygulamaya konulan tütün kontrol programı ile tütün kullanım sıklığında, pasif etkilenimde, sigara bırakma tutum ve davranışlarında azalmalar beklenir.

2008 ile 2012 yılları arasında Türkiye’de tütün kullanım prevalansı %31,3’den %27,1 değerine düşmüştür. Azalma hem erkeklerde (%47,9’dan %41,5’e) hem de kadınlarda (%15,2’den %13,1’e) olmuştur. Toplamda geçen sürede sigara içme sıklığında %13,4’lük azalma olduğu söylenebilir. Hiç sigara içmeyenlerin yüzdesi 2008’de %68,8 iken 2012’de %72,9’a yükselmiştir.

Tablo 1. Türkiye’de yetişkinlerde tütün kullanımı (her gün ve arasıra) (%) 2008 – 2012.

	2008 KYTA		TKHRF* 2013 (2011)		2012 KYTA	
	Tütün	Sigara	Tütün	Sigara	Tütün	Sigara
Kadın	15,2		-	17,1	13,1	13,0
Erkek	47,9		-	43,2	41,5	41,3
Toplam	31,3		-	29,4	27,1	26,9

*Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması

Tablo 2.Yaş gruplarına ve cinsiyete göre her gün ve ara sıra tütün kullanımı (%) 2008 – 2012.

		2008 KYTA	TKHRF 2013 (2011)	2012 KYTA
Yaş grubu	Cinsiyet			
15-24	Erkek	39,7	38,3	31,2
	Kadın	11,7	11,3	6,8
25-34	Erkek	58,0	56,4	53,1
	Kadın	22,4	24,0	16,5
35-44	Erkek	58,4	50,1	50,9
	Kadın	20,5	24,6	21,4
45-54	Erkek	50,5	45,0	45,1
	Kadın	14,4	20,5	16,8
55-64	Erkek	39,9	34,9	31,5
	Kadın	10,7	9,8	8,5
65+	Erkek	20,5	25,7*	17,9
	Kadın	2,4	4,1*	2,6

* 65-74 yaş grubu

Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanlarında 2007 de ilki yapılan ve 2011 de tekrarlanan çalışma sonuçlarına göre pratisyen hekimleri %23,9'u, uzman hekimlerin %12,7'si, diş hekimlerinin %20,7'si, sağlık teknisyenlerinin %23,5'i, hemşirelerin %19,2'si, yöneticilerin ise %17,5'i halen sigara kullanmaktadır. 2007 verileriyle kıyaslandığında sağlık çalışanları arasında sigara kullanımı %20,7-%42,5 azalmıştır.

Tablo 3. Sağlık çalışanlarında sigara kullanım sıklığı, 2007 ve 2012

Meslek grubu	Halen içenler (%)	
	2007*	2011**
Uzman doktor	22,1	12,7
Pratisyen doktor	30,5	23,9
Diş hekimi, eczacı	26,1	20,7 – 15,9
Hemşire, ebe	29,5	19,2 – 21,9
Sağlık teknisyeni	33,8	23,5
Yönetici	39,5	17,5

(*) Kaynak: Aslan D, Bilir N, Özcebe H, Ergüder T. Smoking Status of the Health Professionals and influencing factors, Ministry of Health, Ankara, 2008.

(**) Sağlık Çalışanlarında Tütün Kullanımı Çalışması yayınlanmamış veri.

Sigara dumanından pasif etkilenim verileri incelendiğinde kapalı alanlarda etkilenimde restoranlar, işyerleri, resmi dairelerde önemli ölçüde azalmalar olduğu saptanmıştır. İşyerlerinde pasif etkilenme oranı %38,5 den %15,6'ya, restoranlarda %55,9'dan %12,9'a, resmi dairelerde %11,3'den %6,5'e gerileme olmuştur. 2008 çalışmasında yasanın henüz ikram sektöründe yürürlüğe girmediği de göz önüne alınmalıdır. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalarda işletmelerde yasa ihlallerinin giderek arttığı, %50'lere kadar vardığı gösterilmiştir. Kafe, kahvehane, toplu taşıma araçlarında pasif etkilenim yaygındır.

Tablo 4. Bazı kapalı ortamlardan pasif etkilenen yetişkinlerin yüzde dağılımı 2008 – 2012.

	2008 KYTA	TKHRF (2011)	2012 KYTA
İşyeri	38,5	23,5	15,6
Restoran	55,9		12,9
Kafe, kahvehane	--		26,6
Resmi daireler	11,3		6,5
Evde, en az ayda bir	56,3	37,1*	38,3
Takside , toplu taşıma	16,5		17,1

*Hergün ve arasıra

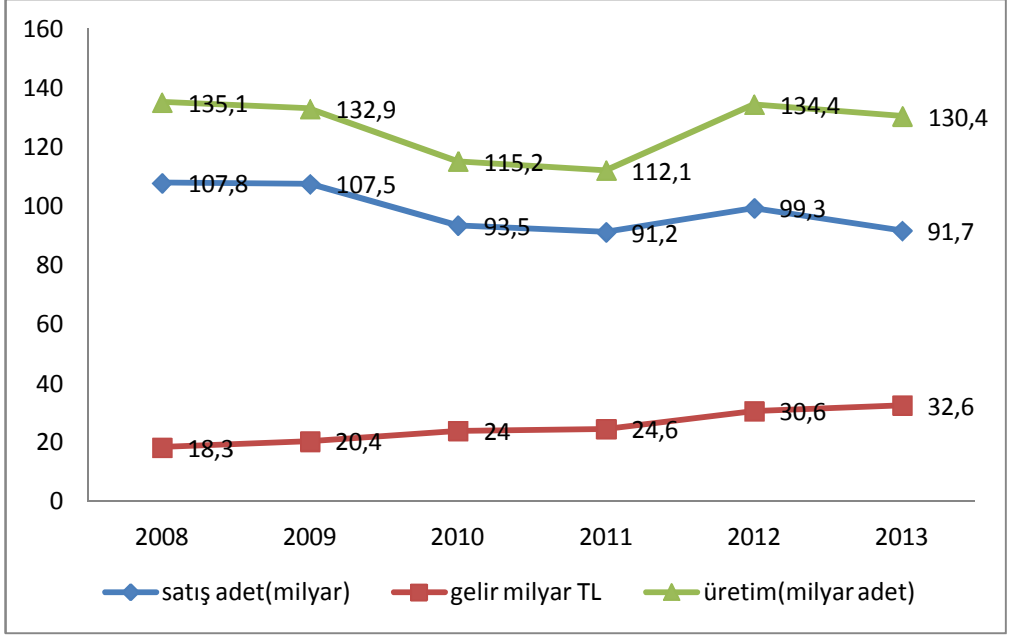
Tütün kontrolü yaklaşımlarından biride sigara kullanmayı bırakma davranışını arttırmaktır. Bunu yaygınlaştırmak içi telefon danışma hattı oluşturulmuş, sigara bırakma poliklinikleri yaygınlaştırılmıştır. Genel olarak halen sigara kullananları yarıdan çoğu bırakmayı düşünmektedir (erkeklerde %53,8, kadınlarda %59,3). İki bin sekiz yılı ile karşılaştırıldığında bırakma girişimlerinde değişim olmamıştır (2008'de %44,8, 2012'de %46,0). 15-24 yaş arası gençlerde sigara bırakma girişiminde azalma (2008 de %52,3, 2012 de %40,2), 25-44 yaş bireylerde ise artma olmuştur (2008 %42,7, 2012 %48,3). Genel olarak sigara içenler arasında gelecek 30 gün içinde sigarayı bırakmayı düşünenlerin sıklığında 2008 ve 2012 yılları arasında istatistik olarak anlamlı artış olmuştur (2008 yılında %9,9 ve 2012 yılında %12,9). Aynı yıllar içinde gelecek bir yılda sigarayı bırakmayı düşünenlerde de %17,8'den %22,5'e artma olmuştur.

Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) verilerine göre 2008-2013 yılları arasında ülkemizde iç satış sayıları ve elde edilen gelirler şekil 1'de verilmiştir. 2008 de ülke içinde satılan sigara adedi 107,8 milyardan, 2013 de 91,7 milyara gerilemesi, nüfusun arttığı da göz önüne alındığında, tütün kontrol çalışmalarının sonucuna atfedilebilir.

Tablo 5. Sigara bırakma tutum ve davranışlarında değişimler

Değişim başlıkları		2008 KYTA	TKHRF (2011)	2012 KYTA
Son 12 ay içinde sigara bırakmayı deneyen	Erkek	40.5		41.8
	Kadın	40.8		44.9
Son 12 ay içinde sigara bırakan	Erkek	13,5		12.5
	Kadın	21,9		14.5
Halen kullananlardan bırakmayı düşünen	Erkek	53.5	65.4	53.8
	Kadın	51.1	63.3	59.3
Bir ay içinde bırakmayı planlayan	Erkek	10,0		12.4
	Kadın	9,8		14.5
Bir yıl içinde sigara bırakmayı düşünen	Erkek	27.6		34.8
	Kadın	28.2		37.5
Sigarayı bırakmış olanlar	Erkek	22,1	14,1	18,6
	Kadın	10,0	3,6	7,8

Şekil 1. Türkiye’de yıllara göre sigara üretimi, iç satışı ve hasılatı 2008 – 2013 (milyar adet)



Türkiye’de tütün kontrolü çalışmalarının olumlu etkisinin başladığı 2010 ve 2011 yıllarında görülmüşse de, tütün endüstrisinin bu yeni duruma hızla adapte olmayı ve azalan sigara üretim miktarını 2012 ve 2013 yıllarında yeniden yükselişe çevirebilmeyi başardığı; ayrıca Türkiye’de tütün kontrolü mücadelesinin ivmesinin yükseldiği son on yılda paradoks olarak tütün endüstrisinin yurt içi satış hasılatı ve ihracat kazancının azalmadığı, aksine artış gösterdiği görülmektedir. Kapalı alanlarda ve sayış noktalarındaki yasa ihlallerinin de bunda etkili olduğu belirtilmektedir.

Sonuç olarak, Türkiye’de yetişkinlerde tütün kullanımı sıklığı çok yüksektir. Tütün kontrol çalışmalarının olumlu etkisiyle son yıllarda bazı azalmalar gözlenmiştir. Yasal önlemlerin uygulanmasında sorunlar vardır. Yasanın kapsamının genişletilmesi ve uygulamadaki sorunların çözülmesiyle çok daha olumlu gelişmeler gözlenebilir. Ekonomik ve sosyal alanlardaki önlemlerle birlikte çok yönlü çabaların sürdürülmesi gereklidir.

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu”. Sağlık Bakanlığı Yayın No 803, Ankara 2010.
2. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No 948, Ankara 2014. [Internet] <http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/yayinlarimiz.html>. Erişim:24.8.2014.
3. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Araştırması, Sağlık Bakanlığı Yayın No 909, Ankara, 2013.
4. [Internet] <http://www.tapdk.gov.tr/tr/piyasa-duzenlemeleri/tutun-mamulleri-piyasasi/tutun-mamulleri-istatistikleri.aspx>. Erişim:10.07.2014.
5. SSUK basın bildirisi, 29 Mayıs 2013. [Internet] <http://www.ssuk.org.tr/index.php?section=basin>. Erişim:10.07.2014.
6. Elbek O. Tütün Kontrolünde Gelecek Önerileri. STED 2014;23(31 Mayıs Özel sayısı):54.
7. Bilir N, Özcebe H. Tobacco control activities in Turkey. Turk J Public Health 2013;11(2).
8. Turan AB, Ergör G. ve ark. 4207 Sayılı yasanın yürürlüğe girmesinden sonra sigara içme davranışları ve pasif maruziyet ile ilgili değişikliklerin saptanması. Tuberk Toraks 2014;62(1):27-38.

GENÇLERDE SİGARA İÇME SIKLIĞI

Şenlen Gökğöz

Yrd. Doç. Dr., Kırklareli Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş grubu “Adolesan” yaş grubu olarak, 15-24 yaş grubu ise “Gençlik dönemi” olarak tanımlanmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan 2000 Yılı Nüfus Sayımı sonuçlarına göre, ülkemizde her beş kişiden birisi gençlik yaş grubundadır (1). Sağlıkla ilgili pek çok davranış ise çocukluk ve gençlik dönemlerinde gelişmektedir (2). Ayrıca, uzun zamandan beri tütün endüstrisi gençleri, sigarayı bırakanların veya ölenlerin yerini alacak kişiler olarak hedef almıştır (3). Adolesan dönemde sigara ile tanışma genellikle erken ve orta adolesan gelişim dönemlerinde olmaktadır (1). Mevcut mevzuata göre sigara satın alabilmek için en küçük yaş sınırı 18’dir. Buna karşın her gün sigara içenlerin yarısından fazlası (%58,9) sigara içmeye 18 yaşından önce başlamıştır (4).

Yapılan yasal düzenlemeler ve alınan tedbirler sonucu, yetişkinlerde yıllar içinde tüm yaş gruplarında sigara tüketimi azalmaktadır. 2008 ve 2012 yıllarında ülke genelinde yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) sonuçlarına göre, gençlik dönemi olarak tanımlanan 15-24 yaş grubunda da hergün ya da ara sıra tütün ürünü kullanma erkeklerde %39,7’den, %31,2’ye gerilerken; kızlarda da %11,7’den %6,8’e kadar düşmüştür (4,5). Samsun ilinde ise, ortaokul ve lise öğrencilerinden seçilen benzer iki örnekleme 1997 ve 2011 yıllarında yapılan sigara içme sıklığı ile ilgili iki araştırmada sigara içme prevalans hızları bakımından iki yıl arasında çok fark bulunmamıştır. 2011-2012 eğitim yılında 6-12. sınıf öğrencilerini kapsayan 6240 kişilik örnekleme yapılan araştırmada sigara içme sıklığı %13 (erkeklerde %18,1;kızlarda %8,2) iken; 1997’de yapılan araştırmada %13,1 (erkeklerde %17,7;kızlarda %7,8)’dir (6,7). Bu olumlu sonuçlara karşın, 13-15 yaş grubunda yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) verilerine göre; 2003 yılında erkeklerde halen sigara içen sıklığı %9,4 iken, kızlarda %3,5’dir. 2009 yılında erkeklerde halen sigara içen sıklığı %10,2’ye, kızlarda %5,3’e yükselmiştir; kızlardaki artış daha fazladır.13-15 yaş grubu gençlerde, halen sigara içenlerin sıklığı iki araştırma arasında %1,5 artış gösterirken halen herhangi bir tütün ürünü kullananların sıklığı %3,5 artmıştır. Ayrıca, KGTA 2009 verilerine göre adolesan çağıdaki genç sigara içicilerinin %30,7’si sigara içmeye 10 yaşından önce başlamaktadır (8,9). Bu verilere göre; özellikle çocukların ve adolesan çağıdaki gençlerin, sigaraya başlamasını önlemeye yönelik programlara ağırlık verilmesi ve bu çalışmaların daha erken yaşlarda başlaması faydalı olabilir.

Genelde sigara içme prevalans hızını ortaya koyan araştırmalar; öğrenciler arasında yapılmaktadır. Çakır ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ise lise öğrencilerinde sigara içme sıklığı (%21) ile çalışan gençlerde sigara içme sıklığı (%40) kıyaslanmıştır ve adolesan işçilerin, lise öğrencilerine göre 2,49 kat (GA=1,81–3,43) sigara içme riskinin fazla olduğu bulunmuştur (10). Gençleri

sigaradan koruyucu programlarda, okuyan gençler kadar çalışan gençlere de yer verilmesi yararlı olabilir.

Yapılan araştırmalar, adolesanların sigara içmesinin sosyal ortamla ilişkili olduğunu ve gençlerin evlerinde kendi yanlarında sigara içilmesinin, kamuya açık yerlerde sigara içenleri görmelerinin, gençlerin sigara içmesi için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (11-14). Türkiye’de ülke genelinde 13-15 yaş grubunda 2003 ve 2009 yıllarında yapılan Küresel Gençlik Tütün araştırmalarında gençlerin hem ev içi, hem de kamusal alanda sigara dumanından pasif etkilenim (SDPE) sıklığının azaldığı bulunmuştur (8,9). Bunun sonucu; hem gençlerin sosyal çevreden etkilenip sigara içme riskinin, hem de SDPE sonucu oluşacak sağlık sorunlarının azalması beklenir.

Tütün kullanımının bir başka yolu olan nargile, Ortadoğu ve Arap yarımadasındaki pek çok ülkede özellikle gençler arasında yaygın hale gelmektedir (15). Türkiye’de de nargile kullanımı(%2,3), yakın zamanda özellikle gençler arasında hızla artan bir durumdur. Nargile kullanımının en fazla görüldüğü grup,15-24 yaş arası genç erkeklerdir (%8,1) (4). Maziak ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, nargile vasıtasıyla tütün kullanımı ile ilgili basılmış literatürde altmış dört yayın bulunmuş. Çalışmaların çoğu Ortadoğu ülkelerinde yapılmış olup, yalnız ikisi Türkiye’deki araştırmalardır (16). Özellikle gençler arasında yaygın olan tütün kullanımında bu yeni salgınla ilgili daha fazla bilimsel çalışma yapılabilir.

Türkiye’de sigara kullanımı konusunda dikkat çeken bir nokta da, sigara kullanımının eğitim düzeyi ile ilişkisidir. Çoğu gelişmiş ülkenin aksine Türkiye’de sigara kullanımı eğitilmiş gruplarda daha fazladır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 araştırmasına göre, üniversite mezunlarında sigara içme sıklığı(%31,8) hiç eğitimi olmayanların sigara içme sıklığının (%15) yaklaşık iki katıdır (4). Bu bakımdan üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar da önemlidir. Dokuz üniversitenin Eğitim,Fen-edebiyat ve Tıp Fakültesi 1. ve 4. sınıf öğrencilerini temsil eden 5.221 kişilik örnekleme yapılan araştırmada; tüm öğrencilerde 4. sınıflardaki sigara içme sıklığı(%28,6),1.sınıf öğrencilerinden(%19,7) yüksektir. Araştırmada, en düşük sıklıkta sigara içme sıklığı Tıp fakültesi öğrencilerinde(1. sınıf:%15; 4.sınıf:%24) bulunmakla birlikte, tıp fakültesi 4.sınıf öğrencileri arasında dört kişiden birinin sigara içiyor olması konuyla ilgili farkındalığı yüksek olması beklenen bir öğrenci grubu için dikkat çekici bir sonuç olarak belirtilmiştir. (17). Ondokuz Mayıs Tıp Fakültesi 1-5.sınıf öğrencilerinde yapılan araştırmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Öğrencilerin %21,1’i üniversiteye başlamadan önce sigara içerken; üniversite yıllarında sigara içme sıklığı üniversitede geçen her yıl ile birlikte artmış ve %29,1’e çıkmıştır. Üniversite öncesi öğrencilerin %11,8’i ara sıra sigara içerken,%9,3’ü ise düzenli içicidir. Üniversite yıllarında ise öğrencilerin %10,9’u ara sıra sigara içerken, düzenli sigara içenler %19,3’e yükselmiştir (18).

Fatih Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde yapılan araştırmada öğrencilerin %30,9’u hiç sigara içmemişken, hemşirelik öğrencilerinde hiç sigara içmeyenlerin sıklığı, diğer bölümlerden daha yüksektir (%62,5). Bunun nedeni hemşirelik bölümünde kız öğrencilerin çoğunlukta oluşu olabilir. Sağlık alanında çalışacak olan yardımcı sağlık personeli yetiştiren Sağlık Hizmetleri MYO

öğrencileri arasında da sigara alışkanlığı oldukça yaygındır. Araştırmada, tüm gençlerin %42'si halen sigara içicisi olarak bulunmuştur (19).

Yapılan bir diğer araştırmada, İstanbul Üniversitesi Beden Eğitimi ve spor bölümü öğrencilerinde sigara içme sıklığı %25,2 bulunmuştur. 1.sınıf öğrencilerinin %35'i sigara içerken, diğer sınıflarda sigara içme sıklığı azalmış, dördüncü sınıf öğrencilerinde sigara içme sıklığı %20,2 bulunmuştur ($p=0,289$) (20).

Kırklareli Üniversitesi'nde okuyan tüm öğrencileri temsil edecek şekilde seçilen 902 kişilik örnekleme öğrencilerde sigara içme sıklığı oldukça yüksek bulunmuştur. Gençlerin yaklaşık yarısı (%45,4) sigara içerken, %34,9'u her gün düzenli sigara içmektedir. Araştırmada ailesi ile iletişimi kötü olan öğrencilerde sigara içme davranışı, 1,67 kat fazla bulunmuştur ($GA=1.028-2.711$) (21).

Sonuç olarak, sigara içme alışkanlığı, toplumun eğitimli kesimi olan üniversite öğrencilerinde de yaygındır (17-21). Diğer bölümlere nazaran daha düşük olmakla birlikte, sağlık alanında eğitim almakta olan tıp fakülteleri ve Sağlık MYO öğrencileri arasında da sigara içme alışkanlığının yüksek oluşu dikkat çekicidir (17-19). Çocukluk ve adolesan dönemde denemeye başlayan sigara içme davranışı, gençlik döneminde bağımlılığa dönüşmektedir. Sigara içmeyi deneyen her dört gençten üçü zamanla bağımlı hale gelmektedir (21). Ülke genelinde yapılan çalışmalarda, diğer yaş gruplarının aksine 13-15 yaş grubunda sigara içme sıklığı artmaya devam ettiği bulunmuştur (4,5,8,9). Tütünle mücadelede sigara ile ilgili ilk denemenin ve alışkanlıkların başladığı, çocukluk ve adolesan döneme özel bir ağırlık verilmesi yararlı olabilir.

Kaynaklar

1. Özcebe H. Sigara ve Gençlik, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, 2008, pp 7-8.
2. Özcebe H. Risky behaviours in adolescents. In: Derman O, Kanbur NÖ, Akgül S (Eds). Ergen Sağlığı. Aydoğdu Ofset. Ankara, 2012, pp 67-80.
3. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu. DSÖ 2008, pp 21-22.
4. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (2008) Türkiye Raporu", 1. Baskı, Ankara, Anıl Matbaacılık Ltd. Şti; 2010, pp 11-12.
5. KYTA 2008 ve KYTA 2012 sonuçlarının karşılaştırması. [Internet] www.turksat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142. Erişim: 30.6.2014.
6. Akça G. Samsun ilinde 12-19 yaş grubu öğrencilerde sigara içme sıklığı ve sigara içme durumunu etkileyen faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Uzmanlık Tezi, Samsun 2012:44-53.

7. Sancar R, Dündar C, Öztürk F. Kırsal alandaki lise ve ortaokul öğrencilerinde sigara içme durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1997;40:385-93.
8. Erguder T, Cakir B, Aslan D, Warren CW, Jones NR, Asma S. Evaluation of the use of Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data for developing evidence-based tobacco control policies in Turkey. *BMC Public Health* 2008;Suppl 1:S4.
9. Erguder T, Polat H, Arpad C, Khoury RN, Warren C, Lee J, Lea V. Linking global youth tobacco survey (GYTS) data to tobacco control policy in Turkey-2003-2009. *Cent Eur J Public Health* 2012;20:87-91.
10. Cakir E, Karakoc F, Ersu R, Karadag B, Varol V, Dagı E. Comparing the Smoking Status of Working Adolescents with Adolescents Enrolled in High School in Turkey. *Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology* 2013;26:32-4.
11. Kabir MA, Goh K, Determinants of tobacco use among students aged 13-15 years in Nepal and Sri Lanka: Results from the Global Youth Tobacco Survey, 2007, *Health Education Journal* 2014; 73.
12. Leatherdale ST, McDonald PW, Cameron R, Brown KS: Multi-level analysis examining the relationship between social influences for smoking and smoking onset. *Am J Health Behav* 2005;29:520-30.
13. Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: Cross sectional study. *BMJ* 2000;321:333-7.
14. Rachiotis G, Siziya S, Muula AS, Rudatsikira E, Papastergiou P, Hadjichristodoulou C: Determinants of exposure to environmental tobacco smoke (ETS) among Non-smoking adolescents (aged 11-17 years old) in Greece: Results from the 2004-2005 GYTS study. *Int J Environ Res Public Health* 2010;7:284-90.
15. Tawfik Amin T, Monem Amr MA, Zaza BO, Kaliyadan F, Predictors of waterpipe smoking among secondary school adolescents in Al Hassa, Saudi Arabia. *Int J Behav Med* 2012; 19:324-35.
16. Maziak W, Ward K D, Soweid R A, Eissenberg T. Tobacco smoking using a waterpipe: a re-emerging strain in a global epidemic. *Tobacco Control* 2004;13:327-33.
17. Özcebe H, Doğan BG, İnal E, Haznedaroğlu D, Bertan M. Üniversite öğrencilerinin sigara içme davranışları ve ilişkili sosyodemografik özellikleri. *Turkish Thoracic Journal* 2014;15:42-8.

18. Kartal M, Mıdık Ö, Büyükakkuş A. Ondokuz Mayıs Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanımı ve yaşam kalitelerine etkisi. Turkish Thoracic Journal 2012,13:11-7.
19. Yüksel S, Cücen Z. Üniversite öğrencilerinde sigara alışkanlığının sorgulanması. Turkish Thoracic Journal 2012,13:169-73.
20. Ulus T, Yurtseven E, Donuk B. Prevalence of smoking and related risk factors among physical education and sports school students at Istanbul University. Int J Environ Res Public Health 2012,9:674-84.
21. Ulukoca N, Gökğöz Ş, Karakoç A. Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. Fırat Med J 2013,18:230-234.
22. Bilir N. Sigara salgınının kontrolü stratejileri. Sağlık İçin Sigara Alarmı Dergisi 2001;4:1-2.

FARKLI MESLEK GRUPLARI ARASINDA SİGARA İÇME SIKLIĞI**Gülşen Güneş****Prof. Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

Bu yazı kapsamında, Türkiye’de, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından 2012 yılında yayınlanan Türkiye Sağlık Raporu’ndan bu yana farklı meslek grupları olarak kabul edilebilecek sağlık personeli, sağlıkla ilgili okulların öğrencileri, öğretim üyeleri, öğretmenler, şoförler, işçiler ve askeri personelin verilerini ortaya koyan araştırmaların sonuçları özetlenmiştir.

Tablo 1. Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalarda sigara içme sıklıkları

Grup	Yapıldığı il	Meslek	Yıl	Sıklık	Kaynak
Sağlık personeli	Türkiye	Aile hekimleri	2011	34,1	1
	Kırklareli	Hekimler	2012	32,0	2
	Ankara	Askeri hekimler	2013	21,7	3
	Denizli	Ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni	2012	32,9	4
	Ankara	Hemşire	2012	22,0	5
	Türkiye	Çevre sağlığı çalışanları	2011	37,3	6
	Elazığ	Hemşireler	2011	28,8	7
Sağlık öğrencileri	Kayseri	Tıp Fakültesi Dönem 1	2012	6,5	8
	Ankara	GATA öğrencileri	2013	15,9	9
	Kayseri	Hemşirelik öğrencileri	2012	14,1	10
	Ankara	Gazi Tıp öğrencileri	2012	18,8	11

	Aydın	İnternler	2012	27,0	12
	Samsun	Tıp öğrencileri	2012	29,1	13
	İzmir	SHMY öğrencileri	2011	37,0	14
Akademisyenler	Ankara	Tıp Fakültesi öğretim elemanları	2012	27,8	15
	Kastamonu	Öğretim elemanları	2011	27,3	16
	Konya	Öğretim üyeleri	2013	18,6	17
	İstanbul	Halk sağlığı çalışanları	2012	13,6	18
Öğretmenler	Samsun	Lise öğretmenleri	2012	27,0	19
	Burdur	Öğretmenler	2012	24,6	20
	Muğla	Sınıf öğretmenleri	2012	60,2	21
	Kayseri	Öğretmenler	2013	31,5	22
Şoförler	Kastamonu	Şoförler	2012	45,2	23
	Kayseri	Taksi şoförleri	2011	50,7	24
	Ankara	Taksi şoförleri	2012	63,9	25
İşçiler	Ankara	Temizlik işçileri	2012	42,5	26
	Ankara	Demiryolu çalışanları	2012	44,6	27
	Ankara	Geri dönüşüm işçileri	2012	52,7	28
	İzmir	Otomotiv işçileri	2012	65,3	29
	Edirne	Süpürge üretim işçileri	2012	64,0	30

	İstanbul	Katı atık işçileri	2011	55,0	31
	Isparta	Sanayi işçileri	2011	68,1	32
Askeri personel	Ankara	Askeri sağlık çalışanları	2013	(E)35,3, (K)34,5	3
Polisler	Kayseri	Trafik polisleri	2012	26,7	33
Engelliler	Eskişehir	İşitme engelliler	2011	16,0	34
Din görevlileri	Isparta		2011	(E)27,4, (K)2,0	35
Kahvehane, kafeterya ve lokanta çalışanları	Türkiye		2013	81,5	36
	Kayseri		2012	50,8	37

Sağlık personeli

Son yıllarda yapılan çalışmalarda sağlık personelinde sigara içme sıklıklarının %21-%37 olduğu görülmektedir. Askeri hekimlerde daha düşük olmakla birlikte hemşirelerde sigara içme sıklığının yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Elazığ'da hemşirelerin % 28,8'inin sigara içtiği saptanmıştır. Türkiye'de aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada sigara içme sıklığı %34,1'dir. Çevre sağlığı çalışanlarının %37,3'ünün sigara içmesi de dikkat çekicidir. "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler" araştırma raporunun yayınlanmasından bu yana sigara içme yüzdelerinin bir miktar düştüğü söylenebilir (1-7).

Sağlıkla ilgili okulların öğrencileri

Sağlıkla ilgili okullarda sigara içme sıklıkları %6,5 ile %37 arasında değişmektedir. Tıp Fakültesi Dönem I öğrencilerinde sigara içme sıklıkları düşmüştür. Kayseri'de yapılan bir çalışmada %6,5 bulunmuştur. Aydın'da yapılan bir başka çalışmada internlerin %27'sinin sigara içtiği belirtilmiştir. Samsun'da yapılan farklı bir çalışmada ise tıp öğrencilerinin %29,1'i sigara içmektedir. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarının öğrencilerinde sigara içme yüzdeleri yüksektir (% 27-37) (8-14).

Akademisyenler

Ankara'da Tıp Fakültesi öğretim elemanlarında yapılan bir çalışmada sigara içme sıklığı %27,8, Konya'da yapılan bir çalışmada ise %18,6 bulunmuştur. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa ve İstanbul Tıp Fakülteleri, Marmara, Acıbadem, Bilim, Medipol ve Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim dalları ile İstanbul İl Sağlık ve Halk Sağlığı Müdürlükleri'nde görevli 61 akademik personel ve halk sağlığı uzmanına yönelik yapılan çalışmada ise %13,6 bulunmuştur. Halk sağlığı çalışanları diğer öğretim elemanlarından daha düşük sıklıkta sigara içmesi beklenen bir durumdur (15-18).

Öğretmenler

Samsun'da yapılan çalışmada öğretmenler arasında sigara içme sıklığı %27,0 olup; diğer çalışmalardan düşük bulunmuştur. Bunda hem son yıllardaki yetişkin yaş grubundaki sigara kullanım sıklığındaki azalmanın hem de tütün kontrolü yasasının etkisinin olduğu düşünülmektedir. Cinsiyetlere göre bakıldığında sigara içme sıklığının kadınlarda %24,4, erkeklerde ise %29,4 olduğu ve iki grup arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. Cinsiyetlere göre bakıldığında iki grup arasında anlamlı fark tespit edilememesinin nedeninin kadınlarda sigara içme yüzdesinin yıllar içerisinde erkeklerden daha fazla artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Burdur'da öğretmenlerin %24,6'sı sigara içmektedir. Muğla'da yapılan çalışmada sınıf öğretmenlerinin %60,2'sinin sigara içtiği tespit edilmiştir. Bu rakam oldukça yüksek bir değerdir. Kayseri il merkezinde yapılan bir çalışmada, öğretmenlerin %31,5'inin, kadın öğretmenlerin %22,6'sının, erkek öğretmenlerin %36,8'inin sigara kullandığı tespit edilmiştir (19-22).

Şoförler

Şoförlerde sigara içme yüzdeleri %45-%64 arasında değişmektedir. Şoförlerde sigara içme oranları oldukça yüksek seyretmektedir (23-25).

İşçiler

İşçilerde sigara içme oranları son yıllarda yapılan çalışmalarda %42-%68 arasında değişmektedir. Isparta'da sanayi işçilerinde sigara içme sıklığı %68'dir. Bu yazı kapsamında incelenen gruplar arasında sigara içme sıklığının en yüksek olduğu grubun işçiler olduğu söylenebilir (26-32).

Din görevlileri

Isparta'da din görevlileri arasında yapılan bir çalışmada sigara içme sıklığı erkekler arasında %27,4 ve kadınlar arasından da %2 olarak belirtilmiştir (35).

Kahvehane, kafeterya ve lokanta çalışanları

Türkiye'nin Kapsamlı Tütün Kontrol Yasasından İki Sene Sonra Kahvehane Müşterilerinin Görüşleri ile ilgili yapılan çalışmada, Kahvehanelerde görüşülen işveren ve çalışanların %81,5'i, sigara kullandığı tespit edilmiştir. Kayseri'de yapılan bir çalışmada kahvehane, kafeterya ve lokantalarda hizmet verenlerin %50,8'i sigara içmektedir (36).

Polisler

Kayseri'de görev yapan trafik polislerinin %26,7'si sigara içtiğini belirtmiştir (33).

Engelliler

İşitme engelli öğrenciler arasında sigara içme sıklığı %16 bulunmuştur (34).

Kaynaklar

1. Baltacı D ve ark. Evaluation of smoking habits among Turkish family physicians. Toxicol Ind Health 2014;30(1):3-11.
2. Porsuk Ö, Eskiocak M. Kırklareli'de çalışan hekimlerin sigara kullanımlarının değerlendirilmesi. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
3. Karaardıç L, Oysul FG, Kır T. Ankara'daki asker hastanelerinin personeline sigara kullanım sıklığı. 16. Ulusal Halk Sağlığı kongresi, Antalya, 27-31 Ekim 2013.
4. Gündoğdu M ve ark. Aile sağlığı elemanlarının sigara kullanım durumları ve yaklaşımları. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
5. Uz D, Kitiş Y. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililik-yeterlik düzeylerinin belirlenmesi.15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
6. Çamur D, Kakillioğlu T. İl Sağlık Müdürlükleri çevre sağlığı çalışanlarında çevresel risk algılama düzeyi.14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 4-7 Ekim 2011.
7. Açık Y, Deveci E, Ulutaşdemir N. Hemşirelerde mesleki riskler ve etkilerinin değerlendirilmesi.14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 4-7 Ekim 2011.
8. Naçar M, Çetinkaya F, Baykan Z. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışları. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.

9. Karaardıç L, Oysul FG, KırT. Gülhane Askeri Tıp Akademisi bünyesindeki okullarda sigara içme sıklığı. 16. Ulusal Halk Sağlığı kongresi, Antalya, 27-31 Ekim 2013.
10. Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M. Hemşirelik öğrencilerinde sağlığı geliştirme davranışları. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
11. Avcı E ve ark. Bir tıp fakültesi öğrencilerinin tütün alkol ve ürünlerini kullanım sıklığı ve risk etmenleri. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
12. Benli C, Ergin F, Evci Kiraz ED. İntern hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler.15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
13. Kartal M, Mıdık Ö, Büyükakkuş A. Tobacco smoking and its effect on quality of life of medical students in Ondokuz Mayıs University Turkish Thorasic Journal March 2012; 13(1):11-7.
14. Durusoy R, Davas Aksan A, Hassoy H, Ergin I. Sağlıkçı gençler sigara yasaklarını destekliyor mu? Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin görüşleri. Türk Toraks Dergisi Aralık 2011;12(4):145-52.
15. Tezcan S ve ark. Ankara devlet üniversiteleri tıp fakülteleri halk sağlığı anabilim dallarındaki öğretim elemanlarının iş doyum düzeyleri. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
16. Ulutaşdemir N, Mülâyımoğlu A, Altınel B. Akademisyenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 4-7 Ekim 2011.
17. Kar F, Yurdakul A. Öğretim üyelerinin sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı kongresi, Antalya, 27-31 Ekim 2013.
18. Tüfekçioğlu EY. İstanbul İli halk sağlığı çalışanlarında sosyo-demografik özellikler ve iş doyum durumu.15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
19. Pekşen Y ve ark. Samsun il merkezindeki lise öğretmenlerinde sigara içme sıklığı ve ilişkili faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
20. Yapa CB ve ark. Burdur'da öğretmenlerin sigara ile ilgili tutum ve davranışları.15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
21. Tümer A, Demirci B. Sınıf öğretmenlerinde metabolik sendrom risk düzeyi.15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.

22. Arguvanlı Çoban S, Sungur G. Öğretmenlerin sigara kullanım konusundaki davranışları ve görüşleri. Turkish Thoracic Journal Temmuz 2013;14(3):98-102.
23. Ulutaşdemir N, Dağlı Ö, Kayguzsuz H. Şoförlerde hipertansiyon prevalansı, farkındalığı ve etkileyen faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
24. Balcı E, Ceyhan O, sağıroğlu M. Kayseri il merkezinde çalışan taksi şoförlerinin sosyodemografik özellikleri ve trafik kurallarına uyma durumu.114. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 4-7 Ekim 2011.
25. Bilir N ve ark. Ankara ilindeki bazı taksi şoförlerinin taksilerde sigara yasağı konusundaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Turkish Thoracic Journal Aralık 2012;13(4):141-5.
26. Turhan Ö ve ark. Bir belediye'de çalışan temizlik işçilerinin verem hastalığı ile ilgili bilgilerinin saptanması. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
27. Buluş E, İlhan MN, Avcı E. Demiryolu fabrikası işçilerinin iş kazası ve meslek hastalığı geçirme durumları ve çalışma koşulları. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bursa, 2-6 Ekim 2012.
28. Ünal NB. Gemi Geri dönüşümde çalışanların iş kazası ve olası meslek hastalıkları durumu ve ilişkili etmenler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
29. Uzun Z, Ardahan M, Erkin Ö. Otomotiv fabrikasında çalışan işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları.15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
30. Berberoğlu U, Tabakoğlu E, Motör D. Edirne'de süpürge üretimi çalışanlarında so2 etkisinin değerlendirilmesi.15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
31. Özyıldırım B ve ark. İstanbul'da katı atık işçilerinde hipertansiyon sıklığı. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 4-7 Ekim 2011.
32. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu N, Sönmez Y. Bir sanayi sitesinde küçük ölçekli işyerlerinde potansiyel riskler ve yaşam kalitesi ile ilişkisi.14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 4-7 Ekim 2011.
33. Güden E, Güden A, Öksüzkaya A, Tuna R.Trafik polislerinin sigara kullanımı ve hava kirliliğine maruziyeti. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.
34. Örsal Ö ve ark. İşitme engelli öğrenciler arasında sigara içme sıklığı ve depresyon.14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 4-7 Ekim 2011.

35. Dilek A, Öztürk M, Dilek E. Isparta’ da çalışan din görevlilerinin sigara içme durumları ve bu durumu, etkileyen faktörlerin belirlenmesi.14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 4-7 Ekim 2011.
36. Özcebe H ve ark. Türkiye'nin kapsamlı tütün kontrol yasasından iki sene sonra kahvehane müşterilerinin görüşleri (Ankara, 2011) . Turkish Thorasic Journal Ocak 2013;14(1):11-8.
37. Öztürk A, Balcı E, Gün İ, Şarlı Ş.Kahvehane, kafeterya ve lokantalarda hizmet verenlerin sigara yasağına destek durumu ve sigara kullanımlarındaki değişim. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim 2012.

TÜTÜN ÜRÜNLERİ KONTROL UYGULAMALARI VE YASANIN UYGULANMASINA KARŞI GİRİŞİMLER

Türkan Günay

Prof. Dr., Dokuz Eylül Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tütün kontrolü uygulamaları, yasa yapıcı başta olmak üzere toplumun tüm taraflarının işbirliğini gerektiren, politik kararlılık gerektiren bir süreçtir. Türkiye'nin tütün kontrolüyle ilgili ilk yasası olan 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun", 26 Kasım 1996 tarih ve 22829 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yasanın kabul edilmesine kadar geçen on yıllık dönemdeki politik süreç, tütün kontrolündeki dinamikleri göstermektedir (1-3). Türkiye'de tütün kontrolü ile ilgili ilk girişim 7 Mart 1986'daki yasa teklifi, ikinci girişim Mayıs 1989 tarihinde reklam yasalarına dair verilen yasa teklifidir. Ardından 1990 yılında reklam yasalarına dair Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) onaylanan kanun teklifi dönemin Cumhurbaşkanı tarafından ticaret özgürlüğüne aykırı olduğu gerekçesiyle veto edilmiştir (1).

Bu yasa ile sağlık ve eğitim kurumlarında, spor ve kültürel etkinliklerinin yapıldığı yerlerde, toplu taşıma araçlarında (taksi hizmeti verenler hariç) sigara içilmesi yasaklanmıştır. Ayrıca tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı ile 18 yaşından küçüklere sigara satışı da yasaklanmış, sigara paketleri üzerine uyarı yazılarının konması ve bütün televizyon kanallarına ayda 90 dakika süre ile sigaranın zararları konusunda yayın yapma zorunluluğu getirilmiştir(4). Türkiye'de tütün kontrolü bağlamında en önemli adım Dünya Sağlık Örgütü'nün 56. Asamblesi'nde kabul edilen Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin (TKÇS) 2004 yılında TBMM'de kabul edilmesi olmuştur (1).

Ardından 4207 Sayılı Kanun'un, 3 Ocak 2008'de 5727 sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun"la kapsamı genişletilerek TKÇS'ye uygun hale getirilmiştir(3). TKÇS, çocukları, gençleri, yetişkinleri ve gelecek nesilleri, tütün mamulleri kullanımı ve neden olacağı tüm zararlardan korumayı hedeflemektedir. Bu hedefi gerçekleştirme yolunda atılacak dumansız hava sahası, reklam, promosyon ve sponsorluk faaliyetlerinin yasaklanması ile küçüklere satış yasakları, vergilendirme gibi adımların tütün kullanımını azaltacağı ifade edilmektedir(5). Yeni yasa ile, ikram sektörü işletmeleri, okulların bahçeleri, taksiler sigara içme yasağı kapsamına alınmış, tütün ürünlerinin reklam ve tanıtım yasağına ek olarak sponsorluk da yasaklanmıştır (3,6).

Ülkemizde Tütün kontrolünde uluslararası kabul gören en güncel yaklaşımlardan birisi olarak DSÖ tarafından açıklanan GÜÇLENDİRME /M-POWER yaklaşımı benimsenmektedir(7). Bu yaklaşıma uygun olarak yasalar ile sağlanmaya çalışılan talebin azaltılmasıdır. Ancak bu alandaki yazılarda yapılanların etkisinin kullanımı azaltmada etkisinin beklendiği kadar fazla olmadığı, arzın azaltılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Tütün sektörüne doğrudan müdahalenin negatif yatırım ve

üretim teşvikleriyle, hazinenin ve diğer devlet kurumlarının uyguladığı teşviklerden sektörün faydalandırılmaması, kurum yükümlülüğünde olan vergilerin artırılması ve sigara imalatçıların vergi öncesi fiyat artışlarına izin verilmemesi gibi önlemlerle gerçekleştirilebileceği belirtilmektedir (8).

Ülkemizde tütün ürünü üretim ve ticaret politikaları ve düzenlemeleri 2002 yılında yürürlüğe giren 4733 sayılı Yasa ile kurulan Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) tarafından doğrudan üretilmekte ve uygulanmaktadır. TAPDK'nın kuruluşundan bugüne tütün ürünü piyasasını düzenlemek üzere yaptığı çalışmalarda "piyasa etkinliğini" önceleyen politikaların baskın olduğu, "zararların önlenmesi" amacının ikincil konumda ele alındığı belirtilmektedir. Kurumun ruhsatlandırma faaliyetlerinin, üretim ve ticaretin daha fazla yasallaşması, meşrulaşması ve kolaylaştırılmasına yol açtığı, faaliyet gösteren şirketler ve piyasaya arz edilen ürünler açısından çeşitliliği artırıcı rol oynadığı görülmektedir(9).

Tütün kontrolü yasasının uygulanmaya başlamasıyla birlikte, 2008-2012 döneminde tütün kullanma sıklığı %27,1'e gerilemiştir (10). Yıllık sigara tüketim miktarı, 2011 yılında son 15 yılda ilk kez 100 milyar adedin altına inmiştir. Ancak 2012 yılında 8 milyar adetlik artışla tekrar 100 milyar sınırına dayanmıştır (Şekil 1) (11).

Yasanın uygulanmasına karşı girişimler

Tütün kontrolü yasasının uygulanmasının önündeki en önemli engel **tütün endüstrisi**dir. Tütün endüstrisi, saldırgan pazarlama stratejileri ile tüketimi ve müşteri çeşitliliğini artırmaya çalışmaktadır. Bu amaca ulaşmak için de önündeki tüm engelleri yıkmaya hazırdır. Endüstrinin yarım yüzyıldır kendi çıkarlarını koruduğu ve kendini kısıtlayacak yasalara her zaman direnç gösterdiği ve bunu gerçekleştirebilmek için bir dizi yöntem kullandığı bilinmektedir (Tablo 1) (12,13).

Özellikle gençler ve kadınlar hedef gruplarıdır. Yasa ile yasaklanmış olmasına rağmen tütün endüstrisinin reklâm, sponsorluk ve promosyon faaliyetleri hızla devam etmiştir. Tütün endüstrisi, gerek "sosyal sorumluluk projeleri adı altında dolaylı gerekse doğrudan faaliyetlerle değişik isimler altında sponsorluk ve promosyon faaliyetlerinde bulunmuşlardır. Özellikle kamu kurumlarının ve kamu yararına çalışan derneklerin çalışmalarına destek sunmaktadırlar (13,14). Öte yandan Türkiye'nin imzaladığı TKÇS 5.3 maddesi tütün endüstrisiyle kamu çalışanlarının her düzeyde ilişkisini yasaklamakta yasal nedenlerle ilişki kurulmak durumundaysa da bu ilişkinin şeffaf bir şekilde kurulmasını emretmektedir. Ancak bu açık yasa hükmüne rağmen her düzeyde ilişkinin devam ettiği bilinmektedir (3).

Tablo 1. Tütün endüstrisi taktikleri (11)

Taktik	Amaç
İstihbarat toplama	Muhalifleri saptamak, izlemek, gelecek sorunları tahmin etmek
Halkla ilişkiler	Endüstri lehine kamuoyu yaratmak için medyayı kullanmak
Politikacı sponsorluğu	Politikacı kampanyalarını desteklemek ve kanun yapımında yandaş sağlamak
Lobi etkinlikleri	Anlaşmalar yapmak ve politika sürecini etkilemek
Danışmanlık programları	Sözde bağımsız uzmanlar ile tütün kontrolüne taraf olmak
Sigara içenlerin hakları	Kendiliğinden oluşan bir halk hareketi izlenimi vermek
Müttefikler ile ilişki	Çiftçiler, tüketiciler ve reklam ajansları ile yasa yapımını etkilemek
Sindirmek	Hukuk ve ekonomik güç ile muhalifleri korkutmak
Hayır işleri	Sanat, spor ve kültür çevrelerinde yakınlık edinmek
Dava açmak	Kanunları durdurmak için dava açmak
Rüşvet	Politik sistemi yozlaştırarak yasaları “bypass” etmek
Kaçakçılık	Vergileri ödemedен gelir temin etmek, gençlerin ulaşabilirliğini sağlamak
Uluslararası anlaşmalar	Ticari anlaşmaları kullanarak yeni pazarlara girmek
Ortak üretim işbirliği	Tekellerle ortaklık kurmak ve daha sonra özelleştirmeyi zorlamak

Tütün endüstrisinin ikram sektörünün zarara uğrayacağı, kaçakçılığın artacağı üzerinden yürüttüğü tartışmalar da kamuoyunda kafa karıştırmaktadır. 5727 sayılı Yasayla gerçekleştirilen düzenlemelerin 19 Temmuz 2009 tarihi itibarıyla yürürlüğe girecek olması sebebiyle, uygulama birliğinin sağlanması ve herhangi bir aksaklık yaşanmaması bakımından, uyulması gereken hususları göstermek amacıyla 16.7.2009 tarih ve 27290 sayılı Resmi Gazete’de 2009/13 sayılı yayınlanan Başbakanlık Genelgesi sonrasında İzmir Kahveciler Odası tarafından dava açılmıştır. İzmir Kahveciler Odası’nın 5727 sayılı Yasa’da yeralan “Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün ürünü tüketilmesini yasaklayan maddedeki **“kahvehane...”** ibaresinin, Anayasa’nın 13. (temel hak ve hürriyetler), 17. (kişinin hakları ve ödevleri) ve 48. (Çalışma ve Sözleşme Hürriyeti) maddelerine aykırılığı savıyla yasanın iptali istemiyle açtığı dava Şubat 2011’de Anayasa Mahkemesi kararı ile reddedilmiştir (15).

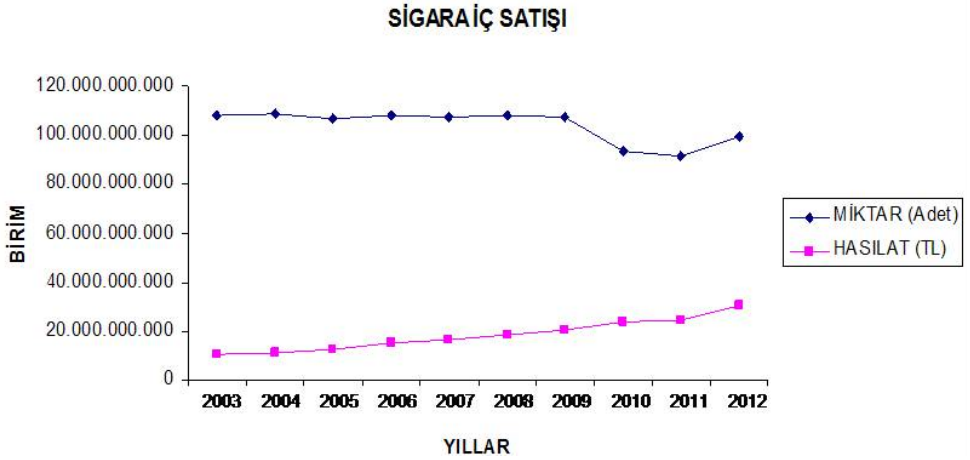
Tütün endüstrisinin kullandığı bir başka taktik de marka esnetme ve marka paylaşımıdır. Marka esnetme, bir tütün marka adının, ambleminin, logosunun, ticari işaretinin veya diğer bir belirleyici özelliğinin (renk kombinasyonları da dâhil) tütün dışında bir ürünle veya hizmetle bağlantılandırılması ve bunun tütün ürünüyle diğer ürünün veya hizmetin birbiriyle ilişkili olduğu izlenimi verecek biçimde yapılmasıdır. Marka paylaşımı, tütün dışında bir marka adının, ambleminin, logosunun, ticari işaretinin veya diğer bir belirleyici özelliğinin (belirleyici renk kombinasyonları da buna dâhildir) bir tütün ürünüyle veya şirketiyle bağlantılandırılması ve o ürünle tütün ürünü veya şirketi arasında bir ilişki olduğu izlenimi verecek biçimde yapılmasıdır (16).

“Marka esnetme” ve “marka paylaşımı” bir tütün ürünü veya tütün kullanımını doğrudan veya dolaylı olarak teşvik etmeyi hedeflediğinden, etkilediğinden veya etkilemesi muhtemel olduğundan tütün reklam ve promosyonu olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca Tütün ürünlerinin satış noktalarında teşhiri kendi içerisinde reklam ve promosyondur.

“Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” tütün firmalarının isimleri, amblemleri veya ürünlerinin marka, işaret veya bunları çağrıştıracak sembollerin kıyafet, takı ve aksesuar olarak taşınamayacağını hükme bağlamaktadır. Yasada, tütün ürünlerinin ve üretici firmaların isim, marka veya işaretleri kullanılarak reklâm ve tanıtım yapılamayacağı; ürünlerin kullanılmasını özendiren veya teşvik eden kampanyaların düzenlenemeyeceği; tütün ürünleri üreten ve pazarlamasını yapan firmaların, hiçbir etkinliğe isimlerini, amblemlerini veya ürünlerinin marka ya da işaretlerini kullanarak destek olamayacağı; tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmalara ait araçlarda bu ürünlere ilişkin markaların tanınmasını sağlayacak bir uygulamaya gidilemeyeceği; firmaların ürünlerini teşvik, hediye, eşantiyon, promosyon, bedelsiz veya yardım olarak dağıtamayacağı ve tütün ürünlerinin isim, logo veya amblemlerinin kullanılarak ilan verilemeyeceği açıkça karara bağlanmıştır. Ayrıca televizyonda yayınlanan programlarda, filmlerde, dizilerde, müzik kliplerinde, reklâm ve tanıtım filmlerinde tütün ürünleri kullanılmasına, bu görüntülere yer verilmesine izin vermemektedir. Aksi uygulandığında bireylere, işletmelere, kurumlara uygulanacak yasal

yaptırımlar da tanımlanmıştır (13). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 Raporu'nda da belirtilen aynı zamanda gözlemlediğimiz gerçek yasada yasaklanmasına karşın ülkemizde marka esnetme, marka paylaşımı ve satış noktalarında teşhirin mevcut olduğudur (16).

Yasaların uygulanması aşamasında ciddi bir denetim açığı ve yaptırım uygulama sorunu vardır (3). Sağlık Enstitüsü Derneği'nin İstanbul Beşiktaş, Beyoğlu, Kadıköy ve Şişli ilçelerinde işletmeleri değerlendirdikleri araştırmada yasa ihlalinin %37,1 olduğunu; barlarda %81, kahvehanelerde %54,5, kafelerde %42,6, lokantalarda %24,6 ihlal olduğunu İşletmelerin %42,7'sinin hiç denetim görmediğini saptamışlardır (17). Kapsamlı olarak hazırlanan Yasa'nın tam olarak hayata geçirilmesinde bireylerin sorumluluğu göz ardı edilmeksizin, asıl sorumluluğun yasanın uygulayıcısı olan Devlet'tedir. Öncelikli hedef Yasa'nın uygulanmasını engellemeye çalışan Tütün Endüstrisi olmalıdır.



Şekil 1: Türkiye’de sigara iç satış rakamları (6)

Kaynaklar

1. Elbek O. Tütün Kontrolünde Ulusal Mevzuat. İçinde: Aytemur ZA & Akçay Ş & Elbek O (ed.) Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabı. Toraks Kitapları. Birinci Basım, 2010: 52-80, 661.
2. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun, No 4207, 26 Kasım 1996 tarihli ve 22829 sayılı Resmi Gazete (Değişiklik, 03.01.2008 tarih ve 5727 Sayılı Kanun, 19 Ocak 2008 tarihli ve 26761 sayılı Resmi Gazete.
3. Kılınç O, Günay T. Türkiye Tütün Kontrolünde Hangi Noktada? Engeller ve Çözüm Önerileri. STED 2014;23:4-7.
4. Bilir N, Özcebe H. Türkiye’nin Öyküsü. Tütün Kontrolü Uygulaması, Dünya Sağlık Örgütü, 2012. [İnternet] <http://havanikoru.org.tr/dosya/Kitaplar/Tutun-kitap.pdf>. Erişim: 25.8.2014.

5. Resmi gazete. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin Onaylanması Hakkındaki Karar. [Internet] <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm#1> Erişim: 28.8.2014.
6. Bilgin H, Özkan İ. 4207 sayılı kanun ile 5727 sayılı kanun dumansız bir hava sağlayabilecek mi? Mahalli İdareler Dergisi, Mart 2009;25-42. [Internet] www.izmirbim.adalet.gov.tr. Erişim: 28.8.2014.
7. Aslan D. Tütün kontrolünde ulusal ve küresel organizasyon. In: Aytemur Z, Akçay Ş, Elbek, O. (Konuk Eds) Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabında. Türk Toraks Derneği Yayınları (Toraks Kitapları-10), Ocak 2010;122-28.
8. Karakaş D, Yılmaz F. Türkiye’de tütün kontrolü: Sigara vergileri ve endüstrinin fiyatlama politikaları. STED 2014;23:18-22.
9. Evrengil E. Türkiye’de tütün ürünü piyasa düzenlemesi: Tütün kontrolü bakış açısından bir değerlendirme. STED 2014;23:24-32.
10. Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> 31.08.2012. Erişim:10.05.2014.
11. WHO. Tobacco Control in Turkey. March 2012.
12. Dağlı E. Tütün endüstrisi taktikleri. In: Aytemur, Z, Akçay Ş, Elbek, O. (Konuk Eds) Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabında. Türk Toraks Derneği Yayınları(Toraks Kitapları-10), Ocak 2010;36-43. [Internet] http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/TutunVeTutunKontrolu_17_062010.pdf. Erişim:28.8.2014.
13. Dağlı E. Tütün Endüstri Oyunları ile Nasıl Baş Edilir? STED 2014; 23: 8-11.
14. Elbek O, Kılınç O, Küçük Uyanusta Ç, Aytemur Z, Özge C, Pazarlı P ve ark. Türkiye’de tütün kontrolü. Toraks Dergisi. http://toraks.dergisi.org/pdf/pdf_Toraksder_951.pdf
15. Resmi gazete. [Internet] <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110226-12.htm> Erişim:28.8.2014.
16. Enforcing bans on tobacco advertising,promotion and sponsorship. WHO Reports on Global Tobacco Epidemic 2013. [Internet] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1). Erişim 15.07.2014
17. SSUK Basın Bildirisi. [Internet] http://www.hasuder.org.tr/hsg/wp-content/uploads/2013/05/SSUK_BASIN_BILDIRISI_2013.pdf Erişim: 15.08.2014.

TÜTÜN MÜCADELESİNDE İL TÜTÜN KONTROL KURULLARI

Elçin Balcı

Doç.Dr. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Dünya Sağlık Örgütü'nün ve ülkemizin taraf olduğu Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin (TKÇS) gerekleri doğrultusunda yapılan düzenlemelerle halkın dumansız hava sahasına ulaşması için çabalar sürekli şekilde devam etmektedir. Bu çabaların en önemli adımlarından biri de Ulusal Tütün Kontrol Programının uygulanması ve görevlerin yerine getirilmesinin koordinasyonu ve takibi ile tütün ve tütün ürünlerinin zararları ile mücadele ve kontrol faaliyetlerini yürütmek üzere illerde İl Tütün Kontrol Kurullarının kurulmasıdır.

Ulusal Tütün Kontrol Programının uygulanması ve planda yer alan görevlerin yerine getirilmesinin koordinasyonu ve takibi tütün ve tütün ürünlerinin zararları ile mücadele ve kontrol faaliyetlerini yürütmek üzere illerde; İl Hıfzısıhha Meclisi kararı ile "İl Tütün Kontrol Kurulu" oluşturulur. İlde bulunan tüm kamu kurum ve kuruluşları, üniversite, spor kulübü ve sivil toplum örgütlerinin bu kurula dâhil edilmesiyle mümkün olduğunca geniş bir kesimin temsilcileri marifetiyle bu mücadeleye katılımı sağlanır.

İl Tütün Kontrol Kurumlarının Amacı

İllerde 4207 Sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" hükümlerinin uygulanmasında karşılaşılan sorulara ve sorunlara açıklık getirilmesi, tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü faaliyetlerinin yürütülmesi ve tüm bu konularda gerekli tedbirlerin alınması amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın 24.05.2007 tarih ve 11083 sayılı 2007/38 no'lu genelgesiyle tüm illerde kurulması talimatı verilmiş ve 81 ilde İl Hıfzısıhha Meclisi Kararı ile kurulmuştur. Bu Kurul aşağıdaki faaliyetleri yürütür:

- ✓ İlde sigara ve diğer tütün mamulleriyle yapılan ve yapılacak olan mücadele faaliyetleri bu kurul koordinasyonunda yürütülür.
- ✓ Kurul, ayda en az bir kez toplanarak çalışmalarını gözden geçirir, varsa aksaklıklara yönelik tedbirler alır.
- ✓ Kurula Vali ya da Vali Yardımcısı başkanlık yapar, ilde tütünle mücadeleden sorumlu Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı kurulda görev alır.
- ✓ Kurulun sekretarya işlemleri İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nce yapılır.
- ✓ Kurul;
- ✓ Tütün ve tütün ürünleri kullanımının yasak olduğu alanlarda denetimler yapmak üzere ekipler oluşturulmasını ve bu ekiplerin 4207 Sayılı Kanun

ve uygulamaları hakkında periyodik aralıklarla gerekli ve detaylı hizmet içi eğitimleri almasını sağlar.

- ✓ 4207 Sayılı Kanun gereği 18 yaşından küçüklere sigara satışı ile okul önleri ve çevresinde sigara satılmaması konusunda gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar.
- ✓ Sigaranın insan sağlığına zararlı etkileri, dumansız çalışma ortamlarının oluşturulmasının gereği ve önemi gibi konularda toplum bilincini artıracak panel, konferans gibi faaliyetlerin düzenlenmesini sağlar.
- ✓ İşletme sahipleri ya da temsilcileri, belediye başkanları, ilin üst düzey kamu görevlileri, dernek, vakıf gibi sivil toplum kuruluşu temsilcileri ve yerel medya temsilcileri ile düzenli toplantı/ziyaretler gerçekleştirerek yasa ve uygulama usulleri hakkında bilgilendirilmelerini sağlar.
- ✓ Cezai işlem uygulamaya yetkili olmayıp, yasanın uygulanması sırasında gerekli cezai işlemlerin yetkili birimlerce yerinde ve zamanında uygulanmasını sağlar.
- ✓ Kurulun faaliyetleri ile ilgili çalışma raporları üç ayda bir Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı'na gönderilir.

Kaynaklar

1. [Internet] <http://havanikoru.org.tr/organizasyonel-yapi.html>. Erişim:01.07.2014.
2. [Internet] http://havanikoru.org.tr/dosya/Docs_Mevzuata_iliskin_Belgeler/4207_Sa_yili_Kanun.pdf . Erişim:01.07.2014.
3. [Internet] <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t20.pdf>. Erişim: 01.07.2014.

DENETİM ETKİNLİKLERİ VE SONUÇLARI

Nilgöl Yalçınoglu

Uzm. Dr., Denizli Sağlık Müdürlüğü

İlin ihtiyacına göre, İl Tütün Kontrol Kurulu denetim ekiplerinin sayısını belirler. Ekipler asgari iki kişiden oluşur. Ekip içinde kolluk kuvvetlerinden (polis, jandarma) bir temsilci bulunmalıdır. Denetim ekipleri tütün ürünleri tüketiminin yasak olduğu; lokanta, kahvehane gibi ikram sektörlerinin, eğlence sektörlerinin, tüm kamu ve özel işletmelerin kapalı alanları ile eğitim kurumları, kültür ve sosyal hizmet veren binaların kapalı ve açık alanlarında yasanın uygulanıp uygulanmadığını inceler (1).

Denetimler belli bir plan dahilinde ve sürekli olarak yapılır. İhbar gelmesi halinde, hemen denetime çıkılır. Denetimlerde uyarılan, eksikliği görülen kurum ve kuruluşlar, kendilerine verilen süre sonunda tekrar değerlendirilir (1).

Denetim ekibinde bulunan kolluk kuvveti temsilcileri, cezai işlem uygulamakla yükümlüdür.

4207 Sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun”a göre Tütün Ürünleri Tüketiminin Yasak Olduğu Yerler

19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren, özel konutlar hariç lokantalar, kahvehaneler, nargile içilen mekanlar gibi ikram sektörü, dernek ve vakıflara ait eğlence hizmeti veren işletmeler dahil tüm kamu ve özel işletmelerin kapalı alanlarında tütün ürünlerinin tüketilmesi yasaklanmıştır.

Sabit veya seyyar tavanı/çatısı olan, kapıları, pencereleri dışında bütün yan yüzeyleri geçici veya kalıcı olarak tamamen kapalı olan veya aynı şekilde tavanı/çatısı olup, yan yüzeylerin yarısından fazlası kapalı olan yerler, 4207 sayılı yasada ‘kapalı alan’ olarak tanımlanmıştır.

Tütün ürünleri tüketiminin yasak olduğu kamu veya özel işletmelerin açık alanlarında tütün ürünleri tüketiliyorsa, tütün dumanının kapalı alana geçmemesi için gerekli önlemler alınmalıdır.

Taksi hizmeti verenler dahil bütün toplu taşıma araçlarında tütün ürünleri tüketilmesi yasaklanmıştır. Özel eğitim ve öğretim kurumları dahil, dershaneler, kültürel ve sosyal hizmet kurumlarının kapalı ve açık alanlarında tütün ürünleri tüketilemeyecektir.

Yasa özel konutları kapsamamakla birlikte, merdiven boşluğu, asansör gibi ortak kapalı kullanım alanlarını kapsamaktadır (1).

4207 Sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun”a Göre Denetim Etkinlikleri

Tütün ürünleri tüketilmesinin yasak olduğu yerlerde, yasal düzenleme ve buna uymamanın cezai sonuçları herkesin görebileceği şekilde asılmalıdır. Yasağa uyulmadığında irtibata geçilecek kişi veya kurumun, iletişim bilgileri olmalıdır. Tütün ürünlerinin tüketilmesine tahsis edilmiş alanlarda, tütün ürünlerinin sağlığa zararlarını anlatan uyarılır görülür şekilde asılmalıdır. Tütün ürünleri satışının serbest olduğu yerlerde; 18 yaşını doldurmayanlara tütün ürünü satılamayacağı, satanlar hakkında yasal işlem yapılacağına dair uyarı yazılarının görülür şekilde asılması denetlenir (1).

Denetim ekipleri, tütün ürünlerinin kullanılmasının yasak olduğu tüm toplu taşıma araçlarını (taksi, minibüs, otobüs, tren, vapur gibi) ziyaret ederek, yetkilileri bilgilendirir. Kanunun uygulanmasında aksaklık olduğunda incelemesini yapar. Yasal uyarı yazılarının asılıp asılmadığını denetler. Araç yetkilisine “Dumansız Hava Sahası” posterlerini asması önerilir (1).

Sağlık kuruluşları dahil olmak üzere, tütün ürünlerinin tüketilmesinin yasak olduğu tüm kamu kuruluşları ve özel hukuk kişilerine ait mekanlar, kanuna uyulması yönünden denetim ekipleri tarafından incelenir, yetkililerine ve çalışanlara eğitim verir. Denetimler esnasında sigara, tütün dumanı, küllük ve çakmak gibi tütün ürününü hatırlatan nesnelerin kaldırılması yönünde uyarır. Tütün firmalarının amblemi, isimleri veya bunları çağrıştıracak eşyaların olup olmadığını kontrol eder. Kurum veya işletme sahibine “Dumansız Hava Sahası” posterlerinin asılmasını önerir.

Sağlık, eğitim ve öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde tütün ürünleri satışı yapıp yapılmadığı kontrol edilir.

Yaşlı bakımevleri, cezaevi, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, açık havada yapılan her türlü spor kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerlerde, tütün ürünleri kullanımına izin verilen alanlar ayrıca denetlenir.

Otelcilik hizmeti verilen işletmelerin tütün ürünleri tüketen müşterilerin konaklamasına tahsis edilmiş odaların dışındaki kapalı alanlarında, tütün ürünleri kullanılıp kullanılmadığı, gerekli uyarı yazılarının asılıp asılmadığı kontrol edilir (1).

Ayrıca yasada belirtilen reklam ve promosyon faaliyetlerine yönelik yasaklara ilişkin faaliyet tespitinde her türlü delilin (tutanak, fotoğraf, video vb.) ceza vermeye yetkili Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu'na (TAPDK) iletilmesi gerekir. Yasak kapsamındaki reklam ve promosyon faaliyetleri; Tütün ürünleri ve üretici firmaların reklamını yapmak, kullanımını özendirici kampanyalar düzenlemek, etkinliklere tütün ürünleri üreten firmaların isim, amblem, marka kullanarak destek olmak; araçların üzerinde tütün ürünlerinin reklamını yapmak; tütün ürünleri satan bayilere ve tüketicilere teşvik, hediye, promosyon dağıtmak; tütün ürünlerinin isim, logo veya amblemleri ile bildirim yapmak; basın-yayın organlarına ilan vermektir (1).

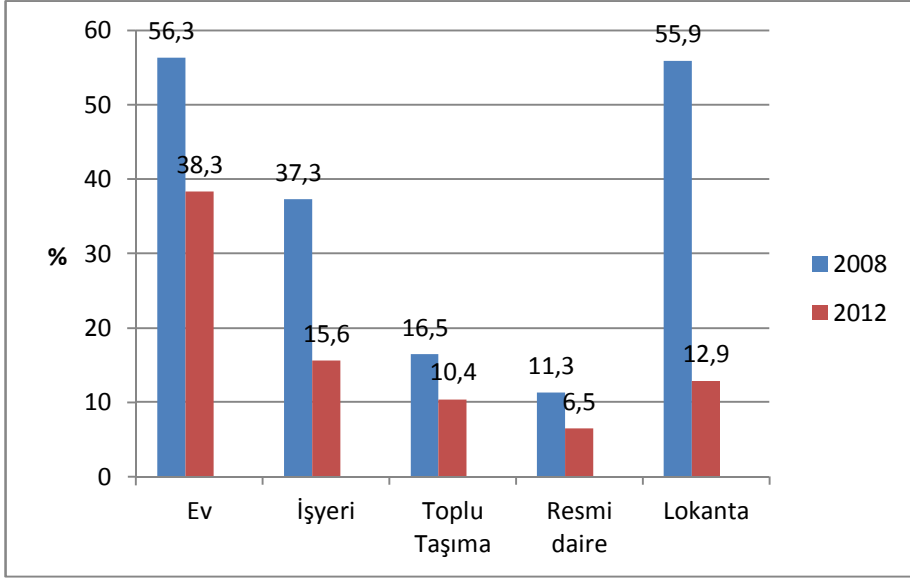
İki bin sekiz yılında yürürlüğe giren Kanun ile, tütün ürünlerinin işletmelerin dışından görülecek şekilde sergilenmesi de yasaklanmıştır. Tütün ürünleri

müşterilerin ulaşabileceği raflarda sergilenemez, ancak yetkili kişiden istenerek alınabilir. İki bin on bir yılı Temmuz ayında yapılan düzenleme ile tütün ürünlerinin kapalı dolaplarda satışa sunulması kararlaştırılmıştır. İki bin on iki yılı Temmuz ayından itibaren, tütün ürünleri ile ilgili marka paylaşımı ve marka esnetme yasaklanmıştır (2).

Denetim Etkinliklerinin Sonuçları

Türkiye’de “tütün dumanızsız hava sahası” oluşturmak amacı ile 2008 yılında yürürlüğe giren yasadan beklentiler aşağıdadır (3):

- ✓ Sigarasız ortam uygulaması ile ilgili toplum genelinde ve bazı gruplarda (özellikle ikram sektöründe) bilgi/tutum değişikliği ve yasaya tam destek,
- ✓ Kamusal mekanlar ve işyerlerinde sigara dumanından pasif etkilenim (SDPE) düzeyinde azalma,
- ✓ İşyerlerinde, özellikle ikram sektöründe iç ortam havasında sigara dumanı düzeyinde azalma,
- ✓ Meskenlerde SDPE düzeyini azaltma,
- ✓ Türkiye’de tütün kontrolü alanındaki çalışmaları ve 2008 yılında çıkan Kanun’un etkilerini değerlendirmek için, aynı yöntem kullanılarak ve aynı örnek büyüklüğü ile yapılan, Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması (KYTA) 2008 ve 2012 verileri karşılaştırılabilir (2):
 - Yetişkinler grubunda tütün kullanma sıklığı 2008 yılında %31,2 iken 2012 yılında %27,1’e düşmüştür,
 - Bütün kamusal kapalı yerlerde SDPE bakımından gerileme olmuştur. En göze çarpan azalma, restoranlarda olmuştur (2008 yılında %55,9, 2012 yılında %12,9).
 - Resmi dairelerde, sağlık kuruluşlarında ve toplu taşımacılıkta SDPE riskinde yaklaşık yarı yarıya azalma meydana gelmiştir.
 - Yasa kapsamında olmamakla birlikte, evlerde SDPE düzeyinde önemli azalma olmuştur (-%32.0).

Şekil 1. Son 30 gün içinde gidilen yerlerde SDPE düzeyleri (2008, 2012)

Kaynak: Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması Türkiye 2012.

Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması (2012) sonuçlarına göre, katılanların %95,5'i kapalı ortamlarda ve toplu taşıma araçlarında tütün ürünü kullanımının yasaklanmasını desteklemekte, hemen hepsi tütün ve sigara dumanından pasif etkilenmenin sağlık sorunlarına yol açtığını bilmektedir.

Kapalı alanlarda tütün ve ürünleri kullanımını yasaklayan kanun uygulamaya girmeden önce ve uygulamadan 4-5 ay sonra, ikram sektörü işletmelerinde iç ortam hava kalitesini değerlendiren bir çalışmada; uygulamadan sonra işletmelerde PM2.5 düzeylerinde azalma saptanmıştır (4). Yasa uygulamaya girmeden önce ve sonra Ankara'da restoran ve bar çalışanlarında yapılan başka bir araştırmada; çalışanların nefeste karbon monoksit ve idrarda kotinin düzeylerinde anlamlı azalma tespit edilmiştir. Bu çalışmalar bize, kapsamlı sigara yasağı uygulamalarının çalışan sağlığını koruyucu etkisi olduğunu göstermektedir (5).

2009 Temmuz ayından itibaren uygulanmakta olan kapsamlı sigara içme yasağı ile, SDPE bakımından anlamlı azalma kaydedilmiştir. 2008 yılında yapılan KYTA'nda katılımcıların yarısı restoranlarda sigara dumanından etkilenmediğini belirtirken, bu oran 2012 yılında %90'a ulaşmıştır. Yasa evleri ve özel araçları kapsamamasına rağmen, evlerde de SDPE düzeyinde azalma olmuştur. Bu sonuçlar bize, toplumda bu konuda duyarlılık geliştiğini, yasayı desteklediklerini göstermektedir.

Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması (2012) sonuçları, Türkiye'de tütün kontrolü alanında önemli değişiklikler olduğunu göstermektedir. Kapalı yerlerde tütün ürünü kullanımı ve tütün ürünlerinin reklam ve tanıtımının yasaklanmasına

rağmen, bazı ihlallerin olduğu görülmektedir. Denetim etkinlikleri güçlendirilmeli ve ihlal durumunda yaptırımlar hızla uygulanmalıdır. Evlerde ve özel araçlarda çocukların ve gebelerin SDPE azaltmak amacı ile özel programlar hazırlanmalı, dumansız hava sahası uygulamasının daha çok artması için medyanın gücünden faydalanılmalıdır.

Kaynaklar

1. “4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi Ve Kontrolü Hakkında Kanun” Hükümleri İle İlgili Uygulama Rehberi. Erişim Adresi: www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-49601/h/rehber.doc Erişim:22.07.2014.
2. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No 948, Ankara 2014. Erişim Adresi: <http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/yayinlarimiz.html>. Erişim:22.07.2014.
3. Bilir N, Özcebe H. Türkiye’nin Öyküsü. Tütün Kontrolü Uygulaması, Dünya Sağlık Örgütü, 2012. Erişim Adresi: <http://havanikoru.org.tr/dosya/Kitaplar/Tutun-kitap.pdf>. Erişim:22.07.2014.
4. Bilir N, Özcebe H. Kapalı Ortamda Sigara İçilmesinin Yasaklanması Uygulamasının İç Ortam Hava Kalitesine Etkisi. Tuberk Toraks 2012; 60(1):41-6.
5. Caman ÖK, Erguder BI, Özcebe H, Bilir N. Urinary cotinine and breath carbon monoxide levels among bar and restaurant employees in Ankara. Nicotine Tob Res 2013;15(8):1446-52.

TÜTÜN KONTROL UYGULAMALARININ SONUÇLARI/ETKİLERİ

Özen Aşut^a, Bekir Bulut^b, Mehmet Ali Kurçer^c

^a**Doç. Dr., Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi Yürütme Kurulu üyesi**

^b**Araş. Gör. Dr.Karadeniz Teknik Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

^c**Prof. Dr., Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

Tütün kontrol uygulamalarının sonuçları ve etkileri ile ilgili Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından yürütülen ve Nisan–Aralık 2009 tarihlerinde verisi toplanan araştırma ile Turan ve arkadaşlarının katılımcı gözlemlerine dayalı araştırmasının dışında güncel çalışmalara ulaşamamıştır, bu nedenle Türkiye Sağlık Raporu 2012 'de yer alan aynı çalışmalara ait veriler yeniden paylaşılmıştır.

Sigara yasağına uyum ile ilgili 12 ilde (üç büyük il: İstanbul, Ankara İzmir ve 9 küçük il: Adana, Balıkesir, Bursa, Erzurum, Gaziantep, Kayseri, Samsun, Trabzon, Van) , Aralık 2012 ile Temmuz 2013 tarihleri arasında yürütülen çalışmada kamuya açık alanlarda iç ortam ve dış ortam sigara içilme durumu, küllük, sigara izmariti ve sigara yasağı işaretlerinin olup olmadığı gözlenmiştir. Çalışmaya 898 mekan, 4395 kapalı alan ve 39936 kişi alınmıştır. Bu çalışma sonuçları sigara yasağından sonra iç ortam hava kalitesindeki değişim hakkında dolaylı da olsa fikir verebilir ve bu bakımdan aydınlatıcı olabilir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre çeşitli mekanlarda sigara içilme sıklıkları %2,7 (üniversiteler) ile %79,7 (bar/gece kulüpleri) arasında değişmektedir. Kamu binalarındaki sigara içilme sıklıkları küçük şehirlerde (%10,1) büyük şehirlere göre (%0,0) daha fazladır (p=0,02). Bar veya gece kulüplerinde sigara içme sıklıkları halen yüksek seyretmekte olup (3 büyük il: %77,8, diğer 9 il: %81,4) hastanelerde sıklık %21 seviyesinde iken kahvehanelerde büyük şehirlerde %14,6 diğer şehirlerde %29,2 sıklıkları dikkat çekmektedir.

Mekanlarda küllük ve sigara izmariti bulunma durumlarında da benzer sıklıklar göze çarpmaktadır. Sigara izmaritleri özellikle hastanelerdeki yemek yenilen bölümlerde (%21-50), bar ve gece kulüplerinde (>%50) yaygın olarak gözlenmiştir. Üç büyük şehirdeki okullarda sigara izmariti bulunma sıklığı (%18,5) diğer 9 şehirdeki okullardan (%5,0) yüksektir (p=0,01). Küllükler de kahvehanelerde (%10-20), hastanelerin yemek yenilen bölümlerinde (%21-50) ve bar/gece kulüplerinde (>%50) yaygın olarak tespit edilmiştir.

Yasanın gereği uyarılardan “Sigara içilmez” işaretleri de kamu binalarının üniversiteler, okullar, kamu binaları, hastaneler, restoranlar, kafeler ve bar/gece kulüplerinde %75’ten daha düşük sıklıklarda gözlenmişken okulların, kamu binalarının, alışveriş merkezi ve hastanelerin yemek yenilen bölümlerinde yarısından fazlasında bu işaretin olmadığı tespit edilmiştir. Büyük şehirlerdeki kamu binalarında bu işaretin bulunma sıklığı (%81,0) küçük şehirlerdeki kamu binalarına (%60,7) göre daha yüksekti (p=0,009). Okullarda yemek yenmeyen bölümlerde “Sigara içilmez” işaretinin bulunma sıklığı (%51,5) yemek yenen

bölümlerden (%17,8) daha yüksekti ($p<0,001$). Kamu binalarında bu sıklıklar sırasıyla %71,1 - %30,4 ($p<0,001$) iken alışveriş merkezlerinde %82,7 - %45,7 ($p<0,001$) idi. “Sigara içilmez” işaretinin görünürlüğü çoğu mekanda uygun olduğu ve bu sıklık %86,4 (hastaneler) - %97,3 (okullar) arasında değişmekte olduğu belirlenmiştir.

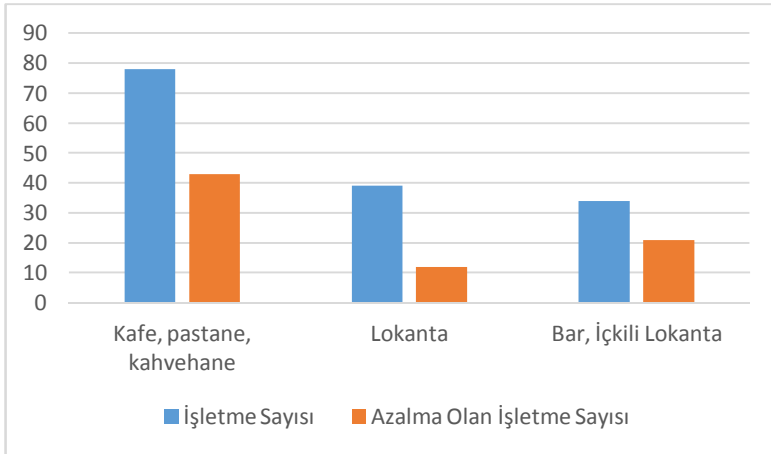
Kamu binaları ve hastanelerin yemek yenilen bölümlerinde yemek yenmeyen bölümlere göre sigara içilme sıklığı, küllük ve sigara izmariti bulunma sıklıkları daha yüksek iken üniversiteler, okullar ve alışveriş merkezlerinde ise böyle bir fark yoktur (1).

Bu sonuçlara göre kapalı mekanlarda sigara içme davranışının hala devam etmekte olduğu görülmekte olup kapalı ortamlarda sigara içilmesinin iç ortam hava kalitesi üzerine olan olumsuz etkilerinin devam ettiği söylenebilir.

1. İç Ortam Hava Kalitesi Değişimi

4207 Sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun”un ikram sektöründe uygulanmasının öncesinde ve sonrasında Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından, sekiz ilde ikram sektöründe faaliyet gösteren 160 işletmede partikül yoğunluğu (PM 2,5) ölçülmüştür. Bu ölçüm sonuçlarına göre, kafe, pastane ve kahvehanelerin %55,1’inde, lokantaların %30,7’sinde ve bar, içkili lokantaların %61,8’inde kapalı ortam hava kirliliğinde azalma vardır. Bu çalışmanın sonuçları göstermektedir ki; kapalı ortam havasındaki partikül düzeyinde önemli ölçüde azalma olmakla birlikte, hedeflenen düzeyde değildir (2). Bu sonuçlara göre, ikram sektörünün kabaca yarısında hâlâ kapalı ortamın kirliliğinde azalma olmamıştır.

Grafik 1. 4207 Sayılı Kanun’un ikram sektöründe uygulamasından önce ve sonraki dönemde sekiz ilde ölçüm yapılan işletme sayıları ve partikül miktarında azalma olan işletme sayıları (8 İl, Nisan ve Kasım 2009) (2)

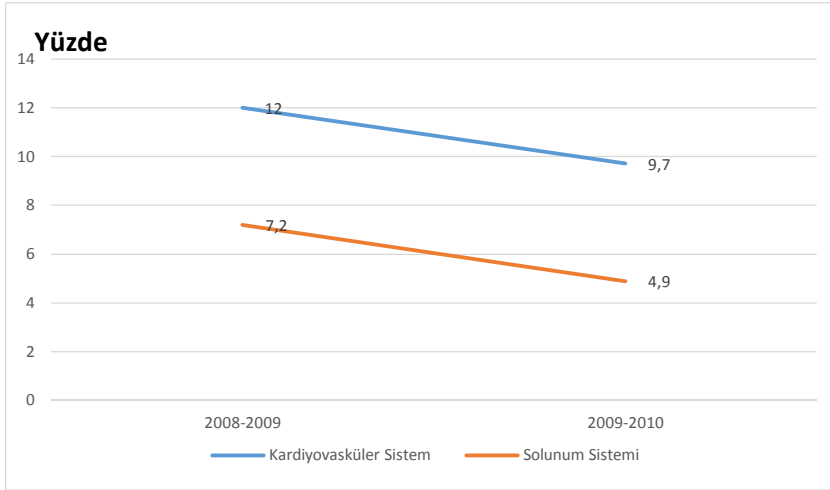


Turan ve arkadaşlarının 600 haneye ulaşarak yaptığı bir çalışmada, sigara yasağından sonra 451 (%75,2) kişinin bulundukları kapalı alanlarda sigara dumanı miktarında değişiklik hissettiği, 149 (%24,8) kişi ise herhangi bir değişiklik gözlemediği belirtilmiştir (2).

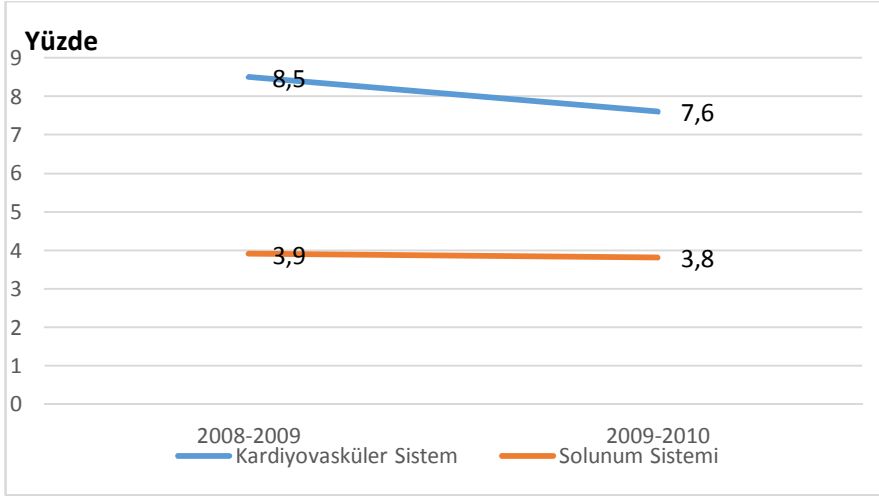
2. Akut Sağlık Etkileri

Kronik hastalığı olanların tütün dumanı olan ortamlarda bulunma durumlarında akut yakınmaların ortaya çıkma olasılıkları artmaktadır. Kapalı ortam yasakları sonucunda, koroner arter hastasının akut enfarktüs tablosu ya da kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların akut nefes darlığı yakınmalarının artması ile acile başvuruların azalması beklenmektedir. HASUDER tarafından yapılan çalışmada, Ankara ilinde 112 Acil Sağlık Hizmeti'ne başvuran hastaların sayılarının içindeki sigara dumanından pasif etkilenme sonrasında ortaya çıkabilecek olan kalp ve solunum sistemi hastalıklarının payları değerlendirilmiştir (2) (Grafik 2, Grafik 3).

Grafik 2. 2007-2010 yılları kış döneminde Ankara 112 acil servise yapılan başvurular arasında sigara içimi ile ilişkili başlıca sağlık sorunlarının değişimi (Erkek, %) (2)



Grafik 3. 2007-2010 yılları kış döneminde Ankara 112 acil servise yapılan başvurular arasında sigara içimi ile ilişkili başlıca sağlık sorunlarının değişimi (Kadın, %) (2)



Tütün kullanımının yasaklanmasıyla ilk aşamada hastalıkların akut tablolarında azalma olmaktadır. Ülkemizde de Ankara ilinde 112 Acil Servis'e başvuran hastalarda 2007-2010 dönemine ait bazı aylarda yapılan bu çalışmada da, dünya örnekleriyle uyumlu bir şekilde tütün etkili acil başvurularda azalma saptanmıştır.

3. Çalışan Sağlığı Etkileri

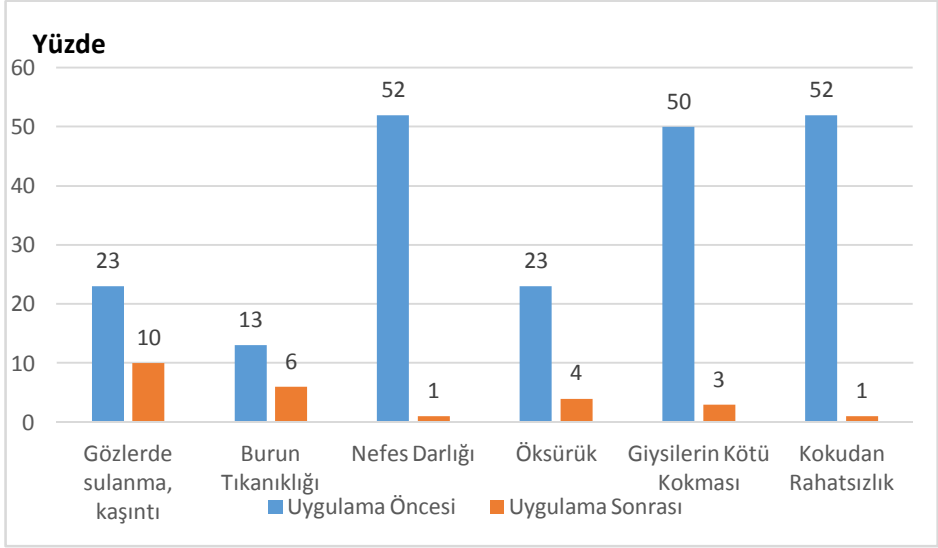
İkram sektöründe tütün kullanımının yasaklanması aynı zamanda o ortamda çalışanların sağlığını da olumlu olarak etkilemektedir. Yine HASUDER tarafından Ankara'da ikram sektöründe yapılan çalışmada, çalışanların Kanun'un uygulama öncesi ve sonrasında sağlık yakınmaları araştırılmış, nefeste CO ve idrarda kotinin değerlendirmeleri yapılmıştır (2).

Bu çalışmanın sonuçlarına göre;

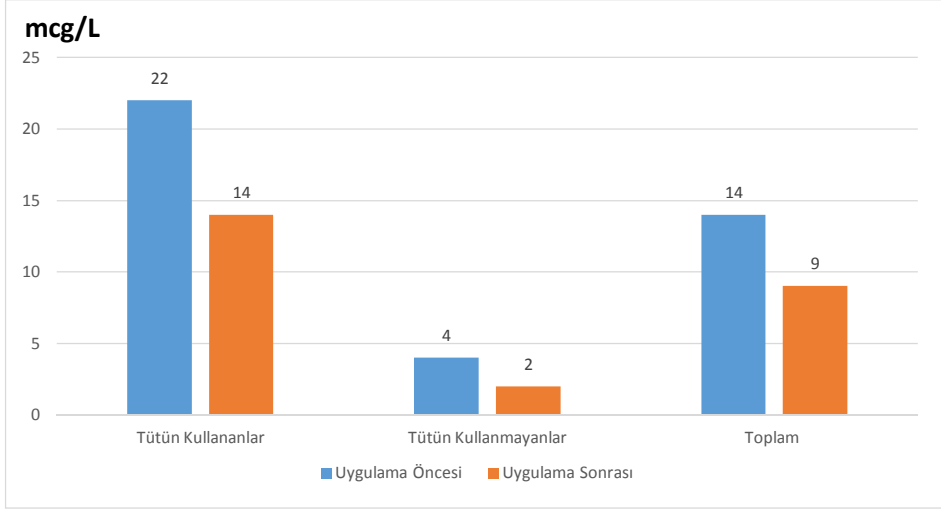
1. Çalışanların gözlerde sulanma/kaşıntı, nefes darlığı, öksürük, giysilerin kötü kokması ve sigara dumanının kokusundan rahatsızlık yakınmalarının uygulama sonrasında uygulama öncesine göre anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (Grafik 4).
2. Uygulama öncesi ve sonrası yapılan nefeste karbon monoksit ölçümlerinin ortalama değerleri hem tütün ürünü kullanan, hem de kullanmayan çalışanlarda uygulama sonrasında azalmakla birlikte, bu fark herhangi bir tütün ürünü kullananlarda ve toplamda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Grafik 5).

3. İdrarda ölçülen kotinin düzeyleri için tüm ortalama değerler uygulama sonrasında düşmüştür; bu düşüş herhangi bir tütün ürünü kullanmayanlarda ve toplamda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Grafik 6).

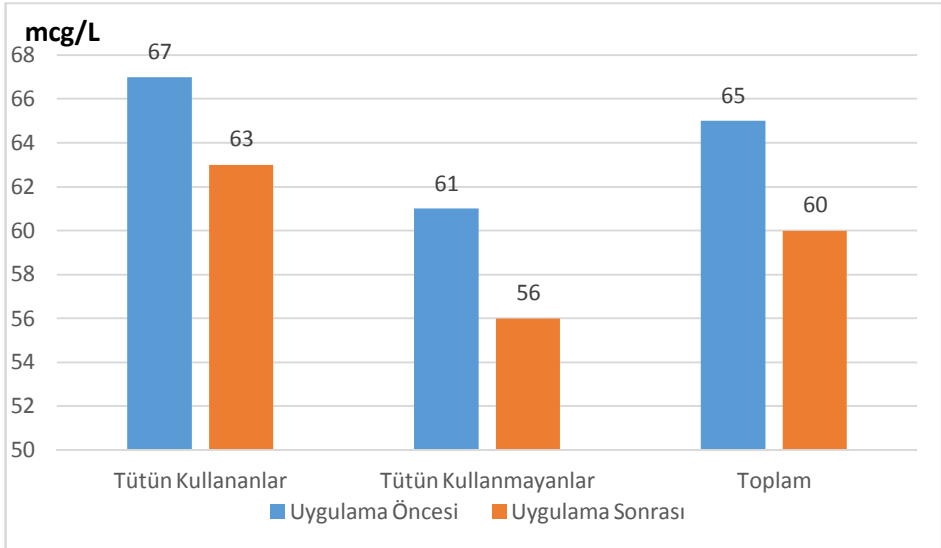
Grafik 4. 4207 Sayılı Kanun'un ikram sektöründe uygulanmasından önce ve sonra görüşülen sektör çalışanlarının sağlık yakınmaları (Temmuz ve Ekim 2009, Ankara) (2)



Grafik 5. 4207 Sayılı kanunun ikram sektöründe uygulanmasından önce ve sonra çalışanların nefeslerinde ölçülen karbon monoksit değerleri (n=41) (Temmuz ve Ekim 2009, Ankara) (2)



Grafik 6. 4207 Sayılı Kanun'un ikram sektöründe uygulanmasından önce ve sonra çalışanlarda kotinin değerleri (n=41) (Temmuz ve Ekim 2009, Ankara) (2)



4.Satış ve Prevalans Bilgileri

Türkiye dünyada en fazla Şark türü tütün üreten ülkelerden biri olup 1976 yılındaki tütün üretiminin dünya pazarının %5,6'sını oluşturduğu bilinmektedir. Ülkede 1990'lı yıllardan beri üretim alanları azaltılmaktadır. Devlet tütün fiyat destek programını 2000 yılında sonlandırmış, “doğrudan destek programı” başlatmıştır. Bu şekilde küçük ölçekli tütün üreticilerinin desteği ortadan kalkmış iken, 2005 yılından itibaren ekim yapan üreticiler üretim alanına göre destek almaya başlamışlardır. Tütün üreticisi sayısı ve üretilen tütün miktarında düşme olmuştur (Tablo 1). Sonuç olarak, 2006 yılında Türkiye'nin tütün üretimi dünya üretiminin %2,1'ine, 2010 yılında ise %1,7'sine düşmüştür (2,4).

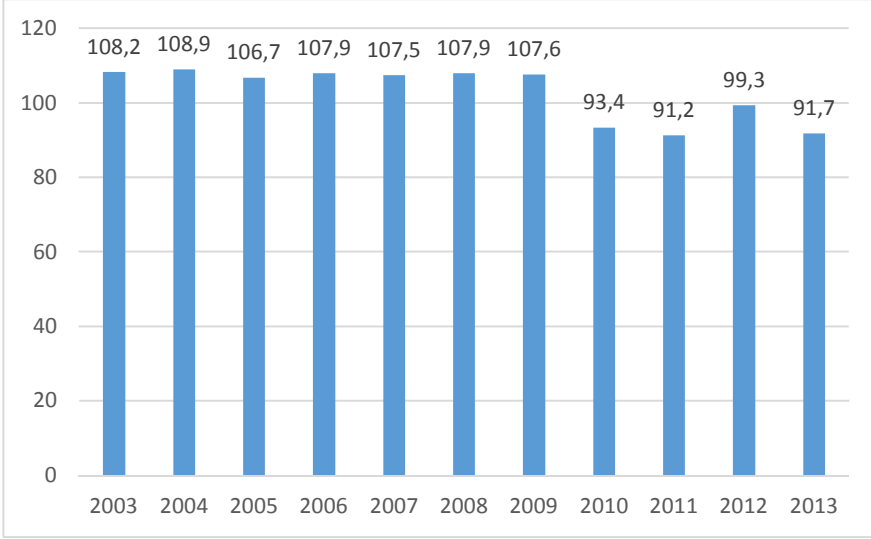
Türkiye için önemli bir tarım ürünü olan tütün halen önemli bir ihracat ürünüdür. Tütün ihracatı ülkeye 2007 yılında 450 milyon Amerikan doları gelir getirmiştir. Ancak değişen politikalar sonucunda Türkiye tütün ithalatına başlamıştır. Tütün ithali 1988 yılında 610 ton iken, 2007 yılında 67000 tona, 2009 yılında ise 77000 tona çıkmıştır (4) (Tablo 1).

Tablo 1. Türkiye’de tütün üretimi, ithalatı ve ihracatı (1999-2009)

Yıllar	1999	2004	2009
Tütün Üreticisi (x1000)	568	282	81
Üretim Alanı (1000 ha)	270	193	116
Üretim Miktarı (1000 ton)	244	134	92
İthalat Miktarı (1000 ton)	49	57	77
İhracat Miktarı (1000 ton)	115	107	114 (2007 yılı)

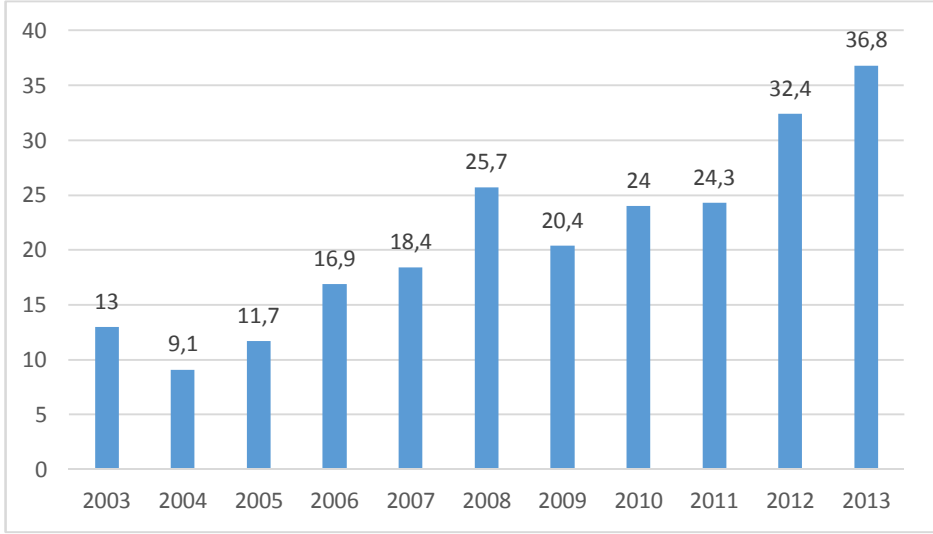
TAPDK verilerine göre, Türkiye’de 2012 yılında toplam 134,5 milyar adet sigara üretilmiş; bunların 99,3 milyar adeti iç piyasada satılmış; 32,4 milyar adeti ise ihracat edilmiştir. İç pazarda gerçekleştirilen satıştan elde edilen hasılat 30,6 milyar lira iken, ihracat edilen ürünlerden gelen gelir 337,2 milyon dolardır. Grafik 7’de görüldüğü gibi, 2010 ve 2011’de azalan iç satış miktarı, 2012’de önemli bir artış göstermiştir.

Grafik 7. Türkiye’de sigara iç satış miktarları (milyar adet) (2003-2013)



TAPDKverisi

* İç satış verileri üretici firmaların dağıtıcısı olan pazarlama şirketlerinin yaptığı net satış bilgilerini (varsa iadeler düşüldükten sonra) içermektedir.

Grafik 8. Türkiye’de sigara ihracat verileri (milyar adet) (2003-2012)

TAPDKverisi

Tütün ürünleri kullanım sıklığı

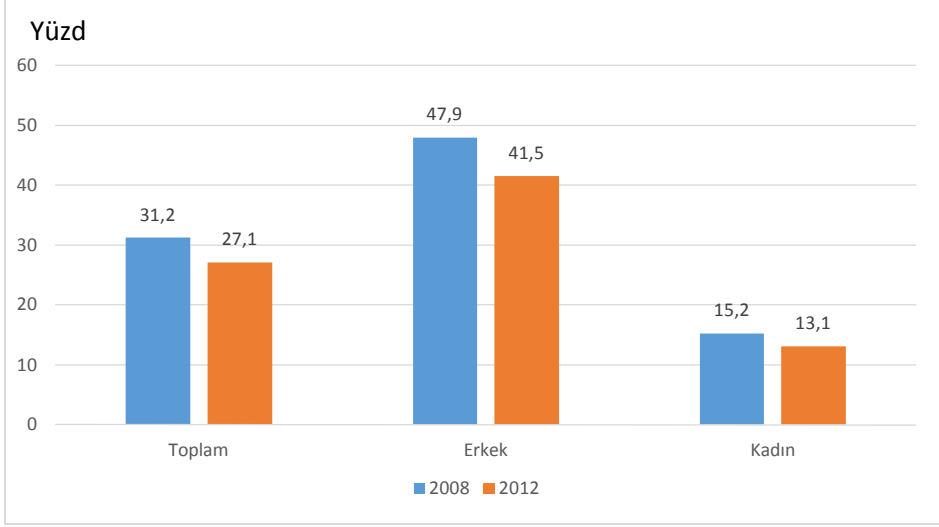
Türkiye Küresel Erişkin Tütün Kullanımı Araştırması 2012 verilerine göre; 14,8 milyon yetişkin halen sigara kullanmaktadır. Sigara kullanma sıklığı kadınlarda %13,1 iken erkeklerde %41,5'tir. Toplam sıklık ise %27,1'dir. Günlük sigara kullanma sıklığı ise kadınlarda % 10,7, erkeklerde % 37,3, toplamda %23,8'dir. Günlük olarak sigara kullanan yetişkinlerin sayısı 13 milyondur. Kadınlarda halen nargile kullanma sıklığı %0,5 iken erkeklerde %1,1'dir. Toplam nargile kullanma sıklığı ise %0,8'dir. Halen nargile kullanan yetişkin sayısı 400.000'dir (5).

Her gün sigara içen yetişkinlerin %27,2'si sigarayı bırakmayı denemişken, halen sigara içenlerin %55,2'si sigarayı bırakmayı düşünmektedir (5).

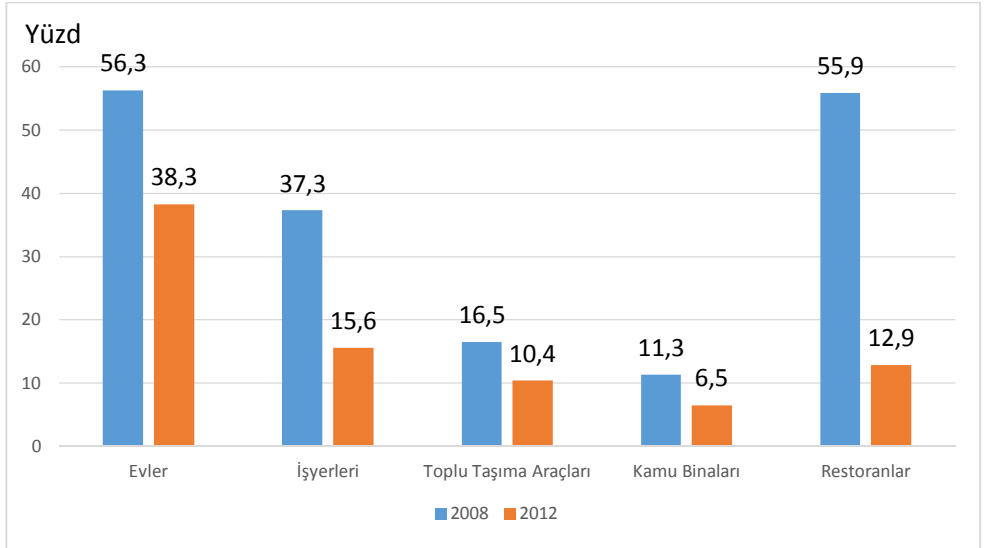
Aynı çalışma sonuçlarına göre 2,4 milyon yetişkin (%15,6) çalıştıkları ortamda pasif sigara dumanına maruz kalmaktadır. Evde sigara dumanına maruz kalan 20,8 milyon yetişkin (%38,3) bulunmaktayken, özel aracı olan yetişkinlerin 5,3 milyonu (%26,4) araç içinde; 2,8 milyon yetişkin de (%12,9) restoranlarda sigara dumanına maruz kalmaktadır (5).

Yetişkinler sigaraya ayda ortalama 146,1 TL harcamakta olup, fabrika üretimi sigara içicilerinin %9,1'i sigara paketlerinin üzerinde bandrol bulunmadığını belirtmektedir. Sigara fiyatındaki vergi oranı 2008 yılında %73,5 iken, 2012 yılında %80,3 olarak gerçekleşmiştir (5).

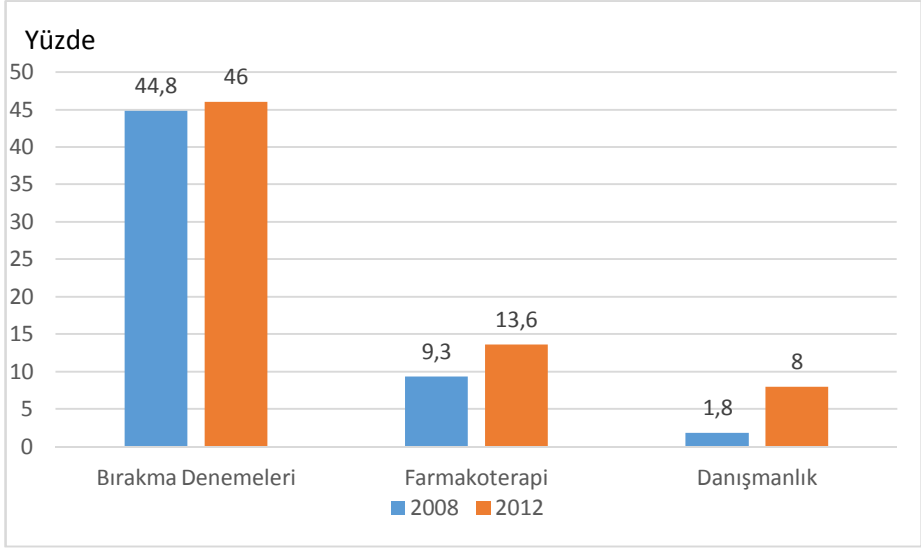
Grafik 9. Yetişkinlerin cinsiyetlerine göre halen sigara içme sıklıkları (KYTA 2008, 2012)
(6)



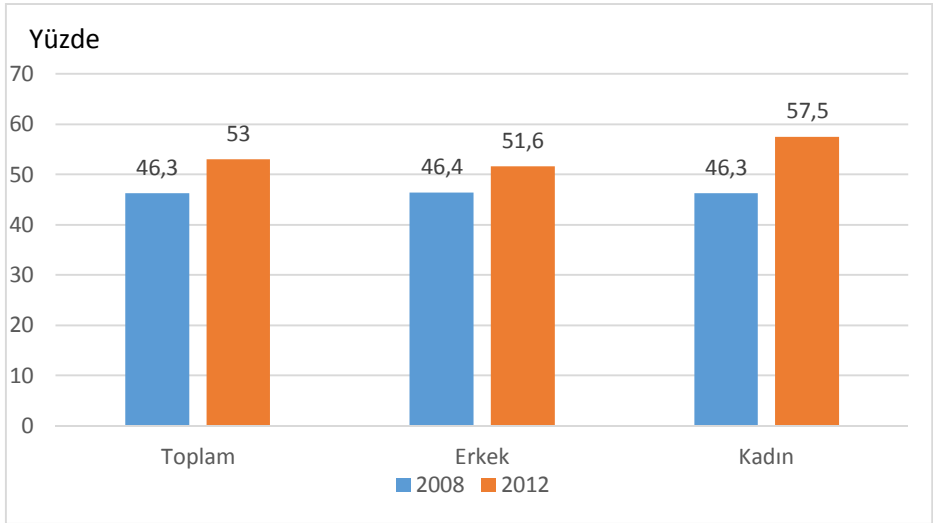
Grafik 10. Son 30 gün içinde çeşitli yerlerde sigara dumanından pasif etkilenim sıklığı (KYTA 2008, 2012) (6)



Grafik 11. Yetişkinlerin son 12 ay içindeki sigaray bırakma denemeleri ve kullanılan yöntemler (KYTA 2008, 2012) (6)

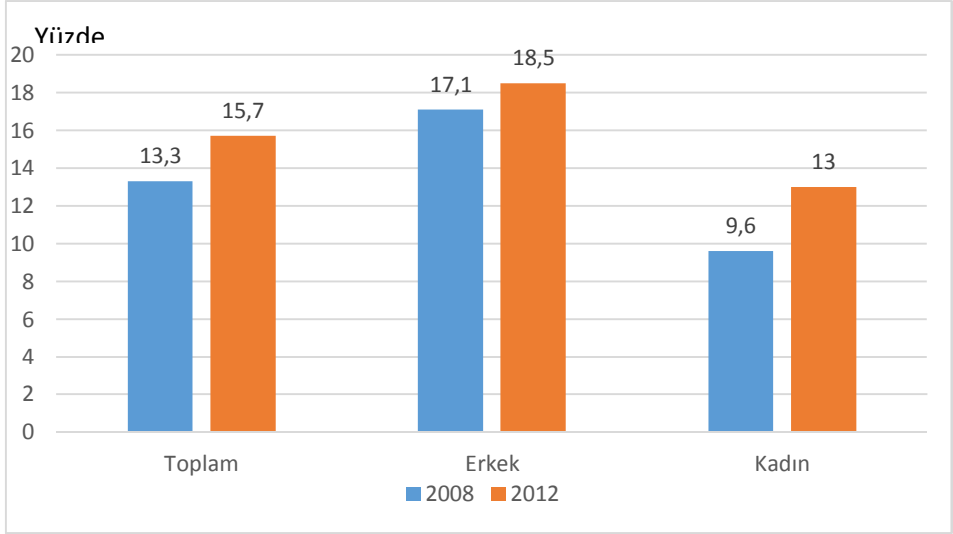


Grafik 12. Cinsiyete göre sigara paketleri üzerindeki sağlıkla ilgili uyarıcı etiketler nedeniyle sigaray bırakmayı düşünme sıklıkları (KYTA 2008, 2012) (6)



Sonuçlara göre, sigara bırakmayı düşünme ve bırakma denemelerinde 2008'e göre 2012'de belirgin artışlar gözlenmektedir.

Grafik 13. Cinsiyete göre son 30 gün içinde sigara ile ilgili reklam, promosyon ya da sponsorlukla karşılaşma sıklıkları (KYTA 2008, 2012) (6)



Yasal olarak kesin yasak kapsamında olan reklam, promosyon veya sponsorlukla karşılaşma sıklıkları açısından 2008'e göre 2012'de bir artış söz konusudur (Grafik 13.).

Grafik 14. Yirmi sigara için harcanan ortalama para miktarı ve fiyatlar içindeki toplam vergi oranları (KYTA 2008, 2012) (6)

5. Tütün Ürünleri Bağımlılık Tedavisi Çalışmaları

Tütün bağımlılığı tedavisi sonuçları

Ergüder ve arkadaşlarının sigara bırakma polikliniğine başvuran 400 hastanın katılımıyla yaptığı bir çalışmada, olguların 3. ay sonundaki sigara bırakma sıklığı %36,5 olarak saptanmıştır. Sigara bırakma çalışmasında kullanılan yöntemler davranışsal eğitim (DE), DE + Nikotin Replasman Tedavisi, DE + Bupropion, DE+Vareniklin tedavisi idi. Tedavi grupları arasında sigara bırakma sıklıkları açısından anlamlı fark var vardı ($p<0,001$) ve en yüksek bırakma sıklığı %50,7 ile DE+Vareniklin tedavisi yöntemindeydi (7).

Zincir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre, 12 haftalık izlem boyunca çalışmaya katılan 251 kişinin %61,8'i sigara bırakma davranışını sürdürmüştür (8).

Öztuna ve arkadaşlarının 10 yıllık süre içinde sigara bırakma polikliniğine başvurup dosya bilgisi tam olan 746 hastanın katılımıyla yaptıkları çalışmada, 10 yılın sonunda sigara bırakma programına katılmayı kabul eden 432 hastanın

sigarasız kalma başarısı %33,2'dir. Programa katılmayan hastalardan ilk yılda kendi kendine sigarayı bırakanların sıklığı %46,8 iken, bu bırakma sıklığı bir sonraki yıl sıfırlanmıştır. Bu sonuç, sigara bırakma eylemlerinin uzman kontrolünde ve uzun süreli bir program içinde yürütülmesinin önemini göstermesi açısından çarpıcıdır (9).

Yüce ve arkadaşlarının 65 yaş ve üzeri hastalarda yaptıkları bir çalışmada, bir yıllık izlem sonucunda sigara bırakma hızı %50,0 olarak saptanmıştır. Kullanılan bırakma yöntemleri arasında ise bırakma hızı açısından fark olmadığı belirtilmiştir (10).

Karakoyun ve arkadaşlarının sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları bir çalışmada sigarayı bırakmada başarılı olma sıklığı %21.0 olarak bulunmuştur. Hastanın; yaşının, sigaraya ilk başlama yaşının, eğitim düzeyinin ve sigara bırakma girişim sayısının artması; nikotin bağımlılık düzeyinin azalması; farmakolojik tedavi alması ve bir hobiye sahip olması sigara bırakma başarısını anlamlı düzeyde arttırdığı tespit edilmiştir. Hastanın cinsiyeti, medeni durumu, daha önce ki sigara bırakma deneyimi, paket/yıl sayısı, psikiyatrik bir hastalığının varlığı ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (11).

Topuzoğlu ve arkadaşlarının Konak Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada tüm gruptaki sigara bırakma başarı oranı %40,4 olarak belirlenmiştir. Erkeklerin başarı hızı (%42,9) kadınlara göre (%37,9) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kendinde veya ailesinden birinde akciğer kanseri, diğer herhangi bir başka akciğer hastalığı veya sistemik hastalık bulunmasının, bulunmayanlara göre sigara bırakma başarısı üzerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (12).

Keten ve arkadaşlarının 157 gebenin katılımıyla yaptıkları çalışmada üç farklı yöntem uygulanmıştır:

- ✓ Grup I: Hastanede kısa eğitim ve danışmanlık, iki kez telefonla destek danışmanlığı ve sigaranın gebelikteki etkileri, bırakmanın yararları ve yoksunluk belirtileriyle baş etme yolları ile ilgili bilgilerin fetüsten annesine yazılmış bir mektup aracılığıyla anlatan broşür verilmesi. Grup II: Hastanede kısa eğitim ve danışmanlık, iki kez telefonla destek danışmanlığı.
- ✓ Grup III: Hastanede kısa eğitim ve danışmanlık.

Grup I'de araştırmaya katılan gebelerin sigara bırakma sıklığı diğer gruptakilerle karşılaştırıldığında göre daha yüksektir ($p<0,05$). Bırakma sıklıkları sırasıyla %70,7, %48,9 ve %41'9'dur (13). Bu sonuçlar literatür sonuçlarıyla uyumluluk göstermekte, danışmanlığın süresi ve yoğunluğu uzadıkça, bırakma hızı artmaktadır.

Tütün bağımlılığı tedavi hizmetleri:

Türkiye'de son 20 yıl içinde tütün bağımlılığı tedavi hizmetinin ikinci basamağı olarak nitelendirilebilecek sigara bırakma poliklinikleri kurulmuştur. Önce

üniversitelerde tıp fakülteleri bünyesinde çalışmaya başlayan bu merkezler, daha sonra bazı kamu hastanelerinde de hizmete girmiştir. Halen tıp fakültesi hastanelerinde, eğitim ve araştırma hastanelerinde, diğer kamu hastanelerinde, özel sağlık kuruluşlarında bırakma merkezleri bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, “Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri”nin (KETEM) sigara bırakma başvuru merkezleri olarak da işlev yapacağını bildirmiştir. 2010 yılı itibariyle, 81 ilde kurulmuş 122 KETEM'in görev yaptığı, bazılarında sigara bırakma poliklinikleri olduğu açıklanmıştır (14,15).

Sağlık Bakanlığı kaynaklarına göre (11,12) üniversite, kamu hastaneleri, KETEM'ler ve birinci basamak kuruluşlarında olmak üzere, çoğu ilde en az bir, bazı illerde ise çok sayıda kamuya ait tütün bağımlılığı tedavi polikliniği vardır. Özetle, 2011 itibariyle toplamda 76 ilde 256 kamuya ait sigara bırakma polikliniği bulunduğu Sağlık Bakanlığı ilgililerince bildirilmiştir. Bu hizmeti desteklemek üzere, Alo 171 sigara bırakma danışma hattı da Ekim 2010'den beri hizmet vermektedir. Bu konulara ilişkin daha yeni veri elde edilememiştir.

Tütün bağımlılığı tedavisinin yaygın olarak örgütlenebilmesi için, birinci basamak sağlık hizmetine entegrasyonu zorunludur. Aile hekimlerine yönelik eğitimde tütün bağımlılığı tedavisi yer almış olmakla birlikte, bu eğitim birinci basamak hekimlerini bu konuda yetkinleştirme konusunda yetersiz olmuştur. Dünyada diğer sağlık personeli de tütün kontrolünde etkin görev almakta iken, ülkemizde bu uygulama sınırlıdır. Birinci basamak hekimlerine yönelik olarak, Sağlık bakanlığı onaylı HASUDER ve Türk Toraks Derneği kursları, Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği kurslarla birlikte birinci basamaktaki yetkinliği artırmaya yönelik işlev görmektedir.

Kaynaklar

1. Global Tobacco Control , John Hopkins Bloomberg School of Public Health, <http://globaltobaccocontrol.org/shelt> Erişim : 09.09.2014
2. Özcebe H, Bilir N, Aslan D. Türkiye’de Sigara İçilmeyen Kamusal Alanların ve İşyerlerinin Genişletilmesi, Sigara Karşıtı Politika ve Uygulamaların Değerlendirilmesi Projesi Raporu, Aralık 2010.
3. Turan PA, Ergör G, Turan O, Doğanay S, Kılınç O, 4207 Sayılı Yasanın Yürürlüğe Girmesinden Sonra Sigara İçme Davranışları ve Pasif Maruziyet ile İlgili Değişikliklerin Saptanması, Tuberk Toraks 2014;62(1):27-38
4. Yürekli A, Önder Z, Elibol HM, Erk N, Çabuk A, Fisunoğlu M, Erk SF, Chalopupka FJ. Türkiye’de Tütün Ekonomisi ve Tütün Ürünlerinin Vergilendirilmesi. Uluslararası Tüberküloz ve Akciğer Hastalıkları ile Mücadele Derneği, Paris, 2010.
5. Global Adult Tobacco Survey, Turkey 2012, Fact Sheet
6. Global Adult Tobacco Survey, Turkey 2008&2012, Comparison Fact Sheet

7. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P, Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler, *Türk Toraks Derg* 2013; 14: 81-7
8. Zincir SA, Zincir S, Kaynak E, Sünbül EA, Comparison of the Effectiveness of Varenicline, Extended-Release Bupropion and Nicotine Replacement Therapy on The Success and the Maintenance of a Smoking Cessation Program, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2013;23(3):224-30
9. Oztuna F, Can G, , Ayık S, Özlü T, Yılmaz İ., Long-Term Results of Smoking Cessation Therapy, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2013;33(5):1201-8
10. Yüce GD, Duru S, Ulaşlı SS, Ardıç S, Sigara Bırakma Tedavisinin 65 Yaş ve Üzeri Hastalardaki Etkinliği, *Turkish Journal of Geriatrics* 2013; 16 (3) 309-314
11. Karakoyun AR, Demirezen M, Aydın S, Kurçer MA, Bir Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuranlarda Sigara Bırakma Başarı Durumu Ve Etkileyen Faktörler, *16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*.
12. Topuzoğlu AB, Dayıoğlu T, Nurgün M, Soyak T, Padır İ, Tözün M, Ertem M, Konak Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Bazi Özelliklerinin Başarıda Etkisi, *16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*.
13. Keten E, Gölbaşı Z, Sigara İçen Gebe Kadınlara Uygulanan Üç Farklı Sigarayı Bırakturma Müdahalesinin Etkisi, *TAF Prev Med Bull* 2013;12 (5): 553-562
14. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-13438/saglik-istatistikleri-yilligi-2010.html> Erişim tarihi: 30 Ekim 2011.
15. www.havanikoru.org Erişim tarihi: 10 Ocak 2011.

TÜTÜN ENDÜSTRİSİ VE ETKİLİ MÜCADELE: GÜNCEL DEĞERLENDİRMELER

Ali Ceylan^a, Sinem Doğanay^b, Dilek Aslan^c

^a**Araş.Gör.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD**

^b**Uzm. Dr., Gaziemir Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir**

^c**Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

Tütün, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nden Avrupa'ya getirildiği 16. yüzyıldan bu yana insan sağlığı ve diğer riskleri/zararları yönünden; sağlık çalışanları, bilim insanları, devletler, tütün kullanan ya da kullanmayan bireyler arasında tartışılmaktadır. Bu tartışmalar çeşitli düzlemlerde sürmektedir. Örneğin, en sık kullanılan tütün ürünü olan sigara içimi ile akciğer kanseri, koroner kalp hastalıkları ve amfizem gibi diğer ciddi hastalıklar arasındaki nedensel ilişkiyi gösteren geniş ölçekli çalışmalar 1930'lardan 1950'lere kadar sürmüş ve 1964 yılında, dünyada tütün kontrolü çalışmalarının kanıt açısından önemli bir başlangıcı olarak da görülen, sigara içimi ile akciğer kanseri ilişkisinin vurgulandığı "*Surgeon General*" Raporu yayınlanmıştır (1). Bu gelişme aslında tütün kullanımı ile mücadeleyi kanıt zeminine taşıyan önemli bir süreç olmuştur. Kanıtlar bilimsel açıdan güçlendikçe ve çoğaldıkça, endüstri de kendi açısından farklı söylem ve teknikleri geliştirmek durumunda kalmıştır.

Temel amacı sağlığın korunması ve geliştirilmesi olan halk sağlığı felsefesi ile uzlaşmaz bir ilişkisi bulunan tütün endüstrisi ile mücadele günümüzde en önemli ve etkili tütün kontrolü yöntemleri arasındadır. Bu amaçla küresel hedefler konulabilmeli, hedeflerin gündelik yaşamda karşılık bulabilmesi için sürdürülebilir plan, politika ve uygulamalar yapılmalıdır. Bu bakış açısıyla, mücadele sağlam zemin üzerinde olması son derece önemlidir. Uluslararası ve ulusal antlaşma ve sözleşmeler, tütün kontrolü ile ilgili olan bütün kurumlar arasında eşgüdümlü çalışmalar, eğitim ve farkındalık/duyarlılık artırıcı çalışmalar bu mücadelenin zeminini sağlamlaştıran temel öğelerdir.

Bu yazı kapsamında tütün endüstrisinin başlıca taktikleri, bu taktiklerle mücadelenin uluslararası ve ulusal düzlemdeki *güncel* boyut ve yansımaları değerlendirilmiş, geleceğe dair öneriler sunulmaya çalışılmıştır.

1. Tütün endüstrisi taktikleri nelerdir?

Tütün endüstrisinin girişimleri birçok şekilde olabilir, ancak hepsinin tek amacı güçlü tütün kontrol politikalarını zayıflatmak ve geriletmektir (1).

Tütün endüstrisinin bilinen kimi taktikleri aşağıda sunulmuştur (1-3):

- ✓ Tütün ürünlerinin topluma ulaştığı yolları, alanları artırmak, görünürlüğünü sağlamak,
- ✓ Kanunların engellediği alanlarda yeni çıkış noktaları yakalamak,
- ✓ Kadınlar ve çocuklar gibi yeni hedef kitleler yaratmak ve yeni stratejiler geliştirmek,
- ✓ Kirlenen tütün endüstrisi yüzünün toplumda temizlenmesi için çaba göstermek,
- ✓ Kanıta dayalı olmayan, yanlı/tafıflı söylemler geliştirmek, söylemlerin dozunu artırmak/değiştirmek,
- ✓ Politik süreçleri etkilemek için çalışmak,
- ✓ Kanunların uygulanmasını önlemek için hukuksal girişimlerde bulunmak,
- ✓ Dünyada tütün kontrolü ve tütün kullanımı ile mücadele sürecini yakından izlemek,
- ✓ Farklı etkinliklerde, faaliyet alanlarında var olmak (örneğin, sosyal içerikli çalışmalar gibi)

Savell ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada endüstri taktiklerinin coğrafyadan bağımsız, küresel düzlemde uygulandığı vurgulanmaktadır (4).

Bu taktikleri engelleyebilmenin en önemli adımı farkında olmaktır. Farkındalığın ardından yapılacaklar da küresel özellikte izlenen bu adımların küresel (uluslararası) ve ulusal düzlemde ayrı ayrı, ancak eşgüdüm içerisinde sürdürülebilmesidir.

2. Uluslararası çalışmalar

Yakın geçmişte konuya ilişkin ilk olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2005 yılında yürürlüğe girmiş olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) dokümanını hatırlamakta yarar bulunmaktadır. Sözleşme'nin yürürlüğe girmesinden bir süre sonra, 2008 yılında bir yönetmelik niteliğinde olan M-POWER dokümanı da süreci destekleyen özelliktedir. M-POWER ilkeleri arasında endüstri ile mücadelenin altı çizilmiştir (1):

1. Tütün kullanımı ve tütün kontrolü konusundaki uygulamaların izlenmesi
2. Sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi
3. Sigara içenlere bırakmaları konusunda destek sağlanması
4. Tütün kullanımının tehlikeleri konusunda uyarı yapılması
5. Tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluğunun yasaklanması
6. Tütüne uygulanan vergilerin artırılması

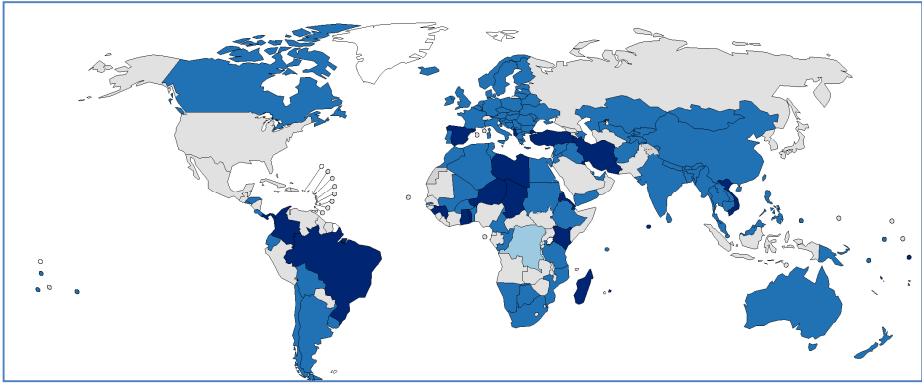
Yukarıda belirtilen ilkeler arasında tütün endüstrisi tarafından en çok kullanılan yöntemlerin 5. ve 6. maddeler olduğu söylenebilir. Örneğin, tütün ürünlerinin reklam ve tanıtımı için tütün endüstrisinin çok büyük miktarlarda parasal

kaynaklar kullandığı bilinmektedir(5). Bu kaynakları siyasi parti seçim kampanyalarına yardım ederek, çıkarlarına uygun bilimsel araştırmaları destekleyerek, sözde sosyal sorumluluk projelerini ve diğer bilimsel çalışmalarını önemsizleştirerek medyayı ve hükümetleri etkilemeye harcamaktadır.

Bu bakış açısıyla, kapsamlı tütün kontrolü Kanun'larına gereksinim bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü TKÇS'nin de ilkesel olarak taraf ülkelere önerisi bu bakış açıysıdır. Günümüzde, 21.7.2014 tarihi itibarıyla, dünya nüfusunun %16'sının kapsamlı yasaklar tarafından korunduğuna işaret etmektedir (6).Şekil 1'de de görüldüğü gibi tütün endüstrisi ile mücadelenin dünyada az sayıda ülkede başarılmıştır.

Dolayısıyla, endüstri ile mücadelenin küresel düzeyde hızlanarak artmasına gereksinim olduğu söylenebilir.

Şekil 1. Dünyada tütün reklam, promosyon ve sponsorluğunun önlenmesi (2012)
* (7)



*Koyu lacivert boyalı ülkeler doğrudan ve dolaylı yasakların mevcut olduğu ülkelerdir. Gri boyalı ülkeler ise yasakların olmadığı ülkeler olup beyaz boyalı ülkeler için veri bulunmamaktadır.

3. Ulusal çalışmalar

Türkiye’de tütün kontrolü politikaları açısından öncü çalışmaların çok uzun geçmişi olmadığı söylenebilir. Sağlık Bakanlığı tarafından 1988 yılında düzenlenen “Elveda sigara, merhaba hayat” kampanyasının, 1991 yılında “dumansız hava” yasası oluşturma girişiminin başarısızlıkla sonuçlanmasından bir süre sonra 1996 yılında, ilk tütün kontrolü Kanununun çıkarılmış olmasının bu bağlamda önemi bulunmaktadır. Özellikle 1996 Kanun’unun tütün endüstrisi ile mücadele boyutunun olduğu, ancak, kimi zorlukları içinde barındırdığı söylenebilir. Endüstri ile mücadeleyi de kapsayan Türkiye’nin tütün kontrolü süreci, 2004 yılında

TKÇS'yi imzalaması ile hız kazanmıştır. Aynı mücadele, ülkede 2006 yılında Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın hazırlanmasına, 2008 yılında 4207 sayılı Kanun'da değişiklik yapılarak "Tütün Dumansız Kapalı Alanlar" zemininde sürmüştür (8).

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nde vurgulandığı gibi tütünün arz ve talebinin azaltılması yönünde yapılacak girişimler ve sonrasında ortaya çıkan sonuçların izlemi ve değerlendirilmesi tütün endüstrisi ile mücadelenin temelini oluşturmaktadır (9). Daha net bir perspektif çizebilmek adına, halk sağlığının temel disiplinlerinden birisi olan "bulaşıcı hastalıkların kontrolü" bakış açısıyla konuya yaklaşım geliştirildiğinde; sigara içen (konak), sigaranın kendisi (etken), tütün endüstrisi (vektör) ve çevre etkileşiminde sigara ve tütün endüstrisinin gerçekte insan eliyle oluşturulan ve kontrol edilmesi mümkün olan faktörler olduğu kolaylıkla anlaşılabilmektedir. Ancak, sağlıkla ilgili bilim daha çok tütün ürünleri ile hastalıklar arasındaki ilişkiye odaklanmış, hastalık vektörü odaklı az sayıda çalışmaya katkı sunmuştur (10). Güçlü bir mücadele için daha bütünsel bir yaklaşıma gereksinim olduğu açıktır.

Türkiye DSÖ'nün tütün kontrolü politika paketini (MPOWER) yayınlaması sonrası hazırlamış olduğu 2008-2012 Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı ile tütün kontrolü konusunda önemli başarılar sağlamış olmasına rağmen (2,11) yıllara göre sigara tüketim miktarına bakıldığında, 2008 yılının ortalarında azalmaya başlayıp 2011 yılında en düşük adet sayısına ulaşan sigara tüketimi 2012 yılı itibarıyla eski rakamlara yeniden yaklaşması bu konuda kimi kaygıları gündeme taşımıştır (12). Satış miktarları 2013 yılında 2012'ye göre gerilediğini de bilmek gerekir (13). Seyrinde değişim görülen bu rakamların daha objektif olarak değerlendirilebilmesi için biraz daha zamana gereksinim olduğu da düşünülebilir. Buna ek olarak, Tütün Kontrol Ölçeği (TKÖ) aracılığıyla 34 Avrupa ülkesinde ülke düzeyinde tütün kontrol eylemlerinin değerlendirildiği 2013 çalışmasında Türkiye 2010 yılına göre bir sıra gerilemiş ve 5. sırada yer almıştır (14).

Nasıl mücadele?

- ✓ **Tütün kontrolü, endüstri ile mücadele zemininde sürdürülmelidir.** Bu bakış açısıyla, mücadelenin ilk adımı farkında olmak olarak tanımlanabilir. Özellikle tütün endüstrisi taktikleri ve mücadele yöntemleri konusunda toplumda farkındalık düzeyinin artırılması gerekmektedir. Bilgi dokümanları, güncel bilgilerin yaygın şekilde paylaşılması, internet, bilimsel ortamlar, kitaplar, vb. yollar bu amaç için kullanılabilir. Bu konuda güncel rehberler de oluşturulabilir. Bu rehberler/dokümanlar tütün endüstrisi faaliyetlerini izlemek, tütün kontrolüne müdahale taktikleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaya yardımcı olur, tütün endüstrisi hakkında bilgi verir. Duyarlılık çalışmaları için özel günler seçilebilir. Örneğin, 31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü etkinlikleri kapsamında zaman zaman "endüstri taktikleri ile mücadele" temaları seçilmiştir (15).
- ✓ **Endüstri mücadelesinin önemli bir aracı olan kapsamlı yasakların kararlılık içinde uygulanması gerekmektedir.** Yasakların/Kanun'ların

varlığı mücadele için yeterli olmamaktadır. İhlallerin %100 önlenmesi başarının en önemli anahtarıdır. Denetimlerin, ihlallerin olduğunda cezaların uygulanma süreçlerinin kesintisiz sürdürülmesi önemlidir.

- ✓ Tütün piyasasının düzenlenmesinde **şeffaflık ilkesi** son derece değerlidir. Şeffaf uygulamalarla kamuoyunun sürekli bilgilendirilmesi önemli bir adımdır.
- ✓ **Etkili bir mücadele için ilgili bütün yapıların işbirliği önemlidir.** Sağlık, eğitim, hukuk, iletişim, ekonomi gibi disiplinlerin ortak, sürekli, birbirini zenginleştiren ve geliştiren tarzda çalışması bir gerekliliktir.
- ✓ **Sivil toplum çalışmalarının bütün endüstrisi ile mücadelede son derece önemli rolü bulunmaktadır.** Özellikle işbirliği temelinde sürdürülecek çalışmalar için sivil toplumun tarafsızlığı ve kapasitesinden yararlanmak gerekmektedir.

Sonuç olarak, tütün kontrolünün güçlü bir zeminde ilerleyebilmesi için tütün endüstrisi ile güçlü ve sürekli olarak sağlam temeller üzerinden mücadele edilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. The Reports of Surgeon General, The 1964 Report on Smoking and Health. [Internet] <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/NN/p-nid/60>. Erişim:29.06.2014.
2. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, MPOWER, 2013.
3. Dağlı E. Tütün Endüstrisi Taktikleri. In: Aytemur Z, Akçay Ş, Elbek O. (Konuk Eds) Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabında. Türk Toraks Derneği Yayınları(Toraks Kitapları-10), Ocak 2010, pp 36-43.
4. Savell E, Gilmore AB, Fooks G. [Internet] How does the tobacco industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. PLoS One. 2014 Feb 5;9(2):e87389. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3914831/>. Erişim:21.7.2014.
5. Tobacco advertisement marketing. [Internet] [http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/marketing/index.htm?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+cdc%2FGElA+\(CDC+-+Smoking+and+Tobacco+Use+-+Main+Feed\)](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/marketing/index.htm?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+cdc%2FGElA+(CDC+-+Smoking+and+Tobacco+Use+-+Main+Feed)). Erişim:22.7.2014.
6. Tobacco control measures. [Internet] <http://www.who.int/tobacco/control/en/>. Erişim: 02.07.2014

7. http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/EnforceAdvertisingBans_2012.png. Erişim:02.07.2014.
8. Aslan D, Seydioğulları M. Tütün reklamları, promosyonu ve sponsorluğuna yönelik yasaklar: Neredeyiz? Nasıl ilerleriz? STED 2012;21(6):326-33.
9. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003.
10. Callard C, Neil E Collishaw N E. Exploring vector space: Overcomingresistancetodirectcontrol of thetobaccoindustry. Tobacco Control 2012;21:291-2. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050198.
11. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni, 2012, sayı. 13142. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>. Erişim: 02.07.2014.
12. Kılınç O, Günay T. Türkiye tütün kontrolünde hangi noktada? Engeller ve çözüm önerileri. STED 2014;23:4-7.
13. Yıllar itibarıyla sigara iç satışı. [Internet] <http://www.tapdk.gov.tr/tr/piyasa-duzenlemeleri/tutun-mamulleri-piyasasi/tutun-mamulleri-istatistikleri.aspx>. Erişim:23.7.2014.
14. Joossens L, Raw M. TheTobacco Control Scale 2013 in Europe. Association of EuropeanCancerLeagues2014. [Internet] http://www.europeancancerleagues.org/images/TobaccoControl/TCS_2013_in_Europe_13-03-14_final_1.pdf. Erişim tarihi: 02.07.2014.
15. Aslan D, Şengelen M. Dünya Sağlık Örgütü 31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü konularının tütün kontrolü bakış açısıyla değerlendirilmesi. STED 2014;23(31 Mayıs Özel Sayısı):1-4.

TÜTÜN KONTROLÜ VE SİVİL TOPLUM ÖRGÜTÜ ÇALIŞMALARI NASIL OLMALI?

Pelin Şavlı Emiroğlu^a, Dilek Aslan^b

^aArş. Gör. Dr.,Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bProf. Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tütün kontrolü çalışmalarının oldukça fazla bileşeni mevcuttur. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi perspektifinden bakıldığında, bu çalışmalar içerisinde kamusal ve sivil yapılanmaların farklı, ancak eşgüdüm içerisinde sürdürülmesi gereken rolleri olduğu söylenebilir. Örneğin, gerektiğinde Kanun yapmak kamusal bir görev iken Kanun'un farkındalığının artırılmasına yönelik çabalar da daha ağırlıklı olarak sivil örgütlenmeler tarafından sürdürülebilir.

Tütün kullanımı ile mücadele kapsamında sivil örgütlenmelerin yerini tartışmadan önce bu konudaki resmi kaynaklı tanımlamayı da hatırlamakta yarar bulunmaktadır. Sivil Toplum Örgütü (STÖ) Türk Dil Kurumu tarafından toplumdaki çeşitli sorunları bağımsız olarak ele alıp kamuoyunu bilgilendirme ve aydınlatma görevi yapan, öneriler sunan her türlü birlik olarak tanımlanmaktadır (1). Sivil toplum örgütleri günlük yaşamda sivil toplum kuruluşu (STK) olarak da anılmaktadır. Sivil toplum örgütlerinin sayıca, amaç ve işlev açısından çok farklılık içinde olduğu bilinmektedir. Sağlığı ilgilendiren her konuda olduğu gibi tütün kullanımı mücadele açısından da çok farklı işlev ve sorumluluk üstlenen STK'lar bulunmaktadır. Bu denli çeşitlilik içinde olan kurumların ortak noktalarının "şeffaflık", "tütün kontrolü amaçlarında netlik", "kanıta dayalı yaklaşımları benimseme sorumluluğu ve rolü", "günceli takip etme" gibi konularda birleşmesi de bir ön koşul olmalıdır. Konu tütün kontrolüne daraltıldığında, "şeffaflık, tütün endüstrisi ile ilişkisi olmamak, tütün kontrolünde güncel bilimsel kanıtlar üzerinden çalışmaları sürdürmek" gibi ilkelerin ve yaklaşımların öne çıkması gerekir. Günümüzde tütün endüstrisinin de sivil toplum örgütleri üzerinden kendi amaçları doğrultusunda çalışmalarını sürdürdüğü bilinmektedir. Endüstrinin STK'ları toplumda var olmak için önemli "araçlar" olarak gördüğüne dair bilgiler mevcuttur (2). Endüstri taktikleri arasında da yer alan (3)bu yöntemle ilgili dikkatli olmak ve bu konuda toplum sağlığını korumak için güçlü yöntemler geliştirmek ve uygulamak gerekmektedir.

Tütün kullanımı ile mücadele toplumla birlikte kazanılabilecek bir mücadeledir. Bu mücadelede tarafsız, şeffaf, bilimsel ve toplumun güvenini kazanmış STK'larla dayanışma içinde olmanın başarı şansını artırması haklı bir beklentidir.

- ✓ "Bağımsızlık", "tarafsızlık", "şeffaflık" STK'ların önemli ve öncelikli işlevleri arasında olmalıdır. Burada kastedilen "tarafsızlık" ifadesinin "toplumda yana taraf olmak" anlamında kullanıldığı bilinmelidir.

- ✓ Bağımsızlık oldukça geniş kapsamlı bir kavramdır, STK'ların tütün kullanımı ile mücadele çalışmalarında özellikle ekonomik bağımsızlık mutlaka sağlanmalıdır.
- ✓ Sivil Toplum Örgütlerinin "izleyen/takip eden/gözleyen özelliği de süreklilik içinde yaşatılmalıdır.

Tanımlanan bütün bu beklentiler karşılanabildiğinde, STK'ların tütün kullanımı ile mücadelede doğru ve güçlü adımların atılmasına katkı sağlaması olasıdır. Aksi durumda STK'ların bu mücadeleye zarar vermeleri olasıdır.

Gerek Türkiye'de, gerekse başka ülkelerde STK'ların gücü aslında kamusal mekanizmaların bu gücün sesini dikkate alması ve toplum sağlığından yana olan tutumun talep ettiği doğru yaklaşımları yaşama geçirme konusundaki desteği ile de değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme ile de bağlantılı olarak, STK'ların haklı sesine kulak veren ve güçlü kamusal mekanizmaları olan bir toplumun gelişmişlik düzeyinin de daha iyi olduğunu öngörmek yanlış olmaz.

Sivil Toplum Örgütlerinin güçlü olabilmesi için atılması gereken bir başka adım da farklı alanlarda çalışan STK'ların benzer amaçlara yönelik olarak birlikte hareket edebilmesinin sağlanmasıdır. Örneğin, temel işlevini kadın hakları savunusu olarak belirlemiş bir STK'nın aynı zamanda kadın sağlığı için büyük tehdit oluşturan tütün kullanımı ile mücadele içinde yer alması değerlidir. Ya da kanser ile mücadeleyi birincil amaç olarak belirlemiş bir STK'nın, en önemli mücadele alanlarından birisinin tütün kullanımı ile mücadele olabilmesi anlamlıdır. Özellikle var olduğu ortak mücadelelerde temel işlevini yansıtan felsefesi ile birlikte olabilmek STK'ların gücünü artırmaya katkı sağlayacaktır. Ancak, STK'ların hangi alanlarda öne çıkmaları gerektiği de bir plan-program içinde olabilmesi gerekmektedir (4).

Son dönemlerde STK'ların tütün kullanımı ile mücadelesinin önemine dair vurgu Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nde de çizilmiştir. Sözleşme'nin ortaya çıkmasında ve küresel olarak geniş kabul görmesinde de STK'ların önemli işlevleri olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü önceki yöneticilerinden birisinin ifadesine göre STK'lar tütün kullanımı ile mücadelenin "doğal müttefikleridir". Sözleşme'ye göre, STK'ların özellikle FCTC'nin uygulanması noktasında önemli işleve sahiptir (5).

Tütün kontrolü ile ilgili olarak Türkiye'de çok sayıda STK çalışmalarını sürdürmektedir. Ülkemizde STK'ların birlikte çalışmalar yaptığı bir üst kurum da "Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi"dir. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi ulusal ve uluslararası iletişim kapasitesi ve konuya ilişkin uzman kadroları ile tütün kullanımı ile mücadelede adeta bir gözlemci/takipçi olarak da işlev görmektedir. Komite, 40'dan fazla STK ve kamusal kurumun tütün kontrolü amacıyla birlikte çalıştığı bir çatı örgütlenmedir (6). Bileşen kurumlar incelendiğinde, farklı işlevleri olan meslek örgütlerinin bulunduğu görülür. Örneğin, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) (7) de bağımsız meslek örgütü kimliği ile bu çatıda önemli bir sivil toplum örgütü rolünü üstlenmiştir. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Tütün ile Mücadele Çalışma Grubu aracılığı ile bilimsel ve toplumsal çalışmalarını eşgüdüm içinde sürdürmektedir.

Sonuç olarak, tütün kullanımı ile mücadelede STK'lar önemli işlevlere sahiptir. Özellikle endüstri ile mücadelede ve TKÇS'nin uygulanması sürecinde bağımsız,

tarafsız, şeffaf uygulamaları olan ve ilkesel olarak kanıta dayalı çalışmalarını sürdüren STK'ların güçlendirilmesi için çalışmaların artarak sürdürülmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GT.S.53d0ebd3f05592.79802775. Erişim: 2.8.2014.
2. Gonzalez M, Green LW, Glantz SA. Through tobacco industry eyes: civil society and the FCTC process from Philip Morris and British American Tobacco's perspectives. *Tobacco Control* 2012;21:e1. doi:10.1136/tc.2010.041657. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/4/e1.full.pdf+html>. Erişim:25.7.2014.
3. Dağlı E. TütünEndüstrisiTaktikleri. In: Aytemur, Z., Akçay, Ş., Elbek, O. (KonukEds) TütünveTütünKontrolüKitabında. TürkToraksDerneğiYayınları (Toraks Kitapları-10), Ocak 2010, pp 36-43.
4. Dunn J, Herron L, Adams C, Chambers S. EngagingNGOs in nationalcancercontrolefforts. *TheLancetOncology*October 2013;14(11):1044-6.
5. Sparks M. Governance beyond governments: the role of NGOs in the implementation of the FCTC. *Glob Health Promot*. 2010 Mar;17(1 Suppl):67-72. doi: 10.1177/1757975909358350.
6. <http://www.ssuk.org.tr/index.php?section=ssuk>. Erişim:25.7.2014.
7. <http://www.hasuder.org/anasayfa/>. Erişim: 2.8.2014.

TÜTÜN KONTROLÜ ÇERÇEVE SÖZLEŞMESİ VE M-POWER KAPSAMINDA TÜRKİYE’NİN KONUMU

Gamze Çan

Prof.Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tütün kullanımı, önemli ve önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde yılda 100 bin kişinin tütüne bağlı nedenlerle öldüğü ve tüm ölümlerin **%23’ünün** tütüne bağlı hastalıklar sebebiyle olduğu bildirilmektedir.

Ülkemizde tütünle mücadelede ilk yasal düzenleme 1996 yılında yapılmış ve 2004 yılında, DSÖ tarafından kabul edilen **Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi**, TBMM’de kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. 2006 yılında, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında yapılacak tüm çalışmaların planlanması ve tütün tüketiminin kontrol altına alınması için program hazırlanmış, 2007 yılında, Ulusal Tütün Kontrol Programı’nın bir bütün olarak uygulanması ve takibi ile ilgili faaliyetlerin illerde yürütülebilmesi için İl Tütün Kontrol Kurulları 81 ilde kurulmuştur.

2008 yılında, 4207 sayılı Kanunda değişiklik yapan 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” kabul edilmiş ve yürürlüğe girmiştir. Pasif içicileri korumaya yönelik, dumansız bir Türkiye oluşturmak adına tüm kapalı alanlarda (restoran, bar ve kafeler hariç) sigara tüketiminin yasaklanması amaçlanmış ve **“Dumansız Hava Sahası”** kampanyası başlatılmıştır. 19 Temmuz 2009 tarihinde, **tüm kapalı alanların yasaya dâhil olmasıyla** (lokanta, kahvehane, bar ve kafeler), Türkiye’de tüm kapalı alanların dumansız hale getirilmesi sağlanmıştır.

Ülkemizde tütünle kontrolü çalışmalarına destek olarak Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı hizmetleri verilmekte ve sigara bırakma poliklinikleri sigarayı bırakmak isteyen kişilere hizmet sunulmaktadır.

Tütünle mücadele kapsamında yapılan hizmetler sonucunda, 15 Yaş Üzeri Nüfusun Sigara içme oranı 2006 yılında **%33,4** iken bu değer 2012 yılı için **%27,1’e** gerilemiştir. 2008 yılına göre yaklaşık **2 milyon 200** bin kişi sigarayı bırakmış, kapalı alanlarda sigara dumanından pasif etkilenim **%60** ve yasak olmamasına rağmen evlerde sigara içenlerin oranı **%35** azalmıştır.

2008 ile 2012 yılları arasında Türkiye’de tütün kullanım prevalansı %31,2’den %27,1 değerine düşmüştür. Azalma hem erkeklerde (%47,9’dan %41,5’e) hem de kadınlarda (%15,2’den %13,1’e) olmuştur. Bu değişim, sigara içme sıklığında %13,4’lük azalma anlamına gelmektedir. 15 yaşından önce sigara içmeye başlayanların yüzdesi 2008 yılındaki %19,6 değerinden 2012 yılında %16,1 değerine düşmüştür.

Bütün kamusal kapalı alanlarda sigara dumanından pasif etkilenim sıklığında anlamlı düzeyde azalma olmuştur; en belirgin azalma restoranlarda gözlenmiştir (2008 yılında %55,9, 2012 yılında %12,9). Resmi dairelerde, sağlık kuruluşlarında ve toplu taşıma araçlarında sigara dumanından pasif etkilenim bakımından anlamlı azalma olmuştur. Erkeklerdeki azalma oranı restoranlarda %75,8, resmi dairelerde %45,9, sağlık kuruluşlarında %42,7 ve toplu taşıma araçlarında da %42,7 düzeyindedir. Aynı ortamlarda kadınlardaki azalma da sırası ile %78,4, %26,6, %29,8 ve %27,8 düzeyindedir.

Yasa kapsamında olmamakla birlikte evlerde pasif etkilenme düzeyinde de ciddi düzeyde azalma meydana gelmiştir; rölatif değişim %32,0 düzeyindedir.

Sigara satın almak için aylık harcama önemli şekilde artmıştır; aylık harcama 2008 yılında asgari ücretin %12,7'si düzeyindeyken 2012 yılında aylık sigara harcaması asgari ücretin %20,8'i düzeyine yükselmiştir.

Yasaya uyumun değerlendirildiği 2012 aralık - 2013 ocak arasında gerçekleştirilen ve üç büyük il ile 9 küçük ilde yapılan küresel tütün kontrol çalışmasında 898 mekan (37 üniversite, 134 okul, 135 resmi kurum, 52 alışveriş merkezi, 89 hastane, 171 restoran, 67 kafe, 120 kahvehane ve 79 bar ve gece kulübü) incelenmiş, 4395 kapalı alan değerlendirilmiş, 39936 kişi ile görüşülmüştür. Bu çalışmada bar ve gece kulüplerinde sigara içme sıklığı %80 oranında devam etmektedir. Resmi kurumlarda büyük illerde hiç görülmezken, küçük illerde %10 oranında sigara içimi olduğu bildirilmektedir. Yasaya uyumun en iyi %97 oranında üniversitelerde, en kötü de % 76 ile gece yarısı saatlerinde hastanelerde olduğu ifade edilmektedir. Genel olarak hastanelerde üniversiteler, okullar, hükümet binaları, alışveriş merkezleri, restoranlar, kafeler, ve yemek alanları dışında (<% 10) gözlenen sigara içimi oldukça düşük iken hastanelerde yemek alanlarında, geleneksel kahvehaneler ve barlarda çok yaygındır (21-50%). Genel olarak uyumun daha iyi olduğu hastaneler, okullar ve hükümet binalarının kafeteryalar ve yemek alanlarında uyumsuzluğun daha fazla olduğu görülmektedir. Geleneksel kahvehaneler bar ve gece kulüpleri gece yarısı saatlerinden önce daha az, gece yarısı daha fazla olmak üzere uyumun en bozuk olduğu mekanlar olarak tespit edilmiştir.

Tütünle Mücadelede Dünya Sağlık Örgütünün belirlediği kriterlere göre ülkemiz dünyada başarılı ilk 4 ülke arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye'yi tütün kontrolü çalışmaları konusunda başarılı bulmakta ve diğer ülkelere örnek göstermektedir. Özellikle bulaşıcı olmayan hastalıklara olan katkısı konusunda sonuçları değerlendirmektedir.

Ülke genelinde başarılı sonuçlar elde edilmesinin yanı sıra bazı uygulamalarla ilgili gerilemeler olduğu, özellikle müşteri kaybetme kaygısıyla çok sayıda iş yerinin cezayı ödemeyi göze alarak yasayı uygulamadığı veya kontroller sırasında sorunlar yaşandığı bildirilmekle birlikte genel olarak kontrol çalışmaları başarı ile yürütülmektedir. Tütün kontrol çalışmalarının tüm ülke genelinde birden yürütülüyor olması başarılı sonuçların alınmasında önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. Ancak bu yerel dinamiklerin farklılıkları sonuçlara da yansımaktadır. Ülkemizde tütün kullanım sıklığı halen oldukça yüksek olmakla

birlikte sonuçlar umut vericidir. Özellikle pasif maruziyetin kontrolü toplumda önemli destek görmektedir.

Kaynaklar

1. [Internet] <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15787/turkiyede-tutun-kontrolu-calismalari.html>. Erişim: 30.06.2014
2. [Internet] http://www.who.int/features/2012/ncd_turkey/en/. Erişim: 30.06.2014.
3. [Internet] <http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/yayinlarimiz.html> Erişim 17.08.2014.
4. Global Tobacco Control , John Hopkins Bloomberg School of Public Health, <http://globaltobaccocontrol.org/shelt> Erişim : 09.09.2014

Okuma İçin Güncel Web Sayfası Önerileri

1. Tobacco. [Internet] <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>. Erişim: 28.8.2014.
2. Tobacco. Free Initiative [Internet] <http://www.who.int/tobacco/en/>. Erişim: 28.8.2014.
3. World No Tobacco Day 2014. [Internet] <http://www.who.int/tobacco/wntd/en/>. Erişim: 28.8.2014.
4. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi. [Internet] <http://www.ssuk.org.tr/>. Erişim:28.8.2014.
5. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Tütün ile Mücadele Çalışma Grubu. [Internet] <http://hasuder.org/anasayfa/index.php/cal-sma-gruplar/tuetuen>. Erişim: 28.8.2014.
6. Smoking and Tobacco Use. [Internet] <http://www.cdc.gov/tobacco/>. Erişim:29.8.2014.
7. Havanı Kori. [Internet] <http://havanikori.org.tr/>. Erişim:29.8.2014.
8. Quitting tobacco. [Internet] <http://www.who.int/tobacco/quitting/en/>. Erişim:26.8.2014.
9. Implementing tobacco control. [Internet] <http://www.who.int/tobacco/control/en/>. Erişim:26.8.2014.
10. Tütün Kontrolü Çalışma Grubu (Türk Toraks Derneği) [Internet] <http://www.toraks.org.tr/subDefault.aspx?sub=189&menu=51>. Erişim:26.8.2014.

9. AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI

Bölüm Editörü

Doç.Dr. Zeliha Öcek, Ege Üni. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sunu

Ağız-diş hastalıkları dünyanın hemen tüm bölgelerinde en sık görülen sağlık sorunları arasındadır. Yaşam kalitesi açısından önemli kayıplara yol açan bu hastalıkların diyabet, kardiyovasküler hastalık, büyüme-gelişme geriliği, erken doğum gibi pek çok sağlık sorununun nedenselliğinde rol oynadığı gösteren kanıtların sayısı her geçen gün artmaktadır (1-2). Kronik ve yıkıcı özellikte olan ağız-diş sorunlarında tedavi genellikle hastalığın çok ilerlediği bir dönemde gerçekleşir. Tedavide gecikme ise maliyet artışı ile sonuçlanır (3). Üstelik diş tedavisi pahalıdır; Avrupa ülkelerinde sağlık sisteminin tüm maliyetleri içindeki ilk dört kalemden birini oluşturur (4). Diğer yandan, bu hastalıklar kolaylıkla ve etkin biçimde önlenebilir ve tedavi ile korumanın maliyeti arasında büyük farklar vardır (3, 5).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2003 tarihli Dünya Oral Sağlık Raporu (6) ağız-diş hastalığı yükünün en yoğun olarak dezavantajlı ülkelerin ve bu ülkelerdeki alt sosyal sınıflarının üzerinde olduğunu göstermiştir. Özellikle kentli yoksul çocuklar ağız-diş hastalıklarından en çok etkilenen grup olarak tanımlanmaktadır. Ağız-diş sağlığının sosyoekonomik değişkenler ile ilişkisini değerlendiren çalışmalarda sağlığın diğer alanlarına göre daha derin eşitsizlikler ile karşılaşmaktadır (7-9). Ağız-diş sağlığı sorunlarına yoksul ve eğitimsiz bireylerde daha fazla rastlanmakta, ama diş hekimliği hizmetlerine toplumun sadece sosyoekonomik açıdan avantajlı kesimleri erişebilmektedir (7-10). Bu durumun temel nedeni ağız-diş sağlığına yönelik bakış açısı ve diş hekimliği hizmetlerinin sağlık örgütlenmesi içindeki yeri ile ilişkilidir. Ertelenebilir hatta vazgeçilebilir bir hizmet olarak görülen diş hekimliği Türkiye'nin de dahil olduğu pek çok ülkede sağlık hizmetlerinin bütününden ayrı bir yapıda örgütlenmiş, sağlık güvencesi kapsamının büyük oranda dışında bırakılmış ve sağlığın diğer alanlarına göre piyasa mekanizmalarının etkilerine her zaman çok daha açık olmuştur (4,11, 12).

Türkiye Sağlık Raporu'nun bu bölümü yukarıda özetlediğimiz tablonun tipik bir örneği olan ülkemizin ağız-diş sağlığı açısından ne durumda olduğunu tanımlamayı amaçlamaktadır. Bu tanımlama ağız-diş sağlığı sorunlarının yaygınlığı ile başlamaktadır. Ulusal düzeydeki çalışmaların sonuçları özetlenmiş, son 10-15 yılda gerçekleştirilmiş olan yerel düzeydeki çalışmalara ait veriler sunulmuştur. Ardından, Türkiye'de diş hekimliği hizmetlerinin sunumu ve insangücü son on yılda gerçekleşen değişim ile birlikte irdelenmiş, Sağlık Bakanlığı'nın bu alanda giderek artan rolünün etkileri tartışılmış, ağız-diş sağlığı hizmetinin üretiminde yer alan çalışanların sağlık risklerini ve sorunlarını değerlendiren çalışmalar özetlenmiştir. Üçüncü bölüm, Türkiye'nin ağız-diş sağlığı sorunlarının çözümünde çok önemli bir yere sahip olan bir konuya ayrılmıştır; diş hekimlerinin toplum ağız-diş sağlığı eğitimi. Bu alanda ülkemizdeki öncü kurum olması nedeniyle ağırlıklı olarak İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Toplum Ağız-Diş Sağlığı Anabilim Dalı'nın deneyimi paylaşılmış, bunun yanı sıra diğer kurumlarda

gerçekleştirilen iyi uygulama örnekleri hakkında bilgi verilmiştir. Son iki bölüm ülkemizde toplum ağız-diş sağlığının geliştirilmesi amacıyla yürütülmüş ya da halen devam etmekte olan çalışmalara ayrılmıştır. Öncelikle farklı grupları hedefleyen ve çeşitli stratejilerden yararlanan çalışmalar bir araya getirilmiştir. Ardından toplum ağız-diş sağlığının geliştirilmesinde en önemli müdahale alanı olarak tanımlayabileceğimiz okul çalışmaları ayrı bir başlıkta tartışılmıştır. Ülkemizde okullarda çok sayıda önemli çalışma gerçekleştirilmiştir. Fakat yer darlığı nedeniyle bu raporda görece geniş ölçekli örneklerle öncelik verilmiştir.

Kaynaklar

1. Kim J, Amar S. Periodontal Disease and Systemic Conditions: A Bidirectional Relationship. *Odontology*. 2006 Sep;94(1):10-21.
2. Johnston L, Vieira AR. Caries Experience and Overall Health Status. *Oral Health Prev Dent*. 2014;12(2):163-70.
3. Guay, H.A. The Differences between Dental and Medical Care, American Dental Association, 2006; 137(6):801-6
4. Holst, D., Sheiham, A., Petersen, P.E. (2002). "Regulating Entrepreneurial Behaviour in Oral Health Care Services", in: R.B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos (ed.by), *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press
5. Grignon, M., Hurley, J., Wang, L., Allin, S. Inequity in a Market-based Health System: Evidence From Canada's Dental Sector, *Health Policy* 2010; 98(1):81-90
6. Dünya Sağlık Örgütü. (2003). World Oral Health Report. Ulaşım Tarihi 1 Ocak 2011, http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_fr.pdf
7. Edelstein 2009. Edelstein, B.L., Chinn, C.H. Update on Disparities in Oral Health and Access to Dental Care for America's Children, *Academic Pediatrics*, 9 (6):415-9
8. Geyer, S., Schneller, T., Micheelis, S. (2010). Social Gradients and Cumulative Effects of Income and Education on Dental Health in the Fourth German Oral Health Study, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38 (2):120-8
9. Shen J, Wildman J, Steele J. (2013) Measuring and Decomposing Oral Health Inequalities in an UK Population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 41(6):481-9.
10. Mejia G, Jamieson LM, Ha D, Spencer AJ. Greater Inequalities in Dental Treatment than in Disease Experience. *BMC Public Health* 2014 Aug 9;14(1):827.
11. Öcek Z., Coşkun E. Dünyada ve Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Pazarı Nereye Gidiyor? *Toplum ve Hekim* 2011; 26: 3, 199-218
12. Öcek Z, Vatansever K. Piyasa Mekanizmalarının ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Baskısı Altındaki Bir Sağlık Meslek Alanı: Diş Hekimliği. *Toplum ve Hekim* 2013; 28, 6, 449-458.

1. TÜRKİYE’DE AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI SORUNLARININ YAYGINLIĞI

Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Profili

Bahar Güciz Doğan^a, Senem Selvi Kuvvetli^b

^aProf. Dr., Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bDoç. Dr., Yeditepe Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği AD

Alma-Ata Deklarasyonu ile “Herkes İçin Sağlık” sloganı geniş bir kabul görmesine karşın (1), özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu slogana uygun faaliyetler tam anlamıyla uygulanamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Federation Dentaire Internationale (FDI) 1981 yılında Rio de Janeiro toplantısında ağız-diş sağlığı açısından 2000 yılında ulaşılması gereken küresel hedefleri benimsemiştir (2). 1984’de DSÖ Avrupa Bölgesi Ofisi 2000 yılında “Herkes İçin Sağlık” kapsamında temel 38 hedef belirlemiş ve 1992’de de bu hedefleri güncelleştirmiştir (3). Avrupa’da Sağlığı Geliştirme Faaliyet Programı’ndaki hedeflerden beşi ağız-diş sağlığı ile doğrudan ilgilidir. DSÖ, FDI ve International Association for Dental Reserach-IADR’ın ortaklaşa formüle ettiği 2020 yılı ağız-diş sağlığı hedefleri 2000’lerin başında yayımlanmış ve her ülkenin kendi koşullarına göre 2020 yılına dek ulaşmayı hedeflediği noktaları belirlemesi gerektiği karara bağlanmıştır. Ağız-diş sağlığı için DSÖ’nün 2020 yılı Avrupa Bölgesi’nin temel hedefi 12 yaş için DMFT’nin 1,5’ten fazla olmaması şeklinde belirlenmiştir (4).

Diş çürüğü, toplum ağız-diş sağlığının önemli bir problemidir. Tedavisi zor ve masraflıdır. Ayrıca bütün yaş gruplarının yaşam kalitesini etkilemektedir. Tüm dünyada, diş çürüklerinin ağızdaki tüm hastalıkların yüküne katkısının periodontal hastalıklara göre on kat daha fazla olduğu bilinmektedir (5). Çocuklarda diş çürüğü ise ağrı, rahatsızlık ve fonksiyonel kısıtlamalara yol açan, tedavi edilmemiş çürük kaviteleri ile karakterize “pandemik” bir hastalık olarak kabul edilmektedir (6). Ağız-diş sağlığı saha araştırmaları, toplumların ağız sağlığı durumunu ve tedavi gereksinimini en sağlıklı şekilde ortaya çıkaran çalışmalardır. Bu araştırmalar bölgesel ve ulusal programların oluşturulmasında ve ağız bakımı için gerekli personel sayısının planlanmasında temel bir veri tabanı sağlar ancak tespitlerin ve alınan önlemlerin etkilerini değerlendirmek ve yeni hedefler oluşturabilmek için bu çalışmaların belirli aralıklarla tekrarlanması gereklidir.

DSÖ son 20 yılda üye ülkelerin uluslararası bir karşılaştırma yapabilmeleri için standart bir metodoloji kullanmalarını sağlamaya çalışmakta, araştırmalarda belirli yaş ya da yaş bantlarının kullanılmasını önermektedir. Bu amaçla önerilen yaşlar 5-6, 12, 15, 35-44 ve 65-74 olarak sıralanmaktadır (7).

Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili-2004 Araştırması

Ülkemizde ağız-diş sağlığı düzeyini belirlemek için gerekli olan verilerin “sağlıklı” bir şekilde toplanmasına elveren bir kayıt sistemi henüz mevcut değildir. Bu nedenle ülke geneli ile ilgili durumun ortaya çıkarılabilmesi için durum saptama araştırmalarına gerek vardır. Türkiye genelinde ilk ağız-diş sağlığı düzeyi belirleme araştırmasını 1988’de Saydam, Oktay ve Möller yapmıştır (8). Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili-2004 Araştırması’nın nihai hedefi, ağız-diş sağlığı düzeyi gelişmiş ülkelere benzer bir toplum yaratmaktır (9). Bu hedefe ulaşabilmek için ülkenin ağız-diş sağlığı durumunun ve Türkiye tarafından da benimsenmiş olan, DSÖ’nün “Herkes İçin Sağlık 2000” hedeflerine ulaşma düzeyinin öğrenilmesi elzemdir.

Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili-2004 Araştırması’nda tedavi edilmemiş çürük yüzdesinin, ortalama dolgulu, çürük ve kayıp diş sayısı ile ortalama diş sayısının, dişsizlik yüzdesinin, DMFT indeksinin, toplumsal periodontal indeksin (CPI), ataçman kaybının, önemli çürük indeksinin (SiC), dental flüorozis prevalansının, ortalama çürük, dolgulu, kayıp diş, dental flüorozis ve periodontal durumunun cinsiyete ve yerleşim yerine göre dağılımının, ağız-diş sağlığı tedavi gereksiniminin belirlenmesi ve toplumda ağız sağlığı ve beslenmeye ilişkin bazı özelliklerin saptaması amaçlanmıştır (9).

Araştırma evrenini DSÖ’nün önerdiği yaş bantlarındaki Türkiye nüfusu oluşturmaktadır. İndeks yaşlarda ülkeye ve kır-kente göre genellenebilir verilere ulaşabilmek için her indeks yaş grubundan 1.500 kişiye (toplam 7.500 kişi) ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın örneği, Türkiye İstatistik Kurumu’nca, orantılı tabakalı küme örnekleme yöntemi ile seçilmiş, 81 ilin 68’inde, 250 küme örneğe çıkmıştır. Veriler, bu çalışma için geliştirilmiş ve ön denemesi yapılmış olan bir anket formu ve bir muayene formu aracılığı ile toplanmıştır. Veriler, usta eğitimcilere göre kalibre olmuş (en az %80 düzeyinde) Diş Hekimliği Fakültesi 4. ve 5. sınıf öğrencileri (toplam 27 kişi) tarafından toplanmıştır. Araştırmanın sonunda, toplam 6.834 haneye ulaşılarak 29.403 hane halkı hakkında temel demografik bilgiler toplanmış, 7.833 kişi muayene edilerek anket formu uygulanmıştır (9).

Bütün yaşlarda kız çocuklarının yüzdesi %47,4 ile %48,5 arasındadır; 35-44 yaşlarda kadınlar %69,2, 65-74 yaşta %53,3’tür. Bütün yaşlardaki bireylerin yaklaşık dörtte birinin sağlık güvencesi yoktur. Muayene edilen bireylerin 3/4 - 4/5’i öğün atlamaktadır ve atlanan öğün de çoğunlukla öğle öğünüdür. Her yaşta öğün arasında atıştırma alışkanlığı yüksek düzeydedir ve en çok tüketilen yiyecek/içecekler şekerli olanlardır (10-11).

Beş yaşta %22,4 olan diş fırçası olmama sıklığı adolesan yaşta %9,2’ye dek gerilemekte, erişkin yaşta %15,9’a, yaşlı grupta %39,2’ye yükselmektedir. Ancak günde en az iki kez diş fırçalama alışkanlığı çok düşük düzeydedir (5 yaşta %25,8; 12 yaşta %33,3; 15 yaşta %38,3; 35-44 yaşta 22,2 ve 65-74 yaşta %34,7). On beş yaşta (%41,1) ve 12 yaşta (%41,4) benzer olan hiç diş hekimine gitmeyenlerin yüzdesi, 5 yaşta %82,1’e yükselmekte, ilerleyen yaşla düşmektedir. Son bir yıl içinde diş hekimine gitme yüzdesi artan yaşla birlikte azalmaktadır (Tablo 1). Diş hekimine düzenli olarak kontrol için gitme yüzdesi çok düşüktür (5 yaşta %12,1,

65-74 yaşta %0,1). Çekim, ağrı ve dolgu bütün yaşlar için diş hekimine en son gitme nedenleri arasında ilk beş neden içine girmektedir. Yaşlılarda ise protez yapdırma birinci sıradaki nedendir (10-11).

Çürük prevalansı 5 yaşta %69,8'den, 12 ve 15 yaşlarda %60'lar düzeyine düşmekte, 35-44 yaşta %73,8'e yükselmektedir. 65-74 yaşta yüksek dişsizlik prevalansı nedeniyle, çürük prevalansının göreceli olarak daha düşük (%59,3) olduğu belirlenmiştir. Ağzında en az bir kayıp dişi olan kişilerin sıklığı 5 yaşta en düşüktür (%3,4) ve beklendiği şekilde yaşla birlikte artmaktadır. Erişkin grupta hiç diş kaybı olmayan kişilerin sıklığı %8,4, yaşlı grupta yalnızca %0,9'dur. Dolgulu diş prevalansı da artan yaşla birlikte artmakta, 65-74 yaşlarda kayıp dişlerin artmasına bağlı olarak azalmaktadır (sırasıyla %2,1, %6,5, %12,4, %29,5 ve %14,8). DMFT, çocuklar arasında 12 yaşta en düşüktür (1,9 ±2,2). 35-44 yaşta 10,8'e, 65-74 yaşta 25,8'e yükselmektedir; çocukluk çağında DMFT'nin en yüksek bileşeni çürük diş sayısı iken, erişkin ve yaşlı popülasyonda kayıp dişdir (Tablo 2) (10-11).

15 yaştakilerin %56,2'sinin, 35-44 yaştakilerin %15,7'sinin, 65-74 yaştakilerin %14,3'ünün periodontal dokuları sağlamdır. En sık rastlanan periodontal sorun diş taşıdır. Ataçman kaybı incelendiğinde, sağlıklı dokuya sahip olanların en az olduğu grup 65-74 yaş grubu olduğu görülmüştür. Yaş azaldıkça sağlıklı dokuya sahip olanların yüzdesi artmaktadır (15 yaşta %98,9). Erişkin yaş grubundakilerin %2,6'sının, 65-74 yaştakilerin ise yarıya yakınının (%48,0) dişsiz olduğu saptanmıştır (10-11).

2004 araştırması sonuçlarına göre, ülkemizde 5 yaş grubunda çürük prevalansı hala çok yüksek düzeyde olup, 2000 yılı hedeflerinin dahi gerisindedir. Bu yaş grubunda belirlenen dmft de gelişmiş ülkelere göre çok yüksektir. Türkiye'de DSÖ ile birlikte yürütülen 1988 çalışmasının sonuçlarına göre, DSÖ 2000 yılı küresel hedefleri arasında öngörülen 12 yaş için DMFT'nin en fazla 3 olma hedefine ulaşılabildiği görülmüştür. DSÖ Avrupa Bölgesi'nin 12 yaş için 2010 yılında DMFT'nin 2 olması hedefine ise 2004 çalışması sonuçlarına göre ulaşılabildiği saptanmıştır. Birçok ülkede 12 yaşındaki çocuklarda diş çürüğü incelendiğinde, çürüksüz bireylerin prevalansı çok yüksek olsa bile, DMFT değerlerinin hala yüksek olduğu görülmektedir. Ortalama DMFT değerleri çürük dağılımını tam olarak gösteremediğinden, değer düşük olduğunda çürüğün kontrol altında olduğu gibi yanlış bir sonuca varılabilir. Aslında, o toplumda çok sayıda çürüğü olan bireyler de bulunmaktadır. Çürük sayısı fazla olanlara dikkat çekmek için DMFT'nin yanı sıra "önemli çürük indeksinin (significant caries index-SiC) kullanılması önerilmektedir. Türkiye çalışmasında 12 yaşta DMFT 1,9 iken, SiC indeksi 4,33 olarak hesaplanmıştır; bu değer 2015 yılı için hedeflenen 3 sayısının oldukça üstündedir (10).

Ülkemiz genelindeki ağız-diş sağlığı durumunu gösteren 1988 ve 2004 çalışmaları sonuçlarına göre, 12 yaştan 15 yaşa gelindiğinde DMFT bir yükseliş göstermekle birlikte, 1988'de 15 yaş için 4,14 olan DMFT 2004'te 2,3'e düşmüştür. Ancak 2000 hedefleri arasında olan "18 yaşındakilerin %85'inin tüm dişlerine sahip olması" durumuna henüz erişilemediği 2004 çalışmasında görülmüştür (15 yaş için 2004 Türkiye çalışması sonuçlarına göre tüm dişlere sahip olma yüzdesi %83,3'tür).

2004 Türkiye çalışmasında 35-44 yaş grubunda ortalama DMFT 11,2 olup, 1988 Türkiye çalışmasının sonuçlarına göre (11,59) düşüktür; çürük diş (D) düzeyi ise Avrupa'nın ortalama değerlerine yakın bir değer olarak 2,9 bulunmuştur. Türkiye'de 65-74 yaş grubunda 1988'de 28,76 olarak saptanan DMFT değeri, 2004 çalışmasında 25,8 olarak bulunmuştur. Ülkemizde 65-74 yaşta kök çürüğü prevalansı %28,4'tür. Dişsizlik prevalansı %78'den, DSÖ 2000 yılı hedeflerinde öngörülen düzeyin altına, %48,0'a düşmüş ancak fonksiyonel diş sayısı olan 21 ve üstü sayıda dişe sahip olanların yüzdesi ancak %12,4'e erişebilmiştir. Günümüzde Avrupa'da periodontal hastalıkların 10-15 yıl önceye göre daha az görüldüğü belirlenmiştir. Türkiye'de 1988'de yapılan çalışmada 35-44 yaş grubunda periodontal açıdan sağlıklı olma prevalansı %3,04 iken, bu çalışmada %15,5 olarak bulunmuştur. Aynı şekilde 65-74 yaş grubunda da bu prevalansın 1988 yılında %3,75'ten, 2004 çalışmasında %11,6'ya yükseldiği görülmüştür.

Tedavi gereksinimi değerlendirmelerine göre, bütün yaşlarda tedavi gereksinimi olan dişlerde restorasyon gereksinimlerinin çok yüksek olduğu görülmüştür. Genel olarak çocuk yaş gruplarının üçte birinden fazlasında herhangi bir tedaviye gereksinim yoktur. Herhangi bir tedaviye gereksinimi olmayanların yüzdesi erişkinlerde %18,5'e, yaşlılarda ise %3,8'e kadar düşmektedir. Gereksinim erişkinlerin %73,3'ünde restorasyon biçimindedir. Dişlerde en yüksek düzeyde çekim gereksinimi olan grup 65-74 yaş grubudur (%18,8) (12).

Tablo 1. Araştırma kapsamında muayene edilen kişilerin indeks yaşa, ağız hijyeni alışkanlıklarına ve diş hekimine gitme durumuna göre dağılımı (Türkiye, 2004)

Ağız hijyeni alışkanlıkları	İndeks yaşlar				
	5 yaş	12 yaş	15 yaş	35-44 yaş	65-74 yaş
<u>Diş fırçası</u>	(n=1539)	(n=1611)	(n=1507)	(n=1631)	(n=1545)
Yok	21,2	9,4	8,5	14,5	38,4
Var, paylaşıyor	1,2	1,2	0,8	1,4	0,8
Var, kendisine ait	77,6	89,4	90,8	84,0	60,9
<u>Diş fırçalama sıklığı</u>	(n=1213)	(n=1549)	(n=1381)	(n=1393)	(n=953)
Günde 2+ kez	25,8	33,3	38,3	22,2	34,7
Günde 1 kez	29,2	22,1	23,5	28,5	24,7
Fırçalamıyor	45,0	44,6	38,2	49,2	44,1
<u>Hiç diş hekimine</u>	(n=1539)	(n=1611)	(n=1507)	(n=1631)	(n=1545)
Gitmemiş	82,1	41,4	41,1	4,9	1,6
Gitmiş	17,9	58,5	58,9	95,1	98,4
<u>En son diş hekimine gitme zamanı</u>	(n=275)	(n=943)	(n=888)	(n=1551)	(n=1520)
≤ 1 yıl	85,8	61,3	52,1	42,6	20,2
> 1 yıl	14,2	38,7	47,9	57,4	79,8

Tablo 2. Araştırma kapsamında muayene edilen kişilerin temel ağız diş sağlığı ölçütleri dağılımı (Türkiye, 2004)

İndeks yaşlar	Çürük kron*	Çürük kök*	Kayıp diş	Dolgulu diş*	DT/dt	MT/mt	FT/ft	dmft/DMFT	Toplam diş sayısı
5 yaş (n=1539)	69,8	**	3,4	2,1	3,6±3,9	0,05±0,3	0,05±0,4	3,7±3,9	20,5±1,3
12 yaş (n=1611)	61,1	**	7,9	6,5	1,7±2,1	0,1±0,5	0,1±0,5	1,9±2,2	26,5±1,9
15 yaş (n=1507)	61,2	5,2	16,2	12,4	1,8±2,3	0,2±0,6	0,3±1,0	2,3±2,5	27,6±1,0
35-44 yaş (n=1631)	73,8	20,1	91,6	29,5	2,9±3,1	7,4±6,8	0,9±2,2	10,8±6,9	3,6±6,6
65-74 yaş (n=1545)	59,3	28,4	99,1	14,8	1,0±2,1	24,6±9,4	0,2±1,1	25,8±8,5	7,0±9,1

* Dişsizler analize dâhil edilmemiştir; 35-44 yaş için n=1589, 65-74 yaş için n=804.

** Bu yaş grubunda incelenmemiştir.

Tablo 3. Diş çürüğü ve periodontal hastalıklar açısından DSÖ 2000 hedefleri ve Türkiye çalışmaları sonuçları (1988, 2004)

2000 yılı hedefleri	1988 Türkiye Araştırması	2004 Türkiye Araştırması
5-6 yaş grubundakilerin %50'si çürüksüz olmalı	Çürüksüzlük prevalansı: %12	Çürüksüzlük Prevalansı: %30,2
12 yaşta DMFT≤ 3 olmalı	DMFT= 2,7	DMFT= 1,9
18 yaşındakilerin %85'i tüm dişlerine sahip olmalı	15-19 yaştakilerin %43'ü tüm dişlerine sahip	15 yaştakilerin %83,3'ü tüm dişlerine sahip
35-44 yaş grubunda dişsizlik %50 azaltılmalı	Dişsizlik prevalansı: %2,7	Dişsizlik prevalansı: %2,6
65-74 yaş grubunda dişsizlik %25 azaltılmalı	Dişsizlik prevalansı %75	Dişsizlik prevalansı %48
18 yaştakilerin %90'ının en az 3 sağlıklı sekstanta sahip olması (CPI= 0)	15-19 yaşta %67,22	15 yaşta %78,0
35-44 yaş grubunun %75'inin en az 3 sağlıklı sekstanta sahip olması (CPI=0)	%14,3	%33,9
65+ yaş grubunda derin cep varlığının %10'u geçmemesi (CPI=4, +)	%18.8	%11.0

Son 10 Yılda Ülkemizde Durum

Raporun bu bölümünde, yöresel olarak yapılmış ve literatüre girmiş bazı saha çalışmalarının sonuçları sunulacaktır.

Diyarbakır'ın bir ilçesindeki yatılı bölge okulunda 2006 yılında yapılan bir araştırmada muayene edilen 9-17 yaş arası (ortalama yaş 13,03+1,73) toplam 120 çocuğun, ortalama DMFT 0,74+1,28 ve çürük prevalansı ise %35 olarak belirlenmiştir (13).

Denizli'deki bütün ilkokul 2. sınıf öğrencilerinin muayenelerinin hedeflendiği ve 2008 yılından başlayarak üç yıl üst üste tekrarlanan bir çalışmanın sonuçlarına göre hiç diş hekimine gitmemiş olma sıklığı %45,6 ile %39,5 arasında değişmektedir. Çocukların dörtte biri dişlerini günde iki kez fırçalamaktadır. Her üç yılda da çocukların %10 kadarının bütün dişlerinin sağlam olduğu belirlenmiştir. Süt dişlerinde en az bir çürük olma sıklığı %83, kalıcı dişlerinde en az bir çürük saptanma sıklığı ise %41,4-%38,8'dir. Süt dişleri için hesaplanan dmft indeksi 4.42±2.98, kalıcı dişler için hesaplanan DMF-t indeksi ise 0.94±1.37'dir (14).

İstanbul'da 2009 yılında bir ilköğretim okuluna devam eden 12-13 yaşındaki 99 öğrenci üzerinde yapılan bir araştırmada DMFT değeri 6,85 olarak saptanmıştır (15).

Eskişehir'de 2010 yılında 12 ilköğretim okulunda, okul sağlığı çalışmaları kapsamında yapılan tarama sonunda 1., 2., 7. ve 8. Sınıflarda toplam 1405 öğrenci muayene edilmiş, çürük diş sayıları ile makoklüzyon durumu değerlendirilmiş, çocukların %64,8'inde diş çürüğü saptanmıştır (16).

Dokuz Eylül Üniversitesi'ne bağlı kreşlerde yaşları 3-6 yaş arasında değişen 145 çocuğun değerlendirildiği 2010 yılında yapılan başka bir çalışmada çürüğü prevalansı %29,7, dolgulu diş olma sıklığı %5,5, toplam dft değeri 0,96, olarak saptanmıştır (17).

2010 yılında Bolu'da ilkokul 1. sınıf öğrencilerinde yapılan okul taramalarında 1.854 öğrenci muayene edilmiş, %51,3'ünde diş çürüğü olmadığı belirlenmiştir (18).

Ankara'da (2013) 5-9 yaş arası 245 çocuğun ağız diş sağlığı düzeyinin değerlendirildiği bir başka çalışmada dmft 5,3±3,78, DMFT 0,27±0,74, çürük diş ortalaması 3,9±3,46, dolgulu diş ortalaması 1,0±1,70, kaybedilmiş diş ortalaması 0,36±0,88 olarak saptanmıştır (19).

İsparta'da 11-12 yaş grubu 1.041 öğrencinin değerlendirildiği çalışmada çocukların %35'inin daimi dişlerinde tedavi edilmemiş çürük lezyonu saptanmıştır. Sıfır DMFT prevalansı %59 iken, çürük nedeniyle daimi dişlerinden en az birini çekirtme prevalansı %2,8'dir. Ortalama DMFT değeri 0,86, önemli çürük indeksi değeri ise 2,3 olarak belirlenmiştir. Çocukların %39'unda hafif, %6'sında orta ve %1'inde şiddetli flüorozise rastlanmıştır (20).

İzmir'in bir ilçesinde 823 öğrencinin (11-13 yaş) muayene edildiği bir çalışmada DMFT 1,55±1,43, en az bir çürük dişi olan öğrencilerin yüzdesi %60,3, DMFT=0 olanların yüzdesi %31,1 olarak bulunmuştur (21).

İstanbul'un farklı bölgelerindeki anaokullarında eğitim gören 5-6 yaşta 407 çocuğun bir Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniği'nde muayene edildiği bir çalışmada (2011) %45,8'inin süt dişlerinde çürük gözlenmiş, ortalama dft ve dfs skorları ise 1,84±2,7 ve 2,20±3,7 olarak hesaplanmıştır. Çocuklardan %32,3'ünün dft skorları 1-5, %12,1'inin 6-10 ve %1,4'ünün de 11 ve üzerinde olduğu saptanmıştır (22). Yine İstanbul'un bir ilçesindeki anaokullarına devam eden 5-6 yaşlarındaki 300 çocuğun değerlendirildiği bir başka çalışmada (2008), muayeneler klinik ortamda yapılmış, çocukların %54'ünün çürüksüz olduğu belirlenmiş, ortalama dft ve dfs skorları 1,93±0,17 ve 2,47±0,29 olarak hesaplanmıştır (23).

Malatya'da yaşayan çocukların ağız-diş sağlığını değerlendirmek ve koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin önemini vurgulamak amacı ile 2013'de yürütülen bir çalışmaya, değişik sosyoekonomik düzeylerdeki 6 okulun 7-14 yaş grubundaki toplam 856 öğrencisi dâhil edilmiştir. Çalışmada, 7-12 yaş grubunda ortalama DMF-T ve dmft değerleri sırasıyla 1,39±1,98 ve 2,38±2,84 iken, 13-14 yaş grubunda DMF-T değeri 2,82±2,3 bulunmuştur. Çürük prevalansı ise %82,6 olarak; günde 2 ve daha çok kez diş fırçalama yüzdesi %31,0 iken, hiç diş fırçalamama yüzdesi %7,9 olarak tespit edilmiştir (24).

Erzurum'da 2013 yılında 4-6 yaş grubu çocuklarda erken çocukluk dönemi çürüklerinin dağılımının ve çürüklerin frekansının belirlenmesi amacı ile yürütülen bir çalışmada, farklı sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarının gittiği okul öncesi eğitim kurumlarından 4-6 yaş grubu 202 çocuğun ağız içi muayeneleri yapılmıştır. dmft indeksi, çürük frekansı ve restoratif indeks değerleri sırasıyla, kızlarda 3,2±3,78, 62, 2,8 ve erkeklerde 4±3,65, 78,2, 6,7 olarak belirlenmiştir. 100 çocuk başına düşen kayıp süt dişi sayısı, ortalama deft ve deft indeksi sırasıyla 0,76, 6,31±8,66 ve 7,3 olarak kaydedilmiştir (25).

Ekim 2011-Mayıs 2012 tarihlerinde Kırklareli'ne bağlı 8 ilçede farklı sosyoekonomik düzeye sahip 119 ilköğretim okulunun 1-3. sınıflarına giden 7-9 yaşlarındaki 10.244 öğrenci ağız sağlığı yönünden değerlendirilmiştir. Öğrencilerde çürük sayısı ortalaması 3, DMFT 3,29, df indeksi 3,15 olarak bulunmuştur (26).

Son on yılda erişkin veya yaşlıları kapsayan saha çalışmaları çok sınırlıdır. Erişkinlere ilişkin bulunabilen bir çalışmada ağız sağlığı durumu muayene olmaksızın anket ile öğrenilmiştir. Bu çalışmada Adana'nın dört köyünde ağız-diş sağlığı hizmet gereksinimini belirlemek amacıyla 411 erişkin anket uygulanmıştır. Bireylerin ilk üç sırada belirttikleri diş sorunları çürük (%64,0), diş eksikliği (%54,3) ve diş eti hastalıklarıdır (%46,7). Grubun beşte birinden fazlası hiç diş hekimine gitmemiştir; %36,3'ü dişlerini fırçalamamaktadır (27).

Ağız-diş hastalıklarının özellikle de diş çürüklerinin tedavisi hem gelişmiş, hem gelişmekte olan ülkelerde önemli bir maddi yüke yol açmaktadır ve endüstrileşmiş ülkelerde tüm sağlık için ayrılan kaynağın %5-%10'una karşılık gelmektedir. Birey

ve hükümet düzeyinde ağız-diş sağlığı masrafları, koruyucu programların uygulanması ile azaltılabilir. Halk sağlığı açısından okul öncesi ve okul çağındaki çocuklar en öncelikli grupları oluşturmaktadır. Ağız-diş sağlığını koruyan ve geliştiren programların ağız-diş hastalıklarında önemli bir azalma sağlayarak harcamalarda etkili bir düşüş sağladığı gösterilmiştir.

Tablo 4. 2005-2013 Yılları Arasında Yapılmış ve Yayınlanmış Araştırma Sonuçları
(Çürüksüzlük yüzdesi)

Yaş	Yıl	Yapıldığı İl	Çürüksüzlük Yüzdesi
9-17 yaş	2006	Diyarbakır	%65
7 yaş	2008-2009	Denizli (kentsel)	Kalıcı dişler: %58,6 Süt dişleri : %16,2
7 yaş	2009-2010	Denizli (kentsel)	Kalıcı dişler: %57,2 Süt dişleri : %16,3
7 yaş	2010-2011	Denizli (kentsel)	Kalıcı dişler: %61,2 Süt dişleri : %16,8
6-7 ve 13-14 yaşlar	2010	Eskişehir	%35,2
3-6 yaş	2010	İzmir (kentsel)	%70,3
6 yaş	2010	Bolu	%51,3
11-12 yaş	2010 (Yay.Tar.)	Isparta	Kalıcı dişler: %65,0
11-13 yaş	2013 (Yay.Tar.)	İzmir (ilçe)	%39,7
7-14 yaş	2012	Malatya	%17,4
4-6 yaş	2013	Erzurum	%38,0 (kız); %21,8 (erkek)

Tablo 5. 2005-2013 Yılları Arasında Yapılmış ve Yayınlanmış Araştırma Sonuçları (DMFT)

Yaş	Yıl	Yapıldığı İl	<u>DMFT</u>
9-17 yaş	2006	Diyarbakır	0.74+1.28
7 yaş	2008-2009	Denizli (kentsel)	1,04 ± 1,43 (kızlarda daha yüksek)
7 yaş	2009-2010	Denizli (kentsel)	1,11 ± 1,46
7 yaş	2010-2011	Denizli (kentsel)	0,94 ± 1,37
12-13 yaş	2009	İstanbul	6,85
5-9 yaş	2012	Ankara	0,27 ± 0,74
11-12 yaş	2010 (Yay.Tar.)	Isparta	0,86 (SiC= 2,3)
11-13 yaş	2013 (Yay.Tar.)	İzmir (ilçe)	1,55 ± 1,43
7-12 yaş	2012	Malatya	1,39 ± 1,98
13-14 yaş	2012	Malatya	2,82 ± 2,30
7-9 yaş	2011-2012	Kırklareli	3,29

Tablo 6. 2005-2013 Yılları Arasında Yapılmış ve Yayınlanmış Araştırma Sonuçları (dmft)

Yaş	Yıl	Yapıldığı İl	<u>dmft</u>
7 yaş	2008-2009	Denizli (kentsel)	4,34 ± 2,98 (erkeklerde daha yüksek)
7 yaş	2009-2010	Denizli (kentsel)	4,45 ± 3,00
7 yaş	2010-2011	Denizli (kentsel)	4,42 ± 2,98
5-9 yaş	2012	Ankara	5,30 ± 3,78
3-6 yaş	2010	İzmir (kentsel)	0,96
7-12 yaş	2012	Malatya	2,38 ± 2,84
4-6 yaş	2013	Erzurum	3,20 ± 3,78 (kız) 4,00 ± 3,68 (erkek)

Tablo 7. 2005-2013 Yılları Arasında Yapılmış ve Yayınlanmış Araştırma Sonuçları
(Diğer ölçütler)

Yaş	Yıl	Yapıldığı İl	<u>Diğer ölçütler</u>
7 yaş	2008-2009	Denizli (kentsel)	%39,5 (hiç diş hekimine gitmeyenler)
7 yaş	2009-2010	Denizli (kentsel)	%45,6 (hiç diş hekimine gitmeyenler)
7 yaş	2010-2011	Denizli (kentsel)	%41,4 (hiç diş hekimine gitmeyenler)
7 yaş	2008-2009	Denizli (kentsel)	%7,0 (hiç diş fırçalamayanlar) %21,5 (günde 2 kez fırçalayanlar)
7 yaş	2009-2010	Denizli (kentsel)	%6,3 (hiç diş fırçalamayanlar) %22,5 (günde 2 kez fırçalayanlar)
7 yaş	2010-2011	Denizli (kentsel)	%6,2 (hiç diş fırçalamayanlar) %24,8 (günde 2 kez fırçalayanlar)
7-14 yaş	2012	Malatya	%7,9 (hiç diş fırçalamayanlar) %31,0 (günde 2 kez fırçalayanlar)
5-9 yaş	2012	Ankara	3,90 ± 3,46 (ort.çürük sayısı) 1,00 ± 1,70 (ort. dolgu sayısı) 0,36 ± 0,88 (ort. kayıp sayısı)
11-12 yaş	2010 (Yay.Tar.)	Isparta	%29 (hafif flüorozis) %6 (orta şiddette flüorozis) %1 (şiddetli flüorozis) %59,0 (DMFT= 0; 11-12 yaş) %2,8 (kayıp prevalansı)
11-13 yaş	2013 (Yay.Tar.)	İzmir (ilçe)	%31,1 (DMFT= 0)
3-6 yaş	2010	İzmir (kentsel)	Hiç kayıp diş yok
7-9 yaş	2011-2012	Kırklareli	3,15 (dft ortalaması) 3 (çürük diş ortalaması)

Kaynaklar

1. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Erişim tarihi: 12.09.21014.
2. Federation Dentaire Internationale/World Health Organization. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J 1982; 32(1):74-7.
3. Resolution WHA34.36: Global Strategy for Health for All by the Year 2000. In: Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the

- Executive Board, Volume II, 1973–1984. Geneva, World Health Organization, 1985.
4. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* (2003) 53, 285–288.
 5. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1980 and projected to 2020. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1996.
 6. Edelstein B. The dental caries pandemic and disparities problem. *BMC Oral Health* 2006, 15(Suppl 1):2.
 7. WHO. Oral Health Surveys Basic Methods. Fifth Edition. ISBN 978 92 4 154864 9 (NLM classification: WU 30), 2013.
 8. Saydam G, Oktay İ, Möller, I. Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi-Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1990.
 9. 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.
 10. Gökalp S, Güçiz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Beş, On İki ve On Beş Yaş Çocukların Ağız Diş Sağlığı Profili, Türkiye-2004. Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi 2007; 31(4): 3-10.
 11. Gökalp S, Güçiz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili Türkiye-2004. Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi 2007; 31(4): 11-18.
 12. Güçiz Doğan B, Gökalp S. Türkiye’de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Gereksinimi, 2004. Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2008; 32(2): 45-57.
 13. Dülgergil T, Soyman M, Civelek A, Ercan E, Okur Ercan M. Güneydoğu Anadolu Kırsalında Yaşayan Çocuklarda Değişik Koruyucu Uygulamaların Değerlendirilmesi: 24 Aylık Saha Çalışması Sonuçları. Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. Cilt:16, Sayı: 2, Yıl: 2006, Sayfa: 26-32.
 14. Yurdasala B, Bozkurt Al, Öz İ, Tanrıverdi S, Taş E, Nalbant M. Denizli Ağız Diş Sağlığını Geliştirme Projesi; 3. Yıl Sonuçları. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(1).
 15. Köse S, Güven D, Mert E, Eraslan E, Esen S. 12-13 Yaş Grubu Çocuklarda Oral Hijyen Eğitiminin Etkinliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13: 4.
 16. Kalyoncu C, Metintas S, Balız S, Arıkan İ. Eğitim Araştırma Bölgesinde İlköğretim Öğrencilerinde Sağlık Düzeyleri ve Okul Tarama Muayeneleri Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull* 2011; 10(5): 511-518
 17. Kılınç G, Koca H, Ellidokuz H. 3-4 Yaş Grubu Çocukların Ağız Sağlık Durumlarının İki Yıllık Takibi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2013; 27(1): 25-31.
 18. Gücük S, Dudak AH. İlköğretim Birinci Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Taramalarının Değerlendirilmesi: Bolu İli Örneği. *TAF Prev Med Bull* 2012; 11(5): 565-570.

19. Köksal E, Tekçiçek M, Yalçın SS, Tuğrul B, Yalçın S, Pekcan G. Association Between Anthropometric Measurements and Dental Caries in Turkish School Children. *Cent Eur J Public Health* 2011; 19(3):147-151.
20. Uzer Çelik E, Çelik B, Önal S, Örmeci A, Ulutaş H. Isparta İlindeki 11-12 Yaşındaki Çocukların Diş Çürüğü ve Florozis Prevalansının Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv. Dis Hek. Fak. Derg.* 2010; 20(3): 170-175.
21. Hassoy H, Ergin I, Meseri R, Mermer G, Erdem HE. İzmir ili Kemalpaşa ilçesi ilköğretim öğrencilerinde ağız-diş sağlığı durumu ve ilişkili sosyoekonomik etmenler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2013; 3(2):97-104 doi:10.5222/buchd.2013.097.
22. Kuvvetli SS, Sandalli N, Çalışkan S. Beş yaşındaki bir grup Türk çocuğunda süt dişlenmesinde kavitesiz ve kaviteli diş çürüklerinin yaygınlığının değerlendirilmesi. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 2011;28: 143-150.
23. Kuvvetli SS, Cildir SK, Ergeneli S, Sandalli N. Prevalence of noncavitated and cavitated carious lesions in a group of 5-year-old Turkish children in Kadikoy, Istanbul. *J Dent Child.* 2008;75:158-163.
24. Güler Ç, Eltas A, Güneş D, Görgen VA, Ersöz M. Malatya İlindeki 7-14 Yaş Arası Çocukların Ağız-Diş Sağlığının Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 2: 19-24.
25. Şengül F, Şimşek Derelioğlu S, Daşdemir Yıldırım M, Demirci T, Çelik P, Çoruh M. Erzurum İli'nde 4-6 Yaş Grubu Çocuklarda Oral Sağlık Durumunun Gözden Geçirilmesi. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg.* 2013; 2:153-158.
26. Cerit Ç, Bayburtluoğlu C, Arıkök Ö, Bozkır M. Kırklareli İli'ndeki 1. 2. 3. Sınıf Öğrencilerinin Ağız ve Diş Sağlığının Değerlendirilmesi. *GÜ Diş Hek Fak Derg ;* 29(1): 25-32.

Ulusal Ağız-Diş Sağlığı Durum Analizi

İnci Oktay

Prof. Dr. Yeditepe Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti AD

Bu araştırmada, 2009-2010 yılları arasında, Türkiye'nin yedi bölgesinden 3040 kişinin ağız sağlığı durumunu EGOHID (European Global Oral Health Indicators Development) formu kullanılarak saptanmıştır. Örnek grup, nüfus ve cinsiyet ve kent-kırsal bölge özelliklerine göre, çok katlı tabakalı ve orantılı yöntem kullanılarak seçilmiştir. Diş çürükleri açısından, ileri yaşlara doğru 16-25 arasında çürük ve sonuçlarından etkilenmiş diş bulunmaktadır. Bunların önemli bir kısmını da çekilmiş dişler oluşturmaktadır (1-3).

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 yüksek olduğu, tedavi ihtiyacının ise önemli ölçüde karşılanamadığı ifade edilebilir.

Tablo 1. Yaş gruplarına göre diş çürükleri ve sonuçları dağılımı

Yaş Grubu	dmf+DMF-T	dmf+DMF-S
0-4	0.52	2.11
5-9	2.85	12.71
10-14	2.23	10.40
15-19	2.05	9.65
20-29	4.03	19.46
30-39	7.55	36.33
40-49	11.15	53.10
50-59	16.25	76.85
60+	25.11	117.21

Tablo 2. Farklı ataşman kaybı düzeylerine sahip kişi oranı (%)

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	0.9	0.49	1.67

Kaynaklar

1. 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, Graz,2012.
2. Oktay İ, Bermek G, Doğan F: Oral health promotion program at schools. 5th International Meeting on Methodology in Oral Health Research, Graz,2012.
3. 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, Graz,2012.
4. Oktay İ, İlhan D, Fişekçioğlu E, Nur B:Critical appraisal of a Turkish oral health epidemiological survey. EADPH Conference, 15 September 2013.

2. AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SUNUMU VE İNSAN GÜCÜ

Zeliha Öcek

Doç.Dr. Ege Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu

Türkiye’de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda temel rolü özel sektör ve Sağlık Bakanlığı (SB) kurumları oynamaktadır. SB’nin 2012 tarihli Sağlık İstatistikleri Yıllığı’nda (1) ülkemizde ağız-diş sağlığı hizmeti veren kurum ve kuruluşlar tablo 1’de olduğu gibi sunulmuştur. Buna göre SB’nin en önemli hizmet birimi ağız-diş sağlığı merkezleridir (ADSM). Ağız ve diş sağlığı poliklinikleri ve diş tedavi ve protez merkezleri ADSM’lere bağlı olarak açılan birimlerdir. SB’ye bağlı biri eğitim hastanesi niteliğinde olan beş diş hastanesi hizmet vermektedir. Ayrıca SB’ye bağlı hastanelerin ağız-diş sağlığı hizmeti veren poliklinikleri de bulunmaktadır. Sonuç olarak ülkemizde SB’nin 2012 verilerine göre 6727 diş üniti bulunmaktadır. Sağlık İstatistikleri Yıllığı’nda özel sektörün en önemli bileşeni olan muayenehaneler yer almamaktadır. Ama Türk Diş Hekimliği Birliği’nden (TDB) alınan verilere göre ülkemizde Temmuz 2014 itibari ile 11 304 özel diş hekimi muayenehanesi bulunmaktadır. Bunun yanı sıra tablo 1’de görüldüğü gibi özel sektörde 39 ağız-diş sağlığı merkezine, üç diş hastanesine, 268 genel hastanenin diş polikliniğine ve toplam 4474 diş üniteye rastlanmaktadır (1). Her bir muayenehanede bir ünit bulunduğ varsayımı ile hesap yaparsak özel sektöre ait ünit sayısı 15 778 dir. Bu da özel ünit sayısının SB’ye ait ünit sayısının iki katından biraz fazla olduğunu göstermektedir. Ayrıca üniversiteler, çeşitli belediyeler, Milli Savunma Bakanlığı gibi kurumlar da ağız-diş sağlığı hizmeti vermektedir.

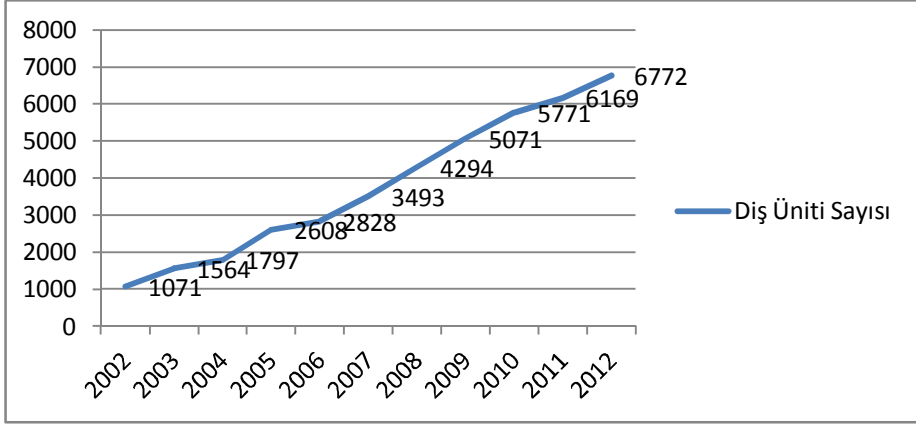
Ülkemizde diş hekimliği hizmetlerinin sunumunda son on yıldır çarpıcı bir değişim yaşanmaktadır (1, 2). SB kurumlarının sayısında ve hizmet hacminde çok büyük çaplı bir artış olmuştur; 2002-2012 arasında diş hastanesi sayısı birden beşe, ADSM sayısı 14’den 121’e çıkmıştır. Tüm kurumlara ait toplam diş üniti sayısı üzerinden yapılan bir değerlendirmede bakanlığın hizmet kapasitesinde gerçekleşen artış net bir şekilde görülmektedir (Grafik 1). Buna göre 2002-2012 arasında SB diş üniti sayısını 6.28 kat attırarak 1071’den 6727’e çıkartmıştır. Bu da 2002 yılında 61 632 olan bakanlığa ait ünit başına düşen kişi sayısını 2009 yılında 14 309’a, 2012 yılında da 11 242’e düşürmüştür.

SB’nin hizmet kapasitesindeki artışın hizmetlere başvuru sayısına da yansıdığı görülmektedir (Grafik 2). 2002-2011 arasında bakanlık kurumlarına yapılan başvuru sayısı 5.5 kat artmıştır. SB’nin İstatistik Yıllığı’nda (1) 2012 yılı verileri bakanlık, üniversite ve özel sektör olarak birarada verildiği için bakanlık kurumlarına özel bir değerlendirme yapılamamaktadır. Ama 2012 verilerine özel sektörün dahil edilmesine rağmen dramatik bir artış gözlenmemesi hizmet sunumundaki temel payın artık SB’ye ait olduğunu düşündürmektedir (1, 2). Tabi ki burada özel sektöre ait sayıların doğruluğu ile ilgili sınırlılık da dikkate alınmalıdır.

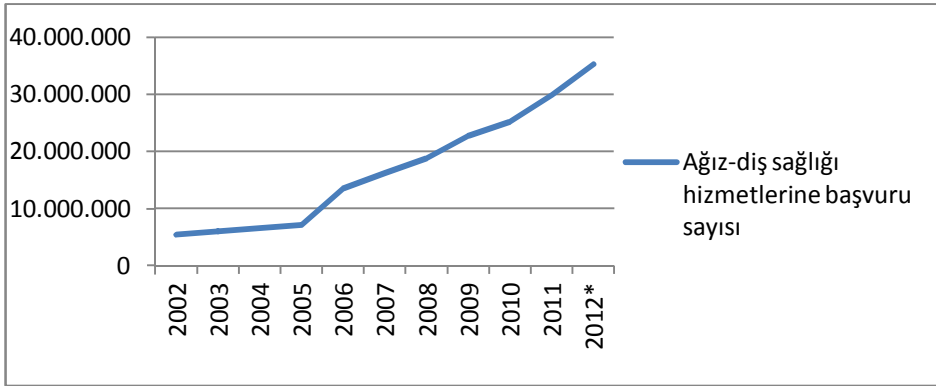
Tablo 1. Sektörlere göre ağız-diş sağlığı hizmeti veren kurum ve kuruluşlar, 2012 (1)

Kurum Tipi	Sağlık Bakanlığı		Özel Sektör		Üniversite		Diğer		Toplam	
	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit
Ağız-Diş Sağlığı Merkezi	121	3773	39	411	-		-		160	4184
Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği	166	437	-		-		-		166	437
Diş Tedavi ve Protez Merkezi	28	302	-		-		-		28	302
Diş Hastanesi	4	434	3	67	-		-		7	501
Diş Eğitim Hastanesi	1	91			22	2717	-		23	2808
Diş Polikliniği (Hastane)	669	1690	268	375	26	256	42	191	1005	2512
Diş Polikliniği	-		1009	3621	-		-		1009	3621
Toplam	989	6727	2973	4474	48	2973	-		2398	14365

Grafik 1. Yıllara göre Sağlık Bakanlığı'na bağlı diş üniteleri sayıları (1, 2)



Grafik 2. Yıllara göre Sağlık Bakanlığı ağız-diş sağlığı hizmetlerine yapılan başvuru sayısı (1)



*2012 verisi tüm sektörlere yapılan başvuruları kapsamaktadır

Hizmet sunumu ile ilgili bir diğer değerlendirme başvuru sayısı üzerinden yapılabilir. SB, 2011'de kendi kurumlarına, 2012'de ise tüm sektörlere yapılan kişi başına düşen başvuru sayılarını bildirmiştir (1, 2). Bu sayılar tablo 2'de istatistiki bölge birimlerine göre karşılaştırılmıştır. Buna göre, 2011'de 0.40 olan başvuru sayısı 2012'de tüm sektörler dahil edildiği halde sadece 0.47'e çıkmıştır. Bu da hizmet sunumundaki aslan payının artık SB'na ait olduğu şeklindeki yorumumuzu desteklemektedir. Fakat özel sektöre ait sayıların gerçek durumu ne düzeyde yansıttığı ile ilgili şüphelerimiz kesin bir sonuca varmayı engellemektedir. Hizmet başvurusunun en yoğun olduğu bölgeler 2011'de Batı Karadeniz, Doğu ve Batı Marmara, 2012'de ise Batı Anadolu, Batı Karadeniz ve Doğu Marmara olmuştur. Başvurunun en düşük olduğu bölgeler ise 2011'de İstanbul, Ortadoğu Anadolu, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu, 2012'de de Güneydoğu Anadolu, İstanbul ve

Ortadoğu Anadolu'dur. Görüldüğü gibi bölgeler arasında eşitsizlikler vardır. Hesaplamaya 2012'de tüm sektörler dahil edildiği halde başvuru sayısı Ortadoğu Anadolu'da 0.36'dan 0.35'e düşmüş, Güneydoğu'da ise aynı kalmıştır. 2012'de en iyi durumda olan Batı Anadolu ile en kötü durumda olan Ortadoğu Anadolu arasında 1.82 kat fark vardır. İller düzeyinde 4 kata kadar varabilen farklar gözlenmektedir. Hakkari (0.20), Şırnak (0.25), Bitlis (0.27), Mersin (0.29), Batman (0.30) ve Mardin (0.30) kişi başına başvuru sayısının en düşük değerleri aldığı iller, Samsun (0.72), Eskişehir (0.73), Bilecik (0.76), Bolu (0.80) ve Kırıkkale (0.80) en yüksek değerlerin görüldüğü illerdir (2).

SB'nin hizmet sunumunda gerçekleşen niceliksel artış, hizmetlerin niteliği ile ilgili endişeleri de beraberinde getirmiştir. Bakanlığın hizmet niteliği ile ilgili herhangi bir verisine ulaşamamıştır. Fakat iki farklı araştırmanın sonuçları endişelerin yersiz olmadığını yansıtmaktadır. Bir ADSM'den 2008 yılının belirli bir zaman diliminde hizmet alan 211 kişiyi kapsayan çalışmanın bulgularına göre on hastadan sadece biri bu kurumu tercih etme nedenini "iyi tedavi edilme" olarak tanımlamıştır (3). Hastalar bu kurumu sosyal güvenceleri ve yakınlığı nedeniyle tercih etmiştir. Hasta memnuniyetinin sağlık hizmetlerinin niteliğinin değerlendirilmesinde sıkıntılı bir ölçüt olduğu bilinmektedir. Fakat yine de hastaların sadece % 27'sinin aldığı hizmetten memnun kaldığını bildirmiş olması dikkate alınması gereken bir bulgudur. Katılımcıların % 25'inin ADSM'nin içini havasız bulduğunu, % 54'ünün gürültüden rahatsız olduğunu, % 37'sinin hizmet kalitesinin yeterli olmadığını bildirmesi kurumların koşulları hakkında fikir vermektedir. On kişiden dördünün tüm tedavi gereksiniminin karşılanmadığını düşünmesi ise hastaların algısındaki hata payını dikkate aldığımızda bile gözardı edilemeyecek bir bulgudur.

SB'nin ağız-diş sağlığı hizmetleri ile ilgili sorunlara işaret eden ikinci çalışma (4) niteliksel verilere dayanmaktadır. Bu çalışmada görüşülen SB diş hekimlerinin hepsi aşırı iş yükü ve performansa dayalı ödeme nedeni ile hizmet niteliğinde önemli kayıp yaşandığını açıklamıştır. Sistemin diş hekimlerini niteliksiz, gereksiz ve protez ağırlıklı uygulamalara yönlendirdiği, nitelik açısından herhangi bir değerlendirme yapılmadığı belirtilmiştir. Sorunun bir diğer nedeninin de malzeme ve laboratuvarların yetersiz standartlarından kaynaklandığı vurgulanmıştır. Bir önceki çalışmada hastaların bildirdiği olumsuz fiziksel koşullar görüşülen hekimler tarafından da ifade edilmiştir.

Tablo 2. İstatistiki Bölge Birimleri Düzey-1 Sınıflamasına göre ağız-diş sağlığı hizmetlerine başvuru sayısı (1, 2)

Bölge	2011’de SB ağız-diş sağlığı hizmetlerine kişi başı başvuru sayısı	2012’de tüm sektörlerde ağız-diş sağlığı hizmetlerine kişi başı başvuru sayısı
Batı Karadeniz	0.54 (en yüksek)	0.61
Doğu Marmara	0.51	0.57
Batı Marmara	0.50	0.52
Batı Anadolu	0.48	0.64 (en yüksek)
Kuzeydoğu Anadolu	0.47	0.51
Doğu Karadeniz	0.45	0.49
Ege	0.42	0.47
Ortadoğu Anadolu	0.39	0.50
Akdeniz	0.36	0.42
Güneydoğu Anadolu	0.35	0.37
Ortadoğu Anadolu	0.36	0.35 (en düşük)
İstanbul	0.27 (en düşük)	0.36
Türkiye	0.40	0.47

Yukarıda aktarılan tedavi amaçlı diş hekimliği hizmetlerinin yanı sıra ülkemizde il sağlık müdürlükleri, halk sağlığı müdürlükleri ve toplum sağlığı merkezleri (TSM) tarafından farklı ölçeklerde toplum ağız-diş sağlığı çalışmaları yürütülmektedir. Ağırlıklı olarak bu kurumlarda çalışan diş hekimleri tarafından planlanan ve gerçekleştirilen çalışmalar okullarda yürütülen tarama ve eğitim etkinliklerinin yanı sıra flor uygulamalarından oluşmaktadır. Ağız-diş sağlığı temasıyla 2014’de yapılmış olan III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu’nda Adana, Burdur, İzmir ve Manisa’da il düzeyinde, Kayseri (Talas), Malatya (Akçadağ) ve Konya’da (Meram) ilçe düzeyinde, Kayseri’de ise bir okul düzeyinde gerçekleştirilmiş olan farklı çalışmaların özetleri görülmektedir (27). Kırklareli’nde yine il düzeyinde gerçekleştirilen bir başka tarama çalışması 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi’nde bildirilmiştir (28). Kapsam ve süreklilik açısından bu çalışmalar arasında “Denizli Sağlıklı Dişler Sağlıklı Nesiller Projesi”nin özel bir öneme sahiptir. Eğitim, tarama, koruma ve kısmen tedavi boyutu bulunan projede 2008-2015 arasında her yıl ildeki tüm ilköğretim ikinci sınıf öğrencilerine ulaşılması hedeflenmiştir. Proje etkinliklerinin önemli bölümü TSM diş hekimlerince yürütülmektedir. Bunun yanı sıra Denizli’de TSM diş hekimleri sorumluluğunda ilköğretim okullarında 1., 2., 3. ve 4. öğrencilerine flor jel uygulaması gerçekleştirilmektedir (27).

Sonuç olarak, ülkemizde ağız-diş sağlığı hizmeti veren kurumlar ve alt yapıları açısından en büyük pay özel sektöre aittir. Fakat SB'ye ait kurumlar gerek alt yapı gerekse hizmet sunumu açısından son on yıllık dönemde çok bir hızlı bir büyüme göstermektedir. Diğer yandan, bu büyümeye hizmet niteliğindeki bir gelişmenin eşlik edip etmediği belirsizdir. Hatta yapılan sınırlı sayıdaki çalışma nitelik açısından önemli yetersizliklere işaret etmektedir. Bölüm 1'de aktarılan epidemiyolojik çalışma sonuçları ise bu dönemde toplumun ağız-diş sağlığı sorunlarının hiçbir değişim göstermediğini yansıtmaktadır. Bu açıdan SB'nin hizmet sunumundaki artışın toplumun daha iyi bir ağız-diş sağlığına kavuşması ve daha nitelikli hizmetlere erişebilmesi ile sonuçlanmadığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ağırlıklı olarak TSM'lerde yürüttüğü toplum ağız-diş sağlığı çalışmaları değerlidir. Ama bu çalışmaların amacına ulaşabilmesi için sürekliliğin ve tedavi gereksinimi karşılayan mekanizmalar ile entegrasyonun sağlanması çok kritiktir.

Ağız-diş sağlığı insan gücü

Diş hekimleri

Sayısal Durum ve İstihdam Alanları

TDB verilerine (5) göre 2013 yılında ülkemizdeki diş hekimi sayısı 26 688 dir. Diş hekimi sayısında 2004 ve 2013 yılları arasında gerçekleşen değişim tablo 3'de sunulmuştur. On yıl içinde dişhekimi sayısı 1.3 kat artmıştır. SB İstatistik Yıllığı (1) ise 2012 yılında ülkemizdeki diş hekimi sayısını 21 404 olarak bildirmektedir. Bir başka farklı veri de Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu'nda yer almaktadır (6). Bu rapora göre Aralık 2013 itibariyle ülkemizde aktif olarak çalışan dişhekimi sayısı 21 160'dır.

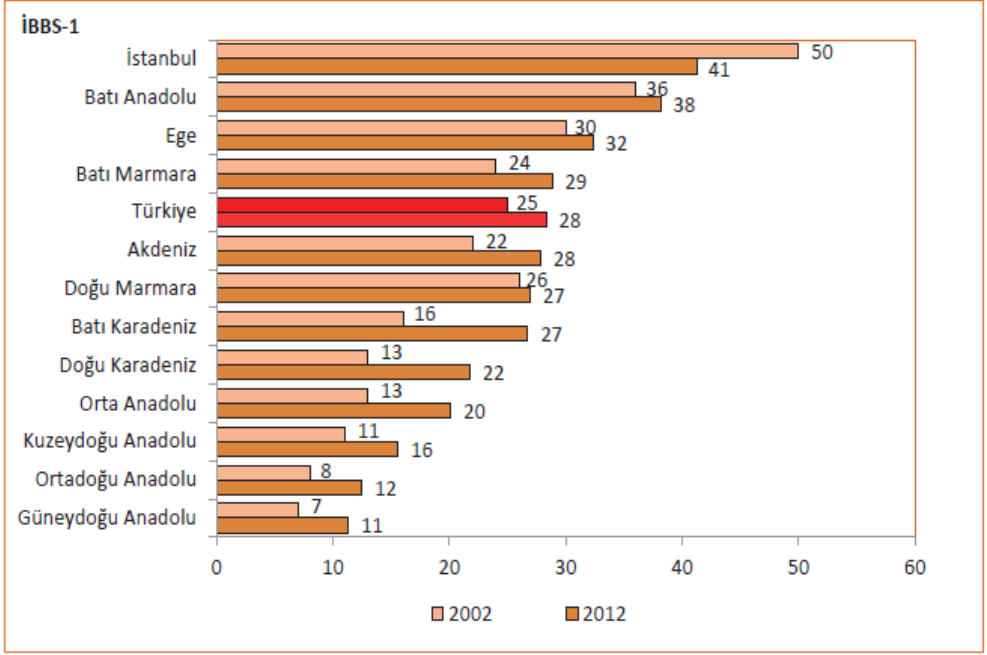
SB İstatistik Yıllığı'nda (1) yer alan veriler değerlendirildiğinde diş hekimlerinin ülke içindeki dağılımında bölgeler arası eşitsizliklere rastlanmaktadır (Grafik 3). Bu kaynağa göre Türkiye'de 2002'de 25 olan 100 000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 2012'de 28'e çıkmıştır. İstanbul hariç tüm bölgelerde artış gerçekleşmiştir. Eşitsizlikler iller düzeyinde de görülmektedir (5). Diş hekimi başına düşen nüfusun en az sayıda olduğu iller Ankara (1507), İstanbul (1977), Isparta (2018), İzmir (2150), Antalya (2061), Bolu (2215), Samsun (2489), Trabzon (2579), Eskişehir (2693) ve Muğla (2717) olarak sıralanmaktadır. Bu illerin hepsinin görece yüksek bir refah düzeyine ve/veya diş hekimliği fakültesine sahip olduğu görülmektedir. Bununla uyumlu olarak diş hekimi başına düşen nüfusun en yoğun olduğu ilk on ilin ortak özelliği Doğu ve Güneydoğu'da yer alma ve yetersiz sosyoekonomik gelişim düzeyidir; Şanlıurfa (9847), Muş (9347), Ağrı (9186), Hakkari (8533), Bingöl (8297), Siirt (7854), Şırnak (7665), Batman (7205), Bitlis (7174), Adıyaman (7109). Aynı ilin kendi içinde de önemli farklar görülebilmektedir. Çarpıcı bir örnek olarak Ankara'nın Haymana (42566) ve Çankaya (491) ilçeleri arasındaki 87 katlık fark gösterilebilir (5).

Grafik 4’de diş hekimlerinin çalışma alanlarına göre dağılımında gerçekleşen değişim sunulmuştur. TDB verilerinden (7) hazırlanan bu grafiğe göre SB’de çalışan diş hekimlerinin payı 2004’de % 19 iken 2013’de % 30’a çıkmıştır. Benzer bir değerlendirme SB İstatistik Yıllığında da (1) görülmektedir; SB, üniversite ve özel olmak üzere üç grubun dağılımı sunulmuş, bakanlığın 2002’de % 19.6 olan payının 2012’de % 34.1’e çıktığı bildirilmiştir. Her ne kadar farklı sayılarla karşılaşılsa da TDB ve bakanlık kaynaklarından yola çıkıldığında aynı sonuca ulaşılmaktadır; 2002’den sonra SB diş hekimi istihdamında önemli bir rol oynamaya başlamıştır. Diğer yandan iller arasında SB’de çalışan diş hekimi oranı bakımından önemli farklar bulunmaktadır. TDB’nin (5) verilerden yararlanarak hesaplandığında SB diş hekimlerinin payının İstanbul (% 13.6), Antalya (% 17.6), Kayseri (% 21.1), Adana (% 23.2), Muğla (% 24.5) illerinde en düşük düzeylerde olduğu, Kilis (% 91.6), Tunceli (% 86.4), Ardahan (% 85.7), Konya (% 84.8) ve Muş’un (% 84.1) ise en yüksek yüzdelere sahip olduğu görülmektedir.

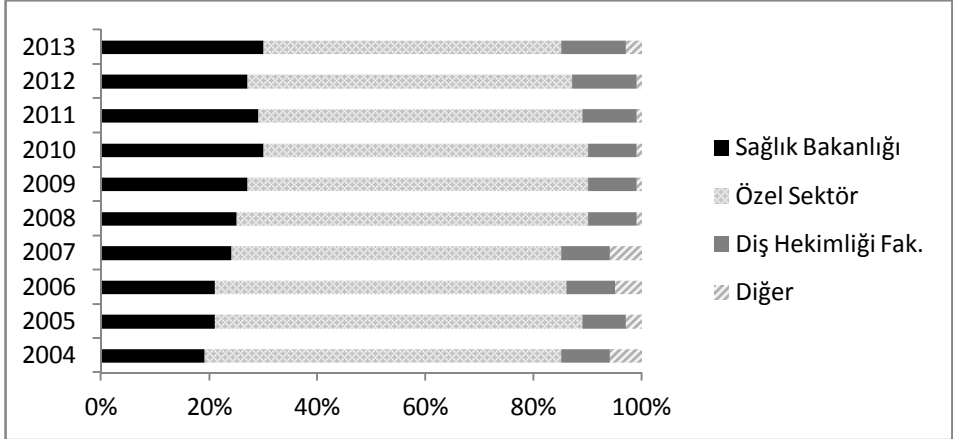
Tablo 3. Yıllara göre çalışan diş hekimi sayısı ve diş hekimi başına düşen nüfus (5, 7-14)

Yıl	Çalışan diş hekimi sayısı	Çalışan diş hekimi başına nüfus
2004	19 991	3679
2005	20 824	3576
2006	21 022	3428
2008	22 019	3233
2009	23 096	3180
2010	23170	3132
2011	24.203	3087
2012	24 725	3059
2013	26 688	2873

Grafik 3: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması Düzey-1'e göre 100 000 kişiye düşen diş hekimi sayısı, 2002, 2012 (1)



Grafik 4: Yıllara göre diş hekimlerinin farklı sektörlerde dağılımı (7)



Son bir yıldır gerçekleşen Dış Hekimliğinde Uzmanlık Sınavı (DUS) sonrası yerleştirmeler ve SB'nin personel alımları nedeniyle dış hekimleri arasında işsizlik sorunu henüz kendisini çok belli etmemektedir. Fakat çalışmayan dış hekim sayısı 2004'de 887 iken, 2013'de iki kat artarak 1757'e çıkmıştır (5). Önümüzdeki yıllarda bakanlık kadrolarının dolmasının ve yeni mezun sayısındaki artışın ardından bu sayının nasıl bir değişim geçireceği bilinmemektedir. Dış hekimliği fakültesi öğrencisi sayısının 2006-2012 yılları arasında % 120.57'lik bir artış gösterdiği dikkate alınırsa çok kısa bir dönem içinde dış hekimisi sayısında ciddi bir artış yaşanacağı görülmektedir (5). SB ve Yüksek Öğrenim Kurumu ülkemizdeki dış hekimisi sayısını diğer ülkeler ile karşılaştırmaktadır (1, 6). Örneğin 2013 verilerine göre Türkiye'de 28 olan 100 000 kişiye düşen dış hekimisi sayısı Avrupa Birliği'nde 67, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde ise 43 dür (6). Fakat sadece hekim sayısını temel alan, sağlık sisteminin özelliklerini, sağlık güvencesi içinde dış hekimliği hizmetlerinin yerini ve toplumun bu hizmetlerden yararlanma davranışını dikkate almayan karşılaştırmalardan sağlıklı sonuçlar almak mümkün değildir. Buradan yola çıkarak öğrenci sayılarının arttırılmasının sonucu ise eğitim niteliğinde yaşanan kayıplar ve hekim emeğinin ucuzlamasıdır. Bir diğer sorun SB'nin dış hekimlerini sözleşmeli olarak istihdam etmeyi tercih etmesidir. Son dönemde sözleşmeli olarak alınan dış hekimlerinin büyük bölümü kadroya geçirilmiş olsa da buna ne kadar süre ile devam edileceği belirsizdir. Yukarıda bahsettiğimiz niteliksel verilere dayalı çalışmada görüşülen dış hekimleri de bu sürecin emeklerinin değersizleşmesine yol açtığını dile getirmiştir (4). Bu çalışmada bildirilen ifadelerle göre kendi muayenehanesinde çalışan dış hekimleri artık para kazanabilmek için sağlık çalışanı kimlikleri ile ters düşse bile piyasa kurallarını daha fazla benimsemek zorundadır. Bunu yapamayan dış hekimlerini bekleleyen alternatifler ise uzun çalışma saatleri, kaybedilen mesleki özerklik, uzak çalışma yerleri, vb koşullara razı olarak özel polikliniklerde çalışmaya veya kamuda sözleşmeli olmaya ve performansa dayalı ödemeye razı olmaktır. TDB'den alınan veriler de 2008'den bu yana her yıl yaklaşık 1000 (31 temmuz 2013-2014 arasında 966) dış hekiminin oda kaydını sildirdiğini, yani artık özel sektörde çalışmaktan vazgeçtiğini göstermektedir.

Eğitim

Ülkemizde 2014 itibarıyla 46 kamu, 16 özel olmak üzere 62 dış hekimliği fakültesi bulunmaktadır. Bunların 37'si 2002'den sonra, 15'i de son iki yıl içinde açılmıştır ve 22'si eğitim vermeye başlamamıştır (15). Tablo 4'de fakültelerin öğrenci ve öğretim üyesi sayısında gerçekleşen değişim sunulmuştur (6). Buna göre 2002-2003 öğretim yılı ile 2012-2013 öğretim yılları arasında yeni kayıt yapılan öğrenci sayısı 996'dan 2908'e, eğitimde olan öğrenci sayısı 5343'den 11 133'e çıkmıştır. Aynı dönemde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısının da 8.8'den 10'a çıktığı görülmektedir (6). Bu sayı 2014'de açılan fakülteler dahil edilerek hesaplandığında büyük olasılıkla çok daha yüksek bir değere ulaşılacaktır. Bir yandan bu kadar hızlı bir değişim gerçekleştirilirken, diğer yandan arttırılan öğrenci kontenjanlarının ve öğretim üyesi alt yapısı hazır olmadan öğrenci kabul etmeyen başlayan fakültelerin eğitim niteliği üzerindeki etkileri yakından izlenmelidir.

Ülkemizde ilk kez 2012’de yapılan DUS ile diş hekimleri sekiz farklı alanda (restoratif diş tedavisi, ağız, diş ve çene cerrahisi, protetik diş tedavisi, endodonti, periodontoloji, ortodonti, ağız, diş ve çene radyolojisi ve çocuk diş hekimliği) akademik kadrolara yerleştirilmeye başlamıştır. Ayrıca Nisan 2014 öncesinde ağız, diş ve çene cerrahisi, endodonti, ortodonti, pedodonti, periodontoloji ve protetik diş tedavisi dallarında araştırma ve uygulama yapmış bulunanlara uzman unvanı için başvuru şansı verilmiştir (16). Diğer yandan bu sürecin aşırı bir uzmanlaşmaya yol açtığı, bütüncül sağlık hizmeti anlayışını tehdit ettiği ve uzman olmayan diş hekimlerinin mesleki yetkinlik alanını daraltma riski taşıdığı belirtilmektedir (4). Uzmanlaşmanın hizmetlere erişim, toplumun ağız-diş sağlığı düzeyi, sağlık hizmetlerinin maliyetleri, diş hekimi istihdamı gibi konular üzerindeki etkileri yakından izlenmelidir.

Ağız-diş sağlığı insan gücünün diğer bileşenleri

Diş hekimlerinin yanı sıra diş teknisyenleri / diş protez teknikerleri ağız-diş sağlığı insangücünün önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Türkiye’de göre SB’ye bağlı 985, üniversitede çalışan 36, özel çalışan 1716 olmak üzere toplam 2737 diş protez teknisyeni, SB’ye bağlı 857, üniversitede çalışan 25 ve özel çalışan 1029 olmak üzere toplam 1911 diş teknisyeni çalışmaktadır (1). Diş protez teknikeri unvanı alabilmek için meslek yüksekokullarına bağlı iki yıllık diş protez teknolojisi bölümünden mezun olmak gerekmektedir. Bu okullar 2003-2004 öğretim yılında 107, 2012-2013 öğretim yılında ise 197 mezun vermiştir (6).

Ağız-diş sağlığı insan gücünün bir diğer bileşeni diş hekimlerine klinik uygulamalar sırasında yardımcı olan sağlık çalışanlarıdır. Diş hekimi yardımcılığı ülkemizde uzun yıllardır bu alana özel bir eğitimi olmayan kişilerce yürütülmektedir. Fakat son yıllarda diş hekimi yardımcısı eğitiminde önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Çeşitli özel kuruluşların, TDB’nin ve odalarının kurslarının yanı sıra pek çok üniversitenin sağlık hizmetleri meslek yüksekokullarına bağlı olan Ağız-Diş Sağlığı Program’larında diş hekimi yardımcısı yetiştirilmektedir. Bu okullar 2003 ve 2013 yılları arasında toplam 509 mezun vermiştir (6).

Tablo 4: Eğitim veren dış hekimliği fakülteleri ile bu fakültelerdeki öğrenci ve öğretim üyesi sayılarındaki gelişme (6)

Öğretim yılı	Fakülte sayısı	Öğrenci Sayısı			Öğretim üyesi sayısı	Öğrenci/ Öğr. Üyesi
		Yeni kayıt	Topl. Öğrenci	Mezun		
2003-2004	14	996	5343	856	605	8.8
2004-2005	14	994	5422	849	664	8.2
2005-2006	15	1030	5609	855	691	8.1
2006-2007	17	1076	5873	763	749	7.8
2007-2008	18	1132	5926	981	808	7.3
2008-2009	19	1456	6322	994	823	7.7
2009-2010	22	1700	7082	927	879	8.1
2010-2011	25	1998	8042	950	933	8.6
2011-2012	29	2347	9358	1098	1064	8.8
2012-2013	33	2908	11 133	1083	1118	10.0

Ağız-diş sağlığı insan gücünün sağlığı

Bugüne kadar yapılmış olan araştırmalar ağız-diş sağlığı çalışanlarının mesleklerini gerçekleştirirken sağlıklarını tehdit eden bir dizi etmenle karşılaştığını göstermiştir (17). Bu etmenler fiziksel (örn. vibrasyon, gürültü, radyasyon), kimyasal (örn. civa, akrilik materyaller, metal tozları), biyolojik (örn. hepatit B, C virüsü), psikososyal (örn. zaman baskısı, iş yükü) ergonomik (örn. tekrarlayıcı hareketler, zorlayıcı pozisyonlar) ve kazalar (örn. iğne yaralanmaları) başlıklarında sınıflandırılmaktadır. İzmir Konak Eğitim Dış Hastanesi'nde yapılan bir araştırmanın (17) sonuçları ağız-diş sağlığı insangücünün farklı gruplarına ait tüm çalışanların bu risk etmenleri ile yoğun bir şekilde karşılaştığını göstermiştir. Ayrıca katılımcıların yarısı son bir yıl içinde en az bir iş kazası geçirdiğini ve işinden kaynaklanan en az bir sağlık sorunu olduğunu bildirmiştir.

Ülkemizde farklı grupları farklı risk etmenleri ve sağlık sorunları açısından değerlendiren diğer çalışmalarda önemli bulgular elde edilmiştir. En çok üzerinde durulan risk etmenleri arasında civa yer almaktadır. Aydın ve arkadaşları (18) beş

diş kliniğinde çalışan 43 kişinin plazma ve idrar civa konsantrasyonlarının 43 hastane çalışanından oldukça daha yüksek bir düzeyde olduğunu saptamış, idrar civa düzeyi ile birlikte mantıksal hafızayı, toplam kalıcılığı ve anksiyete ile psikotizmi ölçen testlerde daha olumsuz skorların alındığını bildirmiştir. Civa ile ilgili bir diğer çalışmayı Yılmaz (19) bir diş hastanesinde gerçekleştirmiş, 115 sağlık çalışanının plazma civa düzeylerini değerlendirilmiş, diş hekimlerinde ve civa ile çalışan diğer personelde maruziyet düzeyini daha yüksek bulunmuştur. Kazancıoğlu (20) diş hekimleri arasında kas iskelet ağrılarının çok yaygın olduğunu, Gürbüz (21) ise yüksek yoğunlukta ses üreten ekipman kullanımının açısından önemli bir mesleki risk oluşturduğunu göstermiştir. Diş hekimleri ile yapılan derinlemesine görüşmelere dayanan bir araştırma (4) psikososyal risklerin de giderek daha yoğun biçimde hissedildiğini göstermiştir. Çalışmaya katılan diş hekimleri hasta yoğunluğunun ve iş yükünün aşırı düzeydeki artışından yakınmış, performans sistemi nedeniyle çalışma ortamlarında iş barışının bozulduğunu aktarmış, aşırı iş yükü ve hasta yoğunluğunun diğer riskler ile karşılaşma olasılıklarını da arttırdığını açıklamıştır.

Son dönemde farklı şehirlerde yapılan çalışmalar ülkemizde diş protez teknisyenlerinin çalışma ortamlarında kuars, karbon ve metal tozlarının yoğun olarak bulunması nedeniyle pnömokonyoz açısından çok ciddi bir tehlike altında olduğunu göstermektedir (22). Kahramanmaraş'ta 76 protez teknikeri akciğer fonksiyon testi ve bilgisayarlı tomografi aracılığı ile değerlendirmiş ve % 46'sına pnömokonkonyoz tanısı koymuştur (23). Doğan ve arkadaşları (22) Sivas'ta 2005 yılında değerlendirdikleri 36 teknisyenin yarısında nefes darlığı ve balgam gibi, solunum sistemi ile ilgili yakınmalar, beşinde de pnömokonyozla uyumlu radyolojik bulgular saptanmıştır. Araştırmacılar 2012'de aynı gruba tekrar ulaşmaya çalışmış, 19'unu muayene edebilmiş ve dokuz kişiye daha pnömokonyoz tanısı koymuştur (24). Ayrıca 2005'e göre 2012'de tüm katılımcıların radyolojik ve spirometre bulgularında anlamlı bir kötüleşme gözlenmiştir. Abakay (25) Diyarbakır'da 94 teknisyeni değerlendirdiğinde % 22 oranında restriktif, % 12 oranında da obstrüktif tipte akciğer fonksiyon bozukluğuna rastlamış, bozukluk düzeyinin çalışma süresiyle birlikte arttığını bildirmiştir. Çımrın (26) ise dokuz iş yerinde toplam 214 teknisyeni değerlendirmiş, 33'ünde (% 23.6) pnömokonyozla uyumlu radyolojik bulgular saptamıştır.

Sonuç

Ülkemizin ağız-diş sağlığı insangücünde önemli bir sayısal artış yaşanmaktadır. Bu artışın diş hekimlerinin eğitimi ve iş güvencesi üzerindeki etkileri dikkatle izlenmelidir. SB, diş hekimleri açısından önemli bir istihdam alanı haline gelmiştir. Fakat diğer yandan da gelir düzeyleri büyük oranda performans sistemine dayanan SB diş hekimleri başta psikososyal olmak üzere sağlıklarını tehdit eden tüm risklerle artık daha yoğun bir şekilde karşılaşmaktadır. Diş teknisyenleri için ise pnömokonyoz neredeyse kaçınılmaz bir son haline gelmeye başlamıştır. Bu sorunun nedenleri ve çözüm yolları en kısa zamanda ele alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2013, T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, (Hazırlayanlar) Bora Başara B, Güler C, Yentür G.K, Birge B, Pulgat E, Mamak Ekinc B. SB Yayın No 917, Ankara
2. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012, T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, (Hazırlayanlar) Bora Başara B, Güler C, Eryılmaz Z, Yentür G.K, Pulgat E. SB Yayın No 885, Ankara
3. Hayran O, Sur H, Mumcu G, Gemlik N, İşçi E, Şişman N ve ark. Diş Hekimliği Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırması. Türk Diş Hekimleri Birliği, Araştırma Dizisi 6. http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Arastirma_Dizisi/arastirmadizisi_6.pdf
4. Öcek Z, Vatansever K. Piyasa Mekanizmalarının ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Baskısı Altındaki Bir Sağlık Meslek Alanı: Diş Hekimliği. Toplum ve Hekim 2013;28 (6).
5. Türk Dişhekimleri Birliği, 2014. Dişhekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl / İlçelerde 2013 Yılı Dağılımı, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapcıkları/2013YiliDishDagKitapcigi.pdf
6. TC Yüksek Öğrenim Kurumu, TC Sağlık Bakanlığı, TC Maliye Bakanlığı, TC Kalkınma Bakanlığı, 2014. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu – 2014, (Eds) Solak M. YÖK Yayın No 2014 /1, Eskişehir
7. Türk Dişhekimleri Birliği, 2013. Dişhekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl/ilçelerde 2012 Yılı Dağılımı, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapcıkları/2012YiliDishDagKitapcigi.pdf
8. Türk Dişhekimleri Birliği, 2012. Dişhekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl/ilçelerde 2011 Yılı Dağılımı, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapcıkları/2011YiliDishDagKitapcigi.pdf
9. Türk Dişhekimleri Birliği, 2011. Dişhekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl/ilçelerde 2010 Yılı Dağılımı, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapcıkları/2010YiliDishDagKitapcigi.pdf
10. Türk Dişhekimleri Birliği, 2010. Dişhekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl/ilçelerde 2009 Yılı Dağılımı, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapcıkları/2009YiliDishDagKitapcigi.pdf
11. Türk Dişhekimleri Birliği, 2009. Dişhekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl/ilçelerde 2008 Yılı Dağılımı, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapcıkları/2008YiliDishDagKitapcigi.pdf
12. Türk Dişhekimleri Birliği, 2007. Dişhekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl/ilçelerde 2006 Yılı Dağılımı, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapcıkları/2006YiliDishDagKitapcigi.pdf
13. Türk Dişhekimleri Birliği 2006. Dişhekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl/ilçelerde 2005 Yılı Dağılımı, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapcıkları/2005yilidishdagkitapcigi.pdf
14. Türk Dişhekimleri Birliği 2005. Dişhekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl/ilçelerde 2004 Yılı Dağılımı, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapcıkları/2004YiliDishDagKitapcigi.pdf
15. Türk Dişhekimleri Birliği. http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/istatistik.php?yer_id=7

16. Resmi Gazete. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği. Sayı 27292, 18.07.2009. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090718-5.htm>
17. Ocek Z, Soyer MT, Aksan AD, Hassoy H, Manavgat S. Risk Perception of Occupational Hazards among Dental Health Care Workers in a Dental Hospital in Turkey. *Int Dent J* 2008;58 (4):199-207
18. Aydın N, Karaoglanoglu S, Yigit A, Keles MS, Kirpinar I, Seven N. Neuropsychological Effects of Low Mercury Exposure in Dental Staff in Erzurum, Turkey. *Int Dent J* 2003;53(2):85-91.
19. Yilmaz H, Tutkun E, Demiralp KO, Yilmaz FM, Aliyev V, Soylemezoglu T. Exposure to Mercury among Dental Health Workers in Turkey: Correlation with Amalgam Work and Own Fillings. *Toxicol Ind Health* 2013 Apr 15.
20. Kazancioglu HO, Bereket MC, Ezirganli S, Ozsevik S, Sener I. Musculoskeletal Complaints among Oral and Maxillofacial Surgeons and Dentists: A Questionnaire Study. *Acta Odontol Scand* 2013;71(3-4):469-74.
21. Gurbuz MK, Çatli T, Cingi C, Yaz A, Bal C. Occupational Safety Threats among Dental Personnel and Related Risk Factors. *J Craniofac Surg* 2013;24(6):e599-602.
22. Ozdemir Doğan D, Ozdemir AK, Polat NT, Dal U, Gümüş C, Akkurt I. Prevalence of Respiratory Abnormalities and Pneumoconiosis in Dental Laboratory Technicians. *Tuberk Toraks* 2010;58(2):135-41.
23. Kahraman H, Koksall N, Cinkara M, Ozkan F, Sucakli MH, Ekerbicer H. Pneumoconiosis in Dental Technicians: HRCT and Pulmonary Function Findings. *Occup Med* 2014;64(6):442-7.
24. Dogan DÖ, Berk S, Gumus C, Ozdemir AK, Akkurt I. A longitudinal study on lung disease in dental technicians: what has changed after seven years? *Int J Occup Med Environ Health* 2013;26(5):693-701.
25. Abakay A, Atilgan S, Abakay O, Atalay Y, Güven S, Yaman F, Palanci Y, Tekbas G, Dalli A, Tanrikulu AC. Frequency of Respiratory Function Disorders Among Dental Laboratory Technicians Working under Conditions of High Dust Concentration. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013;17(6):809-14.
26. Cimrin A, Kömüs N, Karaman C, Tertemiz KC. Pneumoconiosis and Work-related Health Complaints in Turkish Dental Laboratory Workers. *Tuberk Toraks* 2009;57(3):282-8.
27. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Doğu Akdeniz Halk Sağlığı Anabilim Dalları. Okul Sağlığında Ağız ve Diş Sağlığı. Konuşma Metinleri ve Bildiri Özetleri. 8-09 Eylül 2014 Ankara. <http://www.hasuder.org.tr/hsg/?p=2983>
28. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. 27-31 Ekim 2013, Antalya

3. TÜRKİYE’DE MEZUNİYET ÖNCESİ VE SONRASI TOPLUM AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI EĞİTİMİ

Gülçin Bermek

Prof.Dr. İstanbul Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Toplum Ağız-Diş Sağlığı Bilim Dalı

a. Diş Hekimliği Fakültelerinde Mezuniyet Öncesi Toplum Ağız-Diş Sağlığı Eğitimi

Diş hekimliği fakültelerindeki Toplum Ağız-Diş Sağlığı (TADS) eğitiminin gelişimi ve bu eğitimin verildiği akademik yapılanma ilk kurulan ve 1963’e kadar tek fakülte olarak eğitim yapan İstanbul Üniversitesi (İ.Ü) Diş Hekimliği Fakültesi örneğinde görülebilir:

Bugünkü adıyla TADS eğitiminin verildiği akademik yapılanma **1969** yılında İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi içinde **Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Kürsüsü** olarak kuruldu. **1982** yılında 2547 sayılı YÖK yasası uyarınca, Temel Bilimleri Bölümü içinde yapılandırılan kürsünün adı **Toplum Ağız Diş Sağlığı Birimi** olarak değiştirildi. **1995** yılında Dişhekimliği Temel Tıp Bilimleri Anabilim Dalları açılması sonucunda, YÖK’ün 27.02.1996 tarih 3238 sayılı kararı uyarınca İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Temel Bilimler Bölümü, Diş Hekimliği Temel Tıp Bilimleri Anabilim Dalı bünyesinde **1996** yılında **Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı** olarak yapılandırıldı.

Dersler, **1951-1983** yılları arasında Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı adıyla İ.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Kürsüsü tarafından verildi. **1983** yılından itibaren TADS ders ve uygulamaları Diş Hekimliği Fakültesi kadrosundaki diş hekimi kökenli Halk Sağlığı öğretim üyeleri tarafından verilmeye başlandı.

Diş hekimliği fakültelerindeki TADS lisans eğitimi 2008’e kadar akademik yapılanma ve müfredat açılarından önemli farklılıklar göstermekteydi. Türkiye 2008’de Avrupa Yüksek Öğrenim alanının bir parçası olduktan sonra, Bologna Sürecine uyum için Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesinde üniversitelerde müfredatın yeniden yapılandırılması çalışmaları başladı. Bu kapsamda ulusal diş hekimliği çekirdek müfredat programını oluşturmak ve diş hekimliği eğitiminde temel standartların varlığını güvence altına almak için, Avrupa Diş Hekimliği Eğitimi Birliği’nin (ADEE) 2009’da saptadığı mesleki yeterlilik kriterleri ölçüt alınmaya başladı. Diş hekimliği eğitimi için ADEE’nin saptadığı Yedi Ana Yeterlilik Alanından yedincisinin “Toplumsal Ağız Diş Sağlığının Geliştirilmesi” olması diş hekimliği fakülteleri içinde TADS eğitiminin müfredat içindeki yerinin yeniden yapılandırılmasına ivme kazandırdı.

Aşağıda İ.Ü Diş Hekimliği Fakültesi'nin yanı sıra bazı diğer diş hekimliği fakültelerinde yürütülen TADS eğitim programları kısaca tanıtılmıştır.

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde TADS Eğitimi

1. Toplum Ağız-Diş Sağlığı Dersi

Dördüncü sınıf 1 ve 2. Yarıyılıda iki grup halinde haftada 2 saat teorik 3 saat uygulama. Derse kabul ön koşul: Birinci Sınıf Koruyucu Hekimlik dersi başarıları

Dersin İçeriği: Toplumun ağız-diş sağlığının korunması ve geliştirilmesi alanında öğrencilerini yetiştirmek, ulusal ağız-diş sağlığı politikasına kaynaklık edebilecek uygulama modellerini öğretmek

2014-2015 eğitim-öğretim yılı TADS teorik dersleri

- Toplumun Ağız-Diş Bakım Alışkanlıklarına ve Tedavi Hizmet Kullanımına İlişkin Tutum ve Davranışının İncelenmesi
- Sağlığın İyileştirilmesi (Health Promotion) İlk Aşama Sağlık Eğitimi/Biyopsikososyal Yaklaşım
- Sağlık Eğitimi Teori ve Modelleri-Sağlık Eğitimi İletişim Becerileri/Uygulama Örnekleri
- Toplum Esaslı Ağız-Diş Sağlığını Yükseltmeye Yönelik Çalışmaların Planlanması, Uygulanması ve Değerlendirilmesi, Süveyans Analizleri, Sağlıkta Risk Tanımı
- Topluma Yönelik Programlarda Uygulanabilecek Fluor Kullanım Yöntemlerinin Değerlendirilmesi
- Kanıta Dayalı Diş Hekimliği Prensipleri Toplumun Ağız Diş Sağlığını Geliştirici Programlarda Uygulanması
- Diş Çürüğünün ve Periodontal Hastalıkların Ülkemizdeki ve Avrupa Bölgesindeki Yaygınlık ve Şiddet Değerleri ve Uygulanmış Koruyucu Örnekler
- Diş Hekiminin Toplumsal Sorumluluk Alanı / Ağız Sağlığını İyileştirici Model Proje/ Bilecik Sonuçları / Türkiye'de Okul sağlığı Uygulamaları
- Ağız Sağlığı ve Genel Sağlık İçin Ortak Risk Temelli Yaklaşım / DSÖ Ağız Sağlığı Stratejileri
- Sağlık Ekonomisi Temel Kavramları Diş Hekimliği Hizmetlerinde Sağlık Ekonomisi Uygulamaları
- Türkiye ve Dünyada Sağlık Düzeyi Göstergeleri Diş Hekimliğinde Atık Yönetimi
- Ağız Diş Sağlığında Eşitsizlikler; 21. Yüzyılda Ağız Diş Sağlığı Alanındaki Eşitsizliklerin Çözümüne Yönelik Yaklaşımlar

2014-2015 eğitim öğretim yılı TADS pratik uygulamaları

İçerik: Toplumda ağız sağlığını geliştirme organizasyonları planlama bilgisine sahip olma ve yürütme becerisini geliştirme/ Diş hekiminin toplumsal sorumluluk alanı

Uygulama Konu Başlıkları

- Okul esaslı ağız diş sağlığı programlarına ilişkin uygulama örnekleri
- İlköğretim okulu öğrencilerinin ağız-diş sağlığı konusundaki bilgi-tutum ve davranışlarını ölçmek, klinik durumlarını kaydetmek, sağlığı geliştirmek için davranış değişikliği oluşturacak uygulamalar yapmak
- İlköğretim okulu öğrencilerinin ailelerine çocukların sağlık davranışları konusunda bilgi vermek ve erişkin sağlık eğitimi modeli uygulamak
- İlköğretim okulu öğrencilerine çocuk sağlık eğitimi modeli sunmak
- İlköğretim okulu öğrencilerine uygulanan programın sonuçlarının kaydedilmesi
- Yapılan okul esaslı ağız diş sağlığı programına ilişkin rapor hazırlanması ve değerlendirilmesi

İ.Ü. Diş hekimliği Fakültesinde 1993’de başlatılan TADS pratik uygulamaları, 2014’e kadar 5. Sınıf daha sonra 4. Sınıf öğrencileriyle birlikte, fakültenin içinde bulunduğu Fatih ve çevredeki Bayrampaşa İlçelerindeki ilköğretim okullarında “toplumun ağız-diş sağlığını yükseltmeye yönelik koruyucu uygulamalar” şeklinde yürütülmektedir. Bu faaliyet, öğrenci eğitimi amacının yanı sıra Fakültenin verdiği tedavi hizmetinin dışında, sağlıkla ilgili doğrudan toplum ile ilişkide olduğu ve çevre koşulları içinde okullarda gerçekleştirdiği ağız-diş sağlığının teşviki ve geliştirilmesi hizmetidir. Pratik programlarıyla bugüne kadar yaklaşık 8500 ilköğretim öğrencisine birebir, 3500 veliye ise gruplar halinde eğitim verilmiştir.

Halen Uygulanmakta Olan Pratik Program

1.Aşama: Diş hekimi adaylarının ilköğretim öğrencileriyle tanışması-klinik muayene-ön anket

Hedef davranış: Ağız bakım davranışı/yetkin fırçalamanın kazanılması. Öğrencilerle tanışma, çalışma hakkında bilgilendirme. Ağız-diş sağlığı ve hastalıkları konusundaki bilgi ve tutumun tespiti için ön anket uygulanması. Klinik muayene: Dişlerin sürme durumu, dmft-DMFT, Gingival İndeks, Plak İndeksi, diş fırçalanmasını takiben birey başarı indeksi (BBİ), ağızda var olan tedavi ihtiyacının tespiti Eğitim: Temizlenemeyen bölgeler üzerinden her çocuğa somut işlem-sözel rehberlikle sıra ve sayı takip edilerek birebir fırçalamanın öğretilmesi

2. Aşama: Veli bilgilendirme – İkinci ağız bakım davranışının kazanılması-Fırçalamanın pekiştirilmesi.

Hedef davranış: Ara yüz temizliği/diş ipi /fırçalamanın pekiştirilmesi: Velilerle görüşme, çocuk hakkında tedavi ve koruyucu uygulama ihtiyacı hakkında bilgilendirme. Velilere kendi ağız bakımları ve çocukları için yapabilecekleri

konusunda görsel materyalle eğitim verilmesi. Çocukların öğretilmiş fırçalamayı uygulama becerilerinin kontrolü, BBI'nin tekrarı. Eğitim: Arayüz temizliği için diş ipi kullanımının beceri eğitimi çerçevesinde öğretilmesi

3. Aşama: Üçüncü ağız bakım davranışının kazanılması-Fluor gargarası-Pekiştirme

Fırçalama ve diş ipi kullanımının pekiştirilmesi. Diş çürüğünü önlemede diş macununun ve Fluor gargarasının rolünün eğitim materyalleriyle anlatılması, fluor gargarası yapılması. Sınıf eğitimi Eğitim: Fluor gargarası kullanımı

4. Aşama: Son muayene-Son anket. Dördüncü ağız bakım davranışının kazanılması-Beslenme.

Görsel materyalle çürük yapmayacak tarzda beslenme eğitimi verilmesi. Son muayene ve son anket formunun doldurulması. Öğrencilerle çalışmanın ve bu çalışma sonrası kendi ağız sağlıklarının değerlendirilmesi. Eğitim: Çürük yapmayan beslenme biçimi

2. Koruyucu Hekimlik Dersi

Bu dersin alınması TADS dersi için ön koşulu oluşturmaktadır.

Birinci sınıf İkinci yarıyıl haftada 1 saat teorik ders

- Sağlığın tanımı/Sağlık dengesi/Yaşam kalitesi
- Sağlığın teşviki ve Geliştirilmesi/Ottowa Bildirgesi
- 21.Yüzyıl 21 Hedef/Sağlığı Oluşturan Taraflar
- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Global Yaklaşım
- 21. yüzyılda sağlığın geliştirilmesine yönelik yeni yaklaşımlar
- Epidemiyoloji Disiplininin Tanımı ve sağlık hizmetlerinde kullanım alanları
- Epidemiyolojik çalışma yöntemlerinin incelenmesi-1
- Epidemiyolojik çalışma yöntemlerinin incelenmesi-2
- Epidemiyolojik araştırmaların analizi ve değerlendirilmesi
- Epidemiyolojik çalışmalarda nedensellik
- Ağız-diş sağlığına yönelik yapılabilecek epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan indeksler
- Çevre ve sağlık ilişkisi
- Çevre kirliliğinin önlenmesinde bireysel ve mesleki sorumluluk
- Sağlığı Geliştirici Ortamlar Yaklaşımı ve Türkiye Örnekleri

Her iki ders ve uygulamaların Prof.Dr. Gülçin Bermek, Prof.Dr. Ferda Doğan ve Doç Dr. Kadriye Peker tarafından yürütülmektedir.

Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde TADS Eğitimi

Epidemiyoloji Dersi

Birinci sınıf öğrencilerine yönelik olan bu dersin amacı öğrencilere sağlıkla ilgili toplumsal olayları nesnel bir şekilde değerlendirebilme becerisi ve bilimsel bakış açısı kazandırmaktır. Dersin sonunda öğrencilerin epidemiyoloji biliminin önemini açıklayabilmeleri, sağlık ölçütlerini ve risk göstergelerini hesaplayabilmeleri ve yorumlayabilmeleri, ilişkilerin nedenselliğini değerlendirebilmeleri, korunmanın farklı düzeylerini ayırt edebilmeleri, farklı epidemiyolojik araştırma tiplerinin temel özelliklerini ve hata kaynaklarını tanımlayabilmeleri ve bilimsel etik kurallarını benimsemeleri hedeflenmektedir. Ders anlatımının yanı sıra olgu tartışması ve problem çözme gibi tekniklerden yararlanılmaktadır. Tek dönemlik olan epidemiyoloji dersine haftada bir ders saati ayrılmıştır.

Toplum Ağız-Diş Sağlığı Dersi

Dersin amacı, öğrencilerin sağlığı, sağlığın belirleyicilerini ve sağlık sistemlerini bütüncül ve eleştirel bakış açısı ile değerlendirebilmeleri, toplum ağız-diş sağlığı sorunlarının nedenlerini ve çözüm yollarını kanıta dayalı olarak tartışabilmeleridir. Ders başlıkları beş tema altında yer almaktadır.

Tema 1. Sağlığın Belirleyicileri

- Sağlığın Tanımı ve Sağlığı Belirleyen Etmenler
- Sağlığın Sosyal Belirleyicileri
- Sağlığın Çevresel Belirleyicileri
- Gıda Güvencesi ve Gıda Güvenliği
- Sağlığın Geliştirilmesinde Toplum Odaklı Yaklaşım

Tema 2. Sağlık Sistemleri

- Sağlık Bakımının Basamaklandırılması ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti
- Dünya'da Sağlık Sistemleri ve Reformların Etkileri
- Türkiye Sağlık Sistemi ve Yaşanan Dönüşüm

Tema 3. Ağız-Diş Sağlığı Sistemleri

- Dünya'da ve Türkiye'de Ağız-Diş Sağlığı
- Ağız-Diş Sağlığı ve Eşitsizlikler; Piyasa Yönelimli Sağlık Sistemleri
- Türkiye'de Ağız-Diş Sağlığının Örgütlenmesi ve Finansmanı
- Diş Hekiminin Profesyonel Kimliği ve Türkiye'de Diş hekimi Olmak
- Diş hekimliğinde Meslek Örgütlenmesi

Tema 4. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı

- Sağlık Çalışanlarının Riskleri ve Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Birimleri
- Ağız-Diş Sağlığı Alanına Özgü Sağlık Riskleri ve Korunma

Tema 5. Toplum Ağız-Diş Sağlığının Geliştirilmesi

- Toplum Ağız-Diş Sağlığının Geliştirilmesinde Temel İlke ve Stratejiler
- İyi Deneyim Örnekleri ve Okul Çalışmaları

Süre ve eğitim teknikleri: TADS dersi beşinci sınıfta iki dönem boyunca devam etmektedir. Haftada sadece 45 dakika ayrılmış olan bu derste alan çalışması veya diğer uygulamalı eğitim teknikleri gerçekleştirilememektedir. Kuramsal derslerde ise anlatım, tartışma, film gösterimi (Food-Inc, Sicko, Modern Zamanlar), panel (Türkiye’de Diş Hekimi Olmak), konuk konuşmacılar/eğitciler ile tartışma (Diş Hekimliğinde Meslek Örgütlenmesi, Sağlık çalışanlarının sağlık riskleri ve sağlık çalışanlarının sağlığı birimleri) gibi tekniklerden yararlanılmaktadır.

Her iki ders de Doç.Dr. Zeliha Öcek tarafından yürütülmektedir.

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde TADS Eğitimi

Epidemiyoloji Dersi

Zamanlama ve Süre: 1. Dönem, toplam 17 saat

Epidemiyolojiye Giriş, Nedensellik Kavramı, Sağlık Ölçütleri gibi ders başlıkları yer almaktadır.

Toplum Ağız-Diş Sağlığı Dersi

Zamanlama ve Süre: 9. ve 10 Dönem Toplam 34 saat

Sağlığı Belirleyen Etmenler, Sağlık Sistemleri, Topluma Yönelik Koruyucu Diş Hekimliği Uygulamaları gibi ders başlıkları yer almaktadır.

Eğitim Teknikleri: ders anlatımı, film gösterimi ve tartışma, olgu tartışması

Her iki ders de Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD öğretim üyelerinin sorumluluğunda yürütülmektedir.

İstanbul Medipol Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’nde TADS Eğitimi

İstanbul Medipol Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde “süreç tabanlı diş hekimliği eğitim modeli” uygulanmaktadır. Bu modelde bireyin doğumundan ölümüne kadar geçen süreçte diş hekimliğini ilgilendiren konular sistemli bir şekilde incelenmektedir. Eğitim modeli ADEE’nin önerdiği ve Avrupa Birliği Ülkelerinde uygulamakta olan koşulları yerine getirmektedir. Bu yeni eğitim modelinin en önemli amacı öğrencilere araştırma ve kendi kendine öğrenme yeteneği kazandırmak ve yıl içi çalışma etkinliğini arttırmaktır. Bu sistemde bireyin oral habitatında gerçekleşen ilk patoloji dental çürüktür. Dental çürüğün etyolojisi ve tedavisinin öğrenilmesinin yanında birey ve toplumun çürüğe karşı tutumunun değiştirilmesi ve bilgi düzeyinin artırılması amacıyla Toplum Ağız ve Diş Sağlığı dersi diş hekimliği eğitiminin 2. Sınıfında teorik dersler, 3. Sınıfında ise Alan Uygulaması şeklinde gerçekleştirilir. Bu şekilde eğitim alan diş hekimi adayları klinik uygulamalara başlamadan bireyin ağız ve diş sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek için yeterli bilgi ve donanıma sahip olacaktır. Dersler 2013-14’den itibaren Prof. Dr. Gülçin Bermek tarafından verilmektedir.

Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde TADS Eğitimi

Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde TADS kapsamında yürütülen dersler ve konuları aşağıda sunulmuştur. Bu eğitim programı Prof. Dr. İnci Oktay sorumluluğunda yürütülmektedir.

<i>Sınıf</i>	<i>Ders Adı</i>	<i>Konu</i>	<i>Süre ve nitelik</i>
1	Araştırma metodolojisine giriş	Temel istatistik bilgileri ve durum analizi çalışmaları	14 saat, kuramsal
2	Araştırma metodolojisi I	Epidemiyoloji, araştırma yöntemleri, gözlemsel araştırmalar	14 saat kuramsal
2	Karyoloji ve Koruyucu Diş Hekimliği	Sağlık eğitimi	14 saat kuramsal- 28 saat klinikte hastalara sağlık eğitimi
3	Araştırma Metodolojisi II	Deneysel araştırmalar ve kanıta dayalı diş hekimliği	14 saat kuramsal, 5-6 kişilik gruplar halinde bir araştırmanın planlanması, uygulanması, raporlanması
4	Bireysel Koruyucu Diş Hekimliği	Koruyucu uygulamalar	28 saat kuramsal, 28 saat pratik
5	Toplum Ağız-Diş Sağlığı	Diş hekimliği açısından halk sağlığı sağlık sistemi, insangücü dağılımı, sosyal güvenlik sistemleri, Ulusal ağız diş sağlığı politikaları vb	28 saat kuramsal, 28 saat uygulama

b. Dış Hekimliği Fakülteleri Mezuniyet Sonrası Toplum Ağız-Diş Sağlığı Eğitimi

Dış hekimliği fakültelerinde mezuniyet sonrası TADS lisansüstü programı bulunmamaktadır. Dış hekimleri tıp fakülteleri halk sağlığı doktora programlarında dış hekimi kökenli aday kabulü varsa doktora yapabilmektedir. İlgili anabilim dalı öğretim üyeleri içinde dış hekimliğinde görevli dış hekimi kökenli halk sağlığı öğretim üyelerinin tez danışmanı olması TADS disiplini konulu doktora çalışmalarının yapılmasını sağlamıştır. Bugüne kadar doktora yapan dış hekimleri, İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesinde Hediye Sözer, Nilüfer Bora, Emine Ashı Aktı, Kadriye Bahtışen Peker, Remzi Ülgen, Haluk Elçioğlu, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Necmi Namal, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde Didem Geziner ve Zeliha Öcek'tir.

Tıp ve dış hekimliği fakülteleri kadrosunda dış hekimi kökenli halk sağlığı öğretim üyeleri

Prof.Dr. Bihter Yazıcıoğlu	1998; Hactepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Emekli
Prof.Dr. İnci Oktay	1970-2007; İ.Ü, 2007; Yeditepe Dış Hek. Fak.
Prof.Dr. Gülçin Bermek	1977; İ.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi
Prof.Dr. Ferda Doğan	1980; İ.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi
Doç.Dr.Zeliha Öcek	1997; E.Ü. Tıp Fakültesi
Doç.Dr. Kadriye Peker	1996; İ.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi

c. Mezuniyet Sonrası Sürekli Eğitim Etkinlikleri Kapsamında Toplum Ağız Diş Sağlığının Yeri

Doksanlı yıllardan başlayarak Türk Dış Hekimleri Birliği ve dış hekimleri odaları bünyesinde TADS Komisyonları kurulmaya başladı. Mezuniyet sonrası eğitim etkinlikleri kapsamında toplum ağız-diş sağlığının yeri TADS komisyonlarının kurulmasıyla süreklilik kazandı.

Başta en yoğun olarak İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa dış hekimleri odalarının sürekli eğitim etkinlikleri kapsamında verilen TADS eğitim programlarının yanı sıra ilköğretim okullarıyla çalışılmaktadır. İstanbul HSM 2014, Denizli İl Sağlık Müdürlüğü 2009 Zeytinburnu Ana Çocuk Sağlığı 2004 hekimlere yönelik TADS bilgilendirme seminerleri, 2002: Yalova - Çınarcık Esenköy Hizmetiçi Eğitim Enstitüsünde düzenlenen 115 nolu "Okul Sağlığı - Ağız Diş Sağlığı Eğitimi 2003 Koç ve M.Ü. Hemşirelik Y. Okulunda yapılan eğitim programında Hemşirelik Eğitiminde Ağız-Diş Sağlığı konulu seminer. 2001: Gebze Garnizon Komutanlığında "Ağız diş sağlığı alanında sağlık eğitimi", 2001: Şükrü Balı Polis Eğitim Okulu'nda uygulamalı ağız diş sağlığı eğitimi konulu seminer örneklerinde olduğu gibi toplumun pek çok kesimi tarafından talep edilen eğitimler, seminerler, fakülteler ve dış hekimleri odaları aracılığıyla karşılanmaktadır.

d. Diş Hekimliği Fakültelerinde Toplum Ağız-Diş Sağlığı Eğitiminin Yerinin Önemi

- ADEE'nin 7. Yeterlilik alanı olarak belirlediği toplumun ağız diş sağlığının geliştirilmesi için lisans düzeyinde teorik ve pratik TADS eğitiminin yapılmasının;
- Ülkemizde düşük-orta risk gruplarında %80-90 oranında önlenabilir olan başlıca ağız diş hastalıklarının tedavi ihtiyaçlarının azaltılması için koruyucu uygulamaları konusunda bilgi ve olumlu tutuma sahip diş hekimlerinin yetişmesi,
- Toplum Ağız-Diş Sağlığı uygulamalarıyla diş hekimi adayının toplumun ağız diş sağlığını iyileştirmeye yönelik bir modeli öğrenmesi,
- Fakültenin, verdiği tedavi hizmetinin dışında, TADS pratikleriyle doğrudan toplum ile ilişkide olduğu, çevre koşulları içinde hizmet verdiği bir uygulama olması,
- Ülkemizde aile diş hekimliği modeli hizmet planlamasına alınırsa TADS uzmanlık ve yüksek lisans programlarının oluşturulmasını sağlayacak bir akademik birikim sağlaması,
- Diş hekimliği eğitiminin yeniden yapılması planlanırken, Türkiye'nin ihtiyaçlarına cevap verecek sürdürülebilir ağız diş sağlığı sisteminin merkezindeki diş hekiminin yönetiminde TADS uygulamalarında istihdam edilebilecek yardımcı personel konumundaki insan gücünün eğitime katkı sağlama potansiyeli açılarından önemli olduğu görülecektir.

4. TÜRKİYE'DE TOPLUM AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK DENEYİMLER

Ece Eden

Prof.Dr. Ege Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti AD

Ağız-diş sağlığının iyileştirilmesinde üç temel stratejiden bahsedilebilir. Bunlardan birincisi etkili faktörlerin zayıflatılması yani doğru beslenme ve ağız hijyeni alışkanlıklarının kazandırılması, ikincisi diş dokusunun dayanıklılığının artırılması yani flor ya da remineralizasyon ajanı uygulamaları ve mekanik olarak diş dokusunun korunması yani fissür örtücü uygulamaları, üçüncüsü ise bunlardan her ikisinin birden kullanılmasıdır (11, 20). Diş çürüğünün etiolojisindeki faktörlerden biri olan karyojenik bakterilerin eliminasyonu ile ilgili uygulamalar da özellikle çürük riskinin yüksek olduğu gruplarda ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Bu uygulamalar arasında klorheksidin ve ozon sayılabilir.

Türkiye’de toplum ağız-diş sağlığının geliştirilmesine yönelik uygulamalar sağlık sistemi içinde yer almamakta ve üniversiteler tarafından kısa süreli ve bölgesel düzeyde yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın ağız ve diş sağlığı politikası tedavi edici hizmetleri kapsamakta ve topluma uygun koruyucu uygulamalar içermemektedir. Bu yaklaşım, dişhekimliği hizmetlerinin yapılan diş çekimi, dolgu ve protetik işlemlerle sınırlı kalmasına yol açmaktadır.

Bilimsel çalışmalar, ağız ve diş sağlığının geliştirilmesinde çeşitli hedef grupları işaret etmekte ve bu gruplara uygun girişimlerin etkinliğini ortaya koymaktadır. Ülkemizde de ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi ancak toplumsal farkındalık yaratıp toplumun her kesimine ulaşarak mümkün olacaktır (20). Hiç şüphesiz en kolay ulaşılabilir hedef grup okul çağı çocuklarıdır. Okullarda yürütülen toplum ağız-diş sağlığı çalışmaları bir sonraki bölümde ayrıntılı olarak değerlendirilecektir. Bu bölümde ise ülkemizde sağlık çalışanları, özel bakım gereksinimi olan bireyler, ebeveynler ve gebelere yönelik olarak yürütülen çalışmalar üzerinde durulmuştur.

Sağlık Çalışanları

Sağlık çalışanları toplumun her kesimine ulaşmakta ve sağlık konusunda etkili bir yönlendirici olabilmektedir. Bu nedenle tıp doktorları, hemşire ve ebelerin ağız diş sağlığı bilgilerinin geliştirilmesi ağız-diş sağlığının iyileştirilmesinde etkili bir yoldur. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeline geçiş öncesine kadar gebe, bebek ve çocuk izlemi ve sağlık eğitimi ağırlıklı olarak ev ziyaretleri aracılığı ebe/hemşireler tarafından gerçekleştirilmiştir. Öcek ve arkadaşlarının (16) çalışması sağlık ocağı ebe/hemşirelerinin izlem ve eğitim çalışmalarına ağız ve diş sağlığının kolaylıklı entegre edilebileceğini göstermiştir.

Her ne kadar aile hekimliği ile birlikte koruyucu amaçlı ev ziyaretleri kaldırılmış, ebe ve hemşireler aile sağlığı elemanı adı altında aile hekimi yardımcısına dönüştürülmüş olsa da ağız-diş sağlığının geliştirilmesinde, erken dönem diş çürüklerinin önlenmesinde ebe ve hemşirelerin halen çok etkili bir grup olduğu akıldan çıkartılmamalıdır. Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı da 2013 yılında Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün talebi üzerine il içinde çalışan ebe, hemşire ve sağlık memurlarına meslek içi eğitim programı yürütmüştür.

Tıp doktorlarının, diş hekimlerine göre topluma daha kolay ulaşabilir bir konumda olması ağız-diş sağlığı açısından da etkin birer yönlendirici olabileceklerini göstermektedir. Bu nedenle tıp eğitimi içinde bu konunun yer alması çok önemlidir. Yapılan çalışmalar tıp öğrencilerinin ağız-diş sağlığı bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir (9, 14, 17). Tıp fakültesi eğitiminde ağız-diş sağlığının yer alması toplumun geniş bir kısmında farkındalığın artırılmasında rol oynayacaktır. Nitekim ağız-diş sağlığı eğitimi alan tıp öğrencilerinin hastaların yönlendirilmesi konusunda çok başarılı bir şekilde bilgilendikleri rapor edilmiştir (9, 14, 17). Eden (9) tıp öğrencilerinin meslek yaşamlarında ağız-diş sağlığı konusundaki doğru bilgileneceklerinin acil müdahale gerektiren travma vakalarında da doğru tedavinin yapılmasını sağlayabileceğini bildirmiştir.

Çocuklar birincil korumaya yönelik uygulamalarda önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle pediatristlerin de ağız ve diş sağlığı konusunda etkin bir rol üstlenmeleri gerekmektedir (19, 18). Yapılan çalışmalar, pratisyen hekimlerin, pediatristlerin ve acilde görevli uzman hekimlerin ağız diş sağlığı bilgilerinin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir (9, 14, 16, 18, 19).

Özel Bakım Gereksinimi Olan Bireyler

Mental retardasyon, duyu eksikliği, sistemik hastalıklar ve kanser tedavisi ağız ve diş sağlığını etkilemektedir. Mental retardasyon gösteren bireyler genellikle genel anestezi altında diş tedavisi görebilmekte ve ağız bakım alışkanlıkları konusunda zorluklar yaşayabilmektedir. Bu grup üzerinde yapılan bir çalışmada genel anestezi altında diş tedavisi yapıldıktan sonra özellikle koruyucu uygulamaların önemi üzerinde durulmuş ve klorheksidin vernik uygulaması ile bakterilerin baskılanması ve florlu jel uygulamasının benzer şekilde etkili olduğu ve mutlaka yapılması gerekliliği bildirilmiştir (10). Tuna ve arkadaşlarının (22) Çocuk Esirgeme Kurumunda bulunan cerebral palsy'li çocuklar üzerinde yaptıkları çalışma caseinfosopeptid içeren remineralizasyon ajanının etkisini göstermiş ve etkin korunma programlarına dahil edilebileceğini ortaya koymuştur.

Ülkemizde pek çok üniversite zihinsel özürlü bireyler için koruyucu hekimlik uygulamaları, eğitimler gerçekleştirmektedirler. Özellikle bakıma muhtaç bireylerin bakımını üstlenen yakınlarının eğitimi çok kritiktir. Adana'da Çukurova Üniversitesi Pedodonti Anabilim Dalında yürütülen 'Engelsiz Gülüşler' projesi buna örnek olarak verilebilir. Ayrıca İstanbul Üniversitesi'nde faaliyet gösteren "Engelsiz Gülüşler Kulübü" kapsamında topluma yönelik gönüllü faaliyetler

sürdürülmektedir. Bu ve benzeri faaliyetleri sürdüren pek çok grup olmasına karşın devamlı ve organize uygulamalar ne yazık ki bulunmamaktadır.

Çeşitli tıbbi sorunlar yaşayan bireylerin de ağız ve diş sağlığını iyileştirmeye yönelik yaklaşımlara ihtiyacı vardır. Bu kişilerin artan ağız diş sağlığı risklerine göre eğitilmeleri ve koruyucu uygulamalardan yararlanmaları sağlanmalıdır. Bunları gerçekleştirmek ancak sağlık personelinin de dahil edilmesi ile mümkündür. Özellikle kanser tedavisi sırasında tükürük akış hızı azalmakta, ağız içi lezyonlar gelişmekte, diş çürüğü riski artmakta ve trismus meydana gelebilmektedir. Bu nedenle kemoterapi ve radyoterapi gören bireylerin toplumun diğer kesiminden farklı olarak değerlendirilmesi ve artan tehditlerin ortadan kaldırılmasına yönelik uygulamalar yapılması gerekmektedir (4, 5, 6, **Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.**7). Çubukçu ve Sevinir (7) kanser tedavisi gören çocukların dişhekimi kontrolünün mecbur olması gerektiğini ve beslenme ve hijyen alışkanlıkları konusunda eğitilmeleri ve flor uygulamalarının gerekliliğini rapor etmiştir. Çubukçu ve Güneş (4) kanser tedavisi gören çocuklarda ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi için ebeveynlerinin ve sağlık çalışanlarının eğitimlerinin gerekli olduğunu bildirmiştir.

Ebeveynler

Sağlıklı davranışların kazandırılmasında aile, özellikle de anne temel bir rol oynar. Tulunoğlu ve arkadaşları (21), ebeveynlerin eğitim seviyesi ile çocukların ara öğünlerde atıştırdıkları zararlı besinler, fırçalama alışkanlığı ve diş hekimi ziyaret sıklığı arasında ilişki olduğunu göstermişlerdir. Alačam ve arkadaşları (2), ebeveynlere verilen eğitimin ve özellikle tekrarlanmasıyla bilgi seviyesinin artırılmasında önemli rol oynadığını bildirmişlerdir.

Gebeler

Anne adayları ve daha sonra annelerin eğitimi ağız diş sağlığının iyileştirilmesi açısından çok önemlidir. Gebelik döneminde karşılaşılan ağız-diş hastalıkları annenin yaşam kalitesini ve genel sağlık düzeyini etkilediği gibi bebek sağlığı açısından da önemli tehdit oluşturur (13). Gebelik döneminde anne adayları kendilerinin ve bebeklerinin sağlığı açısından diş hekimliği hizmetlerinden yararlanmalı ve ağız-diş sağlığı eğitimi ile bu sorunların önlenmesine fayda sağlanmalıdır. Gebelere yönelik eğitim programları yetersiz ağız hijyeni ve yanlış beslenme davranışı gibi önlenabilir nedenlerden kaynaklı erken çocukluk dönemi çürüklerinde de azalma sağlamaktadır. Öcek ve arkadaşları (15), 2013 yılında İzmir'in Bornova ilçesinin sosyoekonomik dezavantajların yoğun olarak görüldüğü üç semtinde "Anne Adaylarının Ağız-Diş Sağlığının Geliştirilmesi ve Çürüksüz Çocuklar Programı" başlatmıştır. Anne adaylarının eğitimi ve sürdürülen faaliyetler ile bilgi seviyesinde artış sağlamıştır. Fakat bu gelişmenin toplumda yaygın yanlış olan inanışlar açısından yeterli olmadığı görülmüştür. Davranış açısından da istenilen düzeyde bir gelişme henüz sağlanmamıştır (15). Bebeklerin takibi ile önümüzdeki iki yıl boyunca da devam edecek bu eğitim çalışması

annelerin ağız diş sağlığı konusundaki etkin yararlarını göz önüne serecek bilgilere ulaşmamızı sağlayacaktır.

Öğretmenler

Ağız-diş sağlığının iyileştirilmesinde bir diğer hedef grup öğretmenlerdir. Öğretmenlerin eğitimi ile dolaylı olarak okul çocukları üzerinde etkili bir korunmanın sağlanması mümkündür. Bu etki bir sonraki bölümde irdelenecektir. Okulların travma açısından çok riskli ortamlar olması nedeniyle öğretmenlerin dental yaralanmalarda ilk müdahaledeki rolü de çok önemlidir. Arıkan ve Sönmez (3), öğretmenlerin bu konudaki bilgi seviyelerinin yetersiz olduğunu ve eğitilmelerinin çok faydalı olacağını bildirmiştir.

Sonuç

Türkiye’de koruyucu ağız-diş sağlığı programı planlanırken toplumun her kesimine ulaşan ve Sağlık Bakanlığı kontrolünde takipler içeren bir strateji izlenmelidir. Buna göre birinci hedef grup gebe kadınlardır. Rutin gebelik izlemine diş hekimi kontrolü ve ağız-diş sağlığı eğitimi dahil edilmelidir. Gebe kadınların ikinci trimesterde bağlı oldukları aile hekimi tarafından diş hekimine muayene ve sağlık eğitimi amacıyla yönlendirilmesi uygun olacaktır. Koşullara göre flor ya da klorhekisidin vernik gibi diğer koruyucu uygulamaların ilavesi de mümkün olabilir. Bu dönem sağlıklı beslenme, hijyen ve bebek bakımı açısından anne eğitimi için de çok uygundur.. Doğumdan sonraki üç ay içinde annenin ikinci muayenesinin ve eğitiminin gerçekleştirilmesi önerilebilir. Bu sağlık eğitimi programlarının içeriğinin uzman bir ekip tarafından hazırlanması, farklı sosyal çevreler için farklı programlar planlanması gerekliliği unutulmamalıdır.

İkinci en önemli hedef grup kuşkusuz çocuklardır. Doğum ile birlikte aile hekimleri tarafından rutin izlemi yapılan bebeklerin bir yaşında ilk diş hekimi muayenesi gerçekleştirilmeli ve hasta kayıtları tutulmalıdır. Yılda iki kez ağız muayenesi ve anne eğitimi ile motivasyon sağlanmalıdır. İki – beş yaş döneminde çocuğun çürük risk grubu ayrımı yapıldıktan sonra uygun flor uygulama planı hazırlanmalıdır. Buna göre düşük ve orta risk gruplarında yılda iki, yüksek risk grubunda yılda dört kez flor verniği uygulaması önerilebilir. Altı yaş dişlerinin sürmesi ile birlikte mali kaynaklar dikkate alınarak programa fissür örtücü uygulaması eklenebilir. Okul çağı döneminde ise okul çağında çocuklara yapılacak uygulamalar okul ortamında gerçekleştirilebilecektir.

Bilimsel veriler çerçevesinde bakıldığında, üzerinde dikkatle durulması gereken konu, ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesinde tek bir etkili yolun olmadığıdır. Primer koruyucu uygulamalar yani hastalık oluşmadan korunmanın sağlanması özellikle doğum öncesi dönem ve çocukların hedef grup olarak seçilmesiyle mümkün olacaktır. Yüzeysel flordan sağlanan faydanın diş dokusunun güçlendirilmesi yönünde olduğu ve diğer faktörler elimine edilmeden tek başına yeterli olamayacağı unutulmamalıdır. Davranış değişikliğinin hedeflendiği eğitim çalışmalarında yaşam becerileri, bireysel yeterlilik gibi psiko-sosyal faktörler esas

alınmalıdır. Ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi hedeflendiğinde, bakıma muhtaç bireylerin ayrı olacak şekilde genç bir nüfusa sahip ve yüksek çürük prevalansı gösteren ülkemiz için bütüncül yaklaşımla, ekonomik, uygulanabilir, takip edilebilir bir programın oluşturulması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Akal N, Ayhan H, Görme özürlü çocuklarda motivasyonun ağız hijyeni üzerine etkisi. GÜ Dişhek Fak Der 1992;9(1):69-78.
2. Alaçam A, Tulunoğlu Ö, Bodur H, Çınar Ç, Tüzüner E, Cula S, Ebeveynlere yönelik ağız diş sağlığı eğitim programlarının kısa ve uzun dönem etkileri. GÜ Dişhek Fak Derg 2012;29(3):139-146.
3. Arıkan V, Sönmez H, Knowledge level of primary school teachers regarding traumatic dental injuries and their emergency management before and after receiving an informative leaflet, Dental Traumatology 2012; 28: 101-107; doi: 10.1111/j.1600-9657.2011.01042.x
4. Çubukçu Elbek Ç, Güneş AM, Childhood leukaemia: experiences of children and attitudes of parents on dental care. Eur J Cancer Care 2008 May;17(3):285-9. doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00859.x.
5. Çubukçu Elbek Ç., A. M. Güneş, "Caries Experience of Leukemic Children During Intensive Course of Chemotherapy," *J Clin Ped Dent* 2007;32(2): 155-158.
6. Çubukçu Elbek Ç, B Sevinir, Debriment could be a solution to promote healing of established mucositis in children, Eur Arch Pediat Dent June 2007; 8(2):105-12.
7. Çubukçu Elbek Ç., B. Sevinir, "Dental Health Indices of Long-term Childhood Cancer Survivors Who Had Oral Supervision During Treatment: A Case Control Study," *Pediatr. Hemato. Oncol* 2008 ,25(7):638-646.
8. Eden E, Candan Ü, Dişhekimleri arasında fissür örtücünün kullanım sıklığı: anket sonuçlarının değerlendirilmesi. Ankara Üni. Dişhek. Fak. Dergisi, Eylül-Aralık 2004;31(3):175-181.
9. Eden E, Kılınç G, Ellidokuz H, İzmir ilindeki iki tıp fakültesine devam eden son sınıf öğrencilerinin dental travmaya yaklaşımları. Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Dergisi Ocak 2011; 25(1):31-37.
10. Ersin KN, Önçağ Ö, A comparison of effectiveness of chlorhexidine varnish, fluoride varnish and fluoride gel in children with intellectual disability. J Dent Oral Health 2005; 6/2.
11. Frencken JE, Peters MC, Manton DJ, Leal SC, Gordan VV, Eden E, Minimal intervention dentistry for managing dental caries-a review, Report of a FDI task group. International Dental Journal 2012;62: 223-243.

12. Gülcan F, Eden E, Trovik TA, Influence of Mothers' dental health attitudes on children's dental health, 45th Meeting of CED-IADR, 31 August-3 September, 2011, Budapest, Hungary
13. Gümüş P, Öztürk Ö, Eden E, Emingil G, Öcek ZU, Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan kadınların periodontal sağlık düzeyinin gebelik ve gebelik sonrasında değerlendirilmesi, 44. Periodontoloji Derneği Bilimsel Kongresi 9-10 Mayıs 2014, Sheraton Oteli, İstanbul.
14. Kılınç, G, Günay T, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2010;24(3): 131 – 137.
15. Öcek Z, Eden E, Türk M, Çakır N. Anne Adaylarının Ağız-Diş Sağlığının Geliştirilmesi ve Çürüksüz Çocuklar Programı'nın Ara Değerlendirmesi: Annelerin Bilgi Düzeylerinde Gerçekleşen Değişim. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 20-24 Ekim 2014, Edirne.
16. Öcek ZA, Eden E, Türksoyer M, Çiçeklioğlu M, Evaluation of a dental health education program for midwives. J Public Health Dent, 63(4): 255-57, 2003.
17. Öcek ZA, Ertuğrul F, Eden E, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi üçüncü sınıf öğrencilerine verilen ağız diş sağlığı eğitiminin değerlendirilmesi. Tıp Eğitimi Dünyası Mayıs 2008;28:13-20.
18. Sandallı N, Kuvvetli SS, Çıldır ŞK, Ergeneli S, The pediatricians role in the oral health of children. OHDMBSC December, 2007;VI(4):18-27.
19. Sandalli N, Beyar I, Simsek S, Kavaloglu S. Çocukların ağız-dış sağlığının düzenlenmesinde pediyatristlerin rolü ve pediyatrist-pedodontist ilişkisinin araştırılması. ANKEM Derg 2002; 16: 151.
20. Topaloglu-Ak A, Eden E, Frencken JE, Managing dental caries in children in Turkey- A discussion paper. BMC Oral Health Nov 2009;25:9-32.
21. Tulunoğlu Ö, Bodur H, Akal N, Aile eğitim düzeyinin okul öncesi çocuklardaki ağız diş sağlığı uyguamaları üzerine etkisinin değerlendirilmesi. GÜ Dişhek Fak Derg 1999;16(2):27-32.
22. Tuna EB, Aytepe Z, Ozdas DO, Yamac E. Casein Phosphopeptide-Amorphous Calcium Phosphate (CPP-ACP) may be an alternative preventive therapy on children with cerebral palsy. Oral Health and Preventive Dent 2014 (In press).

5. TOPLUM AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞINDA ÖNEMLİ BİR MÜDAHALE ALANI: OKUL ÇALIŞMALARI

İnci Oktay

Prof.Dr. Yeditepe Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği AD

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 edilebilir. Bir başka deyişle, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, yaşam tarzını değiştirme olarak da kabul edilmektedir. Tanım planlanacak çalışmaların kapsamı hakkında bilgi vermekte ve dikkate alınması gereken pek çok önemli noktaya işaret etmektedir.

1986 Ottawa Bildirgesi'nde ve daha sonraki çalışmalarda, yukarıdaki özellikleri taşıyan yerleşkelerde sağlığın geliştirilmesi ve korunması programlarına dikkat çekildi ve sağlığı geliştiren okullar, üniversiteler, hastaneler, şehirler vb programların uygulanması yaygınlaştı. Ülkemiz nüfusu dikkate alındığında, öncelikli grubun çocuklar olması nedeniyle, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Türk Dişhekimleri Birliği (TDB), fakülteler, diş hekimliği sanayisi tarafından 80'li ve 90'lı yıllardan bu yana pek çok okul çalışması yapılmıştır. Ancak, halen kişi başına düşen diş macunu tüketimi 100 gramın biraz üzerindedir. Ülkemizde ağız-diş sağlığı sorunlarının yaygınlık ve şiddetinin yüksek olduğu ve halen kişi başına ortalama dolgulu diş sayısının 1'den az olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmaların bu hastalıklarının yaygınlık ve şiddetinde neden ciddi bir azalma sağlayamadığı değerlendirilmelidir. Ağız diş sağlığı ile bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların benzer etyolojilere sahip olmaları ve kötü ağız sağlığının genel sağlığı etkilemesi, maliyet, insan gücü vb pek çok nedenle ağız diş hastalıklarının yaygınlık ve şiddetinin düşürülmesini zorunlu kılmaktadır. Konuya, örnek programlara, eleştirel değerlendirme açısından yaklaşarak, çalışmalarda başarılı olmayı etkileyen faktörler açısından bir değerlendirme yapmanın, gelecekte yürütülecek projelere katkı yapabileceğini düşünmekteyim.

Ülkemizde Ağız-Diş Sağlığını Geliştiren Okul Programlarına Örnek 1

Üzerinde duracağımız birinci örnek, Prof. Dr. İnci Oktay, Prof.Dr.Gülçin Bermek ve Doç.Dr.Ferda Doğan tarafından yürütülen "Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Düzeyinin Artırılması" amaçlı Bilecik İli Uygulama Projesidir (1-4). Proje, Eylül 1996 Bilecik ili ve ilçelerinde başlamış ve Haziran 2011'de tamamlanmıştır. Proje kapsamında 3552 çocuk dahil edilmiş, çalışma optimal koşullarda ve diş hekimlerinin sürekli kontrolü altında yürütülmüştür.

Projenin amaçları

1. İlköğretim öğrencilerinde diş çürüğü ve periodontal hastalıkların yaygınlık ve şiddetini azaltmak
2. Yüzeysel fluor uygulamalarının ülkemiz koşullarında etkinliğini verimliliğini incelemek
3. Ağız diş sağlığı bakım davranışlarının okulun günlük aktivitelerine entegrasyonunu sağlamak
4. Projenin sağlık sistemi için model olma özelliğini değerlendirmek
5. Diş hekiminin birinci basamak sağlık hizmeti içindeki sorumluluğunu belirlemek.

Araştırmaya 14'ü deney ve ikisi kontrol grubu olmak üzere 16 okulda öğrenim gören 3552 öğrenci ile başlanmış, beş yıl boyunca 1- 5. sınıf arası 496, 2-6. sınıf arası 484, 3-7. sınıf arası 452, 4-7. sınıf arası 466 ve 5-8. sınıf arası 346 olmak üzere toplam 2335 öğrenci dahil edilmiştir. Klinik muayenede ağızda var olan dişler, çürük şiddeti DMFT/dmft, Gingival İndeks, Plak İndeksi ve Birey Başarı İndeksi ölçülmüştür (5). Tablo 1 ve 2'de görüldüğü gibi başlangıç muayenelerinde, prevalans hızları ve çürük frekans dağılımları bakımından kontrol ve uygulama grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 1. Başlangıç prevalans hızları

Araştırma Grupları	Diş çürükleri prevalans hızı
Kontrol	95*
Uygulama Grubu 1	98*
Uygulama Grubu 2	100*
Uygulama Grubu 3	94*
Uygulama Grubu 4	95*
Uygulama Grubu 5	98*

*P>0.05 (ANOVA analizi)

Tablo.2 Diş çürükleri ve sonuçlarının yüzey olarak frekans dağılımı

Diş çürükleri ve sonuçları (yüzey)	1-4 % kişi	5-9 % kişi	10-19 % kişi	20-29 % kişi	30+ % kişi
Grup					
Kontrol	4.5	4.5	52	25	14
Uygulama	4.1	5.0	55	23	13

Diş çürüklerinin dağılımı açısından, gözden kaçan bir nokta çürük frekans dağılımıdır. Tablo 2’de görüldüğü gibi kişi başına düşen çürük ve sonuçlarının sayısı 0 ile 30+ arasında değişmekte ve alt gruplara düşen kişi yüzdeleri de farklılık göstermektedir. Bu durum toplumdaki tüm bireylerin aynı risk düzeyinde olmadığını göstermektedir. Bu açıdan farklı risk gruplarındaki bireylere, aynı koruyucu programın uygulanmasının sonuçları (çürük insidans hızlarını) olumsuz etkileyeceği açıktır. Başlangıç muayenesindeki çürük frekans dağılımı dikkate alınarak, hazırlanan risk profilinde öğrenciler düşük-orta ve yüksek-çok yüksek risk gruplarına ayrılmıştır. Tablo 3’de görüldüğü gibi düşük-orta risk grubu değerleriyle, yüksek-çok yüksek risk grubu değerleriyle anlamlı farklılık göstermektedir.

Bir diğer nokta, diş çürüklerinin başlangıcından kavitenin oluşumuna kadar, değişik aşamalardan oluşan 10-24 aylık bir sürenin geçmesidir. Bu nedenle, proje kapsamında ilk defa diş çürüklerinin sınıflandırılması kaviteli-kavitesiz, aktif-inaktif olarak değerlendirilmiş ve kavitesiz lezyonların florid kullanımı ile iyileşme oranları dikkate alınmıştır.

Tablo 3: Kişi başına düşen başlangıç diş çürükleri ve sonuçları (süt, sürekli-diş yüzey)

Risk Grupları	dmf-t Düşük-Orta Risk Gr.	dmf-t Yüksek-Çok Yüksek Risk Gr	DMF-T Düşük-Orta Risk Gr.	DMF-T Yüksek-Çok Yüksek Risk Gr	dmf-s Düşük-Orta Risk Gr.	dmf-s Yüksek-Çok Yüksek Risk Gr	DMF-S Düşük-Orta Risk Gr.	DMF-S Yüksek-Çok Yüksek Risk Gr
Araştırma Grupları								
Kontrol	4.07	8.85	0.58	0.85	7.34	23.33	0.46	2.41
Deney	4.52	8.81	0.52	1.19	8.25	23.58	0.54	1.41

Uygulanan koruyucu yöntemler

1. Öğrenci, öğretmen veli eğitimi
2. Günlük Fluorlu diş macunu kullanımı (1300 ppm F)
3. Haftalık Fluorlu gargara (% 0.2)
4. Yüksek risk grubunda yılda dört kez nötral NaF jeli (% 1.1)

Koruyucu program, risk gruplarına göre farklı planlanmış ve yüksek risk grubuna ek bir florid yöntemi ilave edilmiştir.

Tablo 4. Çürük insidans hızı

Risk Grupları	1-3 Yıl		4-5 Yıl	
	Düşük-Orta Risk Gr.	Yüksek-Çok Yüksek Risk Gr.	Düşük-Orta Risk Gr.	Yüksek-Çok Yüksek Risk Gr.
Araştırma Grupları				
Kontrol	1.44	1.15	1.04	0.51
Deney	0.81	1.03	0.20	0.53

Çürükte Azalma : %44 %10 %81 %55

Araştırmanın önemli bulgularından biri de, 3. yılda yapılan ara değerlendirmede, yüksek-çok yüksek risk grubunda, çürük insidans hızı açısından anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamasıdır. Araştırmacılar, yüksek risk grubunda 3 ayda bir florid uygulamasını ayda bire çıkarmış ve 4.-5. yıllar arasında yeni uygulama ile aynı grupta çürük insidansında %55'lik bir azalma sağlamıştır

Tablo 5. 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

Bu çalışmanın kendisini izleyen diğer okul programlarına katkısı farklı risk grupları için farklı hedefler saptanmasının daha uygun olduğunu ortaya koymuş olmasıdır.

Ülkemizde Ağız-Diş Sağlığını Geliştiren Okul Programlarına Örnek 2

Bilecik araştırmasının bir model kullanılabilmesi ve yukarıdaki projenin optimal koşullarda yürütülmesi nedeniyle, programın yaygınlaştırılması halinde durumun nasıl olacağını değerlendirmek üzere yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar dikkate alınarak, daha geliştirilmiş bir planlama yapılmıştır. Çalışma, ülkemizdeki sağlık bölgelerine uygun olarak planlanmış ve 1658 ilköğretim sınıfında, toplam 5000 civarındaki öğrenci proje kapsamına alınmıştır.

Projenin amacı; ilköğretim öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ile kişisel hijyen ve ağız diş sağlığı alanında diş fırçalama, florid kullanımı vb olumlu sağlık davranışları kazandırarak ağız diş sağlığını korumak ve geliştirmek

Projenin hedefleri:

- İlköğretim öğrencilerinde, diş fırçalama alışkanlığını % 75'e çıkarmak
- 12 yaş grubunda düşük ve orta çürük risk grubunda DMF'yi 1'e düşürmek
- 12 yaş grubunda yüksek çürük risk grubunda DMF'yi 2.5'e düşürmek
- Gingivitis'de % 80 iyileşme sağlamak

Yeni programda, sağlık eğitimi uygulamalarında, farklı bir yol izlenmiştir. Program planlanırken, ağız diş sağlığı ile kitapçıkların hazırlanmasında, 'ilköğretim 1. 2. 3. Sınıflar Hayat Bilgisi Dersi Programı ve Kılavuzu' dokümanı incelenmiş ve ağız-diş sağlığı ile ilgili derslerin benzer anlayışla hazırlanmasına gayret edilmiştir. Bilindiği gibi, hayat bilgisi derslerinde, 'birey, toplum ve doğa' olmak üzere üç temel öğrenme alanı ve 'okul heyecanı, benim eşiz yuvam, ve dün bugün yarın olmak' üzere üç tema bulunmaktadır. Bu ana çerçeve içinde, yaşam becerileri, kişisel niteliklerin geliştirilmesine önem verilmektedir. Aslında hayat bilgisi dersinde kazanılması hedeflenen tüm beceriler, çocukların doğru sağlık davranışlarını benimsemesine ciddi katkılarda bulunacaktır.

Sağlık eğitiminin temel amacı, çocuklarda bazı psikososyal faktörleri etkileyerek davranış değişikliği oluşturmaktır. Özellikle son yıllarda, sağlık eğitimi alanında öz yönetim kavramı ön plana çıkmış ve bireysel yeterlilik, öz güven ve öz saygının geliştirilmesinin önemi vurgulanmıştır. Bu noktada, sağlık eğitimi programları ile hayat bilgisi derslerinin pek çok ortak yönü olduğu görülmektedir. Ağız-diş sağlığı eğitim materyalleri hazırlanırken, özellikle bireysel yeterlilik ve içsel sağlık kontrol odağının geliştirilmesi üzerinde durulmuştur. İkinci yılda, projeye, 'yaşam becerisi esaslı, interaktif' bir sağlık eğitimi modeli de eklenmiştir. Bu modelde temel hedeflerden biri, kişileri kendi sağlıklarını koruma noktasına taşıyacak yaşam becerilerinin geliştirilmesidir. Halen devam eden projenin birinci yılının ardından ara değerlendirme muayeneleri yapılacaktır.

Ağız diş sağlığının geliştirilmesi ve korunması açısından ülkemizde yapılacak çalışmalara genel bir öneri yapmak gerekirse;

- Böyle bir planlamada, sağlığın belirleyicileri ile sağlığın biyomedikal, sosyal-çevresel ve davranışsal boyutunu ilgilendiren tüm uygulamaların yer alması önem taşır.
- Sağlığın belirleyicileri olarak ifade edilen bireyin ve nüfusların sağlık durumunu etkileyen, kişisel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler de hazırlanacak programlarda yer almalıdır.
- Günümüzde araştırmacılar, davranışların sosyal çevreden etkilendiği ve sosyal faktörlerin geliştirilmesinin dikkate alınmadığı sağlık eğitimi programlarından başarılı sonuçların alınmasının güç olduğunu belirtmektedir. Yapılacak programın sosyal faktörler açısından da bir

değerlendirme yönteminin olması, programın sağlık üzerine etkili olabilecek tüm faktörleri dikkate alması nedeniyle, başarı oranını yükseltecektir. Sağlık açısından toplumsal yaşam kalitesi ya da ağız diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi ölçütleri bu alandaki değişimleri ölçmemize yardımcı olacaktır.

- Ayrıca, halk sağlığı açısından önem taşıyan, sağlığın desteklenmesi, sağlığa yönelik yetkilendirme, toplumsal kapasite oluşturulması sağlıkta eşitsizlik gibi kavramların gereklerinin de projeye ilavesi uygun olur.

Sağlığı Geliştiren Üniversiteler

Yerleşkelerde, sağlığın korunması ve geliştirilmesine alanına üniversiteler de örnek olarak verilebilir. Yeditepe Üniversitesi'nde, 2014-2015 eğitim yılında başlayacak projenin genel amacı tüm çalışanlara ve öğrencilere sağlığın korunması ve geliştirilmesine olanak verecek bir ortam oluşturarak, kişileri kendi sağlıklarını koruma noktasına getirmek ve yaşam boyu doğru sağlık davranışları benimsemelerine katkı sağlamak olarak saptanmıştır. Proje, çevre sağlığı, beslenme, tütün ve madde bağımlılığı, cinsel sağlık, kan yolu ile bulaşan hastalıklar, mental-ruhsal sağlık ve ağız diş sağlığı gibi alanlardan oluşmaktadır.

Ağız-diş sağlığı alanında, şu anda eğitimi devam eden öğrenciler ile ilgili ulusal ağız diş sağlığı verileri dikkate alınarak proje hedefleri belirlenmiştir. Ancak üniversiteye gelen öğrencilerin sosyokültürel ve ekonomik özelliklerinin toplumdan farklı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, şu anda yabancı dil eğitimi alan öğrencilerde ihtiyaç analizi yapılarak, hedefler revize edilecektir.

1. Bu yaş gruplarında kişi başına düşen diş çürükleri, ulusal durum analizi çalışması dikkate alındığında 15-19 yaş grubunda kişi başına düşen diş çürüğü sonucu 1.90 iken bu oran 20-29 yaş grubunda 3.58'e yükselmektedir. Bu nedenle, çalışmanın hedeflerinden biri diş çürükleri insidans hızının 0.25 düzeyinde kalması olarak belirlenmiştir,
2. Bu yaş grubunda gingivitis yaygınlığı %70 civarında olup, bu oranın %20 civarında düşürülmesi de bir başka hedef olarak saptanmıştır,
3. Aşağıda belirtilen ağız diş sağlığının davranışsal ve sosyal boyutu ile ilgili alanlarda durum analizinin Haziran 2014'e kadar tamamlanması planlanmaktadır.
4. Haziran 2014'e kadar 2014-2015 eğitim döneminde 1. sınıfta olacak öğrencilerde ağız diş hastalıkları ve ağız diş sağlığının belirleyicileri ile ilgili ihtiyaç analizinin yapılması ve yıllık hedeflerin saptanması programa alınmıştır.
5. Haziran 2014'e kadar üniversite çalışanları açısından bireylerin sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma beceri ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eden 'sağlık okuryazarlığı' ile ilgili durum analizi yapılacak ve bu

alandaki hedefler saptanacaktır (sağlık okur yazarlığı yüzdesinin artırılması).

Projenin hedeflerine ulaşmasını sağlayacak aktiviteler:

- Birinci sınıf öğrencilerinden çok katlı tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilecek 300 kişide ağız diş muayeneleri yapılacak. Muayenelerde Avrupa ağız diş sağlığı izleme indikatörlerini kapsayan formlar kullanılacak ve diş çürükleri, diş eti hastalıkları, yumuşak doku lezyonları vb değerlendirilecek.
- Bireylerin kendi sağlıklarını koruma hedefine ulaşabilmesi amacıyla, öğrencilerin, kendi ağız sağlıklarını değerlendirecekleri ve gelişmeleri kaydedecekleri bir kart hazırlanacak. Ortaya çıkan ilerlemelere göre hediyeler verilecek.
- Sağlığa yönelik yetkilendirme, sağlığın korunması ve geliştirilmesi programlarında önem taşıyan bir yaklaşım olduğu için sağlıklı ilgili grubun yapacağı sağlık eğitimi dışında, diğer fakülte öğrencilerinin de ağız diş sağlığına bağlı kendi kendini değerlendirme anketlerinin doldurulmasını ve sorunlara çözüm toplantıları yapmaları uygun olacaktır.
- Hazırlanacak sağlık eğitimi sosyal bilimlerin de görüşü alınarak ‘triadik sağlık eğitimi’ esasına ayrıca sağlık eğitim programı, bireylerin günlük yaşamının talep ve zorluklarıyla etkili bir biçimde başa çıkmasını sağlayan ve pozitif davranışa yönelik ‘yaşam beceri’ lerini de içerecektir(bireysel yeterliliğin geliştirilmesi vb.).
- Öğrencileri bireylerin kendi kendilerine uygulayabilecekleri koruyucu diş hekimliği uygulamaları hakkında bilgilendirmek (oral hijyen, floridli gargara vb.) ve bu malzemelere ulaşımını kolaylaştırmak(kampus içi maliyetine satış alanları oluşturulacaktır).
- Sağlık alanında toplumun pasif bir yaklaşımda olmadığı günümüzde (internet vb), sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine katkıda bulunabilmek amacıyla, fakülte veya kulüpler tarafından düzenlenecek, sosyal sorumluluk projelerinde görev alınacak ve bu projelerin uygulamalarına, sağlık dışı fakültelerden de öğrenci katılımı sağlanacaktır.
- Öğrencilerin bağlı olduğu sosyal güvenlik sistemleri dikkate alınarak, bireysel ihtiyaca yönelik koruyucu diş hekimliği uygulamalarının Diş Hekimliği Fakültesi’nden edinmelerini sağlamak projenin hedeflerine ulaşmasını sağlayacak aktiviteler içerisinde.

Halk Sağlığı Günleri: Üçüncü Okul Sağlığı Sempozyumu – Okul Sağlığında Ağız-Diş Sağlığı

“Halk Sağlığı Günleri: Okul Sağlığı Sempozyumu” HASUDER’in desteği, Doğu Akdeniz Halk Sağlığı Anabilim Dalları, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü ve Diş Hekimliği Fakültesinin işbirliği ile 08-09 Eylül 2014 tarihleri arasında “Okul Sağlığında Ağız ve Diş Sağlığı” temasıyla Ankara’da yapılmıştır.

Sempozyumda, okul öncesi ve okul süresince basit tutum ve davranışların kazandırılmasıyla bu sorunların hızla azaltılabileceği, bunun için birinci basamakta Toplum Diş Hekimliği hizmetlerinin yatay sağlık hizmeti içinde örgütlenerek, koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin verilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. Sempozyum kitabında konuşma metinleri ve sunulan çalışmaların özetleri yer almaktadır (6).

Sonuç

Yukarıdaki bilgiler ışığında, ülkemizde de yerleşkelerde, sağlığın geliştirilmesi programlarının yaygınlaştırılmasının, ulusal sağlık politikası açısından dikkate alınması gereken temel bir yaklaşım olduğunu belirtmek isterim.

Kaynaklar

1. Oktay İ, Saydam G, Doğan F. Okul Ağız Diş Sağlığı Özet Sonuçları, İZDO, 2004;95(Ek 1):1-8.
2. Oktay İ, Saydam G, Doğan F. Okul Ağız Diş Sağlığı Projesi Özet Sonuçları, TDBD,2004;79:43-46
3. Oktay İ, Saydam G, Peker K. Okul ağız diş sağlığı programları, Klinik Çocuk Forumu, 2005; Eylül-Ekim:13-16.
4. Oktay İ, Bermek G, Doğan F, Bahtışen K. Oral health promotion at schools, 11.Congress of EADPH, 6-8 Sept 2006, Praque
5. Oktay İ, Bermek G, Doğan F, Peker K. İlköğretim okullarında uygulanmış ağız sağlığını geliştirici programın diş çürüğünün önlenmesi açısından etkinliğinin değerlendirilmesi, 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ekim 2010.
6. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Doğu Akdeniz Halk Sağlığı Anabilim Dalları. Okul Sağlığında Ağız ve Diş Sağlığı. Konuşma Metinleri ve Bildiri Özetleri. 8-09 Eylül 2014 Ankara. <http://www.hasuder.org.tr/hsg/?p=2983>

10. BESLENME SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Bölüm Editörü:

Prof. Dr. Dilek Aslan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sunu

Türkiye Sağlık Raporu, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği tarafından öncelikle halk sağlığı alanında, biraz daha çerçeve genişletildiğinde ise bütün tıp ve sağlık disiplinleri için geliştirilmiş olan güncel bir üründür. Her iki yılda bir güncellenen dokumanın 2014 yılına ait formatında ilk kez **BESLENME SORUNLARI ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ** ele alınmıştır.

Temel bir insan hakkı olarak kabul edilen beslenme, sağlıklı olmak ve gelişmek için de başlıca gereksinim olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı beslenmenin bebek, çocuk ve kadın sağlığı, güçlü bir bağışıklık sistemi, güvenli gebelik ve doğum dönemi, kronik hastalık risklerinin azalması gibi olumlu etkilerinin olduğu çok iyi bilinmektedir.

Bu rapor kapsamında, günümüzde dünyada ve Türkiye’de en önemli hastalık ve ölüm riskleri arasında yer alan beslenme ve ilgili durum ve sorunlar genel halk sağlığı yaklaşımı ile değerlendirilmiştir. Rapor içeriğinde sorunlara genel bir bakışın ardından özel durumlarda beslenme gereksinimleri, beslenmeyi etkileyen ve ne yazık ki yönlendiren kimi sektörler ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele açısından Türkiye’de beslenme odaklı yapılan çalışma örnekleri ve sonuçları yer almıştır. Raporun ilk olması nedeniyle konular ve değerlendirmelerin çerçevesi geniş tutulmamıştır, ancak, bundan sonraki süreçte bu çerçevenin genişletilmesi ve geliştirilmesi rapora ilişkin geribildirimlerle olasıdır.

Raporun ortaya çıkmasına katkı sunan halk sağlığı çalışanlarına sonsuz teşekkürler...

Yararlı olabilmesi dileğiyle...

Prof. Dr. Dilek Aslan

Bölüm Editörü

TÜRKİYE'DE BESLENME İLE İLGİLİ ÖNE ÇIKAN SORUNLAR: HALK SAĞLIĞI BAKIŞ AÇISIYLA GENEL DEĞERLENDİRME

Dilek Aslan

Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Beslenme; büyüme ve gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gıdaların yeterli ve dengeli tüketilmesidir (1). Beslenme sorunları günümüzde dünyada en önemli hastalık ve ölüm nedenleri/riskleri arasında sayılmaktadır. Sık görülen beslenme sorunları temel olarak **gıda güvenliği ve güvencesi sorunları, yetersiz beslenme ve aşırı/dengesiz beslenme** sorunları olarak kabul edilmektedir.

Beslenme sorunlarının gerçekçi nedenlerini ortaya koyabilmek ve bu sorunlarla akılcı bir biçimde mücadele edebilmek için toplumda bedensel etkinlik yapma durumunu da yakından incelemek yerinde olur.

Beslenme ile ilgili sorunların ayrıntılarına değinmeden önce bu konuda evrensel olarak **kullanılan tanım(lama)ların** hatırlanmasında yarar bulunmaktadır (2):

- ✓ **Sağlıklı (yeterli ve dengeli) beslenme:** Vücudun gereksinim duyduğu gıdanın yeterince ve temel besin gruplarının bir denge içerisinde tüketimi anlaşılmalıdır. Süt ve süt ürünleri, et-tavuk-balık-yumurta ve kuru baklagiller, taze sebze ve meyve grubu, ekmek ve tahıl grubu dört temel besin grubudur.
- ✓ **Yetersiz beslenme:** Alınması gereken besin elementlerinin vücut için gerektiğinden az olarak alınmasıdır.
- ✓ **Dengesiz/aşırı beslenme:** Şişmanlıkla sonuçlanan bu tanım alınması gereken besin elementlerinin fazla alınması durumunda kullanılır.
- ✓ **Zayıflık (wasting):** Akut beslenme yetersizliklerinin tanımının yapılmasında yardımcıdır. Boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı düşüktür. Kavruklu ile eş anlamlı da kullanılır.
- ✓ **Bodurluk (stunted):** Kronik beslenme yetersizliğini tanımlamaktadır. Sosyo-ekonomik durum, çevresel faktörler, kötü yaşam koşulları ve sık geçirilen enfeksiyonların bir göstergesidir. *Yaşa göre boy uzunluğunun kısa olması anlamına gelir.*
- ✓ **Düşük kiloluluk (underweight):** Akut ya da kronik malnütrisyon göstergesi olabilir. Yaşa göre vücut ağırlığı düşüktür.
- ✓ **Fazla kilolu:** Beden Kütle İndeksi değerinin 25,0 ile 29,9 arasında olmasıdır.
- ✓ **Obez/şişman:** Beden Kütle İndeksi değerinin 30,0 ve üzerinde olmasıdır. Şişmanlık bir başka ifadeyle, sağlığı tehlikeye atacak şekilde vücutta yağ depolanmasına bağlı olarak gelişen kronik bir sağlık sorunudur (3).
- ✓ **Morbid obez/morbid şişman:** Beden Kütle İndeksi değerinin 40 ve üzerinde olmasıdır.

- ✓ **Gıda güvenliği (food safety):** Tarladan (çiftlikten) sofraya kadar, çevre ve insan sağlığına zarar vermeyen, üretimin her aşamasında gerekli kontrolleri yapılmış, sağlıklı ve güvenilir ürünlerin temin edilme süreci olarak tanımlanmaktadır (4). Bir başka tanıma göre ise gıda güvenliği, gıdalarda olabilecek fiziksel, kimyasal, biyolojik ve her türlü zararların bertaraf edilmesi için alınan tedbirler bütünüdür.
- ✓ **Gıda güvenliği (food security):** Bireylerin ekonomik ve diğer açılardan yeterli gıdaya ulaşabilmeleri ve bu süreçte herhangi bir risk ile karşılaşmamaları anlamı taşımaktadır (4).

Dünyada beslenme sorunları denildiğinde aşağıdaki temel göstergeler üzerinden değerlendirmeler yapılmaktadır (5):

1. Erişkin, adolesan ve çocuklarda fazla kilolu ya da şişman olma sıklığı
2. İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme durumu
3. Satüre (doymuş) yağ tüketimi
4. Taze sebze ve meyve tüketimi
5. Tuz tüketimi
6. İyot eksikliği durumu
7. Bedensel etkinlik yapma durumu

Türkiye'nin, yukarıda yer alan parametreler çerçevesinde, Dünya Sağlık Örgütü veri tabanında 2008 yılı verileri temel alınarak 2013 yılı için yapılan değerlendirmeleri aşağıda yer almaktadır (6). Bu veriler diğer ülkelerle karşılaştırılabilir olması açısından önemlidir.

1. Yirmi yaş üzeri fazla kilolu olma sıklığı %61,9 ve şişman olma sıklığı ise %27,8'dir.
2. Yirmi yaş üzeri fazla kilolu olma sıklığı erkekler arasında %59,7 ve kadınlar arasında %61,4'tür.
3. Yirmi yaş üzeri şişmanlık sıklığı erkekler arasında %21,7 ve kadınlar arasında %34,0'dır.
4. Yirmi yaş üzeri 2030 yılına ait şişmanlık sıklığı tahminleri erkekler arasında %51,0 ve kadınlar arasında %25,0'dır.
5. Adolesanlar arasında fazla kilolu olma sıklığı sırası ile;
 - a. 11 yaş grubunda erkekler arasında %26 ve kızlar arasında %14,
 - b. 13 yaş grubunda erkekler arasında %25 ve kızlar arasında %14,
 - c. 15 yaş grubunda erkekler arasında %19 ve kızlar arasında %7 olarak bilinmektedir.
6. İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme sıklığı %41,6'dır.
7. 2009 yılı tahminlerine göre Türkiye'de günde kişi başına 990 gram taze sebze ve meyve tüketimi olmaktadır.
8. 2012 yılı verilerine göre kadınlar ve erkekler için günde 15.0 gram tuz alımı gerçekleşmektedir.
9. 2012 yılı verilerine göre iyot seviyesinin 100 µg/L'nin altında olduğu nüfus yüzdesi %47,1'dir.

10. On beş yaş ve üzeri bireylerin %54,6'sı yetersiz bedensel etkinlik yapmaktadır.

Türkiye’de 2010 yılında yapılmış olan Beslenme ve Sağlık araştırması sonuçlarına göre aşağıdaki temel sonuçların bilinmesinde yarar bulunmaktadır (7);

1. 0-5 yaş grubunda çok zayıf, zayıf, normal, hafif şişman ve şişman olma sıklıkları sırası ile %5,6, %10,3, %57,7, %17,9 ve %8,5 olarak bulunmuştur,
2. 6-10 yaş grubu çocuklarda çok zayıf, zayıf, normal, hafif şişman ve şişman olma sıklıkları sırası ile %3,8, %16,9, %62,1, %12,5 ve %4,8 olarak bulunmuştur,
3. 6-10 yaş grubu çocuklarda çok zayıf, zayıf, normal, hafif şişman ve şişman olma sıklıkları sırası ile %3,8, %16,9, %62,1, %12,5 ve %4,8 olarak bulunmuştur,
4. 6-18 yaş grubu çocuklarda çok zayıf, zayıf, normal, hafif şişman ve şişman olma sıklıkları sırası ile %3,9, %14,9, %58,7, %14,3 ve %8,2 olarak bulunmuştur,
5. 19 yaş ve üzeri bireylerde zayıf, normal, kilolu, obez ve morbid obez olma sıklıkları sırası ile %2,2, %32,9, %34,6, %27,4 ve %2,9 olarak bulunmuştur,
 - a. Erkekler arasında %1,8, %38,6, %39,1, %19,8 ve %0,7
 - b. Kadınlar arasında %2,7, %26,6, %29,7, %35,7 ve %5,3
6. 19 yaş ve üzerinde yapılan bel çevresi ölçümü erkekler arasında 102 cm’nin üzerinde olan bireylerin yüzdesi 24,8 ve kadınlar arasında ölçümün 88cm’nin üzerinde olan bireylerin yüzdesi 35,9’dur. Bel çevresi abdominal obezite açısından önemli bir değerlendirmedir, yüksekliği ise kalp ve damar hastalıkları açısından riski ortaya koymaktadır.
7. 12 yaş ve üzeri bireyler arasında kahvaltı atlama yüzdesi 14,2 olarak bulunmuştur. Bu değer kadınlar arasında %12,5 ve erkekler arasında da %15,8’dir. En az atlanan öğün akşam yemeğidir.

Ülkemizde 2013 yılında Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi işbirliğinde yapılmış olan 7-8 yaş grubunda şişmanlık sıklığı araştırması sonuçlarına göre **çocuklar arasında ciddi zayıf olma %0,3 zayıf olma %1,8, kilolu olma %14,2 ve şişman olma %8,3 olarak bulunmuştur. Aynı araştırma sonuçlarına göre kentsel bölgede çocukların %84,6’sı hafta içinde ve %95,4’ü hafta sonunda günde bir saatten daha uzun süre oyun oynadıklarını belirtmişlerdir (8).** Çocukluk çağı şişmanlığının önlenmesi gelecek nesillerin özellikle kronik hastalıklarla mücadele kapasitelerinin artırılması için temel bir yaklaşımdır. Türkiye’nin de içinde olduğu Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’nde 11 yaş grubu çocuklar arasında her üç kişiden birisinin şişman olduğu belirtilmektedir (9).

Beslenme ile ilgili öne çıkan diğer sorunlar arasında çeşitli vitamin ve mineral yetersizlikleri de bulunmaktadır. Bu kapsamda, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği, hipotiroidi, D vitamini yetersizliği, folik asit yetersizliği öne

çıkılmaktadır. Yaş grupları özelinde düşünüldüğünde, ergenlik döneminde beden algısı sorunları da akılda tutulmalıdır. Gebelik, yaşlılık özel dönemler olup farklı beslenme sorunları yaşanabilmektedir. Örneğin, yaşlılık döneminde malnütrisyon, gebelik döneminde ise demir yetersizliği anemisi, folat yetersizliği gibi sorunlar daha ön plandadır.

Yukarıda sunulan rakamlar ülkemizde beslenme sorunlarının oldukça geniş bir yelpazede seyrettiğini ortaya koymaktadır. Bir tarafta yetersiz beslenme sorunları, diğer tarafta ise dengesiz beslenme sorunları görülmektedir. Dünyada da benzer bir eğilim söz konusudur. Toplumsal düzlemde ayrıntılı inceleme yapıldığında, bu değerlerin sosyo-ekonomik düzey gibi temel göstergelerden etkilendiği de görülebilir. Bu noktada gıda güvencesi kavramından da yeniden bahsetmekte yarar bulunmaktadır. Ülkemizde, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından düzenli olarak yapılan yoksulluk ve açlık sınırı değerlendirmeleri, gıda tüketim sıklığı çalışmaları gıda güvencesi ile ilgili güncel durumu da ortaya koymaktadır. Bu değerlendirmeleri ayrıntılı olarak incelemeden önce, sosyo-ekonomik koşullardaki yetersizliğin, ekonomik krizlerin/dalgaların toplumda yaşayan bireylerin en temel gereksinimi olan “gıda”ya ulaşmalarını yakından etkilediğini hatırlamak gerekir. Gıda fiyatlarının yüksek olması da gıda güvencesinin varlığını tehdit eden bir durum olarak kabul edilmelidir.

Tablo 1. Türkiye’de 2002-2012 yılları arasında hane halkı tüketim harcaması kapsamında gıda ve alkolsüz içecekler tüketimi dağılımı

Harcama türü olarak;	Hane halkı tüketim harcamasının dağılımı (%)										
	2002	2003	2004	2005	2006	2007(*)	2008	2009	2010	2011	2012
Gıda ve alkolsüz içecekler	26,7	27,5	26,4	24,9	24,8	23,6	22,6	23,0	21,9	20,7	19,6

(*) 2007 yılından itibaren yeni nüfus projeksiyonları kullanılmaktadır (10)

Çok genel bir değerlendirme olmakla birlikte; Tablo 1’de görüldüğü gibi Türkiye’de 2002 yılında harcama kalemi olarak gıda ve alkolsüz içecekler toplam hane halkı harcamalarının %26,7’sini oluştururken 2012 yılında her yıl belirli düzeyde bir azalma varlığında, bu değer %19,6’ya gerilemiştir (10).

Nasıl önleyelim?

Beslenme ile ilgili sorunların önlenmesi için kısa, orta ve uzun dönemde planlı, programlı ve kararlı müdahalelerin yapılması gerekmektedir. Müdahale programlarının iki önemli bileşeni SAĞLIKLI BESLENME ve YETERLİ DÜZEYDE BEDENSEL ETKİNLİK yapabilmektir. Bu iki temel davranışsal değişim odaklı genel yaklaşımlar geliştirilmelidir.

Şekil 1’de genel yaklaşım algoritması sunulmuştur.



Şekil 1. Sorunların çözümü için temel yaklaşım

Sorunların tespiti için kanıta dayalı güncel ve ülke verilerini yansıtabilen çalışmaların yapılabilmesi son derece önemi bulunmaktadır. Sık görülen sorunlarla ilgili araştırmaların olarak eğilimi ortaya koyan nitelikte düzenli aralıklarla tekrarlanabilmesi uygun olur. **Çözüm önerilerini** ilgili kamusal ve diğer ilgili bütün tarafların bir arada üretebilmesi gerekmektedir. Bu süreçte toplumu ve sorunu yaşayan bireylerin ve toplumların temsiliyetlerinin sağlanmasına dikkat edilmelidir. **Uygun zamanda doğru müdahale ve izleme programları** için de kamusal otoritelerin öncül sorumluluk aldığı çok taraflı çabaya gereksinim vardır.

Müdahalelerin sürekli ve kararlı bir biçimde sürdürülmesi önerilmektedir. Müdahale programlarının başarı durumlarının değerlendirilebilmesi amacıyla izleme çalışmaları da süreklilik içinde yürütülebilmelidir.

Toplumda beslenme sorunlarının çözümü ülkemizdeki gibi “çoklu” bir yapının yerine “özerk/bağımsız” bir yapının varlığının inşası uygundur. Bu yapı benzeri Amerika Birleşik Devletleri’nde “Food and Drug Administration (FDA)” mevcuttur. Türkçe’de bu yapıyı “Gıda ve İlaç Yönetimi” olarak da ifade etmek mümkündür (11). Gıda ile ilgili her durumda; bilim, bilimsel süreçlerin süzgeçten geçirilmesi ve alınacak kararlara yansımaları, toplum sağlığı çalışmaları, kararların değerlendirilmesi, vb. gibi bütün aşamaların FDA benzeri bu yapının bünyesindeki özerk/bağımsız yetkin ve uzman kadroları aracılığı ile aktif ve karar verici olması uygun olur.

Bu yazı kapsamında yapılmış olan değerlendirmelerin ve yorumlamaların kimi kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, yazı kapsamındaki veriler Türkiye Sağlık Raporu’nun formatı gereği güncel bir kesiti yansıtmaktadır. Dolayısıyla, verilerin çoğunluğu için geçmişten bugüne eğilimi ortaya koyan kapsamlı bir değerlendirme yapılamamıştır. Buna ek olarak, son dönemlerde yapılmış yerel çalışmalar da yazı içinde yer almamıştır. Yerel, bölgesel ve özellikle de sağlığın belirleyicilerinin etkileyebileceği beslenme durum ve koşullarına ayrıntılı olarak yer verilememiştir.

Kaynaklar

1. Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu, İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, DPT yayınları, Ankara 2001.
2. Indicators to monitor the implementation of the comprehensive implementation plan. [Internet] http://www.who.int/nutrition/EB128_18_backgroundpaper4_nutrition_indicators.pdf?ua=1. Erişim:28.8.2014.
3. Santos AC, Barros H. Prevalence and determinants of obesity in an urban sample of Portuguese adults. Public Health 2003;117:430-7.
4. [Internet] http://www.who.int/topics/food_safety/en/. Erişim:21.8.2014.
5. [Internet] Country work. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/country-work>. Erişim:28.8.2014.
6. Turkey. [Internet] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/country-work/turkey2>. Erişim:20.8.2014.
7. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 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.
8. Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR), 2013. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Milli Eğitim Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 920, Ankara, 2014.

9. [Internet] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics/infographic-1-in-3-11-year-olds-is-overweight-or-obese-download>. Erişim:28.8.2014.
10. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. Erişim:28.8.2014.
11. [Internet] <http://www.fda.gov/>. Erişim:20.8.2014.

ANNE SÜTÜ İLE BESLENME: GÜNCEL DURUM VE DEĞERLENDİRMELER

Dilek Aslan

Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Anne sütü yaşamın ilk dönemleri için vazgeçilmez, bebeğin büyümesi ve gelişmesi için gerekli olan bütün besin elementlerini içeren bir besin kaynağıdır. Bebeğin doğumundan itibaren ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesi önerilmektedir. Bir başka ifadeyle bebeklere ilk 6 ay su dahil herhangi ek bir gıda verilmemesi gerekmektedir (1). Anne sütü ile beslenmek bebeklerin olduğu kadar annelerin sağlığı açısından da kısa ve orta dönemde yararlıdır (2).

Dünyada anne sütünün önemine vurgu yapılan ve her yıl çeşitli etkinlikler düzenlenen Dünya Emzirme Haftası'nın 1-7 Ağustos 2014 yılına denk gelen döneminde anne sütünün teşvik edilmesi amacıyla da çeşitli etkinlikler düzenlenmektedir. Dünyada bu yıl 170'den fazla ülkede konuya dair etkinlikler düzenlenmiş olup (3) Türkiye'de farklı bildirimler ve duyarlılık artırıcı çalışmalar yapılmıştır. Anne sütünün teşviki amacıyla Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından *"Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı"* yürütülmektedir. Dünyadaki çalışmalarla uyumlu olarak Türkiye'de de 6 ay sonrasında uygun beslenme önerileri ile birlikte emzirmenin iki yaşına kadar sürdürülebileceği kabul edilmekte ve resmi olarak bu mesajların gereğine dair çalışmalar sürmektedir (4).

Anne sütünün bu denli yararlı olmasına rağmen toplumda bebeklerin tamamının ilk 6 ay TAMAMEN anne sütü ile beslenmesinin sağlanamamış olması bir çelişkidir. Dünyada 2014 yılı sağlık istatistiklerine göre ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme yüzdesinin 37 olduğu görülmektedir. Gelir gruplarına göre karşılaştırma yapıldığında, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde değer %29 iken düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde değer %29 olduğu görülmektedir. Aynı rapora yansımış ve 2008 yılına ait Türkiye verisi %41,6'dır. Raporda yer alan verilerin 2006-2012 yıllarına ait olduğu bildirilmiştir (5). Rakamlardan da anlaşılacağı üzere, ilk 6 ay tamamen anne sütü ile beslenmenin ülkemiz de dahil bütün dünyada yetersizdir. Türkiye'de de her 100 bebeğin 58'i tamamen anne sütü ile beslenmemektedir. Ücretsiz, her an ulaşılabilir, en "değerli" gıda olarak kabul edilen anne sütünün yetersiz olmasının altında yatan nedenlerin iyi araştırılması gerekmektedir.

Anne sütü ile ilgili ülkemizde çok çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Anne sütü ile beslenme sıklığı, bu konudaki eğitim eksiklikleri ve gereksinimler, anne sütü içeriğine dair analizlere dayalı çalışmalar, farkındalık artırıcı çalışmalar son dönemlerde yapılan araştırmaların başlıca konuları arasındadır.

Türkiye künyeli ve uluslararası literatüre yansımış kimi yapılan çalışmaların sonuçları Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Anne sütü konulu 2012 yılından bu yana “PubMed” veri tabanına yansımış Türkiye künyeli bazı araştırmalar ve sonuçları

Makalenin yılı	Konu	Gereç ve Yöntem	Bulgular	Öneriler	Kaynak no
2014	Anne sütünün teşviki konusunda babaların eğitimi	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde 117 çiftin dahil edildiği çalışmada 3 grup üzerinden bir eğitim planlaması yapılmıştır. Doğumdan itibaren hastaneden ayrılana kadar anne sütü eğitimi sadece annelere ve anne ve babalara verilmiştir.	Anne ve babalara verilen eğitimleri alan ailelerdeki bebeklerin anne sütü ile beslenme yüzdesi diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.	Babaların da anne sütü konulu eğitimlere dahil edilmesi önerilmektedir.	6
2014	Alerjik rinite neden olan faktörlerin araştırılması	İstanbul’da, 6-7 yaşlarında 75 okuldaki 11 483 çocuk incelenmiştir.	Pek çok faktörün yanı sıra 6 aydan daha kısa süre ile anne sütü ile beslenme alerjik rinit gelişimi açısından risk faktörü olarak belirlenmiştir.	Risklerin azaltılmasına yönelik öneriler sunulmuştur.	7
2014	Çalışan gebe kadınların anne sütü ile ilgili bilgi düzeylerinin araştırılması	Gebeliklerinin son trimesterinde 260 çalışan kadın araştırmaya dahil edilmiştir.	Araştırmaya katılan kadınların en az bilgi sahibi oldukları konunun anne sütünün verilme süresi ve anne sütünü saklama koşulları olmuştur.	Çalışan gebe kadınlara yönelik eğitim çalışmalarının artırılması önerilmektedir.	8

2012	Anne sütü ile beslenmeyi destekleyen konuların araştırılması	1995-2011 yılları arasında yayınlanmış olan 38 makale değerlendirilmiştir.	Aile bireyleri ve gebelerin bulundukları toplumla işbirliği, iletişim tekniklerinin ve becerilerinin geliştirilmesi, sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi anne sütü ile beslenmenin başlıca yöntemleri olarak tespit edilmiştir.	Anne ve bebeklerin bulgular doğrultusunda yapılacak çalışmalarla desteklenmeleri gerektiği vurgulanmıştır.	9

Güncel veriler sadece Türkiye ile sınırlı değildir. Bu dönemde, Danimarka'dan bir çalışma uluslararası literatüre yansımıştır. Danimarka'da yapılan bir çalışmada, Türkiye'den göç eden neslin torunları bebeklerini anne sütü ile besleme durumları göç eden ilk jenerasyona göre daha yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda kültürsüzleşme sürecinin anne sütü ile beslenmeyi olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (10).

Anne sütü ile beslenmenin bilimsel çalışmalar ışığında istenildiği şekilde olabilmesi için aşağıdaki kuralların hatırlanmasında yarar bulunmaktadır (11):

1. Bebek doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanmalıdır.
2. İlk 6 ay sadece anne sütü bebeğin beslenmesi için yeterlidir.
3. Bebeğin her istediğinde emzirilmesi önerilir. Emzirme gece ve gündüz aynı yaklaşımla sürdürülmelidir.
4. Bebek beslenmesinde şişe, emzik, vb. araçların kesinlikle kullanılmaması önerilmektedir.

Özetle, anne sütünün yaygınlaştırılması için sağlık çalışanlarının da önemli bir bileşeni olduğu yol ve yöntemlere gereksinim bulunmaktadır. Ancak, bu sürecin birincil sorumlusu güçlü kamusal politikalar olmalıdır. Üreme çağında olan bütün kadınların, ailelerin bu konuda farkındalıklarının artırılmasına gereksinim bulunmaktadır. Bilimsel çalışmaların anne sütünün bütün ayrıntılarını ortaya koyan bir biçimde yapılması, bu konuda ulusal ve uluslararası desteklerin geliştirilmesi de tamamlanması gereken önemli bir başka adımdır.

Kaynaklar

1. Breastfeeding. [Internet] <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>. Erişim:23.8.2014.
2. [Internet] http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_long_term_effects/en/. Erişim: 23.8.2014.
3. [Internet] http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2014/world_breastfeeding_week/en/. Erişim: 23.8.2014.
4. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı. [Internet] <http://thsk.saglik.gov.tr/03-haberler/1460-anne-sütünun-tesviki-ve-bebek-dostu-saglik-kuruluslari-programi.html>.
5. World Health Statistics, 2014, p 124, 126.
6. Özlües E, Celebioglu A. Educating fathers to improve breastfeeding rates and paternal-infant attachment. Indian Pediatr. 2014 Aug 8;51(8):654-7.
7. Tamay Z, Akçay A, Ergin A, Güler N. Prevalence of allergic rhinitis and risk factors in 6- to 7-yearold children in İstanbul, Turkey. Turk J Pediatr 2014 Jan-Feb;56(1):31-40.
8. Karancı G, Yenil K. Breastfeeding knowledge among working pregnant women in Turkey. Workplace Health Saf 2014 Apr;62(4):143-8.
9. Demirtas B. Strategies to support breastfeeding: A review. Int Nurs Rev 2012 Dec;59(4):474-81.
10. Busck-Rasmussen M, Villadsen SE, Norsker FN, Mortensen L, Andersen AM. Breastfeeding practices in relation to country of origin among women living in Denmark: A population-based study. Matern Child Health J 2014 Apr 19.
11. [Internet] http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/en/. Erişim: 23.8.2014.

EK GIDALARA GEÇİŞ DÖNEMİ VE BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA BESLENME

Fatma Çelik

Prof. Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Dünya Sağlık Örgütü (DSO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) bebeklerin doğumdan itibaren ilk altı ay su dahil hiçbir ek gıda almadan sadece anne sütü aile beslenmelerini, bebekler ancak altı aylık olduktan sonra sıvı ve katı ek gıdalara başlanmasını ve bu tamamlayıcı gıdaların yanı sıra en az iki yaşına kadar anne sütüne devam edilmesini önermektedir (1,2).

Türkiye'deki pek çok özel grubun beslenme durumunun ortaya konduğu 2010 yılında yapılmış olan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre (TBSA 2010) (3), genelde, çocukların büyük bir çoğunluğunun herhangi bir zamanda anne sütü ile beslendiği (erkeklerin %97'si, kızların %98,2'si) görülmüştür. Hiç anne sütü almayan çocukların, anne sütü yerine ne ile beslendikleri incelendiğinde ise, Türkiye genelinde büyük çoğunluğun (%84,5) anne sütü olmadığında hazır bebek formülleri ile beslendikleri belirlenmiştir. İnek sütü ile beslenenlerin yüzdesi 19,5, keçi sütü ile beslenenlerin yüzdesi ise %1,7'dir. Dikkat çeken bir diğer nokta da, hazır bebek formülleri ile beslenen erkek çocukların sıklığının (%90,0), kızlardan daha yüksek olmasıdır (%74,7). Beklenildiği gibi, hazır bebek formülü kullanımı açısından kentsel alanda yaşayanlarda sıklık (%85,3) kırsal alanda yaşayanlara göre daha yüksektir (%81,5). Hazır bebek formülleri verilmiş çocukların anneleri (%62,7) anne sütü olmadığı ya da yetmediği için bu formüllere başladıklarını ifade ederken, %20,4 sıklığında doktor önerisi ile %12,3 sıklığında ise bebek anne sütü almadığı için başlamıştır. Oysa doğal yoldan emzirme eğitimin, düşük doğum ağırlıklı doğan bebeklerde bile anne sütü ile beslenmeyi arttırdığı yapılmış çalışmalarla ortaya konmuştur (4). Tüm bebeklere ulaşılamamış olması nedeniyle, Sağlık Bakanlığının yürütmekte olduğu emzirmeyi teşvik edici programlara, tamamlayıcı gıdayı da teşvik eden programların eklenerek devam ettirilmesi gerektiği açıktır. Yine TBSA sonuçlarına göre, kentsel alanda yaşayanlarda bebeğin büyümesinin yavaşlaması, annenin ve bebeğin sağlık sorunları, bebeğin anne sütünü emmemesi ve doktor önerisi ile hazır formüllere başlama yüzdeleri kırsal alanda yaşayan kesime göre daha yüksektir. Kırsal alanda ise kentsele göre daha yüksek ölçüde annenin gebe kalması nedeniyle formüllere başlanılmıştır (3). Son yıllarda, DSÖ'nün de önerisi üzerine ek gıda ifadesi yerine tamamlayıcı besinler ifadesi kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre (3), hazır bebek/devam formüllerine genelde 3,7'inci ayda tamamlayıcı besin olarak çocukların %51,2'sinde başlanmaktadır. Bu formüllere başlama yüzdeleri kentsel yerleşim bölgelerinde (%54,7), kırsaldakilerden (%42,5) daha yüksektir. Bölgeler arasında en yüksek sıklıkta başlananların, İstanbul (%69,3), Doğu Karadeniz (%68,2), Doğu Marmara (%68,0) ve Orta Anadolu (%65,4) bölgeleri olduğu görülmektedir. Hazır kaşık mamalar (toz/kavanoz) ise genelde 5,7 aylık iken çocukların %34,2'sine başlanmaktadır. Bu besinlere başlanan çocukların yüzdesi

yine kentsel yerleşim yerlerinde (%39,9) kırsaldakilerden (%20,4) daha yüksektir. Türkiye genelinde 0-1 yaş grubu çocuklar ortalama 8,4 aylık olduklarında %54,6'sına inek sütü verilmeye başlanmıştır. Tamamlayıcı besin olarak yoğurt başlanan çocukların sıklığı %89,0'dur ve ortalama 6,7'inci ayda başlanmıştır. Genelde peynire başlama zamanı 8,6 aydır ve çocukların %70,1'ine tamamlayıcı besin olarak verilmiştir. Türkiye genelinde çocukların %55,8'ine hazır meyveli çocuk yoğurtları/taze peynirlere başlandığı, başlama zamanının da ortalama 7,6 ay olduğu saptanmıştır.

Tamamlayıcı besin olarak kırmızı etler çocukların %50,9'una ortalama 10,5 ayda, et ürünleri (salam, sosis, sucuk gibi) çocukların %21,6'sına ortalama 11,9 ayda ve sakatatlar çocukların %8,0'ine ortalama 11,3 ayda başlanmaktadır. Bebekler ortalama 9,9 aylık olduklarında tavuk-hindi, 10,3 aylık olduklarında balık ve 8,7 aylık olduklarında da yumurta sarısına başlanmaktadır. Sütle hazırlanmış muhallebi verilen çocukların yüzdesi %53,0'dır ve ortalama 7,6 ayda başlanmaktadır. Kırsal yerleşim yerlerinde muhallebiye kentsel yerleşim yerlerine göre daha erken aylarda başlanmaktadır. Çocukların %25,6'sına sütsüz hazırlanmış muhallebiye 7,3 aylıkken başlandığı öğrenilmiştir. Makarna, erişte ve pilav gibi besinlere ise çocuklar 10 aylık olduğunda başlanmaktadır. Tahıllı çorbalara 8,6 ayda, sebze çorbalarına 8,2 ayda ve yoğurt çorbasına 8,2 ayda başlanmaktadır. Kırsal yerleşim yerlerindeki çocuklara bu çorba türlerinin verilme yüzdeleri daha yüksektir ve kentsel yerleşim yerlerine göre daha erken aylarda başlanmıştır. Tarhana çorbası, çocukların %56,8'ine ve ortalama 7,9 ayda, mercimek çorbası, çocukların %73,9'una 8,6 ayda başlanırken, hazır çorbalar, çocukların %23,2'sine 8,8 ayda başlanmıştır. Genelde çocukların %7,7'sine 12,9 ayda kahvaltılık tahıllar, %45,2'sine 8,0 ayda taze sebze püreleri, %34,1'ine 7,8 ayda taze sebze suları başlanmıştır. Taze sebze püreleri de en yüksek sıklıkta Batı Marmara bölgesindeki çocuklara verilmiş olup, bu besine en erken başlanan bölge Batı Anadolu bölgesindeki çocuklardır. Taze meyve püreleri, çocukların %67,6'sına ortalama 7,3 aylıkken verilmiştir. Taze meyve sularının verilme durumu incelendiğinde, çocukların genelinde %69,3'üne 7,5 aylıkken verildiği görülmüştür. Bebeklerin %96,0'sına daha 4,3 aylık iken su verilmeye başlanmıştır. Hatta çocukların %30,8'ine 3,2 aylık olduklarında şekerli su verilmeye başlanmaktadır. Bitki çayları, çocukların %29,2'sine ortalama 5,8 ayda, çay ise %48,3'üne 10,3 ayda verilmiştir. Çayın ve şekerli suyun verilme oranları kentsel, bitki çaylarının verilme sıklıkları kırsal yerleşim alanlarında daha yüksektir. Türkiye genelinde ceviz fındık gibi yağlı tohumlara başlama zamanı ortalama 11,7 ay olup çocukların %40,2'sine verilmektedir. Ekmek 8,3 ayda, bisküvi-kraker gibi besinler ise 8,9 ayda verilmeye başlanmaktadır. Çocuklar yemek suları ile 7,4 aylık olduklarında tanışmaktadırlar ve %85,9'una verilmektedir. Gazlı içeceklere 13,0 ayda, hazır meyve sularına ise 10,0 ayda ve her ikisine de en yüksek sıklıkta Akdeniz bölgesinde başlanmaktadır. Çocuklara genel olarak 9,1 ayda reçel, 10,1 ayda bal, 11,7 ayda çikolata gofret gibi besinler başlanmaktadır. Bu besinlerin çocuklara verilme yüzdeleri sırasıyla %49,2, %39,1 ve %52,6'dır. Genelde, şekerleme, lokum gibi besinler, çocukların %25,2'sine 12,4 aylık olduklarında, pekmez, pestil gibi besinler, %53,7'sine 8,1 aylık olduklarında, tereyağı ise %27,2'sine 9,2 aylık olduklarında başlanmıştır. Kuyruk yağı kullanımı Doğu Karadeniz (%3,4), Kuzeydoğu Anadolu (%2,6),

Akdeniz (%1,9) ve Güneydoğu Anadolu (%1,2) bölgelerinde yaşayan düşük yüzdelerle çocuklara başlanmıştır. Diğer bölgelerde, çocuk beslenmesinde bu yağın kullanımı yaygın değildir. Genelde çocukların %0,7'sine 9 aylık olduklarında verilmiştir. Margarinler, çocukların %9'una 9,5 aylık olduklarında, sıvı yağlar ise %58,6'sına 8,5 aylık olduklarında verilmiştir (3).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması gibi yakın zamanlarda yapılmış başka çalışmalarda ile ortaya konan 0-5 yaş grubundaki tamamlayıcı besinlere başlama yüzdeleri, çeşitleri ve zamanlamalarına ilişkin sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde besinlere uygun besinlere, doğru zamanda başlama konusunda önemli problemler olduğu ortaya konulmuştur (5,6). Bu grubun antropometrik verileri değerlendirildiğinde de bu durum gözlenebilir. Örneğin, yaşa göre vücut ağırlığına bakıldığında ve bölgelere göre yapılan değerlendirmede, obez çocuk sıklığı Orta Anadolu (%8,7) ve İstanbul (%8,1) ve Batı Marmara'da (%7,9) en çok görülürken, en az görüldüğü bölgeler ise Batı Anadolu (%3,8) ve Güneydoğu Anadolu (%3,8) bölgeleridir (3).

Bilindiği üzere bodurluk kronik ve uzun dönem beslenme yetersizliğinin bir göstergesidir. Bodur olarak çocukluk dönemi geçiren kişilerin ileri yaşlarda şişmanlık riskinin de arttığı bilinmektedir. Bu açıdan bakıldığında ise, 0-5 yaş grubundaki çocukların en yüksek sıklıkta bodur olduğu bölgeler sırası ile Kuzeydoğu Anadolu (%20,2), Ortadoğu Anadolu (%19) ve Güney Doğu Anadolu (%16,9) bölgeleridir. Bu sonuçlara göre ise ortaya çıkan durum, halen bu özel grupta çözülmesi gereken sorunların olduğudur.

Türkiye'de 'Demir Gibi Türkiye, Bebek Dostu Hastaneler' gibi projeler sürerken, malnütrisyondan azalması beklenmesine rağmen, rakamlar bazı yerlerde değişmemiş, bazı yerlerde ise artmıştır. Bu durum 2008 yılında doğan bebek ve çocukları en çok etkilediği düşünülen Dünya Gıda krizinin de bir sonucu olabilir (7,8). Tamamlayıcı besine başlamada annenin bakış açısı, kültürel faktörler ve yerel inanışlardan etkilendiği bilinmesine rağmen, çok faktörlü olduğu bilinen kronik malnütrisyondan son yıllardaki değişimi, 2008 yılından bu yana çeşitli ekonomik ve iklimsel nedenlerle hızlı inişler çıkışlar gösteren gıda fiyatlarından kaynaklanmaktadır. Yoksulluk insan sağlığını etkileyen en önemli faktördür (1,9-11). Düşük gelirli ülkelerdeki tüketiciler, yüksek gelirli ülkelerdeki tüketicilerle karşılaştırıldıklarında değişen fiyatlara daha fazla tepki göstermektedirler. Yoksulluk herkesin sağlığını aynı düzeyde etkilemez. Yaşlılar, sakatlar, işsizler, etnik azınlıklar, emekliler, tek ebeveynli aileler, bir hastalığı olanlar olmak üzere en çok da kadınlar ve özellikle çocuklar yoksulluk etkilerinden daha çok zarar görürler (9,10,12).

Sonuç olarak, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında 0-5 yaş arasındaki bebek ve çocuklara yönelik, evlerinde ve kurumlarda beslenme destek stratejisi uygulanmalıdır, bu alanda özel eğitim almış sağlık personeli ile eğitim programları düzenlenerek tek tek anneler ve aileler ile iletişim, eğitim sağlamalıdır. Devlet otoriteleri Sağlık, Sosyal Güvenlik, Aile ve Sosyal Politikalar, Gıda ve Tarım, Milli Eğitim Bakanlıkları, Üniversiteler, çeşitli sektörler toplum için, Sağlık kurumu

yöneticilerinin ise kurumları için, beslenme açısından uygun stratejiler geliştirmeleri gereklidir.

Kaynaklar

1. WHO. 2013b. Global Database on Child Growth and Malnutrition. <http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index5.html>. Erişim:30.8.2014.
2. The United Nations Children's Fund. Dünya Emzirme Haftası 2008. http://www.unicef.org/turkey/pc/_mc36.html. Erişim:12.9.2014.
3. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması TBSA 2010, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, 2014.
4. Küçükoglu S, Çelebioğlu A. Effect of natural-feeding education on successful exclusive breast-feeding and breast-feeding self-efficacy of low-birth-weight infants, Iran J Pediatr 2014;24 (No 1):
5. Ertem G, Ergün S. Traditional practices and beliefs regarding nutrition of children in the 0-5 age group in western Turkey: A qualitative study, J Pak Med Assoc 2013;63(2):173-8.
6. Sivri BB. 0-6 aylık bebeği olan annelerin katı gıdaya geçiş süreci ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;5(1):59-65.
7. Yalçın SS, Tezel B, Yurdakök K, Pekcan G, Özbaş S, Köksal E, Tunç B, Şahinli S, Altunsu AT, Köse MR, Buzgan T, Akdağ R. A community-based iron supplementation program, "Ironlike Turkey", and the following prevalence of anemia among infants aged 12-23 months. The Turkish Journal of Pediatrics 2013;55:16-28.
8. Gürlük S, Turan Ö. Dünya gıda krizi: Nedenleri ve etkileri. Journal of Agricultural Faculty of Uludag University 2008;22(1):63-74.
9. Gürarslan Baş N, Karataş B. Yoksulluğun 1-4 yaş çocuklarda hastalanma sıklığı üzerine etkileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16(3):141-7.
10. The State of Food Insecurity in the World, How does international price volatility affect domestic economies and food security? Food and agriculture Organization of the United nations, Rome, Viale delle Terme di Caracalla,2011.
11. FAO Statistical Yearbook, 2012.
12. The State of Food and Agriculture, FAO of The United Nations, Rome, 2013.

OKUL ÇAĞI VE ADOLESAN DÖNEMİ BESLENME

Nejdet Aytaç

Prof.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tanım olarak okul çağı 6-12 yaş grubundaki çocukları kapsamaktadır. Adolesan dönem ise 10-19 yaş dönemidir. Raporun bu bölümünde ilgili dönemlere ait temel beslenme yaklaşımları güncel veriler kullanılarak gözden geçirilmiştir.

Okul çağı çocukları (6-12 yaş) bu dönemde hayatlarının sonuna kadar devam edecek alışkanlıklar kazanırlar. Evinden, ailesinden bağımsız bir hayata adım atan çocuk, kendi tercihlerini yapmasını öğrenir. Bir yandan çevresindeki dünyayı tanıırken, bu dünyada kontrolünü kazanmayı da öğrenecektir. Sosyal kimlik gelişimi yanı sıra 6-12 yaşlar antropometrik büyümenin de aktif olarak sürdüğü ve dolayısı ile doğru beslenme alışkanlığının sürdürülmesi gerekli bir dönemdir. Okul çocuğu, yılda ortalama 5cm uzar ve yaklaşık 2,5 kg ağırlık artışı gelişir. Büyümeyi ve gelişmeyi sağlayabilecek yeterlilikte kalori, besin değeri yüksek ve kompleks karbonhidratları içeren uygun formda çocuğa sunulmalıdır. Enerji ihtiyacı, büyüme hızı, vücut yapısı ve bedensel etkinlik yapma ile değişmekle beraber küçük çocukta 90kcal/kg, büyük çocukta ise 55-70kcal/kg/gün'dür (1,2).

Adolesan dönemi ise, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaş arasındaki dönem olarak tanımlanmıştır. Adolesanlar dünya nüfusunun %20'sini oluşturmaktadır (3). Türkiye'de de adolesanların toplam nüfus içindeki payı dünyadaki sıklığa benzerlik göstermektedir (4). Okul çağı ve adolesanların sayısı yaklaşık 18 milyondur.

Bu dönemlerde beslenme neden önemlidir?

Yirmi birinci yüzyılın bilişim çağı olması nedeni ile insanlar bilgiye daha çok gereksinim duymakta ve erişmek için daha uzun zaman ayırmaktadır. Ayrıca kentleşmenin getirdiği sorunlar nedeni ile çocuklar ev içinde bilgisayar ve televizyon karşısında uzun zaman geçirmektedir. Dolayısıyla çocuk ve adolesanlar hareketsiz kalmaktadır. Adolesan gelişme çağı, fiziksel ve psikolojik değişikliklerle karakterize olmuş, bebeklik çağından sonraki ikinci hızlı gelişmenin olduğu bir dönemdir. Yetişkinlik dönemi boy uzunluğunun %15'i, vücut ağırlığının %50'si bu dönemde kazanılır. Tüm bu değişiklikler ve hızlı büyüme nedeni ile enerji ve besin öğelerine olan gereksinim de artar (5,6). Adolesanlarda, enerji gereksinimi öncelikle iştah artışı şeklinde kendini gösterir ve öğün aralarında ilave besin tüketme isteği artar. Bu dönemde ev dışında yemek yeme eğilimi artar. Ana öğünleri atlama ve öğün aralarında gelişigüzel hızlı-hazır yemek yeme alışkanlığı oluşur. Televizyon ve bilgisayar başında uzun süre oturma ve bu süreler içinde atıştırma tarzında yeme yaygın görülen davranışlardır (7). Bu davranışlar adolesanda hareketsiz bir yaşam tarzına ve buna bağlı olarak da şişmanlığa eğilimi artırır. Adolesan döneminde kazanılan yanlış beslenme ve yanlış/eksik yaşam tarzı alışkanlıkları kalıcı olabilmekte ve sağlıklı yaşam boyunca olumsuz yönde etkileyebilmektedir (3).

Beslenmenin her insanın hayatında büyük önemi vardır. Ancak, beslenmenin yaşamın kimi dönemleri için biraz daha önemli olduğunu düşünmek de yanlış olmaz. Okul çağı ve adolesan dönem bu kapsamda öne çıkar. Okullarda verilen beslenme programları, büyüme, gelişme ve öğrenmeyi olumlu yönde etkilemesinin yanı sıra, okul çağı döneminde kazandırılan doğru beslenme alışkanlıkları, çocukların yetişkin dönemde şişmanlık, koroner kalp hastalığı, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklara yakalanma riskini de azaltacaktır (8).

Adolesanlarda, enerji gereksinimi öncelikle iştah artışı şeklinde kendini gösterir ve öğün aralarında ilave besin tüketme isteği artar. Bu dönemde ev dışında yemek yeme eğilimi artar. Ana öğünleri atlama ve öğün aralarında gelişigüzel hızlı-hazır yemek yeme alışkanlığı oluşur. Televizyon ve bilgisayar başında uzun süre oturma ve bu süreler içinde atıştırma tarzında yeme yaygın görülen davranışlardır (9). Bu davranışlar adolesanda hareketsiz bir yaşam tarzına ve buna bağlı olarak da şişmanlığa eğilimi artırır. Adolesan döneminde kazanılan yanlış beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıkları kalıcı olabilmekte ve sağlığı yaşam boyunca etkileyebilmektedir (10).

Bu dönemlerde beslenme sorunları

Bedensel etkinlik yapma düzeyi ile vücut kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Çocuklarda yaş ve günlük ortalama bilgisayar başında geçirilen süre arttıkça Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerinin de arttığı saptanmıştır ($p<0,01$) (14). Yapılan bir çalışmada; “ayak üstü beslenme” türü besinleri her gün tüketenler tüm adolesanların %15,4’ü iken, %53’ü haftada birkaç kez tüketmektedirler. Günlük meyve tüketimi 1,8 porsiyon, sebze tüketimi ise 1,5 porsiyondur. Gün boyunca televizyon başında geçirilen süre ortalama 2,3 saat, bilgisayar başında geçirilen süre ortalama 1,9 saattir (11). Bir başka çalışmada ise; çocukların %15,1’i yetersiz beslenme (malnütrisyon), %14,5’i fazla kilolu (overweight), ve %20’si obez olmak üzere, toplam %49,6’sında beslenme bozukluğu mevcuttu. Beslenme problemlerinin sıklığı açısından bakıldığında kızlar ile erkekler arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$) (12). Beslenme alışkanlıkları indeksine göre grubun %99,8’i farklı derecelerde beslenme alışkanlıkları yönünden riskli bulunmuştur (13). Muğla’da yapılan bir çalışmada; öğrencilerin %17,0’inin fazla kilolu ve %7,1’inin ise obez olduğu ve cinsiyet yönünden bir fark olmadığı görülmüş (15).

Sağlıklı beslenme için çözüm önerileri

Çocuk ve adolesanlara sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırmada beslenme eğitimi programları etkili bir yöntemdir. Beslenme eğitimi, okulda diğer derslerle beraber verilmelidir; örneğin matematik dersinde, çocukların günlük enerji ve besin öğeleri değerleri hesaplatılmalı, ya da okuma derslerinde beslenme ile ilgili metinler seçilmelidir. Okullarda verilen Beslenme Eğitimi Programları mutlaka öğretmenleri de kapsamalıdır. Okul beslenme programlarının, hükümetler, toplum liderleri, doktor, diyetisyen, hemşire, öğretmen ve ailelerin katılımıyla, uygulanması ve devamı sağlanmalıdır. Verilen eğitimler, öğretmenlerin sağlık durumları ve morallerini olumlu yönde etkilenmiş, bu da eğitim kalitesini yükseltmiştir (7,8). Adolesanların beslenmesini değerlendirirken normal

koşullarda günlük alması gereken miktarların bilinmesi gerekir. Dolayısıyla günlük beslenme şekli ve içeriği öyküde mutlaka sorulmalıdır (16).

Okul çağı çocukları için sağlıklı beslenme önerileri

1. Çocukların sağlıklı beslenmesi için dört besin grubunda bulunan çeşitli besinlerden yeterli miktarlarda ve dengeli bir şekilde tüketmeleri gerekmektedir. Süt grubunda yer alan süt, yoğurt, et grubunda yer alan et, tavuk, yumurta, peynir, kuru baklagiller, sebze ve meyve grubu ve tahıl grubuna giren ekmek, bulgur, makarna, pirinç vb. besinlerin her öğünde yeterli miktarlarda tüketilmesi önerilmektedir.
2. Öğrenciler için en önemli öğün kahvaltıdır. Çocukların her sabah düzenli olarak kahvaltı yapma alışkanlığı kazanmalarına özen gösterilmelidir.
3. Gün boyu fiziksel ve zihinsel performansın en üst düzeyde tutulabilmesi, düzenli olarak ara ve ana öğünlerin tüketilmesi ile mümkündür. Günlük tüketilecek besinlerin 3 ana, 2 ara öğünde alınması en uygun olanıdır.
4. Okulda veya evde dinlenirken ve ders çalışırken açlık hissedildiğinde tüketilen besinlere dikkat edilmelidir. Örneğin, şeker ve şekerli besinler, cips, gazlı içecekler yerine süt, yoğurt, sütlü tatlılar, ekmek arası peynir, taze sıkılmış meyve suları ve kuru meyvelerin tüketiminin tercih edilmesi çocukların sağlıklı beslenmeleri açısından daha yararlıdır.
5. Açıkta satılan besinler, yeterince güvenilir ve temiz değildir. Bu nedenle, özellikle okul çevresinde açıkta satılan besinlerin kesinlikle satın alınmaması gerekmektedir.
6. Çocukların okul kantinleri, büfe gibi yerlerden satın aldıkları besinlerin seçiminde de dikkatli olmaları gerekmektedir. Süt, ayran gibi ambalajlı besinleri satın alırken etiket bilgisinde, ambalajsız satılan tost, simit, poğaç gibi yiyeceklerin de temiz ve güvenilir şekilde hazırlanmış olmasına dikkat edilmelidir.
7. Okul kantinlerinde sağlıklı besinlerin bulundurulması için okul yönetimi, öğretmen ve veliler işbirliği içinde olmalıdır (17).

Kaynaklar

1. Position statement of the American Dietetic Association: dietary guidance for healthy children aged 2 to 11 years. J Am Diet Assoc 1999;99:93-101.
2. Dietary Guideline Advisory Committee Nutrition and your health: Dietary guidelines for Americans, 2005. [Internet] www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/report/HTML/E_translation.htm. Erişim:30.8.2014.
3. World Health Organization: Nutrition in adolescence-Issues and Challenges for the Health Sector: issues in adolescent health and development. WHO Discussion Papers on Adolescence. WHO 2005, Geneva 27, Switzerland. [Internet] http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_159366_0.pdf. Erişim:01.04.2010.

4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları 2010. [Internet] <http://report.tuik.gov.tr/reports>. Erişim:02.05.2011.
5. Cordeiro LS, Lamstein S, Mahmud Z, Levinson FJ. Adolescent malnutrition in developing countries: a close look at the problem and at two national experience. Standing Committee on Nutrition (SCN News) Late 2005-Early 2006;31:6-13.
6. World Health Organization: Adolescent Nutrition. [Internet] <http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/adolescent.htm>. Erişim:25.02.2010.
7. Chandra-Mouli V, Haider R, Moreira A. Adolescent nutrition. Lessons learnt and challenges ahead. Editorial. Standing Committee on Nutrition (SCN News) 2006;31:40-2.
8. Yabancı N. Okul Sağlığı ve beslenme programları. TAF Prev Med Bull 2011;10(3):361-8.
9. Chandra-Mouli V, Haider R, Moreira A. Adolescent nutrition. Lessons learnt and challenges ahead. Editorial. Standing Committee on Nutrition (SCN News) 2006;31:40-2.
10. World Health Organization: Nutrition in adolescence-Issues and Challenges for the Health Sector: issues in adolescent health and development. WHO Discussion Papers on Adolescence. WHO 2005, Geneva 27, Switzerland. [Internet] http://www.who.int/child-adolescent-health/New Publications/ADH/ISBN_92_4_159366_0.pdf. Erişim:01.04.2010.
11. Aksoydan E, Çakır N.: Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Derg 2011; 53: 264-270
12. Andıran N, Mete E, Alagöz M Özel bir ilköğretim okulunda beslenme problemlerinin çarpıcı sıklığı.
13. Demirezen E, Coşansu G. Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. STED 2005;14(8):174-8.
14. Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (Toçbi) Projesi Araştırma Raporu, AnkaraTemmuz 2011,s:VII.
15. Süzek H, Arı A. Muğla merkez köylerinde yaşayan 6-15 yaş okul çocuklarında beslenme alışkanlıkları, kilo fazlalığı ve obezite prevalansı. Yeni Tıp Dergisi 2010;27: 22-8.
16. Erkani T. Ergenlerde beslenme. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:63, Mart 2008, pp 73-7.
17. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu - Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı [Internet] <http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=174>. Erişim:06.08.2014.

YAŞLILIK DÖNEMİNDE BESLENME

Gülay Koçoğlu

Prof. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi Türkiye’de de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Ülkemizde 65 yaş üzeri yaklaşık 6 milyon kişi yaşamakta olup tüm nüfusun % 7.7’sini bu yaş grubu oluşturmaktadır (1). Sağlıklı yaşlılık dönemi sürdürebilmek için de yeterli ve dengeli beslenme en başta gelen koşullardandır. Yaşlıların başlıca sağlık sorunları değerlendirildiğinde; %90’ında genellikle kalp-damar, diyabet, metabolik sendrom, kanser gibi kronik bir hastalığın olduğu, %35’inde iki, %37’sinde ise üç ya da daha fazla kronik hastalığın bir arada bulunduğu görülmüştür (2). Yaşlı ölümleri genellikle bu hastalıklara ve komplikasyonlarına bağlı olmaktadır. Bilindiği gibi beslenme ile kronik hastalıklar arasında kısır döngü bulunmaktadır ve malnütrisyon mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır (3).

Ülkemizde yaşlıların beslenme durumu konusunda yapılmış çalışmalarda genellikle polikliniklere başvuran, hastanede yatan ya da huzurevlerinde kalan yaşlılarda MNA (Mini-Nutritional Assessment) ile malnütrisyon sıklığı incelenmiştir. Son yıllarda yayınlananlar arasında Hacettepe Üniversitesi’nde yapılan çalışmalarda Geriatri polikliniğine başvuran hastaların %28’inin beslenme durumu zayıf olduğu, yatan hastalarda malnütrisyon riskinin %69, malnütrisyon oranının %12 olduğu saptanmıştır (4,5). İstanbul Üniversitesi’nde yapılan çalışmada ise polikliniğe başvuran hastalarda malnütrisyon riski %31, malnütrisyon sıklığı %13, hastaneye yatırılan hastalarda malnütrisyon riski %39, malnütrisyon sıklığı ise %25 olarak saptanmıştır (6). Türkiye huzurevleri ve bakımevleri nutrisyonel durum değerlendirme projesinde 3 büyük ildeki 14 merkezde 1797 yaşlı incelenmiş ve malnütrisyon riski %38,3, malnütrisyon sıklığı ise %11,9 bulunmuştur (7). Bir başka çalışmada ise Ankara’da yedi bakımevinde, 534 yaşlıda malnütrisyon sıklığı %15,9, malnütrisyon riski ise %53,6 bulunmuştur ve 18 aylık izlem sonunda da mortalite hızının tüm yaşlılarda %22,1 olduğu, malnütrisyonu olanlarda da mortalite hızının önemli ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (8). İzmir Balçova’da düşük sosyoekonomik düzeydeki 650 yaşlıda yapılan araştırmada malnütrisyon sıklığı %2,7, malnütrisyon riski %28,0, gıda güvencesizliği sıklığı da %21,7 olarak saptanmıştır (9).

Bunların yanı sıra son yıllarda yapılan kongrelerde sunulmuş bildirilerde de yaşlılarda malnütrisyon sorununa dikkat çekilmiştir. Türkiye’de 25 Huzurevindeki 554 yaşlının %6,7’sinde malnütrisyon, %49,1’inde de malnütrisyon riski olduğu bildirilmiştir (10). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) ve Türkiye’de yaşayan yaşlıların karşılaştırıldığı çalışmada malnütrisyon sıklığı sırasıyla %2,4 ve %3,7, malnütrisyon riski ise %47,0 ve %68,3 olarak saptanmıştır (11). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde hastanede yatan yaşlıların incelendiği çalışmada ise malnütrisyon sıklığı %8,5, malnütrisyon riski ise %43,1 bulunmuştur (12). Tüm bu araştırmalar özellikle hastanede yatan yaşlılarda yüksek oranda malnütrisyon görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Yaşlıların beslenme durumunu ortaya koyan en kapsamlı araştırma tüm Türkiye'yi temsil eden örneklemede 2010 yılında yapılan ve bu yıl sonuç raporu yayınlanan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) olmuştur (13). Bu çalışmada incelenen 65 yaş üzeri 1288 yaşlının %1,4'ünün BKİ değeri zayıf, % 37,4'ünün kilolu, %40,4'ünün ise şişman olarak değerlendirilmiştir. Kadınlarda şişman olanların yüzdesi daha yüksektir. Bel/kalça çevresi oranı açısından ölçümler incelendiğinde, kadınların %70,8'inin risk sınırı olan 0.85'i, erkeklerin ise %78,2'sinin risk sınırı olan 0,90'ı geçtiği bulunmuştur. Bel çevresi tek başına değerlendirildiğinde ise erkeklerin %35,2'sinin risk sınırı olan 94 cm. in altında, kadınların ise yalnızca % 8'inin risk sınırı olan 80 cm. altında bel çevresine sahip olduğu belirlenmiştir. Bel çevresi için yüksek risk grubunu gösteren değerler olan 102 cm'yi geçen erkek oranı %39,3, 88 cm'yi geçen kadın oranı ise %79,2'dir.Yine kronik hastalıklar için diğer bir risk göstergesi olan bel/boy oranı 0,5'i geçenler de erkeklerde % 89.9, kadınlarda ise %92,0 olup çok yüksek oranlardadır. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı çalışmasında da oldukça benzer sonuçlar elde edilmiştir (14). Bu çalışmada ölçüm yapılan 65 yaş üzeri 1848 yaşlının %1,5'inin BKİ değerinin zayıf, %38,4'ünün fazla kilolu, %31,6'sının şişman grubunda olduğu, bel/kalça çevresi açısından erkeklerin %48,7'sinin, kadınların % 49,4'ünün riskli gruba girdiği (bu oranlar erkekler için >0,95, kadınlar için >0,88 alınmıştır), bel çevresi açısından da erkeklerin %37'sinin, kadınların %71,5'inin yüksek risk taşıdığı saptanmıştır. Bütün bu ölçümler toplum içinde yaşayan yaşlılarda, özellikle de kadınlarda, kilo fazlalığına bağlı sorunların zayıflıktan çok daha yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir (13,14). Belirtilen ölçümler kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet ve metabolik sendrom, hatta bazı tür kanserler için risk göstergeleridir. Daha önce yapılmış çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (15,16). Görüldüğü gibi, ülkemizde obezite ve obezite ile ilişkili sorunlar tüm yaş gruplarında olduğu gibi yaşlılarda da giderek artmaktadır.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasında yaşlıların %3,3 kahvaltıyı, %13,7'si öğlen, %6,6'sı akşam öğününü atlamakta olduğu, %75,7'si üç öğün, %19,3'ü iki, % 4,2'si de tek öğün yemek yediği saptanmıştır. Aynı çalışmada yaşlıların günlük tükettikleri besinler de belirlenmiştir. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde (17), 65 yaş üzeri grup için önerilen değerlerle araştırma verileri karşılaştırıldığında; yaşlıların günlük ortalama süt ve et (kırmızı et, balık, tavuk) ve sıvı tüketimleri düşük, yağ, ekme ve şeker tüketimleri fazla, sebze-meyve tüketimleri önerilene oldukça yakın miktarlardadır. Günlük alınan besinlerden sağlanan enerji, toplam protein, omega 3 yağ asitleri, toplam posa, kalsiyum, çinko, B₁, niasin, folat, B₆, B₁₂, E vitamini miktarları hem erkeklerde hem kadınlarda; demir ve B2 miktarları kadınlarda; omega 6 yağ asitleri miktarı da 75 yaş üzeri gruptaki erkek ve kadınlarda yetersiz düzeyde bulunmuştur. Enerjinin yağdan gelen enerji oranı %33,5-33,9 olup önerilenin üstünde, proteinden gelen enerji oranı %13,2-13,8 olup önerilen sınırlarda, karbonhidrattan gelen enerji oranı ise %52,6-53,0 olup önerilenin biraz altındadır.

Sonuç olarak ülkemizde yaşlılarda, özellikle de huzurevi, bakımevi, hastane gibi yerlerde kalanlarda ve kronik hastalıkları olanlarda, yetersiz ve dengesiz

beslenmeye bağlı sorunların yüksek sıklıkta görüldüğü söylenebilir. Ekonomik durumun yetersizliği, diş sağlığı sorunları, hastalıklar nedeniyle tüketilen besin miktarının azalması, fazla ilaç kullanımı, tek başına alış-veriş yapamama, tek başına yemek yiyememe gibi nedenler, yaşlıların beslenme durumunu olumsuz etkileyen fizyolojik, fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörler arasında gösterilmektedir. Kuşkusuz, ülkemizde bu gruba verilebilen sağlık hizmetlerindeki eşitsizlik-yetersizlikler de sorunların boyutlarını artırmaktadır.

Yaşlılar için beslenme önerileri

1. Günlük öğün sayısı 3 ana, 3 ara öğün şeklinde düzenlenmelidir. Böylece öğünlere düşen yiyecek miktarları azaltılarak sindirim güçlükleri önlenmiş olur.
2. Ana öğünlerde(sabah, öğlen, akşam) 4 temel besin grubundan (et ve ürünleri, süt ve ürünleri, sebze ve meyveler, tahıllar) besinler bulunmalı ve besin çeşitliliğinin sağlanmasına özen gösterilmelidir.
3. Haftada en az 2-3 kez balık tüketilmelidir. Kırmızı et yerine tavuk ve hindi tercih edilmelidir.
4. Günde en az 5 porsiyon, mümkünse farklı “renklerde” sebze ve meyve tüketilmelidir.
5. Posa miktarı yüksek olan kuru baklagiller, sebze, meyve ve kepekli veya tam tahıllar gibi besinlerin düzenli tüketilmesine özen gösterilmelidir. Böylelikle kabızlık sorunu da önlenir.
6. Sıvı tüketimi arttırılmalıdır. Günde en az 8-10 bardak su (1500 ml) tüketilmelidir. Bu miktarın tümü su olarak tüketilemiyorsa, ıhlamur, taze sıkılmış meyve suyu, bitkisel çaylar, ayran, komposto ya da açık çay tüketimi ile bu miktar karşılanabilir. Ancak bunların hiçbirisi vücut fonksiyonlarında su kadar etkili değildir.
7. Kalsiyum içeriği yüksek olan besinler tüketilmelidir. Yağı azaltılmış ya da yağsız süt ve ürünleri en iyi kalsiyum kaynağıdır. Bu tür besinler en az iki porsiyon alınmalıdır(iki su bardağı süt veya yoğurt).
8. Özellikle beyin fonksiyonları için etkili olan omega 3 yağ asitlerinin yoğun olarak bulunduğu balık türleri haftada en az 2 kez tüketilmelidir. Her gün 1 avuç kadar sert kabuklu kuruyemişler de (badem, ceviz, fındık) benzer etki yapar.
9. Margarin, tereyağı, kuyruk yağı gibi katı yağların tüketimi kan kolesterol seviyesinin yükselmesine neden olarak kalp-damar hastalıkları için risk yaratırlar. Et, süt ve ürünleri gözle görülmeyen doymuş yağ içerirler. Bu nedenle bu besinlerin yağsız olanları, tavuk ve hindi etinin derisiz bölümleri tüketilmeli, et ile pişen yemeklere ayrıca yağ ilave edilmemelidir.
10. Tuz tüketimi sınırlandırılmalıdır. Aşırı tuz tüketimi, yüksek tansiyon, kalp-damar hastalıkları, kemik erimesi gibi sorunlara neden olmaktadır. Sofrada yemeklere tuz eklenmemeli, turşu, salamura, salça, konserve gibi sodyum içeriği yüksek besinleri tüketmekten kaçınılmalıdır. Lezzet

- vermek için nane, kekik vb. kullanılabilir. Besinlerin etiketlerini okuma alışkanlığı kazanmak tuz sınırlamasında önemlidir.
11. Şeker, şekerli besinler ve hamur tatlılarının tüketimi sınırlanmalıdır. Sütü veya meyve tatlıları tercih edilmelidir.
 12. Ayak üstü beslenme türü yiyeceklerin (hamburger, patates kızartması, pizza gibi) tüketiminden kaçınılmalıdır. Yağ ve tuz içeriği çok yüksek, posası, vitamin ve mineral içeriği az olan bu yiyecekler pek çok sağlık riskleri yaratabilirler.
 13. Besinlerin satın alınması ve pişirilmesi sırasında oluşabilecek risklere dikkat edilmelidir. Günü geçmiş, tazelikliğini kaybetmiş, ambalajı bozulmuş besinler satın alınmamalı, yiyecekler kızartma ve kavurma yerine haşlama ya da ızgara yöntemleri ile pişirilmeli, besinlerin hazırlanması ya da saklanması sırasında hijyen kurallarına dikkat edilmelidir. Böylece yiyeceklerin besin değeri korunarak yeterli ve dengeli beslenme sağlanmış olur.
 14. Uygun vücut ağırlığı korunmaya çalışılmalıdır. Bir başka ifadeyle, Beden Kütle İndeksi değerinin 18,5 ve 24,9 arasında olması önerilmektedir. Şişmanlık ve zayıflık kimi hastalıkların riskini artırmaktadır.
 15. Sigara ve alkollü içecek içilmemelidir.
 16. Bunların yanı sıra haftada en az 2-3 kez ellerin ve yüzün 20-30 dakika güneşlenmesiyle D vitamini alınmalı veya hekime danışıp özellikle kış aylarında D vitamini takviyesi kullanılmalıdır.
 17. Düzenli bedensel etkinlik ihmal edilmemelidir.
 18. Ağız-dış bakımı ihmal edilmemelidir.
 19. Kronik hastalığı olanların önerilen diyet tedavisine uymaları gerekmektedir.

Yaşlı sağlığı ile ilgili ulusal eylem planında (2) belirtilen hedeflerin devlet tarafından uygulamaya geçirilebilmesi, yaşlıların beslenme sorunlarının önlenmesine de önemli katkıda bulunacaktır. Bunlar arasında; yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerine evrensel ve eşit olarak ulaşımının sağlanması için yaş, cinsiyet ya da herhangi bir nedene dayalı sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, kaynakların eşit dağıtımı, bu gruba yönelik temel besin ve beslenme ile ilgili politikalar geliştirilmesi gibi hedefler özellikle önemlidir.

Kaynaklar

1. TÜİK Genel Nüfus Sayımı Sonuçları 2013. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr>, Erişim:23.07.2014.
2. TC Başbakanlık DPT Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No:2741, 2007. [Internet] <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylem.pla.pdf>, Erişim: 18.07.2014.
3. Aslan D. Sağlıklı Beslenme ve Yaşlılık. In: Aslan D, Ertem M (Eds). Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. HASUDER Yayın No: 2012, pp 37-41.

4. Ülger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E, Arioğul S. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. Clin Nutr 2010;29:507-11.
5. Kuyumcu ME, Yeşil Y, Öztürk ZA, Halil M, Ülger Z, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E, Erdoğan G, Besler T, Arioğul S. Challenges in nutritional evaluation of hospitalized elderly; always with Mini-Nutritional Assessment? European Geriatric Medicine 2013(4):215-25.
6. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. Clin Nutr 2010;29:745-8.
7. Cankurtaran M, Saka B, Sevnaz S, Varlı M, Döventaş A, Yavuz BB, Halil M, Çurgunlu, A, Ülger Z, Öztürk GB, Tufan F, Tekin N, Akçiçek F, Karan MA, Atlı T, Beğler T, Erdinçler DS, Arioğul S. Türkiye huzurevleri ve bakımevleri nutrisyonel değerlendirme projesi. [Internet] http://www.eugms.org/docs/turkey_malnutrition1.doc. Erişim:10.08.2014.
8. Ülger Z, Halil M, Cankurtaran M, Yavuz BB, Yeşil Y, Kuyumcu ME, Güngör E, İzgi H, İskit AT, Abbasoğlu O, Arioğul S. Malnutrition in Turkish nursing homes: a correlate of short term mortality. Nutr Health Aging 2013 Apr;17(4):305-9.
9. Şimşek H, Meseri R, Şahin S, Uçku R, Prevalence of food insecurity and malnutrition, factors related to malnutrition in the elderly: A community-based, cross-sectional study from Turkey, European Geriatric Medicine 2013(4):226-230.
10. Ongan D, Rakıcıoğlu N. Türkiye’de huzurevlerindeki yaşlıların beslenme durumunun değerlendirilmesi. IX. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 2-4 Nisan 2014 Ankara, Bildiri Özetleri Kitabı, p 259.
11. Tek NA, Önen D, Karaçıl MS, Türkiye’de ve KKTC’ndeki yaşlıların beslenme durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. IX. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 2-4 Nisan 2014 Ankara, Bildiri Özetleri Kitabı, pp 286-7.
12. Arıkbuka MÖ, Yücecian S, Kardiyovasküler hastalığı olan yaşlı bireylerde beslenme durumunun saptanması ve vücut kompozisyonu, kan değerleri ve antropometrik ölçümlerle ilişkisi. IX. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 2-4 Nisan 2014 Ankara, Bildiri Özetleri Kitabı, p 213.
13. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 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.
14. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözman K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara 2013.

15. Aksoydan E. Health and nutritional status of elderly in Turkey and other eastern European countries. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2010;30(2):674-83.
16. Akbulut G, Köksal E, Bilici S, Acar Tek N, Yildiran H, Karadag MG, Sanlier N. Metabolic syndrome (MS) in elderly: A cross sectional survey. Arch Gerontol Geriatr 2011 Nov-Dec;53(3):e263-6.
17. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, Ankara, 2004, pp 58-60.

GIDA ENDÜSTRİSİ OYUNLARI: GÜNCEL ÖRNEKLERLE DEĞERLENDİRME

Nilay Etiler

Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tarım politikaları, toplum beslenmesinin bir unsuru olması nedeniyle her zaman devletin düzenlemesi altında olmuştur. Bir toplumdaki beslenme politikalarının, gıda üretimi ve arzını, gıdaların ulaşılabilir olmasını ve gıda güvenliğini sağlaması gerekmektedir (1). Yirminci yüzyılda devletlerin tarım politikalarına müdahalesinin daha çok ulusal kalkınmacılık ekseninde olduğu bilinmektedir. Son 30-40 yıldır dünyanın etkisi altına girdiği neoliberal ekonomi politikalar ise gıda dahil yeni bir dönemi başlatmıştır (2).

Bir ucundan tarım politikalarına da dokunan neoliberal küreselleşme, toplumların beslenme sorunlarının altta yatan nedenlerinden biri olarak tanımlanabilecek niteliktedir. Neoliberal politikaların özü, “sermayenin serbestliğini ve akışkanlığını teşvik etmek” olarak belirtilmektedir (3). Uluslararası örgütlerin kolaylaştırıcılığında yürütülen neoliberal küreselleşme süreci, sermaye için sınırların ortadan kalktığı yeni bir dünya düzenine işaret etmektedir. Bu dönemde devletlerden beklenen de, sermayenin akışkanlığının önünü açmaktır (4).

Gıda özelinde değerlendirme yapıldığında, ulusal sınırlar içinde planlanan tarım ve hayvancılık üretiminde bir takım neoliberal düzenlemelerin yapılmasının gündeme geldiği ve bunun öncülüğünün de Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) tarafından yapıldığı görülebilir. Tarım konusundaki düzenlemeler diğerlerine göre daha geç olarak Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Anlaşması (GATT) son turunda gündeme gelmiştir. Uruguay Roundu Tarım Anlaşması 1994 yılında imzalanmış olan dünya tarımında liberalleşmeye yönelik önemli bir gelişmedir (5). Anlaşmanın temel düzenlemesi, ülkelerin tarımsal ürün ithalatında korumayı kaldırması, tarımsal ürün ihracatına yönelik teşvik ve sübvansiyonlara son verilmesi ve tarıma dönük iç desteklerin sona erdirilmesi yönündeydi. Bu belge 2001 yılında güncellenerek geliştirilmiş, bunun dışında tarım konusu çeşitli uluslararası toplantıların gündeminde yer almayı sürdürmüştür. Türkiye’de de Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu (IMF) ile ilişkilerin sıkılaşması ile tarım konusu gündeme gelmiş, niyet mektuplarında yer almıştır. 2000 yılında Dünya Bankası’na ve IMF’ye gönderilen üç niyet mektubunda tarım reformu ile ilgili sözler yer almış, “Tarım Reformu Uygulama Projesi (TRUP)”nin Dünya Bankası gözetiminde uygulanması taahhüt edilmiştir (6). Bütün bu gelişmelerin özeti olarak gıda-tarım konusu ülkelerin kendi tarım politikalarında karar vermede artık özgür olmadığı bir dönemin başlaması anlamına gelmektedir (2).

Bu politikalara sonucunda Türkiye’de desteklenen tarımsal ürün sayısının yıllar içinde azaldığını, 1980’de 22 iken giderek azaltılarak 5 Nisan 1994 Kararları’ndan sonra sekize düştü görülmektedir. Diğer yandan tarımsal Kamu İktisadi Teşebbüsü (KİT) olan Türkiye Süt Kurumu, Et ve Balık Kurumu ve Yem Sanayi Anonim

Şirketinin özelleştirilmesi (5) devletin bu alanı piyasa dinamiklerine bıraktığı anlamına gelmektedir.

Gıdanın giderek ticari bir ürün vasfını almasının yanı sıra tarımsal üretim de kapitalizmin kuralları altına girmiştir. Bunun sonucunda yaşananlar şu şekilde özetlenebilir;

- ✓ Daha ucuza daha çok besin üretimi yani gıda sektöründe karın arttırılması için, bilim ve teknolojiyen de yararlanarak pek çok düzenleme yapılmıştır. Endüstriyel tarım üretiminde, “girdi”lerin azaltılması karın artırılmasının temel anahtarıdır. Çeşitli kimyasal maddelerin, hormonların kullanımının yaygınlaşması, bitki ve hayvanlarda genetiğin değiştirilmesi gibi çabalar tarımsal ürünlerde verimliliği arttırmaya yönelik çabalar olarak gözlenmektedir.
- ✓ Gıda pazarının genişletilmesi, pazarın dünya çapına yayılabilmesi, gıdaların uzun süre dayanmasını gerekmektedir. Gıdaların uzun süre bozulmadan kalabilmesini sağlayan katkı maddelerinin aşırı kullanımı gıda hijyenini tehdit eden boyutlara ulaşabilmektedir. Günümüzde artık restoran zincirleri vardır, bunların her yerde aynı nitelikte gıda sunma hedeflerinin bir sonucu olarak gıdaların içeriği etkilenmektedir.
- ✓ Çoğu uluslararası çapta olan gıda şirketlerinin, pazarlarını genişletmesi için uyguladıkları diğer bir strateji, “kısırtılmış talep¹”tir. Bu şekilde tüketicilerin seçimlerini etkileyecek yaygın reklam kampanyaları yapıldığı, bunların da sağlık gerekçeleri ile birleştirildiği görülmektedir (3). Bir yandan endüstriyel gıdaların sağlıksız olduğu söylemiyle yaratılan korku “organik ürün” pazarının genişlemesi amacıyla kullanılmaktadır. Sonuçta her koşulda gıda sektörünün kazandığı bir durum ortaya çıkmıştır.
- ✓ Tarım-hayvancılık sektöründe tekelleşme olgusu gözlenmektedir. Bir yandan neoliberal politikalar doğrultusunda tasarruf önlemi olarak küçük çiftçilere verilen desteklerin ve diğer sübvansiyonların kaldırılarak devlet desteğinin azaltılması (3), diğer yandan kapitalizmin tekelleşme sürecine katkısı ile tarım-hayvancılık sektöründe küçük üreticilerin yerini şirketlerin aldığı görülmektedir.
- ✓ Daha karlı olduğu gerekçesiyle tarım alanlarında biyoyakıt üretiminin tercih edilmesi, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa’da bunun kamu fonlarıyla desteklenmesi, insani tüketim amaçlı tahıl üretimini etkilemektedir (3).

Dünyada yaşanan tüm bu değişimlerin sonucunda gıda üretimi artmış ve çeşitlenmiştir. Buna karşın beslenme sorunları azalmamakta hatta sorunlara yenileri eklenmektedir. Gıda sektöründe maliyetin düşürülmesi adına nitelsiz, sağlıksız gıda maddelerinin kullanılması obeziteden çeşitli kanser türlerine kadar pek çok sağlık sorununu da beraberinde getirmiştir. Satın alma gücü olmayan yoksul kesimlerin kalorisi yüksek ucuz gıdaya yönelmeleri, günümüzde obezitenin en temel nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

1 İng. “Induced demand”

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) az şekerli besinlerin tüketilmesi ve rafine şekerin tüketiminin kısıtlanmasını önermesine karşılık Dünya Şeker Birliği bu önerilerin bilimsel olarak asılsız olduğunu iddia etmiş ve ABD'nin DSÖ'ne yaptığı bağışların kesilmesi gündeme gelmiştir (1). Obezitenin en yaygın olduğu ülke olan ABD'de uluslararası şeker lobisi oldukça güçlüdür ve gıdaların bileşimindeki şekerin azaltılması yönünde yapılacak kamusal müdahalenin önünde önemli bir engel olarak durmaktadır.

Gıda pazarının küresel aktörlerinin oyunları giderek çeşitlenmektedir. Yukarıda kavramsal olarak çerçevesi çizilen bu durumun sonucunda yaşanan pek çok örnek vardır. Günümüzde ticari bir ürün haline gelmiş “gıda” üzerinde oynanan oyunların bazı örnekleri aşağıda kısaca sunulmuştur.

Genetiği değiştirilmiş organizma (GDO) tartışmaları

Dünyada yetiştirilen genetiği değiştirilmiş bitkilerin %56'sını soya, %28'ini mısır oluşturmaktadır (7). Genetiği değiştirilmiş bitkilerin yaklaşık dörtte birinde yapılan genetik müdahale, yabancı otlara yönelik yani herbisit özellik kazandırmak içindir ve durum ekolojik açıdan bir tehlikedir. Ayrıca ticari tohum pazarının %13'ü GDO'lu tohumlardır. Genetiği değiştirilmiş tohumların önemli bir kısmının fertil olmayacak şekilde üretilmeleri çiftçiler açısından tohum maliyetini %25-100 artırmaktadır (7).

Ülkemizde GDO konusundaki düzenlemeler, Dünya Ticaret Örgütü anlaşmaları gözden geçirilerek 1998 yılından itibaren oluşturmaktadır (8). Biyogüvenlik Kanunu (2010) ve ilgili yönetmeliklere göre GDO'lu bitki ve hayvan üretimi yasaktır. Gıdaların GDO açısından denetlenmesinden sonra ithal edilmesi yönünde bir düzenleme söz konusudur (8). Buna karşın yakın bir tarihte bakanlık tarafından yapılan denetimlerde piyasada satılan ithal bir bebek besininde (sütlü tahıl karışımı) GDO saptanması (9,10) konuyu tartışılır hale getirmiştir.

Biyogüvenlik Kurulu, sadece yem amaçlı kullanılacak kısıtlı genin (3 soya, 14 mısır geni) ithalatına izin verdiği halde GDO karşıtı sivil toplum örgütlerinin mücadeleleri sonucunda bu sayının daha fazla olduğu anlaşılmaktadır (11).

Diğer yandan Biyogüvenlik Kanunu'nda hem yem amaçlı hem de insan gıdası amaçlı GDO onayına kesin bir yasak bulunmaması, henüz örneği olmasa da ülkemizde gıda amaçlı GDO'lu üretim yapılması tamamen yasak olmadığı, sadece izne tabii olması noktasında ciddi bir eleştiri konusudur (11).

Organik gıdalar

Tarım ve hayvancılık teknolojilerindeki gelişmeler, daha kısa sürede daha çok üretimin yolunu açmıştır. Ancak bu “modern” uygulamaların insan sağlığı üzerine tehlikelerinin ortaya çıkması, bu tehlikelerin toplum tarafından algılanması organik gıdaları gündeme getirmiştir. Organik gıdalar, yetiştirilmesinde ve işlenmesinde genetik mühendisliğin, yapay ve benzeri gübrelerin, böcek ilaçlarının, yabancı ot ve mantar öldürücü ilaçlarının, büyütmeye düzenleyicilerinin,

hormonların, antibiyotiklerin, koruyucuların, renklendiricilerin, katkı maddelerinin, kimyasal kaplama ve parlaticı maddelerinin ve kimyasal ambalaj malzemelerinin kullanılmadığı gıda maddeleridir (12).

Organik gıdalar, pazarda diğer gıdaların 2-5 kat fazlasına satılmaktadır. Gıdalardaki mevcut tehlikelerin dile getirilmesiyle topluma korku salınması, organik gıda pazarını büyütmek için kullanılan stratejilerden biri olarak gözlenmektedir. Gıdaların organik olduğu izleniminin yaratılması da pazarı büyütmek için başvurulmuş diğer bir stratejidir. Örneğin, yumurta sarısının köy yumurtası izlenimi vermesi için çeşitli pigmentler kullanılmaktadır (13). Ksantofil başta olmak üzere çeşitli pigmentlerden oluşan bu maddelerin kullanımı, toplumu aldatması açısından ahlaki bir sorun oluşturmaktadır.

Yakın zamanlarda market raflarında tüketicinin karşısına çıkan organik süt de, kimyasal tarım ilaçları kullanılmadan yetiştirilmiş yem bitkileri ile beslenen dolayısıyla kimyasal, hormonlu GDO'lu yemle beslenmeyen sığırların sütü olarak pazara sunulmuştur.

Gıdalarda “yabancı”katkılar

Melamin süt, süt tozu, dondurma kahve, sütlü çikolata gibi gıdaların üretiminde kullanılabilmektedir. Özellikle Çin'den ithal edilen bu tür gıdalarda yüksek oranda melamin tespit edildiği ithal eden ülkeler tarafından belirtilmiştir. Çin'de melamin içeren mamalardan yiyen dört çocuk ölmüş ve on binlerce çocuk hastalandığı yakın zamanda basına yansıyan haberler arasındadır (14,15).

Fruktoz şurubunun yaygınlaşması

Fruktoz ve fruktozdan zengin mısır şurubu adıyla anılan şekerler, tatlandırma özelliği daha yüksek olması ve maliyetinin pancar şekerine göre daha düşük olması nedeniyle oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır (16). Gıda sanayinde, üretici açısından maliyeti epey düşük olan fruktoz şurupları şekerli içecek, şekerleme, tatlı, çikolata üretiminde karşımıza çıkmaktadır.

Mısır şurubundan yapılmış ürünlerin en önemli sağlık etkisi insülin salınımını uyarmaması ve bunun sonucunda da kandaki fruktoz düzeyinin düşmemesidir. Mısır şurubundan elde edilen yüksek fruktoz içerikli gıdaların da karaciğer yağlanması ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (17). Ancak, bu konuda çalışmalar sürmektedir (18).

Soya proteini/soya eti

Soya fasulyesinin içerdiği yüksek protein, gıda sanayinde soya eti olarak adlandırılan ürünün yaygınlaşmasıyla sonuçlanmıştır. Dünyada ve ülkemizde sosis, salam, köfte, hamburger, sucuk gibi et ürünlerinde yaygın olarak kullanılan “soya proteinin et proteininden fonksiyonel açıdan aynı özelliklere sahip olduğu” bu alanın üreticileri tarafından iddia edilmektedir (19).

Soya eti, oldukça ucuz bir ürün olarak piyasada mevcuttur, 100 gr. soya etinin fiyatı 3-5 TL olarak değişmektedir. Büyükbaş hayvanlardan elde edilen etin kg fiyatının 20 TL'den, kanatlıların ise 7 TL.den başladığı (20) düşünüldüğünde, gıda üreticileri açısından soya etinin gıdanın üretim maliyetini ne kadar azaltabileceği görülmektedir. Özellikle hazır gıda ve lokantacılık alanında, tüketicinin fark etmesinin olanaklı olmadığı yemeklerde kıyma yerine soya eti katılması, bu alanın üreticilerinin kar oranlarını oldukça artırdığı için tercih edilmektedir. Sağlık açısından bir risk oluşturmamakla birlikte tüketicinin kandırılması anlamına gelmektedir.

Sonuç olarak, neoliberal politikaların devreye girmesiyle ülkelerin kendilerine yeten tarım politikaları hedefi ortadan kalkmıştır. Bu noktada devletin rolü piyasayı serbestleştirerek sadece düzenleyici ve denetleyici olmaktan öte gitmemektedir. Gıda üretiminin serbest piyasa koşullarında yapılıyor olması, gıdaların güvenliği konusunda pek çok sorunu beraberinde getirmiştir. Gıdaların daha ucuza mal edilmesi için sağlıksız gıda maddelerinin kullanımı yaygınlaşmış, bunun üzerinden yaratılan korku başka bir gıda pazarını (organik gıdalar) açmıştır. Diğer yandan yoksul kesimlerin beslenmelerini sürdürebilmeleri için ucuz dolayısıyla kalitesiz gıdalara yönelmeleri, yeni beslenme sorunlarını ortaya çıkarmaktadır.

Kaynaklar

1. Çağlayan Ç. Tarım politikalarındaki değişimin sağlık üzerine etkileri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2010;38:7-17.
2. Kıymaz T, Şahinöz A. Dünya ve Türkiye- Gıda güvencesi durumu. Ekonomik Yaklaşım 2010;21(76):1-30.
3. Bernstein H. Bölüm 6: Neoliberal Küreselleşme ve Dünya Tarımı. In: Tarımsal Değişimin Sınıfsal Dinamikleri. Çev. Oya Köymen. İstanbul, Yordam Kitap, 2009, p 101.
4. Güzelsarı S. Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü Türkiye'de Mali İdarede Yeniden Yapılanma. Sosyal Araştırmalar Vakfı Küreselleşme Dizisi-8, İstanbul, 2008. pp:38-39.
5. Doğan S. Dünya tarım ürünlerin ticaretinin liberalleşmesine yönelik düzenlemelerin Türk tarımına yansımaları. Muğla Üniversitesi SBE Dergisi 2002;7.
6. Oyan O. Dünyada ve Türkiye'de tarım politikaları üzerine genel değerlendirme. Toplum ve Hekim 2010;25(2):124-36.
7. Kulaç İ, Ağirdil Y, Yakın M. Sofralarımızdaki tatlı dert, genetiği değiştirilmiş organizmalar ve halk sağlığına etkileri. Türk Biyokimya Dergisi 2006;31(3):151-5.
8. Bostan A, Gün S. Türkiye'de genetiği değiştirilmiş gıda ve yem konusunda mevzuat uygulamaları ve denetimler. Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi 2013;10(1):90-8.

9. [Internet] http://www.radikal.com.tr/turkiye/unlu_bebek_mamasi_markasi_gdolu_cikti-1194026 Erişim:26.08.2014.
10. [Internet] <http://www.ntvmsnbc.com/id/25518081/> Erişim: 26.08.2014.
11. GDO'ya Hayır Platformu'nun Basın Açıklaması. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın 29.5.2014 tarihli açıklamasına cevabımızdır! [30.5.2014]
12. Ataseven Y, Güneş E. Türkiye'de işlenmiş organik tarım ürünleri üretimi ve ticaretindeki gelişmeler. U.Ü Ziraat Fakültesi Dergisi 2008; 22(2):25-33.
13. Kırkpınar F, Erkek R. Sarı mısır temeline dayalı karma yemlere ilave edilen bazı doğal ve sentetik renk maddelerinin yumurta sarısının rengi ve verim üzerine etkileri. Tr J Veterinary and Animal Sciences 1999;23;15-21.
14. Erkmen O. Gıda kaynaklı tehlikeler ve güvenli gıda üretimi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010;53:220-35.
15. [Internet] <http://blog.milliyet.com.tr/bebek-mamasinda-ve-sut-urunlerinde-kullanilan-sut-tozundaki-melamin-katkisi/Blog/?BlogNo=395828> Erişim: 28.08.2013.
16. Korkmaz A. Herkes için bilim; fruktoz ve insan metabolizması. TAF Prev Med Bull 2012;11(1):1-4.
17. Basaranoglu M, Basaranoglu G, Sabuncu T, Sentürk H. Fructose as a key player in the development of fatty liver disease. World J Gastroenterol 2013 Feb 28;19(8):1166-72.
18. Chung M, Ma J, Patel K, Berger S, Lau J, Lichtenstein AH. Fructose, high-fructose corn syrup, sucrose, and nonalcoholic fatty liver disease or indexes of liver health: a systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2014 Sep;100(3):833-49.
19. Öner T. Soya Sektör Raporu. İstanbul Ticaret Odası İstatistik Şubesi 2006. [Internet] <http://www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-84.pdf> Erişim:21.08.2014.
20. Et ve Süt Kurumu. Et Fiyatları. [Internet] <http://www.esk.gov.tr/tr/10222/Satis-Fiyatlari> Erişim:25.08.2014.

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARLA MÜCADELE AÇISINDAN TÜRKİYE’DE BESLENME ODAKLI YAPILAN BAZI ÇALIŞMA ÖRNEKLERİ VE SONUÇLARI

Simge Yılmaz^a, Belgin Ünal^b

^aUzm. Dyt, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bProf. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Bireyin sağlık durumu; bireyin yaşı, genetik özellikleri, beslenme durumu, bedensel etkinlik yapma durumu ve sigara içme alışkanlığı gibi yaşam biçimi özellikleri ile aile desteği, sosyal ve çevresel etmenler, stres ve çalışma koşulları gibi diğer sosyal ve kültürel çevre özelliklerinin ürünüdür (1-3). Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), başlıca kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları önlenabilir nitelikte hastalıklardır. Kalp ve damar hastalıklarının, inme ve tip 2 diyabetin %80’i; kanserlerin ise üçte birinden fazlası, tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, bedensel etkinlik düzeyinde yetersizlik ve alkol kullanımı gibi risk faktörleri ortadan kaldırılarak önlenabilir (4). Ülkemizde de olduğu gibi birçok ülkede tüm ölümlerin ve hastalıkların önemli bir bölümü belirtilen risk etmenlerine bağlı olarak görülmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne dair Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu ile devlet, hükümet yetkilileri ve temsilcilerinden oluşan Genel Kurul, özellikle gelişmekte olan ülkeler için kalkınma ve diğer sorunları ve toplumsal ve ekonomik etkileri göz önünde bulundurarak, tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü irdelemek üzere, 19-20 Eylül 2011 tarihinde toplanmıştır. Genel Kurul, bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel yükü ve tehdidini, 21. yüzyılda ülkelerin kalkınmasında en önemli sorunlardan biri olarak kabul etmiştir ve bulaşıcı olmayan hastalıkların birçok üye devlet ekonomisi için bir tehdit olduğunu ve ülkeler ve ülke nüfusları arasında gelir eşitsizliğinin artmasına neden olabileceğini bildirmiş ve üye devletlerin başlıca görev ve sorumluluklarının, bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadele etmek ve etkili bir önleme ve kontrol mekanizması geliştirmek için toplumun her kesiminin dahil olması gerektiği bilincinde olmak olduğunu kabul etmiştir. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nun toplantı kararları sonrası Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bu kararların uygulanması için Kronik Hastalıklar Eylem Planı onaylanmış, Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı hazırlanmış; 15-17 Kasım 2006 tarihinde İstanbul’da “DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı” gerçekleştirilerek “Avrupa Obezite ile Mücadele Belgesi” imzalanmıştır. Türkiye’nin de olduğu Avusturya’nın başkenti Viyana’da 4-5 Temmuz 2013 tarihlerinde düzenlenen Dünya Sağlık Örgütü Sağlık 2020 Kapsamında Beslenme ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Bakanlar Konferansı’nda imzalanan deklarasyon ile Avrupa bölgesinde yer alan ülkeler obezitenin ve diyetle bağlı bulaşıcı olmayan hastalıkların temel nedenlerini ele almak ve halkı sağlıklı seçimler yapmak üzere bilgilendirip, konumlarını güçlendirmek konusunda görüş birliğine varılmıştır (5,6).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar için en önemli önlenabilir risk etmenleri şişmanlık ve fazla kilolu olmak, sigara içmek, bedensel etkinlik yetersizliği, yeterli sebze-meyve tüketmemek ve alkol kullanımıdır. Bu risk faktörlerinin sonucunda kan basıncı, kan kolesterol ve kan glukoz düzeylerinde artış görülür (1,2). Sebze-meyve ağırlıklı bir diyet obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalık ve bazı kanser türlerinin oluşumunu azaltmaktadır. Kırmızı et ve işlenmiş et ürünleri tüketimi kolorektal kanser gelişim riskini artırmaktadır. Doymuş yağ ve trans yağ kullanımı kan kolesterol düzeyi ve kardiyovasküler riskte artışa neden olmaktadır. Yüksek sodyum/tuz alımı kan basıncını ve kardiyovasküler hastalıkları ayrıca mide kanser riskini de arttırmaktadır. Obezite ve ilişkili hastalıklar açısından yüksek enerjili, doymuş ve trans yağlardan zengin, işlenmiş ürünler, basit karbonhidrat ağırlıklı, tuzlu ve sebze-meyveden fakir diyet risklidir (7).

Türkiye’de bugüne kadar yapılmış en kapsamlı beslenme, sağlık ve besin tüketimi araştırması “1974 Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması’dır. Türkiye’de 1974 yılından sonra ülke çapında ve Türkiye’yi temsil edecek nitelikte örneklem üzerinde yapılmış araştırma yapılmamıştır (8). “Gıda Tüketimi ve Beslenme Araştırması (1984)” ise, sağlık taraması yapılamadan gerçekleştirilmiştir. Çok yakın bir zamanda Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 (TBSA) verileri açıklanmıştır. Türk halkının beslenme verilerin karşılaştırılabilmesi açısından 1974, 1984 ve 1997 verileri tüm yaş gruplarında ortalama değerler, TBSA 2010 verilerinde tüm Türkiye geneli yerine yaş gruplarına ayrılarak ayrı ayrı ortalama değerler üzerinden sunulmuştur ve aktarılmıştır. Bu bölümde veri ve araştırma kısıtlılığı nedeniyle az sayıda çalışma ve sayısal veriler gerektiğinde tablo yerine yazım olarak sunulurken konu özetlenmiştir.

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye’de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyo-ekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bu durumun beslenme ve beslenme kaynaklı kronik hastalıkların niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olması olasıdır. Türkiye Sağlık ve Besin Tüketimi Araştırması-1974 araştırma verilerine göre temel besin ekmek ve diğer tahıl ürünleri olarak saptanmıştır. Türk halkının günlük enerjisinin ortalama %44’ünü sadece ekmekten, %58’ini ise ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağladığı saptanmıştır (9). Türkiye’de 1994-98 yılları arasında günlük enerji alımı içerisinde karbonhidrat, protein ve yağın oranları sırası ile %66,6, %12,1, %21,3 (1984-86), %65,4, %11,7, %22,8 (1989-91), %64,3, %11,5, %24,2 (1996-98) olarak belirlenmiştir. 1984-98 döneminde günlük enerji alım değerleri içerisinde karbonhidratların payında %2,3 ve proteinde %0,6’lık bir azalma varken, yağın payı %2,9 artmıştır. Arslan ve arkadaşları (2006) TEKHARF 2003-2004 kohortu ve Pekcan ve arkadaşları (2006) ise çalışmalarında sırasıyla, günlük enerjinin %37 ve %43’ünün tahıl ve tahıl ürünlerinden geldiğini saptamıştır. Bu değerler yıllar içerisinde besin tüketim eğilimlerindeki değişimleri yansıtmaması açısından önemlidir (10). Bir çalışmada, bugünkü ismiyle Türkiye İstatistik Kurumu olan Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından 1994 yılında yapılan Hane Halkı Tüketim Harcamaları Anketi verileri kullanılarak Türkiye’de günlük kişi başına ortalama düşen enerji ve besin öğeleri

miktarları hesaplanmış ve değerler Önerilen Günlük Alım ve Günlük Referans Değerleri (RDA) ile karşılaştırılmıştır. Buna göre ortalama enerji ve protein alımı RDA düzeyinde bulunmuştur. Karbonhidrat-yağ alımlarının ise RDA düzeylerinin üzerinde olduğu belirlenmiştir. En çok tüketilen grupların sırasıyla tahıl, tahıl ürünleri ve sebzeler olduğu belirlenmiştir (11). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 verisine göre temel karbonhidrat kaynağı tahıl ve tahıl ürünleri olarak düşünüldüğünde; Türkiye genelinde günlük ortalama alınan enerjinin karbonhidrattan gelen oranlarının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımının; 19-30 yaş grubunda erkeklerde %52,1, kadınlarda %51,0, 31-50 yaş grubunda erkeklerde %51,8, kadınlarda %51,7, 51-64 yaş grubunda erkeklerde %51,8, kadınlarda %52,3, 65-74 yaş grubunda erkeklerde %52,6, kadınlarda %53,0, 75 ve üzeri yaş grubunda erkeklerde %52,8, kadınlarda %52,7 olduğu görülmektedir. Tam tahıl ekmeklerini tüketim sıklığının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Tam tahıl ekmek tüketmeyenlerin sıklığının kentte yaşayanlarda %68,1, kırdaki yaşayanlarda ise %81,0 olduğu gözlenmiştir. Beyaz ekmek türlerinin %85,4 sıklığında her gün tüketildiği, bu değer kırdaki kentten daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, %88,8 ve %84,3) (12).

Tablo 1. Kentsel ve kırsal bölgelere göre besin tüketim miktarı, Türkiye 1974-2010 (g/kişi başı/gün)

Besin	1974			1984			1997 Toplam
	Kır	Kent	Toplam	Kır	Kent	Toplam	
Ekmek	415	384	402	382	337	360	318
Diğer tahıllar	78	45	91	99	86	93	94
Kurubaklagil	6	13	10	34	38	36	17
Süt/yoğurt	85	62	79	71	67	69	109
Peynir	20	27	24	22	24	23	28
Kırmızı et	30	64	49	26	50	38	65
Kümes hayvanı	2	4	3	4	4	4	12
Balık	3	5	3	7	7	7	3
Yumurta	9	10	9	12	14	13	17
Sebze	285	343	321	227	245	236	352
Meyve	197	232	222	166	180	173	175
Zeytinyağı	16	21	19	22	21	22	23
Katıyağ	17	22	19	25	23	24	8
Şeker	33	39	36	43	41	42	27

İzmir'in Balçova İlçesi'nde Kalp Damar Hastalıklarına yönelik olarak yürütülen Balçova'nın Kalbi (BAK) Projesi'nin verileri kullanılarak yapılan bir çalışmaya göre, tüm çalışma popülasyonunda beyaz ekmek tüketenlerin yüzdesinin 64,1 kepek ekmek tüketenlerin yüzdesinin ise 35,9 olduğu, günlük beş porsiyon ve daha fazla sebze-meyve tüketenlerin yüzdesinin 48,2 olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin %50'si, kardiyovasküler hastalığı olanların %57,5'i ile diyabet

ve kardiyovasküler hastalığı birlikte olanların ise %48,4'ü beyaz ekmek tüketmesine karşın hiçbir kronik hastalığı olmayanların %66,8'si beyaz ekmek tüketmektedir. Aynı projenin verileri ile yapılan bir başka çalışmaya göre, araştırmaya katılanların %52,1'inin yemeklerde en sık zeytinyağı kullandığı, %17,2'sinin yemeklerin tadına bakmadan tuz attığı ve sadece %25,5'inin alışveriş sırasında besin öğelerinin içeriğini incelediği saptanmıştır (13,14).

Yıllar içerisinde besin tüketim eğilimindeki değişiklikler incelendiğinde 1974 ve 1982 araştırma verilerine göre; ekmek, süt-yoğurt, et ve ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı; kurubaklagil, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı görülmüştür. Genelde toplam yağ tüketim miktarında önemli farklılık olmamasına karşın, katı yağa oranla bitkisel sıvı yağ tüketim miktarının arttığı gözlenmektedir (Tablo 1) (6,7).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 sonuçlarına göre, süt tüketiminin tersine yoğurt, ayran, kefir vb. süt ürünlerini her gün tüketenlerin yüzdesi 55,1'dir ve kırdaki tüketim sıklığı kentten daha yüksektir (sırasıyla, %62,4 ve %52,7). Her gün peynir tüketenlerin sıklığının toplamda %76,0, erkeklerde %73,7, kadınlarda ise %78,6 olduğu saptanmıştır. Her gün yumurta tüketenlerin sıklığı %29,7'dir ve kırdaki değer kentte yaşayanlara göre daha yüksektir (sırasıyla, %35,8 ve %27,6). Haftada 1-2 kez kurubaklagil tüketenlerin sıklığı %46,6 olarak saptanmıştır. Erkeklerin %50,0'si, kadınların %42,9'u haftada 1-2 kez kurubaklagil tükettikleri belirtilmiştir. Sebze-meyve tüketim sıklıkları incelendiğinde; bireylerin %47,6'sının her gün yeşil yapraklı sebze tükettiği, bu değer erkeklerde %44,4, kadınlarda ise %51,2 olduğu saptanmıştır. Çalışmanın yaz aylarında yapılmasının turuncu tüketim sıklığının düşük gözlenmesinin önemli nedenlerinden biri olduğu düşünülmektedir. Diğer taze meyveleri her gün tüketenlerin sıklığı %51,5 olarak gözlenirken kentte her gün tüketenlerin yüzdesinin kırdaki yaşayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, %53,5 ve %45,5). Yağ tüketim durumları değerlendirildiğinde; her gün ayçiçek yağı tüketenlerin sıklığı %67,4, zeytinyağını tüketenlerin sıklığı %35,3, mısırözü yağı tüketenlerin sıklığı %11,7 olarak saptanmıştır. Türkiye'de bireylerin %50,3'ünün tereyağı tüketmediği, %11,2'sinin haftada 1-2 kez sert margarin tüketirken %69,1'inin hiç tüketmediği belirtilmektedir. Kuyruk yağı, iç yağı gibi hayvansal yağların %95,4 sıklığında tüketilmemekte olduğu saptanmıştır. Türkiye geneli ve yerleşim yerlerine göre hane halklarında tüm yemek türlerinde yağ/yağların kullanılmama durumu çok nadir görülmüştür. Yemeklerde genellikle sırasıyla ayçiçek ve zeytinyağı kullanılmaktadır. Kırsal yerleşim yerlerinde tereyağı kentsel yerleşim yerlerine göre daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Yemeklerde genellikle sırasıyla ayçiçek ve zeytinyağı kullanılmaktadır (12).

Kalp ve damar hastalıkları ve inme için önemli bir risk faktörünü oluşturan hipertansiyonu kontrol etmek için tuz tüketiminin kısıtlanması önerilmektedir. Tuz tüketiminin mide kanseri, osteoporoz, böbrek hastalıklarının gelişimiyle de yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, toplumların besin alımında diyetle günlük tuz alımı için hedeflerinin <5 gram/gün olması gerektiğini belirtmektedir. Türkiye'de günlük tuz alımını belirlemek ve sodyum alımıyla

hipertansiyon arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan Türkiye Tuz tüketimi Çalışması (SALTürk-1), 2008 kişi başı tüketilen tuz miktarı, 18 gram/gün iken, SALTürk 2 çalışmasına göre Türkiye’de kişi başı ortalama tuz tüketimi günlük 14,8gram/gün olduğu bildirilmektedir. Rakamların kadınlarda 14,02 gram/gün ve erkeklerde ise 15,72 gram/gün olduğu ifade edilmektedir. Kent ve kır açısından değerlendirildiğinde; kırsal alanlarda yaşayan insanlar günde ortalama 15,96 gram tuz tüketirken, kentsel bölgelerde yaşayanların tüketimi günde 14,5 gram olarak saptanmıştır. Çalışmaya göre, alınan tuzun gıda kaynakları arasında sıralanmaya bakıldığında, 7,22 gramı yemeklerden, 1,28 gramı işlenmiş besinlerden, 0,26 gramı doğal besinlerden, 5,08 gramı eklenen tuzdan, 3,8 gramı ekmekle alınan tuzdan ve 1,50 gram ise sofraya tuzundan elde edildiği belirtilmektedir (3,15). Türkiye tuz tüketiminin çok yüksek olduğu ülkeler arasındadır.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması kapsamında kişilere beslenme özellikleriyle ilgili sınırlı sayıda soru yöneltilmiştir. Buna göre Türkiye’de 15 yaş üzeri nüfusta erkeklerin %11,5’i, kadınların %15,8’i kepekli, çavdarlı veya yulaflı ekmek tüketmektedir. Kepekli, çavdarlı veya yulaflı ekmek tüketimi, erkek ve kadınlarda yaşla birlikte artmaktadır. Tüketilen ekmek türü kent ve kırsal benzerdir. Kepekli, çavdarlı veya yulaflı ekmek tüketimi İstanbul, Akdeniz ve Ege’de daha yüksek (dağılım aralığı %16,4-18,7); Orta Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Doğu Karadeniz’de (dağılım aralığı %5,4-10,4) daha düşüktür. Yemeklerde en sık tüketilen yağ türü sorulduğunda tereyağı %7,1, margarin %3,2, zeytinyağı %27,6 ve çiçek yağı, mısırözü, soya, fındık yağı gibi sıvı yağlar %62,1 sıklığında belirtilmiştir. Her 10 kişiden dokuzu sıvı yağları tüketmektedir.

Kişilerin yaklaşık beşte biri yemeğe tadına bakmadan tuz atmaktadır. Genç erkek ve kadınların yaklaşık dörtte biri yemeğin tadına bakmadan tuz attığını belirtmiştir. Yaşla birlikte bu oran azalarak 65-74 yaş grubunda yaklaşık %10 düzeyine düşmekle birlikte 75 yaş üzerinde tekrar artmaktadır (erkek ve kadınlar için sırasıyla %17,7 ve %14,1). Yemeğe tadına bakmadan tuz atma davranışı açısından kırsal ve kentsel farklılık yoktur. Kişilerin %13,3’ü günde beş ya da daha fazla meyve/sebze porsiyonu tüketmektedir. Günlük toplam tüketilen meyve veya sebze porsiyon sayısı ortalaması ve standart hatası $2,7 \pm 0,01$, ortancası 2’dir. Ulusal Hane Halkı Araştırması’na göre ülkemizde 18 yaş üstü bireylerin ortalama günde 1,64 porsiyon meyve ve 1,57 porsiyon sebze tükettikleri saptanmıştır. Yeterli ve dengeli beslenme için DSÖ tarafından günde 400 gram, Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi’nde ise günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi önerilmektedir. Bu verilere göre ülkemizde meyve ve sebze tüketiminin yetersiz olduğu görülmektedir (16).

Türkiye genelinde günlük ortalama alınan enerjinin proteinden gelen oranlarının; 19-30 yaş grubu erkeklerde %13,3, kadınlarda %13,1, 31-50 yaş grubu erkeklerde %13,7, kadınlarda %13,1, 51-64 yaş grubu erkeklerde %14,0, kadınlarda %13,4, 65-74 yaş grubu erkeklerde %13,8, kadınlarda %13,5, 75 ve üzeri yaş grubu erkeklerde %13,2, kadınlarda %13,4 olduğu görülmektedir. Türkiye genelinde günlük ortalama bitkisel protein alımlarının 19-30 yaş grubu erkeklerde 37,2

gram, kadınlarda 27,4 gram, 31-50 yaş grubu erkeklerde 37,6 gram, kadınlarda 28,4 gram, 51-64 yaş grubu erkeklerde 34,2 gram, kadınlarda 27,7 gram, 65-74 yaş grubu erkeklerde 30,9 gram, kadınlarda 26,3 gram, 75 ve üzeri yaş grubu erkeklerde 29 gram, kadınlarda 22,1 gram olduğu görülmektedir. Günlük ortalama hayvansal protein alımlarının ise; 19-30 yaş grubu erkeklerde 34,1 gram, kadınlarda 24,5 gram, 31-50 yaş grubu erkeklerde 35,2 gram, kadınlarda 23,6 gram, 51-64 yaş grubu erkeklerde 30,1 gram, kadınlarda 21,7 gram, 65-74 yaş grubu erkeklerde 25,2 gram, kadınlarda 19,8 gram, 75 ve üzeri yaş grubu erkeklerde 22,9 gram, kadınlarda 17,4 gram olduğu görülmektedir (12).

Tablo 2. Ortalama alınan enerji ve besin öğeleri düzeyi, Türkiye (kişi/gün) 1974-1997

Besin Öğeleri	Ortalama alım (kişi/gün)		
	1974	1984	1997
Enerji (kcal)	2291	2281	2083
Total protein (gram)	68	68	66
Hayvansal kaynaklı protein (gram)	18,0	20,0	27,1
Karbonhidrat (gram)	369	364	320
Yağ (gram)	62	62	61
Kalsiyum(mg)	362	410	450
Demir(mg)	14,6	17,8	11,4
Vitamin A(IU)	3752	4671	5322
Tiamin	1,82	1,72	1,01
Riboflavin(mg)	1,03	1,00	1,29
Niasin (mg)	16,08	16,50	12,2
Vitamin C (mg)	106	113	139

Her üç araştırma sonucuna göre, toplam protein tüketimi kişi başına yeterli düzeyde görülmektedir. Ancak, proteinin çoğu bitkisel kaynaklı olup hayvansal protein tüketimi ise yetersizdir. Kalsiyum, A vitamini ve riboflavini yetersiz tüketenlerin yüzdesi oldukça yüksektir. Özellikle süt ve ürünlerinin yetersiz düzeyde tüketilmesi kalsiyum ve riboflavin yetersizliğinin temel nedenidir. Demiri yetersiz düzeyde tüketenlerin yüzdesi düşük olmasına karşın, ülkemizde demir yetersizliği anemisi görülme oranı yüksektir. Hayvansal gıdaların az tüketilmesinden kaynaklanan vitamin ve mineral (kalsiyum, riboflavin, demir,

çinko gibi) yetersizlikleri bulunmaktadır. Günümüzde, Türkiye’de protein miktarına yönelik bir sorun görülmezken; protein kalitesi kavramına yönelik sorunların olduğu, özellikle hayvansal kaynaklı protein miktarı arttırılırken bitkisel kaynaklı protein miktarının buna bağlı olarak düzenlenmesine ihtiyaç vardır (Tablo 2) (9,12,17). Devlet İstatistik Enstitüsü 1994’e göre, günlük hayvansal protein alımının önerilen değerlerin altında olduğu belirlenmiştir. Ortalama günlük alım değerleri incelendiğinde demir ve kalsiyum alımının önerilene yakın, çinko alımının ise önerilenin çok altında olduğu görülmüştür. Diğer mineral alımlarının yeterli olduğu gözlenmiştir. Düşük demir ve çinko alım değerlerinin bu besin maddelerini en çok içeren hayvansal gıdaların az tüketilmesinden kaynaklandığı vurgulanabilir (11).

Türkiye beslenme açısından diğer yakın doğu ülkelerinde de olduğu gibi iki önemli sorunla karşı karşıyadır. Mikronutrient eksikliği (kalsiyum, demir, çinko gibi) ve eksikliğe bağlı gelişen yetersiz beslenme ayrıca diyetle ilişkili oluşan kronik hastalık gelişimidir. Bu bölümde kronik hastalıklarla ilişkili olabilecek beslenme örüntüsü verileri paylaşılmaya çalışılmıştır. Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve beslenme örüntüsünü inceleyen çalışmalar sayısal olarak yeterli olsa da, küçük örnekli, bölgesel ve yöntem açısından kısıtlıdır. Tüm toplumu demografik ve coğrafi olarak temsil eden, standart yöntemlerin kullanıldığı, güvenilir verilerin elde edildiği ve belirli aralıklarla tekrarlanan kesitsel araştırmalara gereksinim vardır.

Beslenme, sağlığın temel koşulu, belirleyicisidir. Beslenmenin etkileri tüm yaşam boyunca değişkenlik göstererek sürer. Toplumun beslenme ve etkilerine bağlı hastalıklardan korunması için tüm bireylerin ve toplumun beslenme bilincini artırarak, sağlıklı beslenmenin yaşam biçimine dönüştürülmesi gerekmektedir. Topluma yönelik verilen beslenme eğitiminde, sağlıklı yaşam biçimi ve optimal beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi, yanlış ve olumsuz beslenme uygulamalarının ortadan kaldırılması, besinlerin sağlık bozucu duruma gelmesinin önlenmesi ve besin kaynaklarının daha etkin ve ekonomik kullanımı konularında vurgulanarak toplumun beslenme durumunun düzeltilmesini amaçlanmalıdır. Eğitimin yaygın, etkin ve sürekli olması amaca ulaşabilmesi için kesinlikle gereklidir. Türkiye’de sağlıklı beslenme konusunda eğitim ve danışmanlığın yanı sıra sağlıklı gıdalara erişimi arttıracak önlemlerin alınması önerilebilir. Toplumun sağlıklı besinlere güvenli ve uygun fiyatlı erişilebilirliğini arttırıcı tarım ve gıda politikaları geliştirilmelidir (5). Ulusal düzeyde beslenme sorunlarına yönelik etkin beslenme plan ve politikalarının hazırlanabilmesi için beslenme özelliklerinin belirli aralıklarla tanımlanması, değişikliklerin izlenmesi gerekir (11). Bu nedenle düzenli aralıklarla Beslenme Sağlık ve Besin Tüketimi Araştırması yapılması gerekmektedir. Çalışmalarda öncelikli hedef olan toplumu hastalıklardan korumak ve halk sağlığını geliştirmek için risk altındaki toplumda ve tüm toplum genelinde, beslenme sorunlarının kişi, yer ve zaman özelliklerine göre tanımlanması, özellikle besin tüketim durumunun izlenmesi, bireysel besin alımı ve toplumun beslenme durumu ile diyet-hastalık arasındaki ilişkinin gücünün ortaya çıkarılması sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Garcia-Colasa et al. Changes in food supply in Mediterranean countries from 1961 to 2001. *Public Health Nutrition* 2006;9(1):53-60.
2. Food and Health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications, European Series, No. 96. [Internet] http://www.who.int/nutrition/publications/Food_and_health_Europe%20newbasis_for_%20action.pdf. Erişim:07.08.2014.
3. Baysal A. Beslenme. Hatipoğlu Yayınevi, 2001, Ankara.
4. Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı. [Internet] http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789755903163_tur.pdf. Erişim: 01.08.2014.
5. Nutrition and Noncommunicable diseases: Critical to take action and move now! [Internet] http://unscn.org/files/Newsletters/Nutrition_and_NCDs_discussion_paper_150911_FINAL1.pdf. Erişim:29.08.2014.
6. Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. [Internet] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/193878/Vienna-Declaration.pdf. Erişim:29.08.2014.
7. Food, Nutrition, Diet and Non-Communicable Diseases. [Internet] www.ncdalliance.org. Erişim:29.08.2014.
8. V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi Kongre Kitabı 2006, Ankara.
9. Pekcan G, Marcheish R (ESNA-FAO) (2001). FAO Nutrition Country Profiles-Turkey, 2001. [Internet] www.fao.org/es/ESN/ncp/turmap.pdf. Erişim:29.08.2014.
10. Arslan P, Mercanlıgil S, Özel HG, Akbulut GÇ, Dönmez N, Çiftçi H, Keleş İ, Onat A. TEKHARF 2003-2004 taraması katılımcılarının genel beslenme örüntüsü ve beslenme alışkanlıkları. *Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol* 2006;34(6):331-9.
11. Yağmur C, Güneş E. Dengeli Beslenme Açısından Türkiye’de Gıda Üretim ve Tüketime İrdelenmesi [Internet] http://www.zmo.org.tr/resimler/ekler/95f15384c2a79ce_ek.pdf. Erişim:29.08.2014.
12. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 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. [Internet] http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf. Erişim:29.08.2014.
13. Yılmaz S, Meseri R, Unal B. Nutritional habits in diabetes mellitus and coronary heart disease patients in the community, Presentation, the 1st RESCAP-MED International Symposium on Social determinants of noncommunicable diseases in Mediterranean countries Istanbul, Turkey 6-7 May 2013. [Internet]

- <http://research.ncl.ac.uk/media/sites/researchwebsites/rescapmed/Final%20RESCAPMED%20Newsletter3.pdf>. Erişim:29.08.2014.
14. Ergör G, et al. Balcova heart study: Rationale and methodology of the Turkish cohort. International Journal of Public Health 2011;57(3):535-42.
 15. Türkiye’de Tuz Tüketimi Çalışması SALTurk 2 Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2012. [Internet]
http://www.turkhipertansiyon.org/tuz_280512.php. Erişim:23.08.2014.
 16. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması Raporu 2012 [Internet] <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. Erişim:01.06.2014.
 17. Pekcan G, Karağaoglu N. State of nutrition in Turkey. Nutrition and Health 2000;14:41-52.

Okuma İçin Web Sitesi Önerileri

1. Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi. [Internet]
<http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/torehberi.pdf>. Erişim: 31.8.2014.
2. Türkiye’de Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı. [Internet]
<http://www.who.int/topics/nutrition/en/>. Erişim: 31.8.2014.
3. Nutrition. <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>. Erişim: 31.8.2014.
4. Diet. [Internet] <http://www.who.int/topics/diet/en/>. Erişim: 31.8.2014.
5. Nutrition disorders. [Internet]
http://www.who.int/topics/nutrition_disorders/en/. Erişim: 31.8.2014.
6. Obesity. [Internet] <http://www.who.int/topics/obesity/en/>. Erişim:31.8.2014.
7. Nutrition. [Internet] <http://www.cdc.gov/nutrition/index.html>. Erişim: 31.8.2014.
8. Physical activity. [Internet]
<http://www.cdc.gov/physicalactivity/index.html>. Erişim:31.8.2014.
9. Food and Agriculture Organization. [Internet]
<http://www.fao.org/home/en/>. Erişim:31.8.2014.
10. World Food Programme. [Internet] <http://www.wfp.org/>. Erişim:31.8.2014.

11. YAŞLI SAĞLIĞI: SORUNLAR VE ÇÖZÜMLER

Bölüm Editörü

Prof.Dr. Dilek Aslan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sunu

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından 2012 yılında ilk kez yayınlanmış olan Türkiye Sağlık Raporu'nun yaşlılık dönemine özgü bölümünün temel başlıklar açısından güncellenmesi **YAŞLI SAĞLIĞI: SORUNLAR ve ÇÖZÜMLER** isimli elinizdeki bu dokümanın hazırlığı ile gerçekleşmiştir. İçerikte temel olarak yaşlı sağlığı açısından 2012 yılından bu yana ülkemizdeki gelişmelerin/değişimlerin vurgulanması amaçlanmıştır. Bazı bölümlerde ise toplum sağlığı için önemli olan başlıkların yeniden gündeme taşınması söz konusu olmuştur.

Rapora HASUDER adına yazılarıyla katkı sunan değerli akademisyen hocalarıma, Sağlık Bakanlığı Merkez teşkilatında çalışan meslektaşlarıma teşekkür ederim. Bölüm yazarlarının tamamı halk sağlığı profesyoneli olup halen HASUDER üyesidir.

Raporun birinci baskısında yer alan ve 2014 yılı için yapılan bu hazırlık kapsamında yer almayan konulara ilişkin olarak daha uzun dönemde güncelleme yapılması düşünülmüştür. Bu vesileyle, Raporun 2012 formatına değerli emeklerini koşulsuzca sunan bütün yazarlara da bir kez daha teşekkür ederim.

Raporun ortaya çıkmasına sağladıkları destek için de yazarlar adına HASUDER Yönetim Kurulu üyelerine de teşekkür ediyorum.

Yaşlı nüfusun artma eğiliminde olduğu ülkemiz için yaşlılık döneminde öne çıkan durum ve konuların gündeme taşınmasının sürdürülmesi bir gerekliliktir. Bu amaçla, raporda yer alan konuların bundan sonraki dönemlerde de aralıklı olarak gözden geçirilerek güncellenmesi, var olan mevcut durumdaki değişimlerin ortaya konması ve yeni gereksinimlerin belirlenerek çözümler üretilmesi açısından son derece değerlidir.

Raporun ülkemiz için yararlı ve yol gösterici olabilmesi dileğiyle,

Saygılarımla

Prof. Dr. Dilek Aslan

Bölüm Editörü

GÜNCEL VERİLER ÜZERİNDEN SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE TÜRKİYE DEĞERLENDİRMELERİ

Hatice Şimşek^a, Reyhan Uçku^b

^aDoç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

^bProf. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Yaşanan toplumsal eşitsizliklerin sağlığı olumsuz etkilediği pek çok çalışmada gösterilmiştir. Eşitsizlik çalışmaları çoğunlukla çalışan yaş grubunda yapılmış, yaşlılar çok az dikkate alınmıştır. Yaşlılarda yapılan sağlık eşitsizlikleri çalışmalarında bağımlı değişken olarak sıklıkla mortalite, kronik hastalık varlığı, komorbidite, algılanan sağlık, yeti yitimi, günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmiştir. Bağımsız değişken olarak da çoğunlukla öğrenim, gelir, finansal birikim, konut mülkiyeti ve araba sahipliği daha az sıklıkla sosyal sınıf kullanılmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri ile yaşlılarda temel sosyoekonomik durum (SED) değişkenleri incelendiğinde, okuma yazma bilmeyen yaşlı oranı %23,9, okul bitirmeyen oranı ise %20,5'dir. Bu oranlar yaşlı kadınlarda daha yüksektir ve sırasıyla %34,9 ve %23,9'dur. Türkiye'de işgücüne katılım oranı 15 yaş ve üzeri grupta %50,8 iken, yaşlılarda %12,4, istihdam oranı %12,3'dir (1). Yaşlı erkeklerin %67,4'ünün, yaşlı kadınların ise %28,5'inin emekli ve dul-yetim aylığı bulunmaktadır (2). Avrupa Birliği yoksulluk sınırı kriterlerine göre değerlendirildiğinde, yaşlılarda yoksulluk %22,1, erkek yaşlılarda %20,9, kadınlarda ise %23,1 olarak bulunmuştur. Yoksul yaşlıların yaklaşık olarak beşte üçü kadın, üçte ikisi ise okur-yazar değildir (3).

Türkiye'de genel olarak az sayıda olan yaşlılarda sağlık eşitsizliklerine ilişkin çalışmalar 2012 yılında yayımlanan Türkiye Sağlık Raporu'nda, Tablo 1'de özetlenmiştir (4).

Son iki yıl içinde de bu alanda sınırlı sayıda çalışma yapılmış; daha çok öğrenim, gelir, sağlık güvencesi, sosyal güvence, iki çalışmada da sınıf temel bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Yalnızca iki çalışmada sağlıkta eşitsizlikler temel amaç olarak incelenmiştir (5,6). Şimşek ve arkadaşlarının toplumda yaşayan yaşlılardaki çalışmasında erkeklerde sigara kullanımı ve fiziksel inaktivite SED'den etkilenmiyorken, diplomasız olmak ve kötü ekonomik durum algısına sahip olmak sağlıksız beslenme; diplomasız olmak kötü öznel sağlık için daha risklidir. Kadınlarda düşük öğrenim ve kötü ekonomik durum algısı sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite ve kötü öznel sağlık açısından risktir (5). Çelebioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında toplumda yaşayan yaşlılarda yapılan bu çalışmada yaş, sağlık algısı, yaşam biçimi ve yaşanan evin niteliğine göre düzeltildikten sonra, diplomasız yaşlıların herhangi bir okul mezunu olanlardan 3,5 kat, gelir algısı kötü/çok kötü olanların orta ve üzeri olanlardan 8,0 kat daha fazla bakım gereksinimi olduğu belirlenmiştir (6). Toplum tabanlı yapılan diğer çalışmalarda

SED (öğrenim, gelir algısı, gelir varlığı, sağlık güvencesi, tapulu mal varlığı) bağımsız değişkenlerden biri olarak değerlendirilmiş ve malnutrisyon, demans, yaşam kalitesi, influenza bağışıklaması ve uyku sorunları ile ilişkisi incelenmiştir. Bir sigara bırakma merkezine başvuranlarda sigara bırakma başarısını inceleyen çalışmada da SED değişkenleri kullanılmıştır. Bu çalışmalardan Şimşek ve arkadaşlarının yaşlılarda malnutrisyon ve gelir güvencesizliğini inceledikleri araştırmada, gelir algısı kötü/çok kötü olanların anlamlı olarak 2,49 kat daha fazla malnutrisyon/malnutrisyon riski olduğu belirlenirken, öğrenim ve sınıf ile malnutrisyon/malnutrisyon riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (7). Demans yaşlılarda geriatrik sendrom olarak ele alınan, yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen ve bakım verenlerde de sağlık ve sosyal sorunlara yol açan bir sağlık sorunudur. Keskinoglu ve ark.nın yaptığı araştırmada, düşük gelirli, sosyal güvencesiz ve diplomasız yaşlılarda demans prevalansını anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (8). Önal ve arkadaşlarının İstanbul'un bir ilçesinde yaşlılarda uyku sorunu varlığını DSM-IV'e göre değerlendirmişler ve yaşlıların yaklaşık yarısında uyku sorunu olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada, gelir düzeyi düşük olanlarda uyku sorunu varlığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş, ancak öğrenim düzeyi ile anlamlı ilişki belirlenememiştir (9). Aydın ve arkadaşlarının yaşlılarda yaşam kalitesi ve etkileyen etmenleri Gaziantep iki merkez ilçesini temsil eden örnekte inceledikleri araştırmalarında, sosyo-ekonomik durum açısından öğrenim, sağlık güvencesi, gelir varlığı, çalışma durumu ve tapulu mal varlığı bağımsız değişkenlerini kullanmışlardır (10). Araştırma sonuçlarına göre, ortaokul ve üzeri eğitimlilerde, sağlık güvencesi olanlarda, çalışan yaşlılarda, aylık geliri olanlarda ve tapulu mal varlığı olan yaşlılarda yaşam kalitesi puanları gerek toplam gerekse tüm temel alanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çoklu analizde de ilkökul ve üzeri eğitim, aylık gelir ve çalışıyor olmanın yüksek yaşam kalitesini gösteren anlamlı değişkenler olduğunu belirlemişlerdir. Yaşlılarda koruyucu sağlık hizmetleri oldukça önemlidir. Bu hizmetlerden birisi olan grip aşısı yapılma oranları Antalya ili yaşlılarını temsil eden bir örnekte incelenmiştir. Grip aşılama oranının %15 gibi düşük düzeyde bulunduğu bu çalışmada, yapılan çoklu analiz sonrası, herhangi bir okul bitiren yaşlıların 3,20, sağlık güvencesi olanların 3,88 kat anlamlı olarak daha fazla aşılandığı belirlenmiştir (11). İzmir'de bir sigara bırakma merkezine başvuran yaşlılarda bırakma başarısını etkileyen etmenler arasında öğrenim ve düzenli gelir varlığı incelenmiş, ancak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (12).

Türkiye'de yaşanan toplumsal eşitsizliklerin/düşük SED'in sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, yetersiz sosyal destek, kötü öznel sağlık algısı, yüksek bakım gereksinimi, malnutrisyon, uyku sorunu, kötü bilişsel durum, yüksek ölüm kaygısı, tedaviye uyum göstermeme, ihmal, kötü yaşam tatmini, yetersiz günlük yaşam aktivitesi, kötü yaşam kalitesi, yetersiz ilaç bilgisinde risk olduğunu gösteren çalışmaların sayısı daha fazladır. Yapılan çalışmalara göre yaşlılarda düşük öğrenim sağlık eşitsizliklerinde önemli bir değişkendir. Türkiye'de yaşlı sağlığında eşitsizliklere ilişkin yöntem açısından standart çalışmaların yapılması, temelde tüm toplumda eşitsizliklerin önlenmesi, bireylerin yaşlılıkla birlikte artan eşitsizliklerden korunması önemlidir.

Tablo 1. Sosyoekonomik durumun yaşlı sağlığına etkisi (4-12)

RİSK		KORUYUCU	
Değişken	Sonuç	Değişken	Sonuç
Öğrenim		Öğrenim	
Düşük öğrenim	Ölüm kaygısı Demans Yaşam kalitesi İhmal-istismar Günlük yaşam aktivitesi Tedaviye uyum Sağlık algısı Yalnızlık Sağlıksız beslenme Fiziksel inaktivite Bakım gereksinimi	Yüksek öğrenim	Kognitif fonksiyon Özbakım Yaşam memnuniyeti İlaç bilgisi Yaşam kalitesi Bağışıklanma
Gelir ve gelire ilişkin değişkenler		Gelir ve gelire ilişkin değişkenler	
Düşük gelir	Demans Depresyon İhmal-istismar Yalnızlık Uyku sorunu	Yüksek gelir	Özbakım Yaşam memnuniyeti
Kötü gelir algısı	Koroner olay Umutsuzluk Sağlık algısı Sağlıksız beslenme	İyi gelir algısı	Kognitif fonksiyon Depresyon Sosyal destek

	Fiziksel inaktivite Bakım Gereksinimi Malnutrisyon/malnutrisyon riski		
Sağlık güvencesizliği	Yaşam memnuniyeti Özbakım	Sağlık güvencesi varlığı	Sağlık algısı Sağlık kurumuna başvuru Sosyal destek Bağışıklanma
Sosyal güvence yokluğu	Demans	Tapulu mal varlığı	İhmal-istismar
		Düzenli aylık gelir	Yaşam kalitesi
İş /meslek/ sınıf		İş /meslek/ sınıf	
İşi olmama	Demans	Kendi hesabına çalışma	Kognitif fonksiyon
		Beyaz yakalı/ yüksek nitelikli çalışan olma	Kognitif fonksiyon Fiziksel inaktivite
		Çalışıyor olma	Yaşam kalitesi

Kaynaklar

1. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar 2013, TÜİK Matbaası Ankara, Nisan 2014.
2. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar 2012, TÜİK Matbaası Ankara, Mart 2013.

3. Karadeniz O, Öztepe ND. Türkiye’de yaşlı yoksulluğu. Çalışma ve Toplum 2013(3):77-102.
4. Şimşek H, Uçku R. Sağlıkta Eşitsizlikler ve Yaşlılık. In: Aslan D, Ertem M. (Eds). Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, 2012, pp 12-7.
5. Simsek H, Doganay S, Budak R, Ucku R. Relationship of socioeconomic status with health behaviors and self-perceived health in the elderly: A community-based study, Turkey. *Geriatr Gerontol Int* 2013 Oct 10. DOI:10.1111/ggi.12166.
6. Çelebioğlu A, Çiçeklioğlu M. Elderly health care needs and associated factors in terms of health inequalities. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013;16(3):315-21.
7. Şimşek H, Meseri R, Şahin S, Uçku R. Prevalence of food insecurity and malnutrition, factors related to malnutrisyon in the elderly: A community-based, cross-sectional study from Turkey. *European Geriatric Medicine* 2013;4:226-30.
8. Keskinoglu P, Yaka E, Uçku R, Yener G, Kurt P. Prevalence and risk factors of dementia among community dwelling elderly people in İzmir, Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013; 16 (2): 135-41.
9. Önal AE, Şeker Ş, Temizkan N, Kaya İ, Tezoğlu C, Gür SÖ, Güngör G. Yaşlılarda uyku sorunları ve ilgili faktörler: +65 Aktif Yaşlanma Projesi Sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2012;15(4):390-5.
10. Aydın S, Karaoğlu L. Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* 2012;15(4):424-33.
11. Polat HH, Öncel S, Turhan Ö, Akcan A, Eravşar K, Yalçın AN. Influenza vaccination in 65 and over age adults in Antalya/Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics* 2012;15(4):371-7.
12. Günay T, Pekel Ö, Şimşek H, Sahan C, Sosyal A, Kılınç O, Ergör G. Smoking habits and cessation success, what differs among adults and elderly? *Saudi Med J* 2014;35(6):585-91.

TOPLUMSAL CİNSİYET VE YAŞLILIK: TÜRKİYE İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELER²

Ayşe Akın

Prof.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
Araştırma ve Uygulama Merkezi

Toplumsal cinsiyet ve yaşlılık: *Türkiye ile ilgili değerlendirmeler* başlıklı bu yazının başlangıcında bazı temel tanımlamaların yapılmasında yarar görülmektedir (1):

- ✓ **Cinsiyet:** Bireyin kadın ya da erkek olarak mevcut genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleri olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikler kadın ve erkek arasında bir eşitsizlik değil, sadece bir cinsiyet farkı yaratmaktadır.
- ✓ **Toplumsal Cinsiyet (Gender):** Farklı kültürde, tarihin farklı zamanlarında ve farklı coğrafyalarda kadınlara ve erkeklere toplumsal olarak yüklenen roller ve sorumlulukları ifade eder. Toplumsal cinsiyet kısaca, sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller, sorumluluklar olarak tanımlanır. Kadın ya da erkek olarak doğmak, tıpkı ölümlü olmak gibi, biyolojik varlığımızın bir niteliğidir. Ancak daha doğum öncesinde başlatılan süreçle, yapay ayrımlar üretilmekte ve bu ayrımcı uygulamalar eğitim ve sağlık hakkının kullanılabilmesi, kamusal alanda temsil edilememek, fırsatlardan eşit yararlanamamak gibi daha çok kadınların aleyhinde olmak üzere yaşamın bütün dönemlerinde her iki cinsiyet için devam etmektedir. Kadınlar ve erkekler arasındaki farklar köken itibarıyla biyolojik olmaktan çok, kültürel niteliktedir (2).
- ✓ **Toplumsal Cinsiyette Eşitlik (Gender equality):** Fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması ve kullanımında, hizmetlere ulaşmada bireyin cinsiyeti nedeni ile ayrımcılığa maruz kalmaması/ayrımcılık yapılmamasıdır
- ✓ **Toplumsal Cinsiyette Hakkaniyet (Gender equity):** Kadın ve erkek arasında sorumlulukların ve gelirin dağılımında adalet ve hakkaniyet

2 Bu yazı Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği tarafından hazırlanan Türkiye Sağlık Raporu'nun bir alt bölümü olarak "Toplumsal cinsiyet perspektifi ile Türkiye'de yaşlılık döneminin değerlendirilmesi amacı ile ilk olarak 2012 yılında hazırlanmış, 2014 yılında Türkiye'de konu ile ilgili gelişmeler ışığında güncellenmiştir. Raporda, yaşlılık ve ilgili durumu ortaya koyan üç adet orijinal grafiğe, grafiğinin alt bölüm içeriğinde kaynakları gösterilerek yer verilmiştir.

olmasıdır. Bu kavramda, kadın ve erkeğin farklı gereksinimlerinin ve gücünün olduğu kabul edilmektedir. Bu farklılığın belirlenerek, iki cinsiyet arasındaki dengeyi düzeltecek şekilde, gerekenlerin yapılması benimsenmektedir.

Her canlıda görülen, tüm işlevlerde giderek azalmaya neden olan, kronik ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilen yaşlılıkta 65 yaş, bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan bir sınıflandırmaya göre; 45-59 yaş arası orta yaş; 60-74 yaş arası yaşlılık; 75-89 yaş arası ileri yaşlılık; 90 ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmıştır (3). Dünyanın tarihsel kayıtlarına bakıldığında ortalama yaşam sürelerinin 1797 de 25, 1897 de 48 yıl, 1947 de 65 yıl, 1997 de ise 76 yıl olarak bildirildiği görülmektedir (4).

Yaşlılık ve sorunları yeni yüzyıldaki sosyal, medikal ve teknolojik gelişmelerin bir anlamda “olumlu” bir sonucu olup bu alanda gelişmiş ülkeler başı çekmektedirler.

Türkiye’de yaşlı nüfusun durumu incelendiğinde; Türkiye İstatistik Kurumunun son güncellemesine göre 2013 yılı için Türkiye nüfusu toplam 76 481 847 olup kadın nüfusu 38.108 274, erkek nüfusu ise 38 373 573 dür. Türkiye’de 2013 yılı verilerine göre yaşlı (65 ve daha yukarı yaş) nüfus 5 891 694’dür. 2013 yılında nüfusun %7,7’sini yaşlı nüfus oluşturmaktadır (5). Yapılan demografik projeksiyonlarda Türkiye nüfusunun 2050 yılında yaklaşık 100 milyon olacağı hesaplanmaktadır. Bu durumda 65 yaş üzeri nüfus 2030 yılında toplam nüfusun %10,8’i, 2040 yılında %13,6’sı ve 2050 yılında ise 17,3 ünü oluşturacaktır (6). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı yıllara göre incelendiğinde bir artış eğilimi olduğu görülmektedir. 1940 ve 1960 yılında %3,5 olan yaşlı nüfusun toplam içindeki payı 1980 yılında %4,7, 2000 yılında %5,7, 2010 yılında %7,2, 2012 yılında %7,5 olmuş, 2013 yılında ise bu değer %7,7’ye yükselmiştir (5).

Birleşmiş Milletlerin tanımına göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının %8 ile %10 arasında olması o ülke nüfusunun yaşlı, %10’un üzerine geçmesi ise çok yaşlı olduğu anlamına gelmektedir (5).

Türkiye İstatistik Kurumu nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Genel olarak kadınlarda beklenen yaşam süresi daha uzundur böylece toplumda ileri yaşlardaki kadın sayısında bir artış gözlenmektedir. Bu sürecin uzunluğuna karşılık, sağlık yönünden daha fazla risk altında oldukları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu da bilinen diğer gerçeklerdir (7).

Kadın ya da erkek yaşının, cinsiyeti nedeni ile karşı karşıya kaldığı biyolojik kökenli sağlık sorunları vardır, ancak, kadın cinsiyetinin daha doğum öncesi dönemden başlayarak karşılaştığı ayrımcılık sonucu hizmete ulaşamamak, hizmet sunumunda gereksinimlerine paralel programların olmaması gibi faktörlerle de sağlık sonuçları farklı olmaktadır.

Bu yazı kapsamında Türkiye için ortaya konulmaya çalışılan kadın ve erkeğe biçilen toplumsal cinsiyet rolleri ve bağlantılı uygulamalar nedeni ile sağlıkları ile

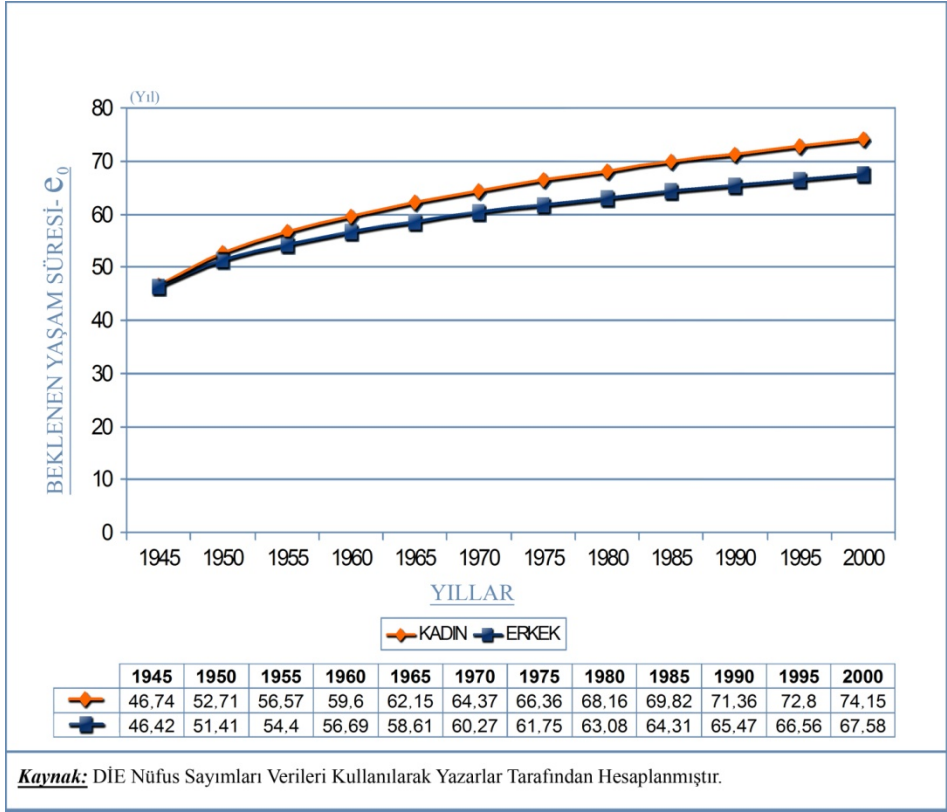
ilgili yaşadıkları farklı sorunlarda ve çözüm politikalarında toplumsal cinsiyet faktörünün de göz önünde bulundurulmasına dikkat çekmektir. Türkiye’de yaşlılık dönemi, cinsiyetin daha çok nötralleştiği, özellikle kadınların iktidar alanının genişlediği bir dönem olarak görülmektedir. Yaşlıya saygı noktasından hareketle ve erkeğin önceki statülerini kaybedip emekli olmasıyla bağlantılı olarak bu alanın görelî olarak kadınlar lehine bir ayrıcalık yarattığını belirten yayınlar da vardır ancak bu yazılarda özellikle de Türkiye açısından ciddi bir konu olan “ataerkil kültürel anlayışın” dışına çıkıldığı anlamına da gelmediği vurgulanmaktadır. Diğer taraftan tam aksi bir durum da söz konusu olabilmekte ve kadınların yaşlılık dönemine dek taşıdıkları toplumsal cinsiyet rolleri ve yaşadıkları ayrımcı uygulamalara yaşlılık döneminde bir de yaşlılığa bağlı ayrımcılığın (ageism) eklenmesi ile çifte ayrımcılık yaşadıkları kabul edilmektedir (8). Bilimsel olarak iyi bilinen bu gerçek, ülkenin plan programları yapılırken çoğu kez yeterince dikkate alınmamaktadır örneğin Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2013 yılı için hazırlanan “Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı uygulama programı” incelendiğinde, yaşlıların ülkedeki mevcut durumunun anlatıldığı bölümde cinsiyete göre ayrıştırılmış veri olmadığı gibi öngörülen programda da her iki cinsiyetin özelliklerine ya da cinsiyete göre yaşadıkları ayrımcılıkları vurgulayan spesifik öneri/ planda görülememektedir (3).

Türkiye’de sayılarla cinsiyete göre yaşlı nüfusun

Atatürk’ün önderliğinde kurulmuş olan “Devlet İstatistik Enstitüsü” değiştirilen ismi ile “Türkiye İstatistik Kurumu”, 1927 yılından beri cinsiyete göre istatistik veriler toplayıp yayınlamaktadır. İncelenen konu ile ilgili bu durum olumlu bir yön olmakla birlikte, toplumsal cinsiyet faktörünün gerçek etkisini gösteren, toplumsal cinsiyete duyarlı göstergelerin hesaplanmasına uygun, duyarlı veriler toplanmadığından mevcut verilere bu bağlamda yorum getirilmekten çok “cinsiyete özel istatistik bilgi olarak kullanılmaktadır. Oysa her yaş grubunda da olması gerektiği gibi ileri yaş grubu için de toplanan verilerde hem kadınlar hem de erkekler için gerekli yorumlar yapılarak ‘gender’ ayrımcılığından kaynaklanan konular ortaya konularak çözümler üretilmelidir.

Doğuştaki beklenen yaşam süresi açısından değerlendirme yapıldığında, kadın nüfusun doğuştaki beklenen yaşam süresi erkek nüfustan yüksektir.

Doğuştaki beklenen yaşam süresinin 2013 yılında kadınlar için 79,2, erkekler için 74,7 yıl olması tahmin edilmektedir. Düzenli olarak artan doğuştaki beklenen yaşam süresinin 2023 yılında, kadınlar için 80,2 erkekler için ise 75,8 yıl olacağı öngörülmektedir (5).

Grafik 1. Doğuşta beklenen yaşam süresi (1945-2000)

Türkiye’de, 1945 yılından 2000 yılına kadar olan değerlendirmede, her iki cinsiyet için de beklenen yaşam süresi artmıştır ancak kadınların beklenen yaşam umudu genel olarak erkeklerden giderek artan şekilde ortalama beş yıl daha uzun olmuştur. Türkiye’nin 2050 yılına dek yapılan demografik projeksiyonları bu eğilimin aynı şekilde devam edeceğini göstermektedir. Örneğin 2050 yılında doğumda beklenen yaşam umudu kadınlar için 79,95 yıl ve erkekler için ise 74,84 yıl olacağı hesaplanmıştır. Kadın ve erkek nüfusun toplam nüfus içindeki payı da 2000-2050 yılları arasında benzer şekilde artmaktadır. Bu durum Tablo 1’de görülmektedir (6).

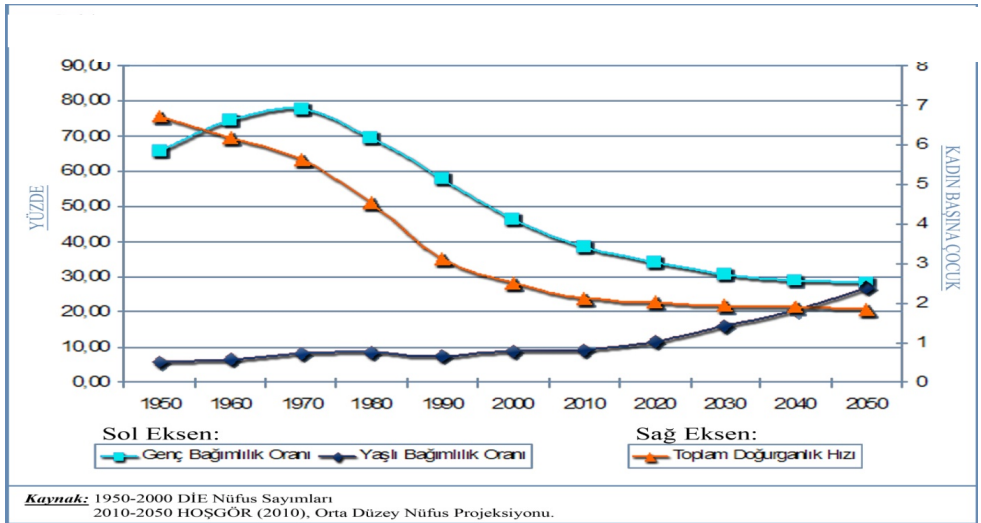
Tablo 1’de belirtilen verilerde en dikkat çeken Türkiye’de yıllara göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının giderek artmasıdır (6). Esasen bu durum ülkenin gelişmişliği, sağlık düzeyi yönünden olumlu olarak görülse de genç bağımlılık oranı azalırken, yaşlı bağımlılık oranının artması çok yönlü toplumsal

sorunlara işaret eder. Eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin bu duruma uyum sağlaması gerekmektedir.

Tablo 1. Türkiye nüfusunda 2000 ve 2050 yılları için yaş gruplarının toplam nüfus içindeki payları (%)

Yaş Grubu	Toplam nüfus içindeki pay (%)	
	2000	2050
0-14	30	18
15-64	64	65
65-80	6	17

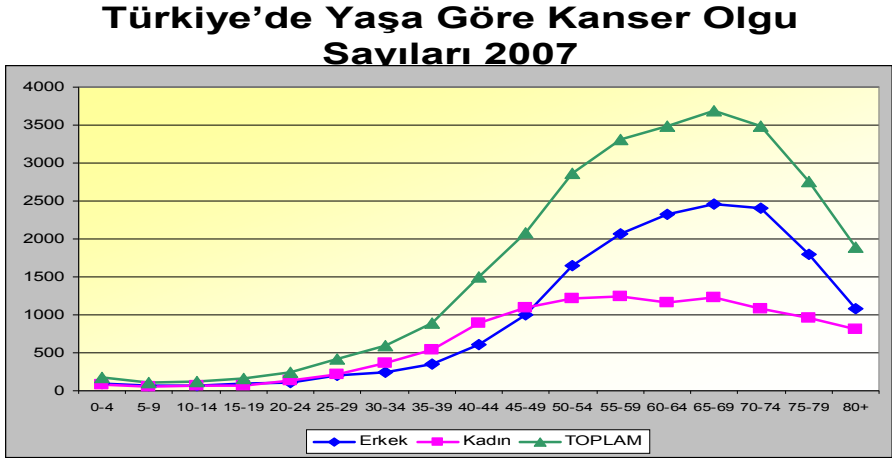
Grafik 2. Türkiye’de toplam doğurganlık hızı, genç bağımlılık oranı, yaşlı bağımlılığı oranı (1950-2050)



Türkiye’de yaşlı nüfusun morbidite ve mortalite istatistikleri incelemekte yarar bulunmaktadır. İlk olarak kanser istatistikleri değerlendirilmiştir.

Grafikte de görüleceği üzere kanser olguları daha fazla olmak üzere yaşlı gruplarda görülmektedir. En sık görülen ilk üç kanser türü erkeklerde sırasıyla; solunum sistemi kanserleri, prostat ve mesane kanseri iken kadınlarda meme, tiroid ve kolorektal kanserlerdir. Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilen kanser istatistiklerine göre, her iki cinsiyet için de yıllara göre artan bir eğilim söz konusudur (9).

Grafik 3. Türkiye’de yaşa göre kanser olguları (2007)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı 2012

Türkiye’de sağlıkla ilgili, rutin kayıtlara dayalı güncel veriler olmamakla birlikte Türkiye’nin ulusal düzeyde, erkeklerde ve kadınlarda kanserlere bağlı 2010, 2020 ve 2030 yılında projeksiyonlara dayalı beklenen ölüm sayıları incelendiğinde, kanserlere bağlı meydana gelmesi beklenen ölüm sayısı erkekler için 2010 yılında 44616, 2020 yılında 61076 ve 2030 yılında 89117 olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda ise kanserlere bağlı beklenen ölüm sayısı 2010 yılı için 25307, 2020 yılı için 31099 ve 2030 yılı için 39094 olarak tahmin edilmektedir (9-11).

Kronik hastalıklar başlığında ikinci değerlendirme kardiyovasküler hastalıklarla ilgilidir. Türkiye’de ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı 205457 ölümle kardiyovasküler hastalıklar (tüm ölüm nedenlerinin %47,73’ü) almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümler erkeklerde 102386 (%43,89), kadınlarda 103071’dir (%52,27).

Türkiye’de, erkeklerde 2000 yılında kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle meydana gelen ölüm sayısı toplam 102386’dır. Bu sayının 2010 yılında 134700’e, 2020 yılında 175663’e, 2030 yılında ise 235567’ye ulaşacağı beklenmektedir. 30 yıllık sürede erkeklerde kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle oluşacak ölüm sayılarının 2,3 kat artış göstereceği hesaplanmaktadır.

Türkiye’de 2000 yılında kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı olarak meydana gelen ölüm sayısının 103071 olduğu, bu sayının 2010 yılında 123411, 2020 yılında 144297 ve 2030 yılında 180530’a çıkacağı hesaplanmaktadır. Otuz yıllık sürede kadınlarda kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 1,8 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir (12,13).

Yaşlılık döneminde görülen bir başka önemli sorun da hipertansiyondur. Türkiye’de yapılmış olan çeşitli araştırma sonuçlarına göre hipertansiyon sıklığı yaşla birlikte artmakta özellikle post menopozal dönemde kadınlarda görülme sıklığı erkeklerle göre daha yüksektir. Türkiye’de halen üç erişkinden birisinde hipertansiyon vardır. Ancak hipertansif olanların %40,7’si durumun farkında değildir (10,14).

Tablo 2. Türkiye’de farklı araştırma sonuçlarında hipertansiyon sıklığı (%) (10,14)

Çalışma adı	Hipertansiyon sıklığı (%)		
	Kadın	Erkek	Toplam
Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması	36,1	27,5	31,8
Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (/1000)	38,5	39,0	37,8
TEKHARF 2003/2004	49,1	36,3	-
UHY-ME Çalışması	18,25	7,57	13,67

Diyabet ve obezite de ülkemizde öne çıkan kronik hastalıklar arasındadır. Türkiye’de yapılan araştırmalar, ileri yaş grubunda diyabet ve obezite görülme sıklığının da kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Diyabet kaynaklı ölümler erkeklerde 2010 yılı için 3982, 2020 yılı için 4366, 2030 yılı için ise 4868 olarak tahmin edilmiştir. Kadınlar için, diyabet kaynaklı ölümler 2010 yılı için 6174, 2020 yılı için 6902, 2030 yılı için ise 8175 olarak tahmin edilmiştir (11).

Türkiye’de yapılan epidemiyolojik çalışmaların hepsinde kadınların beden kütle indeksi (BKİ) değerlerinin erkeklerle göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Nitekim, Türk Hipertansiyon Prevalans çalışmasında BKİ kadınlarda (n=2847) ortalama 27,7 kg/m² iken, erkeklerde (n=1988) 25,51 kg/m² bulunmuştur. Benzer

şekilde BKİ değerinin 30 kg/m² olduğu obezite sıklığının kadınlar arasında %31,5 ve erkekler arasında da %15,3 olduğu bilinmektedir (15).

Sadece yaşlanan kadınların post menopozal dönemde yaşadığı ya da kadınların daha yoğun yaşadığı osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar gibi sağlık sorunları vardır. Ülkemizde menopoz yaşının ortalama 50 yaş olduğu kabul edilmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması 2008 yılı sonuçlarına göre, 48-49 yaş grubundaki kadınların %42'si menopozdadır Kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birinden fazlasını postmenopozal dönemde geçirmektedirler (16). Yine yaşlı sağlığında hatırlanması gereken yaşamının büyük bir bölümünde toplumsal cinsiyet ayrımcılığına maruz kalan kadın, yaşlı döneminde yaklaşık beş yıl kendisinden daha yaşlı ve genellikle kronik hastalığı olan eşine bakmakta, onun kaybindan sonra ise yine yaklaşık beş yıl yalnız, genellikle de yoksul olarak kendisinin sağlık sorunları ile yaşamını sürdürmektedir.

Son olarak; Dünya Ekonomik Forumun 2010 yılı raporuna göre; Kadın-Erkek arasındaki genel fark endeksinde Türkiye, en iyinin 1. sırada olduğu 134 ülke sıralamasında 126. sırada yer almaktadır. Türkiye'den sonra sırada, Fas, Benin, Suudi Arabistan, Fildişi Sahili, Mali, Pakistan, Chad ve Yemen bulunmaktadır. Diğer alanlardaki sıralama ise; Türkiye , toplam 134 ülke arasında eğitimde 109., siyaset katılımı 99., sağlıkta 61., ekonomik katılımı ise 131.sırada bulunmaktadır. Aynı göstergelerin 2013 yılı sonuçlarında ise 136 ülke arasında Türkiye 120. sırada yer almaktadır. Aynı yıl için Türkiye, eğitimde 104.; siyasi katılımı 103.; sağlıkta 59.; ekonomik katılımı 127. sırada yer almıştır. Bu göstergeler Türkiye'deki kadın erkek arasındaki "uçurumun" ne kadar derin olduğuna işaret etmektedir (17).

Sonuç olarak, yaşlılık, bireyin biyolojik kayıplarına ilaveten, gelir ve statü kaybına da yol açan sosyal bir risktir. Var olan bu risklere, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının olumsuz katkıları da düşünülürse konunun bu yönü de ilgili sektör ve disiplinlerce göz ardı edilmemelidir (18).

Türkiye'de gelecek 20-30 yıl içinde toplum ve sağlık sisteminin karşılaşacağı en önemli sorun, yaşlanan nüfus ve bunun getireceği sonuçlar olacaktır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yaşlılar ihmal edilen gruplardır ancak postmenopozal ve yaşlılık dönemindeki **kadınlar en ihmal edilen grupların başında gelmektedir**. Uzun yıllar boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık politikalarında ve programlarında kadınlar ve erkekler arasındaki farklar gereğince dikkate alınmamıştır. Yoksulluk, sağlık güvencesinin olmayışı, temel sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşamama, nitelikli hizmetlerden yararlanamama, kadınların genelde ancak yaşlanan kadınların aktif çalışma hayatından daha da uzak tutulmaları ve dolayısıyla var olan sosyal statülerini koruyamamaları, yoksulluk, giderek yalnızlaşmaya itilmeleri gibi nedenlerle yaşlanan kadınlar sosyal yaşamdan uzak kalmakta yaşam kaliteleri daha da olumsuzlaşmaktadır. Bütün bunlara yaş ayrımcılığı da eklenince kadınlar hem cinsiyetçiliğe hem de yaşlılığa bağlı iki katı ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Sonuçta kadınlar aleyhine daha da eşitsiz olan bu durum Türkiye'de yapılacak araştırma ve değerlendirmelerde,

geliştirilecek olan ulusal, yerel sağlık ve sosyal destek programlarında mutlaka dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Akın A. Toplumsal Cinsiyet ve Yaşlılık. In: Aslan D, Ertem M. (Eds). Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, 2012, pp 17-25.
2. Akın A ve ark. Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Afşaroğlu Matbaası, Ankara, 2008.
3. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı uygulama programı. ASPB Ankara 2013. [Internet] www.eyh.gov.tr/upload/Node/8638/files/blob.docx. Erişim:31.8.2014.
4. Akalın E. 2010. Yaşlanan Nüfus ve Sağlık Sorunları. [Internet] <http://saglikekonomisi.blogspot.com/2010/02/yaslanan-nufus-ve-saglik-sorunlar.html>. Erişim:31.8.2014.
5. Toplumsal cinsiyet istatistikleri 2013. Türkiye İstatistik Kurumu verileri. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim:30.8.2014.
6. Hoşgör Ş, Tansel A. TÜSİAD ve UNFPA. 2010. “2050’ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, İlgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar”. İstanbul: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği – Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2010, Yayın No: TÜSİAD-T/2010/11/505.
7. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları ve yaşlılık döneminde sık görülen sağlık sorunları. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi GEBAM yayını içinde. [Internet] www.gebam.hacettepe.edu.tr. Erişim:Şubat 2012.
8. Kalaycıoğlu S ve ark. Yaşlılar ve yaşlı yakınları açısından yaşam biçimi tercihleri. Türkiye Bilimler Akademisi Raporları Ankara, 2003.
9. Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri. SB-Kanser Dairesi Başkanlığı Ankara, 2012. [Internet] <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf>. Erişim:30.8.2014.
10. Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2007. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: 710. [Internet] <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/178>. Erişim:31.8.2014.
11. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N (Eds). RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü yayını, Aydoğdu Ofset Matbaacılık 2007, Ankara. [Internet] http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf. Erişim:31.8.2014.

12. Ulusal kalp sağlığı politikası, 2006. TC. Sağlık Bakanlığı. [Internet] www.saglik.gov.tr. Erişim:Aralık 2010.
13. 2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış. Akın A, Ersoy K. Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği - Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Yayın No: TÜSİAD-T/ 2012-11/533.
14. Sağlık Bakanlığı-Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı 2008. [Internet] www.saglik.gov.tr. Erişim:Aralık 2010.
15. Sağlık Bakanlığı-Türkiye obezite ile mücadele ve kontrol programı (2010-2014). [Internet] www.saglik.gov.tr. Erişim: Aralık 2010.
16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010). Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, TÜBİTAK, Ankara.
17. World Economic Forum, 2010; 2013. The Global Gender Gap Report 2010 and 2013. Ricardo Hausmann, Harvard University, Laura D. Tyson, University of California, Berkeley, Saadia Zahidi, World Economic Forum Geneva, Switzerland 2010, 2013.
18. Karadeniz O, Öztepe DN. Türkiye'de yaşlı yoksulluğu. Çalışma ve Toplum 2013/3.

ARAŞTIRMA SONUÇLARI ÜZERİNDEN YAŞLILIK DÖNEMİNDE ÖNE ÇIKAN DAVRANIŞSAL RİSKLER

Aliye Mandıracıoğlu

Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Her iki cinsiyette, tüm yaşlarda kronik hastalıklar için majör davranışsal risk faktörleri olarak; sağlıksız beslenme, yetersiz bedensel etkinlik ve sigara kullanımı başta sıralanmaktadır (1). Ayrıca yağ, şeker ve tuz tüketim alışkanlığı da davranışsal risk faktörleri arasındadır. Davranışsal risk faktörleri, sadece kronik hastalıklardan korunmada değil, sağlıklı yaşlanma, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, bağımsız yaşayabilme yetisi için de önemlidir (2). Kronik hastalıklardan ölümler, davranışsal risk faktörlerinin sık görüldüğü yaşlı bireylerde daha sık ortaya çıkmaktadır. Sigara içen yaşlılarda tüm ölüm nedenlerinde, içmeyenlere göre %83 artış olduğu saptanmıştır. 60 yaş üstü kişilerde, sigarayı bırakmasıyla %30 yaşam beklentisinde artış olduğu belirtilmektedir (3). Bedensel etkinlik, yaşlıların solunum, kas ve kemik ve kognitif kapasitelerini artırmaktadır.

Tüm kanserlerin %80'inin 65 yaşından sonra tanı konduğu ve kanserlerin %75'inin davranışsal risk faktörleri ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (4). Yaşlılarda sık görülen düşme probleminde de davranışsal risk faktörleri vurgulanmaktadır. Bunlar arasında alkol kullanımı, beslenme sorunu, bedensel etkinlik yetersizliği yanısıra ayakkabı seçimi, tabure gibi yüksek bir yere çıkarak uzanma gibi davranışlar da sayılmaktadır (5).

Sosyoekonomik eşitsizlikler, ileri yaşta çok daha derin bir şekilde kendini göstermektedir. Sosyoekonomik durum, bireyin çevresel, sosyal kaynaklara erişimini ve dolayısıyla yaşam biçiminin şekillenmesini etkilemektedir. Sigara kullanımı, alkol tüketimi, aşırı kilo, sedanter yaşam gibi davranışsal riskler, sosyoekonomik durumu kötü olan dezavantajlı yaşlılar arasında daha sık görülmekte ve sağlık durumlarının da kötü olmasında önemli paya sahip olmaktadır. Shaw ve arkadaşlarının çalışmasına göre, en kötü sosyoekonomik dilimde bulunan yaşlılarda, en zengin gruba göre sigaraya bağlı mortalite riski, erkeklerde 5,09 kat, kadınlarda 1,75 kat; obesiteye bağlı ölümler erkeklerde 1,28, kadınlarda 1,85 kat, fiziksel inaktiviteye bağlı mortalite erkeklerde 2,02 ve kadınlarda 1,68 kat daha fazladır (6).

Yaşlılar, sosyal dışlanma riski yüksek olan kişilerdir. Sosyal dışlanma; ekonomik, sosyal, siyasal, hukuki, kültürel ve davranışsal boyutları olan; nesnel olduğu kadar öznel değerlendirmelere de açık; gerekçe, biçim ve sonuçları itibariyle girift bir süreç bütünüdür anlatmaktadır. Yaşlılar, yaşlılık dönemi ile birlikte gelişen ve değişen özelliklerinden dolayı birçok alandan dışlanmaktadır. Sağlık hakkı ve sosyal dışlanma arasında komplike bir ilişki vardır (7).

İleri yaş grubunda da sağlıklı yaşam biçiminin desteklenmesi, sağlığı geliştirici çalışmalar planlanan eylemler arasında yer almalıdır (2). Sigaranın bırakılması, bedensel etkinliğin artırılması, sağlıklı beslenme gibi yaşam biçimi değişiklikleri, ileri yaş grubunda da sağlığın geliştirilmesi ve mortalitelerin önlenmesi için önemlidir. Sağlığı geliştirici programlar, özellikle sosyoekonomik durumu kötü olan yaşlılarda yoğunlaşırsa sağlıkta eşitsizlikler açısından katkı sağlayacaktır. Avrupa sağlık hedeflerinde öncelikli girişimler arasında yaşlıların davranışsal risk faktörleri açısından desteklenmesi yer almaktadır. Yaşlıların desteklenmesinde cinsiyet normlarının gözetilmesi, kırılgan ve dezavantajlı yaşlılara öncelik verilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (8).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından 2012 tarihli Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı’nın öncelikleri; yaşlılar ve kalkınma, yaşlılıkta sağlık ve refahın artırılması ve yaşlılıkta olanaklar sunan, destekleyici ortamların sağlanması olmak üzere üç tanedir. Yaşlılıkta sağlık ve refahın artırılması konusundaki hedeflerden bazıları ve gerçekleştirilecek eylemler şöyle belirtilmiştir (9):

Hedef 1: Yaşlılık döneminde, hastalık ve bağımlı kalma riskini artıran faktörlerin birikmiş etkilerinin azaltılması:

- ✓ Talep eden yaşlıların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi amacıyla düzenli olarak evlerinde kontrol edilmeleri ve gerekli hallerde ücretsiz olarak sağlık kuruluşlarına ulaşmaları sağlanacaktır.
- ✓ Yaşlılara götürülecek tüm hizmetlerin planlanabilmesi ve etkili olarak yürütülebilmesi için *Yaşlı Veri Tabanı* oluşturulacaktır. Söz konusu veri tabanının toplumsal cinsiyete duyarlı göstergelerden ve ayrıca cinsiyete göre ayrıştırılmış verilerden oluşturulması sağlanacaktır.
- ✓ Yaşlılara yönelik evde bakım hizmet modelinin tanımlanması, standartlarının belirlenmesi ve evde bakım hizmetleri yaygınlaştırılacaktır.
- ✓ Evinde yaşayan yaşlılara yönelik elektronik ikaz ya da yardım cihazları ile istedikleri hizmetlere ulaşabilecekleri acil çağrı merkezleri oluşturulacaktır.

Hedef 2: Yaşlılık döneminde hastalıkları önlemek için politikaların geliştirilmesi

- ✓ Kentler “yaş dostu” hale getirilecektir.
- ✓ Aktif Yaşlanma, Kronik hastalıklardan korunma ve önleme, hastalığın etkisi ve bağımlılıktan korunma programları geliştirilecek ve geliştirilen politikaların ve yapılan çalışmaların tümünde, kadın ve erkeğin sağlık sorunları ve hizmet ihtiyaçlarının toplumsal ve biyolojik cinsiyete dayalı olarak farklılık gösterebileceği dikkate alınacaktır.

Hedef 3: Bütün yaşlılar için gıda maddelerine ulaşımın ve yeterli beslenmenin sağlanması

- ✓ Ülkemizde yeterli enerjiyi sağlayan, makro ve mikronütrient eksikliğine neden olmayan, tercihen o bölgede bulunan gıda maddeleri ile hazırlanan ve gelişmekte olan ulusal beslenme hedeflerine uyan dengeli bir beslenmenin teşvik edilmesi ve gıdaların yaşlılara ulaştırılması sağlanacaktır.

Ülkemizde 2012 yılından bu yana yapılan çalışmalarda yaşlılarda saptanan davranışsal risk faktörlerine ilişkin bulgular aşağıda özetlenmiştir.

Dalkılıç'ın çalışmasında yer alan yaşlılar, yaşlılığın yol açtığı en önemli sorun sağlık (%33,3) sorunu olduğunu belirtmiştir. Yaşlıların ikinci derecede (%25,9) önemsedikleri sorunları ekonomik sorunlardır. Yaşlıların üçüncü derecede sorunu (%18,5) yalnızlık ve sosyal dışlanmadır (7).

Doğanay ve Uçku, Balçovanın kalbi projesinde yer 65 yaş üstü kohortunda, bireylerin %38,8'inin Framingham risk düzeyi orta, %35,7'sinin yüksek olarak belirlemiştir. Framingham risk düzeyi, erkeklerde yüksek (%69,1), kadınlarda orta (%47,2) grupta toplanmıştır. Riski yüksek olan yaşlılarda 3,5 (%95 GA 1,43-8,75) kat daha fazla koroner olay gelişme riski hesaplanmıştır (10).

İstanbul'da bir huzurevi sakinlerinde yapılan mini nutrisyonel değerlendirme sonucunda, %32,7'sinde malnütrisyon riski ve %15,2'inde malnütrisyon saptanmıştır (11). İstanbul'da diğer bir huzurevinde yaşayan yaşlılarda beden kütle indeksinin 26.38 ± 5.53 (kg/m²) (12) ve Kayseri'de bir huzurevinde ise 27.93 ± 4.44 (kg/m²) olduğu belirlenmiştir (13). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 çalışmasında 65 ve üzeri yaş grubunda vücut ağırlığı ortalaması erkeklerde (kent: 75,9 kg, kır: 72,5 kg) ve kadınlarda (kent: 72,1 kg, kır: 66,7 kg) kırsal yerleşimde kentlerden daha düşük olduğu vurgulanmıştır (14). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre 65-74 yaş grubunda erkeklerde %62,9, kadınlarda 82,8 ve 75+ grupta erkeklerde %55,7, kadınlarda %71,5 kişinin fazla kilolu veya şişman olduğu saptanmıştır (15).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 çalışmasında, yaşlıların aldıkları besin grupları da değerlendirilmiştir. 65-74 yaş grubunda Türkiye genelinde erkeklerin günlük ortalama 1705 kkal, kadınların 1409 kkal aldıkları görülmektedir. 75 ve üzeri yaş grubunda Türkiye genelinde erkeklerin günlük ortalama 1606 kkal, kadınların 1223 kkal aldıkları belirtilmektedir. 65-74 yaş grubunda Türkiye genelinde erkeklerin günlük ortalama 220g, kadınların 183g karbonhidrat aldıkları saptanmıştır. 75 ve üzeri yaş grubunda Türkiye genelinde erkeklerin günlük ortalama 207g, kadınların 156g karbonhidrat aldıkları görülmektedir. 65-74 yaş grubunda Türkiye genelinde erkeklerin günlük ortalama 56,2g, kadınların 46,0g protein aldıkları saptanmıştır. 75 ve üzeri yaş grubunda Türkiye genelinde erkeklerin günlük ortalama 51,9g, kadınların 39,5g protein aldıkları belirlenmiştir. 65-74 yaş grubunda Türkiye genelinde erkeklerin günlük ortalama 64,4g, kadınların günlük ortalama 52,8 g yağ aldıkları görülmektedir. 75 ve üzeri yaş grubunda Türkiye genelinde erkeklerin günlük ortalama 61,3g, kadınların günlük ortalama 47,1 g yağ aldıkları görülmektedir. 65-74 yaş grubu

bireylerin Türkiye genelinde günlük ortalama su tüketim miktarı erkeklerde 873,15 mL, kadınlarda 861,41 mL olarak bulunmuştur. 75 yaş ve üzeri bireylerde Türkiye genelinde günlük ortalama su tüketim miktarı erkeklerde 797,03 mL, kadınlarda 791,37 mL olarak saptanmıştır (14). 65-74 yaş grubunda %76,3, 75+ grupta %74,9 kişi hiç öğün atlamadan beslendiğini ifade etmiştir. Öğün atlayan yaşlılar en çok öğle öğünü almamaktadır (14). Tadına bakmadan yemeklere tuz kullanan, 65-74 yaş grubunda %11,6 iken 75+ grupta %14,1 olduğu anlaşılmıştır. Sebze meyve tüketimi 65-74 yaş grubunda $3,0 \pm 0,05$ porsiyon/gün, 75+ grupta ise $2,7 \pm 0,05$ porsiyon/gün olduğu belirlenmiştir (15).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre 65-74 yaş grubunda %82,4'ü, 75+ grupta %86,3 kişi son 7 gün içinde hiçbir bedensel etkinlik yapmadığını belirtmiştir. Aktivitede bulunan yaşlılar ise daha çok yürüyüş yapmaktadır. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda yeterli bedensel etkinlik yapan yaşlılar, 65-74 yaş grubunda erkeklerde %21,1, kadınlarda % 10,1 iken 75+ yaş grubunda ise erkeklerde %14,2, kadınlarda %5,2 olarak saptanmıştır. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) kullanılarak yapılan çok merkezli bir çalışmada yaşlılarda bedensel etkinlik yapma sıklığının kadınlarda, kronik hastalığı olanlarda ve kilolularda daha az olduğu saptanmıştır (16). Bedensel etkinlik müdahalesi yapılan çalışmalarda, yaşlılarda düzenli bedensel etkinliğin sağlık ve yaşam kalitesi açısından katkılarını sunmaktadır. Kayseri'de huzurevinde yaşayan yaşlılarda Berg denge, Tinetti denge ölçümleri ile düzenli bedensel etkinliğin ilişkili olduğu belirlenmiştir (13). Muğla'da yapılan çalışmada ise 12 haftalık elastik bant ve swisball egzersizleri ile yapılan girişimde, hem bedensel hem de yaşam kalitesi açısından yaşlı bireylerde olumlu değişimlere neden olduğu bildirilmektedir (17).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda sigara kullanmayan 65-74 yaş grubunda erkeklerde %42,6, kadınlarda %91, 75+ yaş grubunda erkeklerde %54,5, kadınlarda % 92,7 olarak belirlenmiştir. Alkollü içecek kullanmayanlar; 65-74 yaş grubunda erkeklerde %85,6, kadınlarda %99,4, 75+ yaş grubunda erkeklerde %94,6, kadınlarda % 99,8 olarak belirlenmiştir (15). Ülkemizde 2008 de 65 yaş üzerinde sigara kullanma sıklığı 9,2 (%95 GA 7,5-11,3) iken 2012 'de 8,0'e (%95 GA 6,4-9,8) gerilediği bildirilmektedir. Bu süreçte % 13,7'lik bir düşüş gerçekleştiği kaydedilmektedir (18). İzmir'de Günay ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, sigara bırakma sıklığı, yaşlı grupta %49 ve diğer erişkin grupta ise 33,4 olarak belirlenmiştir (19).

İzmir'de Balçova'nın Kalbi projesinde izlenen 65 yaş üstü kohortta sosyoekonomik durum ve davranışsal risk faktörleri ilişkisi incelenmiştir. Sağlıksız beslenme ve bedensel etkinliğin hem erkeklerde ve kadınlarda, eğitimsiz ve düşük sosyoekonomik düzeydeki yaşlılarda daha sık görülen önemli risk faktörleri olduğu belirlenmiştir. Düşük sosyoekonomik durum ve eğitim, sigara açısından erkeklerde risk iken kadınlar yaşlılarda koruyucu olduğu belirlenmiştir (20).

Yapılan bir çalışmada, Türkiye'de her 10 yaşlı bireyden neredeyse 3'ünün yoksul olduğunu gösterilmektedir. Altmış beş yaş üzeri nüfusun üçte biri sosyal sigorta kurumlarından herhangi bir gelir ya da aylık elde etmemektedir. Yoksul yaşlıların %58,9'unu kadınların oluşturduğu vurgulanmaktadır. Özellikle okuma yazma

bilmeyen kadınlar ve eşi vefat etmiş yaşlı kadınların yoksulluk yüzdesi çok yüksektir (21).

Sosyoekonomik düzeyi ve eğitimi düşük olan yaşlılara, özellikle kadın yaşlılara sağlığın geliştirilmesini, yaşam biçiminin değiştirilmesini, sağlıklı yaşam tarzı kazanılmasını, davranışsal risk faktörlerinin azaltılmasını hedefleyen girişim programlarının gerekliliği görülmektedir.

Kaynaklar

1. WHO. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. WHO, Geneva 2009.
2. Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral determinants of healthy aging. *Am J Prev Med* 2005;28(3):298-304.
3. Lugo A, La Vecchia C, Boccia S, Murisic B, Gallus S. Patterns of smoking prevalence among the elderly in Europe. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10:4418-31.
4. Akushevich I, Kravchenko J, Akushevich L, Ukraintseva S, Arbeev K, Yashin A. Cancer risk and behavioral factors, comorbidities, and functional status in the US elderly. *ISRN Oncol* 2011;2011:415790.
5. Brito TA, Coqueiro Rda S, Fernandes MH, de Jesus CS. Determinants of falls in community-dwelling elderly: Hierarchical analysis. *Public Health Nurs* 2014 Jul-Aug;31(4):290-7.
6. Shaw BA, McGeever K, Vasquez E, Agahi N, Fors S. Socioeconomic inequalities in health after age 50: Are health risk behaviors to blame? *Soc Sci Med* 2014 Jan;101:52-60.
7. Genç Y, Dalkılıç P. Yaşlıların sosyal dışlanma sendromu ve toplumsal beklentileri. *International Journal of Social Science* 2013;6(4):461-82.
8. Regional Committee for Europe Sixty-second session Malta, 10-13 September 2012 Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020EUR/RC62/10 Rev.1 Sixty-second session+ EUR/RC62/Conf.Doc./4 Malta.
9. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı uygulama programı. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara,2012.
10. Doğanay S, Uçku R. Yaşlılarda kötü sağlık algısı koroner kalp hastalığı ve ölümleri belirler mi? *Turkish Journal of Geriatrics* 2012;15(4):396-402.
11. Akın S. Huzur evinde kalan sakinlerin malnütrisyon ve malnütrisyon riski ile mortalite arasındaki ilişki. T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabil Dalı Geriatri Bilim Dalı Yan Dal Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2012.

12. Olgun N, Aslan FE, Yücel N, Öntürk Z, Laçın Z. Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi. ACU Sağlık Bil 2013(4):72-8.
13. Soyuer F, Şenol V, Elmalı F. Huzurevinde kalan 65 yaş ve üstündeki bireylerin, fiziksel aktivite, denge ve mobilite fonksiyonları. Van Tıp Dergisi 2012;19(3):116-21.
14. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 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.
15. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Yayın No:909, Ankara, 2013.
16. Gokce-Kutsal Y, Ordu-Gokkaya K, Karahan S, et al. Physical activity in older population: An interesting profile of elderly in Turkey. 9th Congress of the EUGMS / European Geriatric Medicine 2013;4:20-80.
17. Kılınç H. 65 yaş üstü yaşlılarda elastik bant ve swissball egzersizlerinin yaşam kalitesi, düşme riski ve bazı fiziksel uygunluk değerlerine etkisi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı yüksek lisans tezi, Muğla, 2013.
18. Kostova D, Andes L, Erguder T, et al; Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC. Cigarette Prices and Smoking Prevalence After a Tobacco Tax Increase-Turkey, 2008 and 2012 MMWR, 2014;63 (21):457-74.
19. Gunay T, Pekel O, Simsek H, Sahan C, Soysal A, Kilinc O, Ergor G. Smoking habits and cessation success: What differs among adults and elderly? Saudi Med J 2014 Jun;35(6):585-91.
20. Simsek H, Doganay S, Budak R, Ucku R. Relationship of socioeconomic status with health behaviors and self-perceived health in the elderly: A community-based study, Turkey. Geriatr Gerontol Int 2013 Oct 10. doi: 10.1111/ggi.12166.
21. Karadeniz O, Öztepe ND. Türkiye’de yaşlı yoksulluğu. Çalışma ve Toplum 2013;3:77-102.

YAŞLILIK DÖNEMİNDE YAŞAM KALİTESİ

Meral Saygun

Prof. Dr., Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Yaşam kalitesi kavramı, yaşamın uzamasıyla birlikte gündeme gelen önemli bir konu olmuş ve bu kavramla ilgili tartışmalar kapsamında “nicelik” ve “nitelik” alt başlıkları öne çıkmıştır. Yaşamın niteliğini belirleyen birçok faktör içinden sosyo-demografik özellikler, ekonomi, kültür, çevresel faktörler, özürllülük gibi öne çıkan belirleyiciler yaşlılık döneminde dikkate alınması gereken durumlardır (1).

Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi (SYK) ise, ileri yaşta çok önemli olan “algılanan sağlık ve mutluluk” üzerine odaklanmış, süregen hastalıkların yaşanmış nüfustaki zararlı ve yıkıcı etkilerinin ölçülmesinde çok duyarlı bir kavramdır. Bu yaş grubunda sağaltım her zaman mümkün olmadığından da, ileri yaş grubunda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini geliştirmek özel bir önem taşımaktadır (2). Yaşlılık dönemi; yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında gelmektedir. Bu dönemde kötü sosyo ekonomik durum, düşük öğrenim düzeyi, cinsiyet, gibi kişisel özellikler fonksiyonel bozukluk, günlük yaşam aktivite düzeyinin ve hareket yeteneğinin azalması, hareket ve görme sorunlarından kaynaklanan düşme kaygısı, uyku sorunları, engelliliğe neden olan diğer koşul ve durumlar yaşam kalitesinin azalmasına yol açmaktadır (3).

Bu yazı kapsamında, ülkemizde, yaşlı nüfusun yaşam kalitesini etkileyen durumların araştırıldığı, 2012-2014 yılları arasında yapılmış araştırmalar derlenmeye çalışılmıştır. Yazının ülkemizdeki yaşlıların yaşam kalitesini düşüren durumların ortaya çıkarılması ve çözüm önerileri getirilmesinde kolaylık sağlayabilmesi amaçlanmıştır.

Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyini ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla 592 kişinin katılımı ile yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; Yaşam kalitesi ortalama puanı 100 üzerinden 55,8’dir. Yaşam kalitesi puan ortalamaları ülkemizde yapılan çalışmalarla benzer, ancak gelişmiş ülkelerde rapor edilenlerden belirgin olarak düşük bulunmuştur. Çok değişkenli analizlerde “yüksek” yaşam kalitesini en çok etkileyen değişkenler ilköğretim ve üzerinde eğitilmiş olma, halen çalışıyor olma, kronik hastalığının olmaması, aylık gelirin olması ve grubun 65-74 yaş aralığında olmasıdır. Yaşlıların eğitilmiş olması başkaları ile ilişki kurma durumunu, günlük faaliyetlere katılmasını, kendi kararlarını almasını, geleceğe umutla bakmasını sağlamaktadır. Çalışmada, bu gerçekten yola çıkarak bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde birçok değişkenle birlikte özellikle eğitim düzeyinin yükseltilmesinin önemi vurgulanmıştır. Bunun için toplumda milli eğitim hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiği belirtilmiş, yaşlılara yönelik okuma yazma kurslarının milli eğitim, dernekler, sosyal hizmetler işbirliği ile düzenlenmesi önerilmiştir (4).

Huzurevinde kalan yaşlıların sosyo demografik özellikleri, yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla yapılan çalışmada, Kahramanmaraş merkez huzurevinde kalan 91 yaşlıya sosyo-demografik özelliklerini tespiti yönelik anket, içlerinden yeterli bilişsel fonksiyonlara sahip olan 42 yaşlıya Türk toplumuna uyarlanmış yaşam kalitelerini ölçmeye yönelik kısa form 36 uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda; huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğu saptanmış, ileri yaş, kadın olma, okuryazar olmama, akraba ziyaretlerine gitmeme, nikotin bağımlılığı ve kronik hastalığının bulunması, yaşam kalitesi düşüklüğünde etkili faktörler olarak saptanmıştır. Çalışmanın sonunda; Bu veriler ışığında huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerini artırmaya yönelik faaliyetlere hız verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (5).

Kayseri’de yaşayan yaşlı bireylerde, beslenme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla planlanan çalışmada, 2605 yaşlıya yüz yüze görüşme yöntemiyle; sosyo-demografik özellikleri, Mini Nutrisyonel Değerlendirme, WHOQOL-OLD yaşam kalitesi formlarını içeren anket uygulanmıştır. Boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresi ölçümleri yöntemine uygun olarak yapılmış ve BKİ, bel/kalça oranı, bel/boy oranı formüllerle hesaplanmıştır. Çalışmanın sonunda; yaşlıların %49,2’si malnütrisyon riski taşıırken, %5,8’inde malnütrisyon saptanmıştır. Malnütrisyonlu kadın yaşlıların sıklığı (%7,6), erkek yaşlılardan (%4,0) yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi toplam puanı ve her bir alt alan puanı, kadınlarda, erkek yaşlılara göre düşüktür. Mini Nutrisyonel Değerlendirmeye göre, beslenme sorunu olmayan erkek ve kadın yaşlıların yaşam kalitesi toplam puanı ve alt alan puanları, malnütrisyon riski olan ve malnütrisyonlu yaşlıların puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Araştırma sonucunda; malnütrisyonlu olan ve malnütrisyon riski taşıyan yaşlıların, yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiş ve yaşlı nüfusun artması ve yaşam süresinin uzaması istenilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişmeye karşı hazırlıklı olmaları gerektiği, beslenme ve yaşam biçimi alışkanlıklarının yaşlılık döneminde sağlığın en önemli belirleyicilerinden olduğu bu nedenle dengeli bir diyet ve sağlığı korumaya, geliştirmeye yönelik yaşam biçiminin; günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık, kronik hastalıklardan korunma ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmiş ve nüfus olarak genişleyen bu grubun sağlık ve beslenme durumunun izlenmesinin en temel konulardan birisi olduğu vurgulanmıştır (6).

Ankara’nın bir ilçesindeki devlet hastanesinin fizik tedavi polikliniğine başvuran yaşlılar üzerinde gerçekleştirilen çalışmada yaşlı bireylerde sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonlardaki değişimin yaşam kalitesine etkisi araştırılmıştır. Sonuç olarak; kırsaldaki yaşlı popülasyonda ileri yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve kötü bilişsel düzeyin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, bu bulgular doğrultusunda yaşlı nüfusla ilgilenen birçok hekimin, bireylere yaklaşımında tıbbi sağlık problemlerinin çözülmesi kadar, bilişsel yönden desteklenmelerine önem vermesinin, yaşam kalitelerini artıran yaklaşımlarda önemli olduğu belirtilmiştir (7).

Yaşlı bireylerde, dengenin değerlendirilmesi ve denge bozukluğunun fonksiyonel durum ile yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı çalışmada; 164 kişiye mental durumu değerlendirmek için Mini Mental Test, dengeyi ve yürümeyi değerlendirmek için Tinetti Denge ve Yürüme Skoru, Süreli Kalk ve Yürü Testi (SKYT) ve 10 metre yürüme testi, Fonksiyonel Aktivite Skoru, yaşam kalitesini ölçmek için de Kısa Form- 36 (KF-36) uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, yaşlı hastalarda denge ve yürüme bozukluğunun fonksiyonellik ve yaşam kalitesiyle ilişkisi ortaya çıkmış, denge bozukluğunun günlük yaşam aktivitelerini, yaşam kalitesinin mental ve fiziksel komponentini etkilediği belirlenmiştir. Bundan dolayı yaşlı bireyde denge bozukluğunu arttıran faktörleri belirleyip, dinamik postural kontrollerin sonucunda denge bozukluklarının erken saptanmasını takiben yapılan uygun rehabilitasyon, çevre modifikasyonu ve önerilerin bireylerin yaşam kalitesini arttırabileceği belirtilmiştir (8).

Sinop ilinde, 658 kişinin katıldığı çalışmada, kişilerin günlük aktivite düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak bazı sosyodemografik özellikler, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Lawton-Brody Enstrümental Yaşam Aktivite Skalasını (LBEYAS) içeren anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın sonunda; Kadın olmak, kronik hastalığa sahip olmak, boşanmış ya da eşini kaybetmiş olmak, öğrenim durumunun düşük olması ve çalışmamak yaşam kalitesinin düşmesi için risk faktörleri olarak saptanmıştır. Sonuç olarak, yaşlıların günlük enstrümental aktivitelerini yerine getirebilmeleri ile yaşam kalitelerinin ilişkili olduğu vurgulanmış ve Lawton-Brody Enstrümental Yaşam Aktivite Skalasının, birinci basamak sağlık hizmetlerinde, bağımlılık düzeylerinin yanı sıra yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi açısından yol gösterici olduğu belirtilmiştir (9).

Ağrı tüm insanların yaşamları süresince birçok kez yaşadığı, subjektif bir olgudur. Ağrı yaşlılarda gençlere oranlarla daha fazla görülmekte, ancak yaşlı bireyler daha az ağrı bildiriminde bulunmaktadır. Ağrıyı değerlendirmek için en iyi yol hastanın ifadesine güvenmek ve hastanın ağrısını ciddiye almaktır. Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesini incelemek amacıyla İzmir’de bir huzurevinde yaşayan o an ağrısının olduğunu ifade eden 65 yaş üstü 84 yaşlı bireyle yürütülen çalışmada, bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için 12 sorudan oluşan birey tanıtım formu, ağrı değerlendirmesi için McGill Melzack Ağrı Soru Formu ve WHOQOL-OLD-Yaşlı Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmada, yaşlı bireylerin yaş, cinsiyet, sosyal güvence, eğitim gibi sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğu ve subjektif bir deneyim olan ağrının özellik, şiddet ve zamanla ilişkisi gibi alt boyutlarının da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Çalışmanın sonunda, yaşlı bireylerin yaşadıkları ağrıyı ifade etmelerinin desteklenmesi ve yaşlılara uygun tanılama araçları ile etkili ağrı değerlendirilmesi yapılması gerektiği belirtilmiş, ağrının etkin yönetilmesi ile yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi ve sosyal yaşama katılmasının yaşam kalitelerini geliştireceği vurgulanmıştır (10).

Geriatrik hastalarda kas-iskelet sistemi ağrıları ve depresyon varlığının araştırılması ve bu parametrelerin yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmaya, fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran 65

yaş ve üzeri 203 hasta alınmış, hastaların demografik verileri, ağırlı bölgelerine yönelik o döneme kadar uygulanan tedaviler (medikal tedavi, fizik tedavi, kaplıca tedavisi, egzersiz programı, invaziv girişimler ve cerrahi tedavi) sorgulanmıştır. Ağrıyı değerlendirmede Geriatrik Ağrı Ölçeği (GAÖ), depresyonu değerlendirmede Geriatrik Depresyon Ölçeği, yaşam kalitesini belirlemede ise SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda; Toplam 203 hastadan %97'sinin en az bir bölgede ağrı yakınması olduğu, hastaların medikal tedavi olarak en fazla (%56,2) nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlar kullandığı, %31,5'inin önerilen egzersiz programını uyguladığı bildirilmiştir, geriatrik ağrı ölçeğine göre hastaların ağrı düzeyinin %11,8'inde hafif, %56,7'sinde orta, %31,5'inde şiddetli olduğu, hastaların %44,8'inde depresyon olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda, yaşlılarda kas-iskelet sistemi ağrılarına ve depresyona sık rastlandığı, bu yaş grubunda ağrı ve depresyon varlığının yaşam kalitesini etkileyen önemli parametreler olarak karşımıza çıktığı vurgulanmıştır (11).

Yaşlı bireylerde artmış depresyon riski ve depresyonla ilişkili faktörleri belirlemek, depresyonun fonksiyonel aktivite ve yaşam kalitesine etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada, 65 yaş ve üzerinde olan 160 bireyde Mental durumun değerlendirilmesinde Standardize Mini Mental Test, depresyon riskini değerlendirmede Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği, fonksiyonel durumu belirlemede Fonksiyonel Aktivite Skoru ve yaşam kalitesini değerlendirmede SF 36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın bulgularında; katılımcıların 81'inde artmış depresyon riski saptanmış, okuma yazma bilmeyen, kronik hastalık ve kullandığı ilaç sayısı fazla olan, diz osteoartriti, yardımcı cihaz kullanımı olan, kanda vitamin B₁₂ ve folik asit seviyeleri düşük yaşlı bireylerde artmış depresyon riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Depresyon riski olan yaşlı bireylerde tüm fonksiyonel aktivite skoru parametreleri ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin hem fiziksel ve hem de mental sağlık skorları, depresyon riski olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Yaşlı bireylerde depresyon gelişiminde yaşın, kötü fonksiyonel durumun risk faktörü olduğu gösterilmiş, depresyon skorları ile fonksiyonel aktivite skorları, yaşam kalitesi skorları arasında lineer bir ilişki bulunmuştur. Çalışmanın sonunda, Yaşlı bireylerde depresyon riskinin artmasının fonksiyonel durum ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (12).

Yaşlı bireylerde obezite ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; Sakarya'daki huzurevlerinde yaşayan 100 yaşlı birey çalışma kapsamına alınmış, bireysel görüşme formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği (YKÖ) kullanılmıştır. Çalışmanın bulgularına göre, katılımcıların %72'si kilolu-obez grubundadır, erkeklerin %52'si, kadınların %38'inde abdominal obezite saptanmıştır. BKİ yüksek olanlar ile YKÖ'nün genel sağlık algısı alt boyutu arasında anlamlı fark saptanmış, abdominal obezitesi olan kadınların mental sağlık ve ağrı puanı, abdominal obezitesi olan erkeklere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Çalışmanı sonucunda, Yaşlıların çoğunluğunda obezite sorunu saptanırken, yaşam kalitesi puanlarının da düşük olduğu belirlenmiş, kadınların YKÖ puanları erkeklere göre daha düşük bulunmuş ve abdominal obezitesi olanlarda yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiği saptanmıştır (13).

Yaşlılıkta meydana gelen değişimler dikkate alınarak, yaşlı gereksinimlerine bağlı konut alanı ve çevresi tasarım ölçütlerini ortaya koymak, yaşlıların kentsel yaşama katılımlarını araştırmak, kentsel tasarım memnuniyetlerinin bu katılımı etkileyip etkilemediğini sorgulamak amacı ile gerçekleştirilen çalışmada, İstanbul ve yaşlılık sorunları ile Türkiye’den önce karşılaşmış, çözüm projeleri geliştirmiş, Avrupa Birliği standartlarına sahip Avusturya’nın Viyana kentindeki yaşlılık ve kamusal mekân durumunu karşılaştırmak ve çalışmadan elde edilen sonuçlar ile İstanbul’un gelecekte yaşlılar için daha yaşanabilir bir kent olması için kentsel tasarım eylemlerine veri oluşturmak amaçlanmıştır. Çalışmanın araştırma bölümünde örnek çalışma alanları belirlendikten sonra, yaşlıların kentsel mekân memnuniyetlerini ve kentteki hareketliliklerini ölçmek amacıyla farklı eğitim düzeylerine ve sosyal gruplara üye olan yaşlılarla anket çalışması yapılmıştır. İstanbul-Kadıköy çalışma alanında ve Viyana-Landstrasse’de 15 kadın ve 15 erkek yaşlı kullanıcı üzerinde 18 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Anket soruları, sosyo-ekonomik ve kültürel durumu, fizyolojik durumu, konutu ve kamusal mekân kullanım biçimlerini sorgulamıştır. Anket çalışmasında İstanbul’daki yaşlılar içinde sosyal güvencesi olmayan yaşlıların bulunması, Viyana’da ise Avusturya vatandaşı olan tüm yaşlıların bir sosyal güvenceye sahip olması, ülkeler arasındaki ekonomik refah farkının yaşlılar üzerindeki etkisini açıkça ortaya koymuştur. Ülkemizin sosyal güvenlik sistemini düzenlemesi ve gelecekte oranı artacak olan yaşlıların mağdur olmaması için gerekli ekonomik önlemleri alması gerekmektedir. Eğitim seviyesinin İstanbul’daki yaşlılarda özellikle kadınlarda düşük olması, yaşlıların kamusal alanlarda korku yaşamasına, hareket eksikliğine ve sanatsal faaliyetlere katılımın az olmasına neden olmaktadır. Yaşlıların gerçekleştirdiği etkinlikler içinde sanata katılım oranının Viyana’da fazla olması, buradaki yaşlıların sosyalleşme çabaları ve sosyal refah ile ilişkilidir. Kamusal dış mekâna çıkma sıklığı ve bulunma süresini etkileyen etken yaşlıların korkulardır. Kadıköy’de yaşlıların en büyük korkusu gasp, Landstrasse’de ise denge kaybı ve düşmedir. Düşme korkusu olan yaşlıların tamamı ya tekerlekli sandalye kullanıcısıdır ya da yardımcı alet kullanmaktadır. Bu sonuçlar; Kadıköy’de kamusal mekân güvensizliğini, Landstrasse Bölgesi’nde ise yaya erişilebilirliğinin fiziksel engelli yaşlı bireyler için uygun olmadığını düşündürmektedir. Kadıköy ve Landstrasse’nin yaşlı kullanıcılar için fiziksel mekân yeterliliği karşılaştırıldığında Viyana’da çeşitli yaşlılık projelerinin İstanbul’dan önce gerçekleştirildiği, yaşlılık farkındalığının artmış olduğu ve mekânların yaşlılar için daha kullanılabilir olduğu belirlenmiştir. Bu durum anket sonuçlarına da yansımış, özellikle erişilebilirlik konusuyla ilişkili sorularda Landstrasse’deki yaşlılardan daha olumlu yanıtlar alınmıştır. Araştırmadan çıkan bulgular dikkate alındığında; ülke ölçeğinde sosyal güvenlik sisteminin düzenlenmesi, gerekli ekonomik önlemlerin alınması, eğitim seviyesinin daha üst noktalara çekilmesi ve huzurevi, bakımevi gibi kurumların işlevselliğini arttırıcı çalışmaların yapılması gerekmektedir. Ayrıca kentsel ölçekte yaşlılar için hareketliliği arttırıcı projelerin gerçekleştirilmesi, yaya odaklı kentsel tasarım projelerinin oluşturulması ve ulaşım planının yeniden ele alınması gündeme getirilmelidir (14).

Ülkemizde yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen sorunları araştıran çalışmalardan, yaşlıların yaşam kalitesini en çok; eğitim düzeyi düşüklüğü, kötü sosyo-ekonomik

durum, kötü beslenme, kötü bilişsel düzey, kronik hastalık, kas iskelet sistemi hastalığı ve depresyon varlığının etkilediği belirlenmiştir. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı’nın öncelikleri; Yaşlılar ve Kalkınma, Yaşlılıkta Sağlık ve Refahın Artırılması ve Yaşlılıkta Olanaklar Sunan, Destekleyici Ortamların Sağlanması olarak planlanmıştır. Bu ana başlıkların altında; çalışmak isteyen bütün yaşlılar için istihdam imkânları, kırsal kesimde yaşam koşullarının ve alt yapının iyileştirilmesi, yaşlılarda yoksulluğun azaltılması, yaşlılık döneminde, hastalık ve bağımlı kalma riskini artıran faktörlerin birikmiş etkilerinin azaltılması, yaşlılık döneminde hastalıkları önlemek için politikaların geliştirilmesi, bütün yaşlılar için gıda maddelerine ulaşımın ve yeterli beslenmenin sağlanması, yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması için bakım hizmetlerinde sürdürülebilirliğin sağlanması, yaşlılar için ekonomik olarak karşılanabilir konut imkânları ve bireysel tercihler de göz önüne alınarak toplum içinde “kendi ortamlarında yaşlanmasının” teşvik edilmesi, yeti yetersizliği olanlar başta olmak üzere yaşlıların ihtiyaçları göz önüne alınarak bağımsız yaşamının desteklenmesi için ev ve çevresel tasarımların geliştirilmesi gibi hedefler yer almaktadır (15). Bu ana başlıklar ve altında yer alan hedefler; yapılan araştırmalarla ortaya çıkan, yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen durumlarla örtüşmektedir. Bu yüzden Ulusal Eylem Planının hedefine ulaşması ülkemiz yaşlılarının yaşam kalitelerini yükseltmek açısından büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Aslan D. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi: Kavramsal Yaklaşım. IV. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı 2013: 234.
2. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürümü geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Türk Psikiatri Dergisi 2010;21(1):37-48.
3. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Bakışı. Türk Geriatri Derneği ve Gazi Üniversitesi tarafından 1 Ekim Uluslararası Yaşlılar Günü (2009) Nedeniyle Düzenlenmiş Olan “Yaşlanan Kadın Sempozyumu”nda Sunulmuş, Sunu Metni Sempozyum Kitabında Yayınlanmıştır.
4. Aydın S, Karaoğlu L. Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2012;15(4) 424-33.
5. Sucaklı MH, BakanB, CelikM. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörler. Turk Aile Hek Derg 2013;17(3):96-100.
6. Şahin H, Çiçek B, Yılmaz M, Ongan D, Kaya N, İnanç N. Kayseri ilinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde beslenme durumu ve yaşam Kalitesinin saptanması Turkish Journal of Geriatrics 2013;16 (3)322-9.
7. Onat ŞŞ. Yaşlı bireylerde sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonların yaşam kalitesine etkisi. Türk Osteoporoz Dergisi 2013;19:69-73.

8. Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S. Geriatrik popülasyonda dengenin fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2014;60:147-54.
9. Üner S, Telatar TG. Sinop ili kentsel alanda 65 yaş ve üzeri kişilerin yaşam kaliteleri ve günlük enstrümental aktivite düzeyleri. Turkish Journal of Geriatrics 2012;15(Kongre Özel sayısı): 68.
10. Tavşanlı NG, Özçelik H, Karadakovan A. Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. AĞRI 2013;25(3):93-100
11. Cebe EB,Özişler Z, Delialioğlu SÜ, Özel S, Ergün N. Geriatrik Hastalarda Kas-İskelet Sistemi Ağrıları, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi. Turkish Journal of Geriatrics 2012;15(Kongre Özel sayısı):75.
12. Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Uçar D. The risk of depression in elderly individuals, the factors which related to depression, the effect of depression to functional activity and quality of life. Turkish Journal of Geriatrics 2014;17(1) 35-43.
13. Aygün D, Sert H, Gülşen Nh, Oruç B, Bölüktaş RP. Yaşlılarda obezite ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi etkisi IV. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı 2013: 98.
14. Köse N, Erkan NÇ. Kentsel mekân örgütlenmesinin yaşlıların kentsel etkinlikleri üzerindeki etkisi, İstanbul ve Viyana Örneği. METU JFA 2014/1,31(1):39-66.
15. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Ankara, 2013:19.

YAŞLILIK VE YETİ YETİMİ

Pembe Keskinoglu

Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD

Günümüzde tüm dünyada yaşam süresi ve buna bağlı olarak yaşlı nüfus sayısı giderek artmaktadır. Yaşlı nüfus sayısının 2050 yılında iki milyara ve toplam nüfus içindeki payının da %21'e yükselmesi beklenmektedir. Türkiye'de Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusu %7,68 olup, 2050 yılında bu değerin %20 olması beklenmektedir.

Artan yaşla birlikte sağlığı bozan risk etmenlerine bağlı olarak yaşlılarda başta kardiyovasküler, kas-iskelet sistemi ve serebrovasküler hastalıklar olmak üzere çoklu kronik hastalıkların görülme sıklığı artmakta, gelişen organ ve sistem bozuklukları günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek değişik oranda yeti yitimleri ortaya çıkmaktadır. Yüzde 40'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere dünyada yaklaşık 250 milyon yaşlı orta ve ağır düzeyde yeti yitiminden etkilenmektedir. Görme ve işitme ile ilgili bozukluklar en sık görülen yeti yitimleridir. İleri yaşlı grubunda en fazla hareket bozuklukları günlük yaşamı etkilemektedir. "Türkiye Engelliler Araştırması İleri Analiz Raporu" na göre ülkemizde yaklaşık 950 yaşlı engelli olduğu öngörülmektedir; 65-69 yaş grubu nüfusunun %4,9'u, 70-74 yaş grubunun %3,9'u, 75-79 yaş grubunun %3'ü, 80-84 yaş grubunun %1,7'si ve 85 yaş üzerinin %1,2'si engelli yaşlılardan oluşmaktadır. Görülme sıklığında zihinsel ve görme-işitme engelliler ilk iki sırada yer almaktadır. Düşük öğrenim durumu ve sosyoekonomik düzey, sosyal yalnızlık, işsizlik, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam ve ileri yaşlılık yeti yitiminin sıklığını artıran risk etmenleridir. Oluşturduğu sonuçları itibariyle yeti yitimi sağlık harcamalarını artırdığından sağlıklı yaşlanmayı sağlayan bedensel, ruhsal ve sosyal koruyucu önlemlerin erken yaşlarda alınması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, rehabilitasyon ve uzun erimli bakım hizmetlerinin planlanması ve sunulması gerekmektedir.

Birleşmiş Milletler Nüfus Birimi bildirimine göre 2010-2015 arasında gelişmiş ülkelerde yaşam beklentisi ortalama 78 yıl, daha az gelişmiş ülkelerde 68 yıl olarak öngörülmektedir. Dünyada 2013 yılında 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfus sayısı 841 milyon, 60 yaş üzeri nüfusun toplam içindeki payı %11,7, 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam içindeki payı %8,2 olarak saptanmıştır. Yaşlı nüfusun %14'ü 80 yaş ve üzerindeki yaşlılardan oluşmaktadır. Yaşlı nüfusun 2050 yılında 2 milyara ve payının da %21,1'e yükselmesi beklenmektedir. Günümüzde yaşlı nüfusun yaklaşık 2/3'ü gelişmekte olan ülkelerde yaşarken 2050 yılında 8/10'u daha az gelişmiş ülkelerde yaşamış olacaktır (1). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2013 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusu %7,68 saptanmıştır. Seksen beş yaş ve

üzeri ileri yaşlı grubun toplam içindeki payı %0,6 olarak bulunmuştur. Bu değerin 2050 yılında %20 olması beklenmektedir (2).

Önceki yüzyıllara göre dünya nüfusunun giderek yaşlanmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır: düşük doğurganlık ve ölüm hızları, toplumların eğitim ve ekonomik düzeylerinde artış, enfeksiyon hastalıkları ile mücadele, koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, temiz içme suyu ve sanitasyonun sağlanması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, sağlıklı beslenme, çalışma koşullarında ve yaşam tarzındaki olumlu gelişmeler ve kişinin genetik özellikleri gibi vb. Bununla birlikte insan ömrünün uzaması ve ileri yaşlılık (85 yaş ve üzeri) beraberinde doğal yaşlanma ve/veya kronik hastalıklar sonucu bireyde çeşitli derecede yeti yitimlerine neden olmaktadır (3). Yaşlı kişi daha önce sahip olduğu statü ve prestij gibi sosyal rollerin kaybı (emeklilik) ile birlikte gelir, sosyal paylaşım alanları (ev, aile, iş, dost ve arkadaş grupları) ve sağlık gibi etmenlerde kayıplarla karşılaşmaktadır. Sağlığın bozulması yaşlanmanın doğal sonucu değildir. Bununla birlikte yaşlılarda doku ve organların rezerv kapasitesi, strese yanıt ve çevresel etmenlere uyum sağlama yeteneği azalır, homeostaz bozulur. Yaşla artan kanser (meme, serviks, kolon, prostat), diyabet, süregen kas-iskelet (dejeneratif artrit, osteoporoz), akciğer (kronik obstruktif akciğer hastalıkları), kardiyovasküler (koroner arter hastalığı, kalp yetemezliği, hipertansiyon) ve serebrovasküler hastalıklar (demans, inme, Parkinson), ruhsal bozukluklar (depresyon, intihar), görme ve işitme kayıpları, kaza, ihmal ve istismar, yoksulluk ve yalnızlık gibi riskler bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yeteneklerin çeşitli derecelerde kaybedilmesiyle yeti yitimine (disability, özrürlölük) neden olmakta ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak bağımlı yaşama neden olmakta, sosyal ve ekonomik açıdan maliyeti yüksek bakım ve muhtaçlık gereksinimi ortaya çıkmaktadır (3-9).

Yeti yitimi (disability) tanımlaması

Yeti yitimi kavramı oldukça karmaşık, çok boyutlu ve çoklu içerikli bir kavramdır. Günümüzde bu kavram tıbbi ve bireysel bakış açısından yapısal ve sosyal bakış açısına doğru dönüşüm göstermiş, yeti yitimi tıbbi model yerine sosyal model anlayışı hakim görüş haline gelmiştir. Toplumlar artık yeti yitimini kendi vücutlarının bir sorunu olarak değil, herkesi ilgilendiren sosyal bir olay olarak görmeye başlamıştır. Uluslararası fonksiyon, yeti yitimi ve sağlık (The International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF) tanımlaması bireyin sağlık durumu ile çevresel etmenlerin arasındaki dinamik ilişkiye göre yeniden şekillendirilmiştir. Yeti yitimi vücut fonksiyonlarındaki sorunlardan oluşan yetersizlik (impairment), aktivite kısıtlaması ve günlük yaşama katılım kısıtlılığını içeren şemsiye bir tanımlamadır. Bireyin sağlık durumu ile çevre ve bireysel bağlamda kişisel etmenler (motivasyon, özgüven) arasındaki olumsuz etkileşimi vurgular. Dolayısıyla yeti yitimi tanımlamasının en önemli vurgusu bireyin çeşitli etmenlerden etkilenen kişisel yetersizlikler nedeniyle sosyal yaşama katılamamasıdır. Yeti yitiminin en önemli parçalarından biri olan çevresel faktörler farklı vücut fonksiyonlarına sahip kişilerin içinde yaşadıkları dünyayı içermektedir. Bu ortamda engeller ve kolaylıklar mevcuttur. Çeşitli ürünler,

teknoloji, doğa, ev (bina), destek ve ilişkiler, davranış ve tutumlar, çeşitli hizmetler, sistem ve politikalar çevresel etmenler kavramını oluşturur (10-12).

Yaşlılarda yeti yitimi

Yaşlılarda yeti yitimi değerlendirmelerinde sıklıkla temel günlük yaşam aktivitelerinin (hareket, kendi kendine bakım) ve günlük yaşamda kullanılan araçların (yemek hazırlama, alış-veriş yapma, telefon etme, parasal işlemleri yapma, tıbbi ilaçları alma) kişinin kendisi tarafından bildirilmesiyle değerlendirilmektedir. Yet yitim değerlendirmesinde performans temelli fonksiyon ölçümlerinin değerlendirilmesi de önemli yer tutmaktadır. Yaşlıların yeti yitim değerlendirmelerinde yeti yitimini etkileyen etmenler olarak kişinin fonksiyonel yetersizliklerine neden olan kronik somatik rahatsızlıklar ön planda tutulmuş, çevresel faktörlerin etkisi dikkate alınmamıştır (10).

Yaşlılarda yeti yitimi bireysel ve toplumsal etmenlerden kaynaklanmaktadır. Artan yaşla birlikte ortaya çıkan kronik rahatsızlıklar ve yaşlanmanın getirdiği doğal sistem fonksiyonlarında gerileme yeti yitim derecesini belirlemektedir. Kronik rahatsızlıkların yetersiz tedavisi, bilişsel ve duyuşsal yetersizlikler, depresyon, sedanter yaşam, sigara ve fazla alkol kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve sosyal destek yoksunluğu yeti yitiminin başlıca sağlık ve bireysel tabanlı belirleyicileridir.

Yaşlılıkla birlikte bir taraftan özürüllülük oranı artarken diğer taraftan yeti yitim derecesi de artmaktadır. Dünyada yaklaşık 250 milyon yaşlı orta ve ağır düzeyde yeti yitimi bulunmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde yaklaşık 94,2 milyon 60 yaş ve üzeri yaşlıda olduğu bildirilen katarakt ve kırma kusuru gibi görme bozuklukları en sık görülen yeti yitimi olup, yüksek gelirli ülkelerde görülenin (15 milyon) altı katı kadardır. Aynı ülkelerde ikinci sıklıkta (yaklaşık 44 milyon) işitme kusurlarının olduğu saptanmıştır. Osteoartrit ve iskemik kalp hastalıkları yaşlılarda sık görülen diğer hastalıklar arasındadır. Yetmiş beş yaş ve üzeri yaşlı grubunda daha çok hareket bozuklukları görülmektedir. Yeti yitimine bağlı yıl kayıplarının başlıca nedenlerinden olan demans yüksek gelirli ülkelerde ilk, dünya genelinde ikinci sıklıkta görülmekte ve yaklaşık 50 milyon insanı etkilemektedir. Her yıl 7,7 milyon yeni olgu katılımı olmaktadır. Demanslı yaşlıların %58'i düşük-orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Çin, Rusya ve Hindistan gibi yaşlı nüfusu yüksek ülkelerin 9/10'u çeşitli derecelerde yeti yitimine sahiptir (13,14). Yapılan araştırmalarda kadın yaşlılarda yeti yitimi prevalansının erkeklerden daha yüksek olduğu ve artan yaşla yitimin ilişki gösterdiği bildirilmektedir. Elli tyedi ülkeyi kapsayan bir araştırmada yeti yitimi prevalansı 65-69 yaş grubunda erkeklerde %31,9, kadınlarda %44,7, 70-74 yaş grubunda erkeklerde %36, kadınlarda %53,5, 80 yaş ve üzeri erkeklerde %45,5, kadınlarda %68,9 olarak saptanmıştır. Düşük gelir, işsizlik, yalnız yaşam ve eğitim düzeyi yeti yitimi sıklığını artırmaktadır (15,16).

Yaşlılarda yeti yitiminde risk etmenleri

Yaşlıda yeti yitimindeki risk etmenlerini belirlemede demografik, sosyal, yaşam stili, davranışsal, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler değerlendirilmelidir. Yaşlıda yeti yitiminde yaş, cinsiyet, genetik faktörler gibi değiştirilemeyen risklerle birlikte, kronik hastalılar, bilişsel ve duyuşsal yetersizlikler, depresyon, sedanter yaşam, sağlıksız davranışlar (sigara ve fazla alkol kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları), sosyal destek yoksunluğu gibi değiştirilebilen müdahale programları ile kontrol altına alınabilen bireysel riskler, fiziksel ve sosyokültürel engeller, sosyal destek yoksunluğu, güvencesizlik gibi değiştirilebilen çevresel riskler rol oynamaktadır (5-8).

Hastalık Yüğü Çalışması (Burden of Disease Network Project) sonuç raporunda yaşlılıkta fonksiyonellik ve yeti yitiminin belirleyicisi olarak tedavi edilmemiş veya yetersiz tedavi edilmiş kronik hastalıklar, bilişsel veya duyuşsal yetersizlikler, depresyon, genetik-fiziksel nedenler sonucu gelişen fonksiyonel sınırlılıklar, davranışsal (diyet, sigara, bedensel etkinlik) belirleyiciler, kültürel, psikolojik ve çevresel nedenler belirtilmiştir (9,11).

Stuck ve arkadaşlarının (7) yaptıkları araştırmada yaşlıda yeti yitimini etkileyen davranışsal ve sağlıkla ilgili risk etmenleri araştırmasında aşağıdaki etmenlerin yitimde en yüksek belirleyici olduklarını saptamıştır: Depresyon, hastalık yükü, artmış veya azalmış vücut kitle indeksi, alt ekstremitelere fonksiyon kısıtlılığı, sosyal iletişim azlığı, düşük düzeyde bedensel etkinlik, sağlığın kötü algılanması, sigara tüketimi ve görme bozukluğu. Hipertansiyon, kanda yüksek lipid düzeyleri, düşük kemik dansitesi gibi kronik rahatsızlıklar, alkol ve sigara tüketimi de risk etmenleri arasında gösterilmektedir. Balzi ve arkadaşlarının (6) toplumda yaşayan 70 yaş ve üzeri yaşlılarda üç yıllık izlem sonucunda yeti yitimini belirleyen risk etmenleri araştırmasında yetersiz bedensel etkinlik, yüksek kalorili besin tüketimi ve alt ekstremitelerin az kullanımının başlıca belirleyici oldukları saptanmıştır.

Yaşlıda yeti yitiminde demografik ve sosyoekonomik riskleri belirleme araştırmalarında genellikle kadınlarda, ileri yaşlı grubunda (85 yaş ve üzeri), düşük eğitimlilerde ve düşük gelirlielerde yeti yitiminin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (6,8,15,16).

Yeti yitiminin getirdiğı sorunlar

Yaşlıda yeti yitimi ağırlık derecesi ile orantılı biçimde yaşadığı evde bakım desteğini veya bakımevlerinde bakımı gerektirebilir, hastane yatışı, sağlık harcamaları ve erken ölüm artar. Yeti yitimi bir yandan orantısız günlük yaşam aktivitesini olumsuz etkilerken, diğer yandan yaşlının ayaktan veya yatarak kısa ve uzun süreli bakım gereksinimini artırır. Artan yaşla birlikte sağlık harcamalarının fazlaşması özellikle kaynak sıkıntısı çeken düşük gelirli toplumlarda büyük sorunlar yaratır. Gelişmiş bir ülke İngiltere’de ulusal düzeyde yapılan bir çalışmada, engelliliğı olan ve olmayan erişkinlerde sağlık hizmetlerine ulaşım araştırılmıştır (17). Engelli erişkinlerin sağlık hizmetine ulaşımının daha güç olduğu ve bu durumun 65-84 yaş aralığında daha belirgin olduğu bulunmuştur. Endüstriyel olmayan ülkelerde genellikle kültürel nedenlerle yaşlı yeti yitim sorunlarına rağmen aile içinde bakılmaya çalışılır, yaşlılarda emosyonel izolasyon

daha az görülür. Ancak yaşlıya bakım kalitesi ve yapılan düşük sağlık harcaması (kaynak ayırımı) sorun yaratır. Çoğu gelişmekte olan ülkelerde yeti yitimli yaşlıya evde bakım hizmetleri (profesyonel sağlık çalışanları ya da gönüllüler tarafından sunulan hemşirelik bakımı, ilaç verme, fizik tedavi; yemek yedirme, giyinme, alış-verişe çıkarma gibi sosyal aktivitelere destek) düşük ve yetersizdir. Yaşlıya uzun süreli kurumsal bakım hizmeti veren resmi veya özel bakımevleri ve korunma evleri de nicel ve nitel olarak yetersizdir. Ayrıca yaşlının sağlık güvencesinin olmayışı veya yetersiz oluşu verilen sağlık hizmetini olumsuz etkiler. Endüstriyel ülkelerde (başta Japonya olmak üzere) yaşlı için sağlık harcamaları yüksek olup yaşlıya verilen ambulator ve tıbbi hizmetler, hastane yatışları ve cerrahi girişimler daha yüksektir (1,9,12,14,17).

Türkiye’de yaşlılarda yeti yitimi

Türkiye’de yeti yitimi ve engellilik için resmi tanımlama, 2006 yılında, 26230 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan ve ICF sınıflamasını temel alan “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik”te yapılmıştır (18). “TÜİK Türkiye Özürlüler Araştırması (2002)” Raporu özürlülük yüzdesini 12,3 olarak belirtmiştir. Tufan ve arkadaşları (19) tarafından yapılan bildirimine göre Türkiye’de adı geçen değerin %11,5 (7,9 milyon) olduğu ifade edilmiştir. Yaşlı engelli sayısı 936000 kadar saptanmıştır. Yapılan değerlendirmede 60 yaş üzeri zihinsel engellilerin yüzdesi 4,7, bedensel engellilerin yüzdesi 3,2, görme, işitme ve konuşma engelli yaşlı yüzdesi de 3,6 olarak bildirilmektedir (19,20).

2002 yılında yayınlanan “Türkiye Özürlüler Raporu” nun devamı olan ve 2006 yılında TÜBİTAK tarafından yayınlanan “Türkiye Engelliler Araştırması İleri Analiz Raporu” na göre 65-69 yaş grubu nüfusunun %4,9’u, 70-74 yaş grubunun %3,9’u, 75-79 yaş grubunun %3’ü, 80-84 yaş grubunun %1,7’si ve 85 yaş üzerinin %1,2’si engelli yaşlılardan oluşmaktadır. Öğrenim durumu düşük, eşi ölmüş ve erkek yaşlılarda engellilik yüzdesi daha yüksektir (21).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından yürütülen ve 2011 yılında Türkiye genelinde yapılan “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması” sahada Aile Hekimleri tarafından yapılmıştır. Örneklem 15 yaş üzeri 18477 kişiyi içermektedir. Altmış beş yaş ve üzeri yaşlı bireylerin payı %11’dir. 65 yaş üzeri demans prevalansı %5, Parkinson hastalığı prevalansı %2 bulunmuştur. Kadın ve erkek arasında önemli fark saptanmamıştır. Hareket, özbakım, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon ve görme yetisi (Visual Analogue Scale) hakkında beş soruyu içeren yaşam kalitesi ölçümü EQ5D ile değerlendirilmiştir. Genel olarak araştırmaya dahil edilen kişilerde ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon ve hareket sorunları oldukça yüksek bulunmuştur. Her 10 kadının dördünde, her 10 erkeğin ikisinde ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon saptanmıştır. 10 kadının üçünde ve 10 erkeğin birinde ağır hareket sorunu görülmüştür. Altmış beş yaş üzeri yaşlılarda üç erkeğin ikisinde ve 10 kadının dokuzunda yukarıda belirtilen beş sorundan en az birinin olduğu saptanmıştır. Görme bozuklukları kadın yaşlılarda erkeklerden daha fazla bulunmuştur (22).

Yaşlıda yeti yitimi, yaşlıyı, aileyi, bakım verenleri, sağlık hizmetlerini ve toplumu etkileyen sonuçları bulunmaktadır. Oluşturduğu sonuçları itibarıyla sağlık harcamalarını arttırır. Sağlıklı yaşlanmayı sağlayan bedensel, ruhsal ve sosyal koruyucu önlemlerin erken yaşlarda alınması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, rehabilitasyon ve uzun erimli bakım hizmetlerinin planlanması, sunulması yeti yitimini ve olumsuz sonuçlarını azaltarak kontrolü açısından önem taşır.

Kaynaklar

1. World population aging 2013. Department of Economic and Social Affairs Population Division. United Nations, New York 2013. [Internet] <http://www.un.org/en/development/desa/population>. Erişim:30.07.2014.
2. Adrese dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2013 yılı Sonuçları. [Internet] <http://www.tuikapp.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnkdagitapp/adnks.zul>. Erişim: 01.08.2014.
3. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Türkiye ve Dünyada yaşlanma ve sorunları. Turkish Journal of Geriatrics 2004;7 (2):105-10.
4. Gökçe-Kutsal Y. Neden geriatri. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009;55(Özel Sayı 2):51-6.
5. Akın B, Emiroğlu O. Evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yeti yitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2003;6(2):59-67.
6. Balzi D, Lauretani F, Barchielli A, et al. Risk factors for disability in older persons over 3-years follow-up. Age Ageing 2010;39:92-8.
7. Stuck AE. Risk factors for functional status decline in community-dwelling elderly people: a systematic literature review. Sol Science Med 1999;48:445-69.
8. Disability in Old Age Final Report; Conclusions and Recommendations. The Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology University of Jyväskylä Finland, 2004.
9. WHO. World Report on Disability. [Internet] http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter2.pdf. Erişim:18.07.2014.
10. Ülker Ş. Türk Mevzuatında Özürlülük Terminolojisi. Özver Dergisi. [Internet] <http://www.ozida.gov.tr/?menu=ozveri&sayfa=ov13/ov13mak5>. Erişim: 10.01.2012.
11. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008. [Internet] <http://www.who.int/evidence/bod>. Erişim: 02.08.2014.
12. He W, Muenchrath MN, Kowal P. Shades of gray: A cross-country study of health and well-being of the older populations in the SAGE countries, 2007-2010. International population reports. [Internet] <http://www.census.gov/prod/2012pubs/p95-12-01.pdf>. Erişim: 01.08.2014.

13. Crimmins EM, Kim JK, Sole-Auro A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *Eur J Public Health* 2011;21:81-91.
14. Hossein poor AR, Williams JS, Jann B et al. Social determinants of sex differences in disability of older adults: a multi-country decomposition analysis using the World Health Survey. *Int J Equity Health* 2012. DOI:10.1186/1475-9276-11-52.
15. Donmez L, Gokkoca Z, Dedeoglu N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2005;40:213-23.
16. Corrao S, Santalucia P, Argano C, Djade CD, Barone E, Tettamanti M, Pasina L, Franchi C, Kamal Eldin T, Marengoni A, Salerno F, Marcucci M, Mannucci PM, Nobili A; On behalf of REPOSI Investigators Gender-differences in disease distribution and outcome in hospitalized elderly: Data from the REPOSI study. *Eur J Intern Med.* 2014 Jul 19. pii: S0953-6205(14)00199-X. doi: 10.1016/j.ejim.2014.06.027.
17. Popplewell NT, Rechel BP, Abel GA. How do adults with physical disability experience primary care? A nationwide cross-sectional survey of access among patients in England. *BMJ Open.* 2014 Aug 8;4(8):e004714.
18. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. <http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2006/07/20060716-3.htm>
19. Tufan İ. Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu. Antalya, GeroYay, 2007. [Internet] <http://www.itgevakif.com/pdfs/I.T%C3%BCrkiyeYa%C5%9Fl%C4%B1l%C4%B1kRaporu%20itufan%20sicher.pdf>. Erişim: 05.08.2014.
20. Tufan İ. Demografik yapı ışığında Türkiye’de yaşlılığa ilişkin sosyal politikalar. In: Yaşlılar İçin Sosyal Politikalar Gündemi. Mart 2011. [Internet] <http://yasam.ankara.edu.tr/files/2013/02/yasl%C4%B1lar-icin-sosyal-politika-gundemi1-kitap.pdf>. Erişim: 05.08.2014.
21. Türkiye Engelliler Araştırması İleri Analiz Raporu. [Internet] <http://www.eyh.gov.tr/tr/8399/Turkiye-Engelliler-Arastirmasi-İleri-Analiz-Raporu-Ocak-2006>. Erişim: 05.08.2014.
22. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri. [Internet] http://thsk.salik.gov.tr/Dosya/kronik_hastaliklar/tkh-final-raporu-tr.pdf. Erişim:05.08.2014.

YAŞLILIK VE EVDE BAKIM

Didem Arslantaş

Prof. Dr., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tüm dünyada ve ülkemizde de tıbbın ilerlemesi sonucu, insan ömrünün uzaması ile yaşlı nüfusta artış gözlenmektedir. 2011 yılı TÜİK verilerine göre 65 yaş ve üstü birey yüzdesi %7,2 olarak bildirilirken 2013 yılı verilerine göre bu değer %7,7 olarak bildirilmektedir (1). Bu da bakıma muhtaç yaşlı sayısının her geçen gün artacağı anlamı taşımaktadır. Sanayileşme, kentleşme bu süre içerisinde aile yapısının geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kırsaldan kentsel bölgelere göç, geleneksel kültür ve değerlerdeki değişimler sonucu yaşlılar da rol kaybı yaşamış ve eskiden olduğu gibi yaş prestij sağlayan bir öge olmaktan çıkmıştır ve tüm bu değişimlerin sonucu olarak yaşlının evde bakımı büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (2).

Evde bakım hizmetleri, yenilikçi hizmet alanlarından birisidir. Evde bakım kavramı; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sürekliliğini hedef alan, birey ve aileye yaşadığı ortamda sunulan sağlık bakım hizmetleri yaklaşımıdır. Ya da bir başka deyimle “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliğe” göre; evde bakım hizmeti; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması olarak tanımlanmıştır (3).

Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik uzun süreli bakımı gerektiren yaşlı hastaların yanı sıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklardır. Yaşlılara yönelik olan uzun dönemli bakım hizmetleri, kurumsal bakım ve evde bakım olarak ele alınmaktadır. Kurum bakımı, evde verilecek destekle bile bakılamayacak derecede yardıma gereksinim duyan veya aile yanında bakılması mümkün olmayan yaşlılara verilen bir hizmettir. Yaşlıların kişisel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının giderildiği, bir hizmettir. Aynı zamanda boş zamanlarını değerlendirmek ve diğer yaşlılarla ilişkileri güçlendirmek adına aktivitelerin de yapıldığı bakım türüdür (4).

Evde bakım hizmeti yaşlıların kendi evlerinde ya da çevrelerinde bağımsız olarak yaşayabilmelerini sağlayarak yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Bu yüzden, evde bakım hizmetleri sosyal ve sağlık hizmetlerinin geniş bir bölümünü kapsamaktadır (5). Evde bakım hizmetlerinin tercih edilmesinin nedeni, gereksinim olduğu anda profesyonel sağlık ekibi üyelerinin hasta ve ailesine kendi ev ortamlarında sağlık hizmetini sunabilmesidir. Böylece hasta ve aile kendi ortamlarında takip edilecek ve ekip üyeleri onların gereksinimi olduğu sürece yanlarında olacaktır (6).

Evde bakım hizmetinde amaç yaşlılara ev ortamı içerisinde hizmet götürmek ve onların olabildiğince bağımsızlığını desteklemek, tıbbi bakımlarını üstlenmek ve gerektiğinde sosyal destekte bulunarak tam iyilik halini sağlamak ve devam ettirmektir (4).

Evde bakım hizmeti süreci veri toplama, gereksinimleri belirleme, bakım planı yapma uygulama ve değerlendirme başlıklarından oluşur. Yaşlının sağlık hikâyesi, fiziksel kapasite ve sınırlılıkları, fonksiyonel durumu, beslenme gereksinimi ve yaşadığı çevre değerlendirilir ve sonra gereksinimleri belirlenir. Gereksinimler doğrultusunda bakım planı oluşturulur. Bu planda ana hedef sağlığın korunması ve geliştirilmesidir. Ayrıca yaşlılık fizyolojisine bağlı gelişen bir takım yetersizliklerle ve kronik hastalıklara bağlı sorunlarla baş etmeye çalışılır (7).

Bugün ülkemizde evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler tarafından yoğun olmakla birlikte, yerel yönetimler, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde bakım birimleri tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı evde bakım alanında hastanın yaşadığı ev ortamında ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirmektedir. Sosyal ve destek hizmet boyutu için gerektiğinde ilgili kurum ve kuruluşlarla (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları, Belediyeler, STK ve Gönüllü Yardım kuruluşları gibi) koordinasyon ve işbirliği sağlanmaktadır.

Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi 10.03.2005 tarihinde ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle özel sektör kuruluşlarının ruhsat alması olanağı getirilmiştir (3). Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları HakkındaYönerge, Şubat 2010’da uygulamaya konulmuştur. Bu yönergeyle, Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde oluşturulacak evde sağlık hizmet birimlerinin tanımı; bu hizmetleri alacak hastalara ilişkin tıbbi ve sosyal ölçütlerin tespiti; evde sağlık hizmeti verecek sağlık ekibinin ve gerekli donanımın standartlarının belirlenmesi; ilgili personelin görev, yetki ve sorumlulukları; randevu, kayıt ve takip sistemlerinin kurulması; çalışma sistemine ilişkin usul ve esaslar ile denetim esaslarına ilişkin mevzuat ve altyapı düzenlemeleri yapılarak evde sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları vasıtasıyla sosyal devlet anlayışı içerisinde verilmesi ve tüm ülke genelinde etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulamaya konulması hedeflenmiştir (8). Sağlık harcamalarında tasarrufa gidilmesi ve kişinin kendi sosyal ortamından ayrılmadan hizmet alması evde bakımın en önemli faydalarındandır. Ayrıca kişiye özel bakım sağlanması, aileyi bir arada tutması, yaşam kalitesini yükseltmesi gibi beraberinde birçok fayda da sağlamaktadır (9).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün hazırlamış olduğu Engelli Bireylere İlişkin İstatistiki Bilgiler Mayıs 2013 raporuna göre 2013 Şubat ayı itibariyle evde bakım hizmetinden yararlanan kişilerin sayısı 400 bini geçmiştir. Yine aynı rapora göre 2012 yılı içinde evde bakım hizmetleri için yapılan ödeme miktarı 2,9 milyar TL’ye ulaşmıştır (10).

Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü yaşlılık alanında aşağıdaki görevleri üstlenmiştir.

- ✓ Yaşlılara yönelik sosyal hizmetlere ilişkin olarak ulusal düzeyde politika ve stratejilerin belirlemek, sunulan sosyal hizmet modellerini geliştirmek, yaşamlarını evlerinden ve sosyal çevrelerinden ayrılmadan sürdürebilecekleri sosyal desteklerin verilmesi için gerekli mekanizmaları kurmak, var olanları standardize etmek, uygulamaları takip etmek ve denetlemek.
- ✓ Yaşlıların toplumla bütünleşmesine, statü ve rollerinin yeniden kazanımına, işlevlerinin artırılmasına, boş zamanlarının etkili bir biçimde değerlendirilmesine ilişkin mekanizmalar oluşturmak.
- ✓ Kamu kurum ve kuruluşları, gönüllü kuruluşlar ile gerçek ve tüzel kişilerce özürlülere ve yaşlılara yönelik yürütülen sosyal hizmet faaliyetlerine ilişkin ilke, usûl ve standartları belirlemek ve bunlara uyulmasını sağlamakla görevlendirilmiştir.

İlgili yasanın öngördüğü esaslar doğrultusunda yaşlıya yönelik var olan hizmetlerin iyileştirilmesi ve yeni hizmetlerin başlatılması çalışmaları;

- ✓ Huzurevleri ile Huzurevi Yönetmeliği,
- ✓ Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği,
- ✓ Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde açılacak Huzurevlerinin kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik
- ✓ Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik olmak üzere 4 yönetmelik çerçevesinde yürütülmektedir (11).

Tablo 1. Türkiye'de yaşlılara hizmet veren kuruluşlar

		Huzurevi Sayısı	Kapasite	Bakılan Yaşlı Sayısı
A	Aile ve Sosyal politikalar Bakanlığına Bağlı Huzurevleri	107	11717	10692
B	Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	566	566
C	Belediyelere Ait Huzurevleri	20	2013	1409
D	Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri	31	2556	1789
E	Azınlıklara Ait Huzurevleri	7	920	644
F	Özel Huzurevleri	130	6422	4495
	Toplam	297	24194	19596

Tablo 2. Gündüzlü bakım hizmetleri bilgileri

		Merkez sayısı	Üye sayısı
G	Genel Müdürlüğe Bağlı Yaşlı Hizmet Merkezleri	5	1100
H	Özel Yaşlı Hizmet Merkezleri	1	15
	Toplam	6	1115

Genel müdürlüğe bağlı yaşlı yaşam evleri 29 tane olup bunlardan altı tanesi 2013 yılında açılmış ve hizmet vermeye başlamıştır (Sivas , Karaman, Sakarya, Şanlıurfa).

Tablo 3. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne Bağlı resmi huzurevlerinin yıllara göre dağılımı

Yıllar	Huzurevi sayısı	Kapasite (kişi)
2013 (Eylül)	110	11 829
2012	106	11 706
2011	102	9783

Ayrıca belediyeler ve ilçelerin sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarının da projeler şeklinde hayata geçirdiği “Yaşlı ve evde bakım projeleri” bulunmaktadır. Aşağıda bunlara birkaç örnek verilmiştir:

1. Ordu Gököy Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfının Sosyal Hizmet içerikli ‘Yaşlı ve Hastalara Evde Bakım Projesi’ 10.07.2013 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanmıştır. İlçe merkezinde yaşayan sosyal ve ekonomik yönden yoksulluk içinde bulunan yardıma ve bakıma muhtaç, kimsesi olmayan, huzur evi hizmeti istemeyen 70 yaş üzeri 100 yaşlının kendi bulundukları sosyal çevreden ayrılmadan, evde bakım hizmetleri desteklenerek daha sıhhi ortamlarda yaşamaları sağlanmaktadır (12).
2. Düzce ili Çilimli ilçesinde yürütülen “Yaşlı Bakım Projesi” uygulamasına başlamıştır. Yaşlılara evde bakım hizmeti yanında beş kişi yaşlı bakım eğitimi alarak sertifikalandırılmıştır (13).
3. Diyarbakır ili Kulp İlçesindeki yaşlı projesinde ilçe merkezinde tespit edilen 60 yaşlının 6 ay boyunca her ay bir sefer evin tüm temizlik ve hijyeni sağlamak amacıyla hasta ve yaşlı bakımı yapan 6 bayan personelle hizmetlerini sunmaya başlamıştır (14).
4. Eskişehir Tepebaşı belediyesi de Sağlıklı Şehirler projesi kapsamında 2011 yılından itibaren evde bakım hizmeti vermeye başlamıştır. Bu hizmetler içerisinde Sağlık Hizmetleri kapsamında (şeker, tansiyon kolesterol ölçümü, pansuman, enjeksiyon hastaneye ulaşımın sağlanması gibi) hizmetler bulunmaktadır. Ayrıca sosyal hizmet (sıcak yemek, yakacak ikinci el kıyafet, refakat gibi) ve psikolojik destek hizmeti de verilmektedir (15).
5. Eskişehir Tepebaşı Beldesi’nde yaşayan Alzheimer hastaları ve aileleri ise “Yaşam Köyü ve Alzheimer Merkezi Projesi” ile tesiste hem gündüzlü hem de yatılı bakım hizmeti verilmektedir (16).
6. Trabzon ili Yenışehir ilçesi “yaşlılara evde bakım projesi” kapsamında 1 yıl süre ile 14 yaşlı vatandaşa verilecek hizmetler içerisinde evlerinin

temizlenmesi, yemeklerinin yapılması, 2 hemşire ile ev ziyareti yapılarak sağlık tarama hizmeti verilmesi ve ayda 1 de berber /kuaför hizmeti verilmesi yer almaktadır (17).

Türkiye'nin giderek yaşlanan bir ülke olduğu dikkate alınarak yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması için gereken yapılmalıdır. Yaşlı dostu şehirler yaygınlaştırılmalı kişilerde yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma farkındalığı oluşturulmaya çalışılmalıdır.

Kaynaklar

1. [Internet] <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul> erişim : 15.08.2014
2. Türkiye'de yaşlıların durumu ve Ulusal Yaşlanma eylem planı. [Internet] http://www.eyh.gov.tr/upload/Node/8638/files/Yaslanma_Ulusal_Eylem_Plani.pdf. Erişim: 05.08.2014.
3. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik R.G Tarihi: 10.03.2005, RG Sayı: 25751 [Internet] <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-570/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html> Erişim: 10.08.2014.
4. Dölek BÖ. Evde ve kurumda uzun dönemli bakım. Klinik Gelişim 2012; 25: 95-99.
5. Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008;(1):39-49.
6. Arslantaş H. Psikiyatrik hastalarda evde bakım ve hemşirelik sürecinin uygulanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12:4.
7. Erdil F. Yaşlanan toplum ve yaşlının evde bakımı. [Internet] http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/23.pdf Erişim: 09.08.2014.
8. Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları HakkındaYönerge, Şubat 2010. [Internet] www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-71114/h/esh-genel-yazi.doc Erişim: 05.08.2014.
9. Cindoruk M, Şen İ. Yaşlının evde bakımı. Türkiye Klinikleri Dergisi 2009; 29(Suppl):110-2.
10. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Engelli Bireylere İlişkin İstatistiki Bilgiler Mayıs 2013 Bilgi ve İletişim Teknolojileri Destekli Yenilikçi Çözümler Eksenli Mevcut Durum Raporu T.C Kalkınma Bakanlığı [Internet]

- http://www.aile.gov.tr/upload/Node/27632/files/AILE_VE_SOSYAL_POLI_TIKALAR_BAKANLIGI_2013_YILI_IDARE_FAALİYET_RAPORU.pdf Erişim: 11.08.2014.
11. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Bakım Hizmetleri. [Internet] <http://www.eyh.gov.tr/tr/8155/Yasli-Bakim-Hizmetleri> Erişim: 11.08.2014.
 12. [Internet] www.golkoy.gov.tr/haber.php?nid=174. Erişim: 05.08.2014.
 13. [Internet] cilimli.gov.tr/yasli-bakim-projesi.htm. Erişim: 05.08.2014.
 14. [Internet] sehrimburada.com/.../kulpta-yasli-ve-hastalara-evde-bakim-projesi-uygul. Erişim: 05.08.2014.
 15. [Internet] <http://www.tepebasi.bel.tr/saglik/tebev.html> Erişim: 02.08.2014.
 16. [Internet] <http://www.tepebasi.bel.tr/projeler/ProjeDetay.aspx?hid=102>. Erişim: 05.08.2014.
 17. [Internet] http://tr.yenisehir.wikia.com/wiki/Ya%C5%9Fl%C4%B1_ve_Hastalara_Evde_Bak%C4%B1m_Projesi Erişim: 05.08.2014.

YAŞLI SAĞLIĞINI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK ÇALIŞMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Baran Deniz^a, Şevkat Bahar Özvarış^b

^aUzm. Dr., Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliş. Genel Müdürlüğü

^bProf. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Dünya nüfusu hızla yaşlanmakta ve pek çok toplumda doğumda beklenen yaşam süresi yükselmekte olup Birleşmiş Milletler Örgütü, 1975 ve 2025 yılları arasındaki süreci “yaşlanma çağı” olarak değerlendirmektedir (1). Bu duruma yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü’nün 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” temasında beşinci hedef doğrudan yaşlı sağlığı ile ilgilidir. Aktif yaşlanma; yaşlı insanların yaşam kalitesini artırabilmek için; sağlık, güvenlik ve katılım olanaklarını en uygun hale getirme sürecidir. Kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir süreç olan sağlığı geliştirme, hassas bir grup olan yaşlıları özel olarak içermektedir (2).

Sağlığı geliştirme programları genel olarak, sağlık sorunu ortaya çıkmadan önce, sorunun sebebini önlemek veya insanlar dâhil olmadan gidişatını değiştirmek için eyleme geçen birincil korunma sağlayan programlar olarak bilinmektedir. Sağlığı geliştirme programları, sağlıksız kararlar alan ve belki de hastalık veya yeti yitiminin erken belirtilerini gösteren bireylerin sorunlu davranışlarına müdahale edebilmekte, böylece ikincil korunma da sağlamaktadır. Ayrıca sağlığı geliştirme programları kronik hastalıkları olan bireylerin yaşamlarını da iyileştirebilmekte olup üçüncül korunmaya da katkı vermektedir (3).

Ülkemizde Yaşlılarda Sağlığını Geliştirme Çalışmaları

Ülkemizde yaşlılara yönelik olarak iki kurum göze çarpmaktadır. Bunlardan bir Sağlık Bakanlığı’nın Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı, diğeri ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’dür.

Sağlık Bakanlığı’nın 2013-2017 Stratejik Plan’ında yaşlı bireylere yönelik olarak;

- ✓ Bireyin sağlıklı, güvenli ve sosyal olarak aktif olacağı hayat tarzını benimsetecek sağlıklı yaşlanma programlarını oluşturmak
- ✓ Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmek için altyapı, eğitim ve teknoloji kapasitesini artırmak
- ✓ Sağlık hizmet sunumunda yaşlılara öncelik veren uygulamaları iyileştirmek

- ✓ Sağlıklı yaşlanma ve yaşlıların sosyalizasyonu konusunda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve diğer ilgili kurumlarla işbirliği yapmak stratejileri yer almaktadır (4).

Sağlık Bakanlığında yaşlı sağlığı hizmetleri Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı ve ilgi diğer birimlerle birlikte yürütülmektedir. Sağlıklı yaşlanmanın sağlanması ve sağlığa yönelik risklerden toplumun korunması için Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü programlar aşağıdadır:

- ✓ Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı
- ✓ Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı
- ✓ Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı
- ✓ Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (GARD Türkiye)
- ✓ Türkiye Kalp-Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı; Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı
- ✓ Kalp ve Damar Hastalıklarında İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı
- ✓ Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı (2011-2015)
- ✓ Ulusal Kanser Kontrol Programı (5).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması" yayınlanmıştır. Bu çalışmaya göre geriatrik yaş grubunda (≥ 65 yaş) hipertansiyon prevalansı %68, diyabet prevalansı %22,5, koroner kalp hastalığı prevalansı 65-74 yaş arası erkeklerde %18,3, kadınlarda %9,3, 75 yaş ve üzeri erkeklerde %19,6, kadınlarda %10,8'dir. Toplumda 65-74 yaşları arasındakilerin %42,5'i fazla kilolu, %20,4'ü obez iken bu sıklıklar 75 yaş ve üzerinde sırasıyla %43,4 ve %12,3'tür. Bedensel etkinlik yapma sıklığı 65-74 yaşları arasındaki nüfusun %58,4'ünde, 75 yaş ve üzeri nüfusun %75,5'inde yeterli düzeyde değildir (6).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından Aile hekimliği çalışanlarına sağlık hizmeti sunumlarında yol göstermesi amacıyla "Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene Rehberi" taslağı hazırlanmıştır. Rehber geriatrik yaş grubu için de bir bölüm içermektedir (7).

Sağlık Bakanlığının 24.02.2011 tarih ve 8751 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge" ile evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalara yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile verilmektedir (8).

Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı tarafından "Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı" oluşturulmuş olup program yayın aşamasındadır. Programın ana stratejileri;

- ✓ Yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşlanma
- ✓ Sağlığa yönelik risklerden toplumun korunması
- ✓ Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması
- ✓ İzleme ve değerlendirmenin güçlendirilmesi'dir (5).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın yaşlılara yönelik verdiği hizmetler; huzurevleri, yaşlı hizmet merkezleri ve Alzheimer hastası yaşlılar gündüzlü bakım merkezlerinde verilen hizmetler, evde bakım hizmeti ve yaşlı aylığı şeklindedir (9).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ayrıca 2011 yılında içerisinde yaşlılıkta sağlık koruma, acil tıbbi durumlar, nörolojik ve psikiyatrik sağlık, cinsellik ve hastalık yönetimi başlıklı bölümler içeren "Yaşlı Sağlığı" kitabını yayınlamıştır (10).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi ile işbirliği içinde 2012'de "Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu" düzenlemiştir (11).

Aynı Genel Müdürlük Geriatri Fizyoterapistleri Derneği ile birlikte 2012 yılında "I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi" ve "III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi" yapmıştır. Bu kongredeki bildirilerden "Evde Yaşayan Yaşlılarda Çok Amaçlı Fiziksel Aktivite Eğitiminin Fiziksel Performansa Etkisi" adlı 60 yaş ve üzeri 33 kişiye yapılan çalışmada 12 haftalık düzenli çok amaçlı bedensel etkinlik eğitiminin yaşlıların aktivite performans düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir. "Genç Yaşlı Bireylerde Aerobik Egzersizlerin Denge ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı bir başka bildiriye yaş ortalaması 56,6±5,5 yıl olan 16 kadın egzersiz eğitimi öncesinde ve 12 haftalık program bitişinde denge değerlendirmelerinde eğitim öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönde farklar bulunmuştur (12).

Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun işbirliği içerisinde 2007'de "Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" oluşturmuştur (13). Sonrasında ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı'nı 2013 yılında yayınlamıştır. Bu programın alan konularından biri "Yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve refah"dır. Bu bağlamda hedeflerden biri "Yaşlılık döneminde hastalıkları önlemek için politikaların geliştirilmesi" olup bu hedefe yönelik gerçekleştirilecek eylemler ise şöyledir:

- ✓ Kentler "yaşlı dostu" hale getirilecektir. Bu eyleme yönelik olarak sorumlu esas kurum olarak belediyeler ve ayrıca ilgili diğer kurum ve kuruluşlar belirlenmiştir.
- ✓ Aktif Yaşlanma, kronik hastalıklardan korunma ve önleme, hastalığın etkisi ve bağımlılıktan korunma programları geliştirilecek ve geliştirilen politikaların ve yapılan çalışmaların tümünde, kadın ve erkeğin sağlık

sorunları ve hizmet ihtiyaçlarının toplumsal ve biyolojik cinsiyete dayalı olarak farklılık gösterebileceği dikkate alınacaktır. Bu eyleme yönelik esas sorumlu kurum olarak Sağlık Bakanlığı ve ilgili diğer kurum ve kuruluşlar belirlenmiştir.

Uygulama Rehberi'nde ayrıca ilgili kurumların 3 yıl boyunca sorumlu olduğu Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne ilk yıl 6 ayda bir, müteakip yıllarda yılda bir izleme ve değerlendirme raporu göndermeleri öngörülmüştür (14).

Bu Uygulama Programı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı önceden belirtildiği için diğer kurum ve kuruluşların 2013 yılı faaliyet raporlarına bakıldığında yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik olarak;

İçişleri Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü'nce özellikle Büyükşehir ve mali durumu iyi olan belediyelerce ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan bakıma muhtaç yaşlılara evde bakım hizmeti kapsamında sağlık hizmeti, sosyal ve kültürel hizmet, psikolojik destek hizmeti, rehberlik, refakat hizmeti ve ekonomik destek hizmeti vermektedir (15).

İçişleri Bakanlığı Antalya İl Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından, 2007 yılı Nisan ayında "Emeklilik çalışma hayatının sona ermesidir, yaşamın değil" ana fikriyle, "Emekli Dostu Antalya Projesi"ni (EDAP) uygulamaya başlamıştır. Ulusal Sosyal ve Uygulamalı Gerontoloji Derneği-Akdeniz Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Gerontoloji Bölümü ile ortaklaşa yürütülen ve halen devam etmekte olan bu proje (EDAP) ile Antalya nüfusunun %35'ini oluşturan Antalya'da yaşayan emekli vatandaşların, yaşadıkları semtlerdeki ilişkilerini ve doğrudan maruz kalınan problemlerden kendilerinin de etkilendikleri gerçeğini dikkate alarak, tecrübe ve bilgilerini, topluma geri döndürmek ve boş gitmelerini önleyerek, çözümlerde aktif roller üstlenmelerini sağlamak, emeklilerin bilgi ve deneyimlerinden yararlanmak, emeklilerin; çevrelerinde tespit ettikleri problemlerin çözümü, sosyalleşmeleri, şehrin daha huzurlu ve güvenli hale getirilmesinde yol gösterici bir kılavuz olmaları amaçlanmıştır (15,16).

Aydın'da 2012 yılında hayata geçirilen "Yalnız Değilsiniz" projesi kapsamında 75 yaş ve üzere yaşlılar ziyaret edilmiş, mahallerde yaşlılar grubu oluşturularak birbirleriyle tanışmaları sağlanmış, Aydın Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin katılımı ile düzenli sağlık kontrolleri İl Sağlık Müdürlüğü'nce yapılmış, sosyal, kültürel ve sportif merkezlere yönlendirme yapılarak zamanlarını en iyi şekilde geçirmeleri sağlanmıştır (15).

Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı tarafından ülke genelinde 90 yaşlı bakımı ön lisans programı, Yeditepe ve Adnan Menderes Üniversitesinde Yaşlı Sağlığı Yüksek Lisans programı, Adnan Menderes ve Ege Üniversitelerinde Yaşlı Sağlığı Doktora programının olduğu belirtilmiştir. Raporda yaşlılık çalışmaları yürüten beş adet Uygulama ve Araştırma merkezinin olduğu ve Dokuz Eylül Üniversitesi'nde Yaşlanma Enstitüsü kurulma çalışmalarının devam ettiğine yer verilmiştir (15).

Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından 2013 yılı sonu itibarıyla yaşlılara yönelik yedi proje desteklenmiştir. Bu projeler genel olarak (biri hariç) kesitsel araştırmalardır:

1. Modernleşme Hareketi Bağlamında Türkiye’de Kuşaklar Arası İlişkiler
2. Türkiye’deki Profesyonel Yaşlı Sürücülerin Araç Kullanma Becerilerinin Değerlendirilmesi
3. Ankara Büyükşehir Belediyesi’nin Sürdürülebilir Günlük Yaşam Destek Gönüllüleri Ağı
4. Kurumsal Bakım Hizmeti Alan ya da Ev Ortamlarında Yaşamlarına Devam Eden Yaşlı Bireylerde Depresyon Düzeyini Belirleyen Bireysel ve Çevresel Etkenlerin Yapısal Eşitlik Modeli ile Test Edilmesi
5. Türkiye’deki Emeklilerin Yaşam Kalitesini Geliştirmede Öncelikli Faktörlerin Belirlenerek Stratejik Plan Oluşturulması
6. Alzheimer Hastası Yaşlısına Bakan Ailelerin Sosyal, Psikolojik ve Ekonomik Sorunlarından Hareket Ederek Türkiye İçin Tasarlanan Yeni Bakım Modelleri
7. Hafif Kognitif Bozukluk ve Alzheimer Hastalığı ile Sağlıklı Yaşlılarda, EEG Olay İlişkili Osilasyonlar, Volimetrik Manyetik Rezonans Görüntüleme ve Nöropsikolojik Testlerin Kesitsel ve Boylamsal Olarak İncelenmesi (15).

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından yürütülmüş olan, Ankara Büyükşehir Belediyesi “Yaşlılara Hizmet Merkezi”nde Yalnız Yaşayan Yaşlılar İçin Toplumsal Temelli Bir Bakım Hizmeti Önerisi: Sürdürülebilir Günlük Yaşam Destek Gönüllüleri Ağı Projesi” bir müdahale çalışmasıdır (17). Projeye gönüllü desteği almayı kabul eden 38 yaşlı birey ve 77 gönüllü genç birey katılmıştır. Çalışmada yaşlıların desteğe en fazla ihtiyaç duydukları telefon kullanma ve acil numaralar konusunda bilgilendirme, tıbbi tedavinin sorumluluğunu üstlenme/ilaç kullanma yöntemi, ev yönetimi ve çamaşır gibi aktivitelere ilişkin gönüllü desteği verilmeye çalışılmıştır. Proje sonunda yaşlılara sadece 3-4 gün içinde verilen gönüllü desteğinin bile yaşlıların yaşamının çoğu alanında olumlu değişim sağlamada etkili olduğunu; ancak yaşamı tüm yönleri ile olumlu anlamda değiştirmede yeterli olmadığını ortaya konmuştur (17).

Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü tarafından 2013 Ocak-Kasım tarihleri arasında yaşlıların bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik eğitim vermek için 118 kurs açıldığı ve bu kurslarda 3525 kişiye eğitim verildiği belirtilmiştir (15).

Türkiye İstatistik Kurumu ise “İstatistiklerle Yaşlılar 2013 Raporu”nu yayınlamıştır. Bu Rapor’a göre yaşlı (65 ve üzeri) nüfus oranı 2013 yılında %7,7 iken nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre 2011 yılında, toplam hane halklarının %11,7’sini tek kişilik haneler oluşturmuştur. Bu hanelerin %42,2’si yaşlı kişilerden oluşmakta olup bu yaşlı kişilerin oturdukları konutların %14,4’ünde tuvaletin, %3,7’sinde borulu suyun ve %3,5’inde banyonun konutun dışında olduğu gözlemlenmiştir. Sağlık durumu “çok iyi/iyi” düzeyinde olan erkek nüfusun yüzdesi 2012 yılında %36,9 iken kadınlarda bu değer %18,7 olmuştur. Türkiye genelinde 2012 yılında, 15 ve daha yukarı yaştaki nüfusun obezite sıklığı %17,2 iken yaşlı nüfusta bu rakamın

%25 olduğu görülmüştür. Yaşlı nüfusta yoksulluk yüzdesi 2011 yılında 17 iken 2012 yılında 18,7'ye yükselmiştir (15,18).

Ülkemizde yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik yapılan çalışmalarına bakıldığında genel olarak kesitsel çalışmalar göze çarpmaktadır. Az sayıda olan müdahale çalışmalarına bakıldığında fiziksel etkinliğe yönelik çalışmaların sıklıkta olduğu görülmektedir. Örneğin; bir çalışmada birinci basamak hekimleri tarafından sedanter yaşlılara egzersiz reçetesi ve bedensel etkinlik önerileri verilmiştir. Çalışmada 50-70 yaş arasında girişim grubunda 51, kontrol grubunda 69 kişi yer almıştır. Günlük enerji tüketimi, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, bel ve kalça çevresi, Beden Kütle İndeksi, dinlenik kalp atım sayısı, alt ekstremitte kuvveti, üst ekstremitte kuvveti, alt ekstremitte esnekliği, üst ekstremitte esnekliği, denge özelliği bakımından zamanla girişim grubunda ilk ve son ölçümler (6 ayın sonunda) arasında anlamlı iyileşme gözlenmiştir ($p<0.05$). Gruplar arasında sistolik kan basıncı, kalça çevresi, dinlenim kalp atım sayısı, alt ekstremitte kuvveti, üst ekstremitte kuvveti, üst ekstremitte esnekliği ve denge özelliği bakımından anlamlı fark gözlenmiştir ($p<0.05$) (19).

Bir başka çalışmada Parkinson hastalığı olan 36 hastaya uygulanan kısa dönemli egzersiz programının yararları gösterilmiştir (20).

Sonuç olarak, ülkemizde genel olarak yaşlıların sağlık da dahil olmak üzere genel durumunun tespitine yönelik kesitsel çalışmalar yapılmaktadır. Artık yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik daha fazla, daha kapsamlı müdahale çalışmalarına ihtiyaç vardır. Bunu gerçekleştirme sorumluluğu kamu ve özel tüm kurum ve kuruluşlar kadar bir gün yaşlanacak olan her bir bireyindir.

Kaynaklar

1. Silveira AP, Gonçalves J, Sequeira T, Ribeiro C, et al. Geriatric oncology: comparing health related quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck Oncol* 2011;3(3):1-8.
2. Bahar Özvarış Ş. Sağlığı geliştirme ve Sağlık eğitimi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi yayınları, 2011, p 7.
3. Fertman CI, Allensworth DD, Elaine Auld M. Sağlığı Geliştirme Programlarının Tanımı. In: Fertman CI, Allensworth DD (Eds). Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe. Çeviri Sağlık Bakanlığı, Yayın No. 882, Ankara, 2012, p 7.
4. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2013-2017.Yayın no:892, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2012, p 109.
5. Sağlık Bakanlığı Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı. Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı Sunumu, Ankara, 2014.
6. Ünal B. Ergör G. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı. Yayın no: 909, Ankara, 2013.
7. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene Rehberi Hazırlık Çalışmaları (I). Nisan 2012, Ankara. [Internet] <http://ailehekimligi.gov.tr/component/content/article/102->

- [gorusler/1798-aile-hekimlii-uygulamasnda-periyodik-muayene-rehberi-hazrlk-calmalar-i-taslak.html](http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html). Erişim:12.08.2014.
8. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge. [Internet]
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html>. Erişim 22.08.2014.
 9. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. Ankara, 2013.
 10. Yıldırım Kaptanoğlu A. Yaşlı Sağlığı. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. İkinci baskı, İstanbul, 2012.
 11. Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu Bildirileri Kitabı. Ankara, 2012.
 12. I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi ve III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi Bildirileri Kitabı. İzmir, 2012.
 13. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007 Yayın No: DPT: 2741.
[Internet] www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf. Erişim 20.07.2011.
 14. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. Ankara, 2013.
 15. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı Kapsamındaki 2013 Yılı Faaliyet Raporları Kurum ve Kuruluşlar. Basılmamış Rapor. Ankara, 2014.
 16. Antalya İl Emniyet Genel Müdürlüğü Toplum Destekli Polislik Şube Müdürlüğü. Emekli Dostu Antalya Projesi. [Internet]
http://tdp.antalya.pol.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=7:emekli-dostu-antalya-projesinin-hedefi&catid=46:projelerimiz&Itemid=16. Erişim: 22.08.2014.
 17. Hablemitoğlu Ş, Özmete E, Sezen Bayoğlu A, Yıldırım F. Ankara Büyükşehir Belediyesi “Yaşlılara Hizmet Merkezi”nde Yalnız Yaşayan Yaşlılar İçin Toplumsal Temelli Bir Bakım Hizmeti Önerisi: Sürdürülebilir Günlük Yaşam Destek Gönüllüleri Ağı. TÜBİTAK Proje No: 107K477. Ankara, 2011.
 18. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar 2013 Raporu. Yayın No: 4158. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2013, pp 1-6.
 19. Atay E, Toraman NF, Yaman H. Exercise prescription by primarycare doctors: effect on physical activity level and functional abilities in elderly. Turkish Journal of Geriatrics 2014;17(1):77-85.
 20. Mengi G, Yüksek Okumuşoğlu S, Beyazova M. Beneficial effects of a short-term exercise program on parkinson’s disease. Turkish Journal of Geriatrics 2014;17(1):29-34.

YAŞLI SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI İLE İLGİLİ ARAŞTIRMA GEREKSİNİMLERİ

Dilek Aslan

Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Türkiye’de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artmasıyla birlikte bu döneme dair bilinmeyenlerin ortaya çıkabilmesi için kanıta dayalı çalışmaların da gelişmesi süreci de ivme kazanmıştır. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun 2013 yılı Aralık ayı itibarıyla toplam nüfusun %7,7’sini oluşturduğu (5 891 694 kişi) Türkiye İstatistik Kurumu tarafından açıklanmıştır. Bu değerin 1935 yılında %3,5 olduğu da kayıtlar arasındadır (1)

Ülkemizde kalabalık bir nüfusa sahip olan yaşlı nüfusun gereksinimleri tıpkı dünyanın diğer bölgelerinde olduğu gibi diğer yaş gruplarından oldukça farklıdır. Bu gereksinimlerin bilimsel çalışmalarla ortaya konulabilmesi mutlak bir beklentidir.

Genel bir bakış açısıyla; uluslararası bir veri tabanında (PubMed) seçilmiş anahtar sözcükler verilerek kısa bir tarama 24.8.2014 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre ulaşılan sonuçlar Tablo 1’de yer almıştır.

Anahtar sözcüklerin artırılarak bu değerlendirmenin çeşitlendirilmesi olasıdır, ancak, yapılan bu kısa değerlendirmeden de anlaşıldığı gibi; örneğin, Amerika Birleşik Devletleri künyeli araştırmaların sayıca ülkemize ait makalelerden sayıca çok daha fazla olduğu görülmektedir. Bu farkın çok sayıda nedeni olabilir. Yaşlı nüfusun ülkemizde görece yeni artan bir eğime sahip olması, araştırmalara genel anlamda daha az kaynak ayrılması, ülkemizde yapılan çalışmaların uluslararası literatüre daha az yansması bu nedenler arasında sayılabilir.

Yaşlılıkla ilgili hangi araştırmalara gereksinim var? Sorusu çok temel bir soru olup bu sorunun asıl sahipleri özellikle araştırmacılar ile işbirliği yapması gereken kamusal ve/veya diğer sektörler olmalıdır. Sorulan bu soruya doğru ve zamanında yanıtların verilebilmesi, yaşlı sağlığı ve hastalıkları yönetimi ile ilgili hedefleri karşılayan plan, program ve politikaların üretilmesini kolaylaştırır. Araştırmaların artmasının bir başka yolu da bu konuda çalışan araştırmacıların artması ile sağlanabilir. Araştırmacılar da yaşlı sağlığı ve hastalıkları ile ilgili çalışmalarını konuya ilişkin ilgileri ve duydukları gereksinimlerin yanı sıra, bu konuda bütçe ve diğer kaynakların varlığında daha kolay yürütebilirler. Dolayısıyla, gereksinim, kaynakların varlığı, yapılan çalışmaların sonuçlarının özellikle politika yapıcılar ve kamusal mekanizmalar tarafından kullanılması bu konudaki araştırmaların artması için olması beklenen adımlardır.

Tablo 1. Seçilmiş bir veri tabanına (PubMed) yaşlılıkla ilgili bazı anahtar sözcükler kullanıldığında ulaşılan makale sayıları (24.8.2014)

Anahtar sözcük	Ulaşılan makale sayısı
Ageing, Turkey	1254
Aging, Turkey	1190
Aging, prevention, Turkey	54
Aging, diagnosis, Turkey	581
Aging, treatment, Turkey	372
Aging, rehabilitation, Turkey	48
Elderly, Turkish	5897
Geriatrics, Turkey	65
Geriatrics, United Stated	7098
Elderly, United States	441972

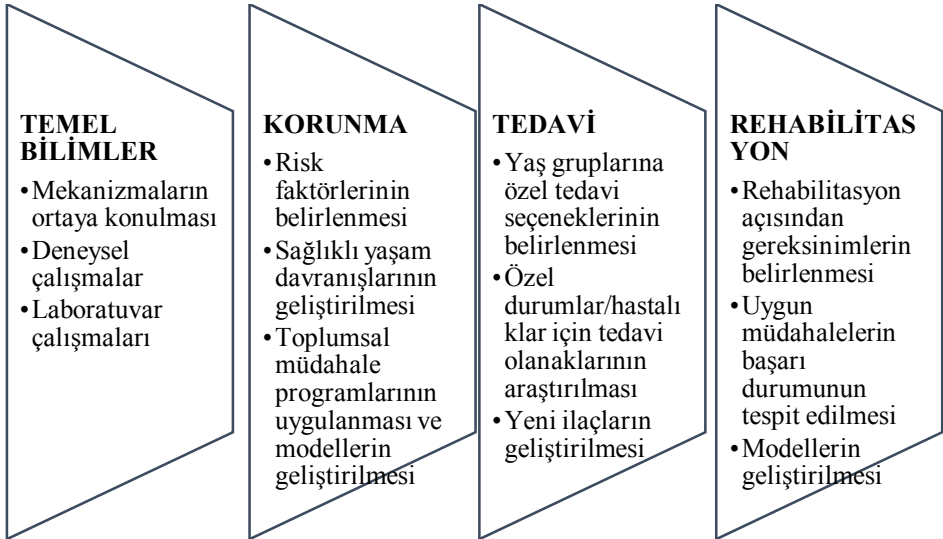
Türkiye’de bilimsel literatürde var olan yaşlı sağlığı konusundaki dergilerin varlığı da araştırmacıların motivasyonu açısından önemlidir. Ülkemizde Türk Tıp Dizini tarafından dizinlenen 113 dergi bulunmaktadır (2). Bu veri tabanında “yaşlı”, “geriatri” başlıkları tarandığında ise bir tek dergiye ulaşılabilmektedir. Türk Geriatri Dergisi, Türk Tıp Dizini yanı sıra, SCI Expanded ve SSCI veri tabanlarında da dizinlenmektedir (3). Yaşlı sağlığı konusunda uluslararası dizinlerde yer alan dergilerin sayıca artması araştırmacıların konuya olan ilgilerinin de artmasına katkı sağlayan bir unsur olabilir. SCI Expanded kapsamında dizinlenen yaşlı sağlığı konulu dergilerin sayısı 50’dir (4). Dergi listesi aşağıda yer almaktadır:

1. *Age*
2. *Age and Ageing*
3. *Ageing Research Reviews*
4. *Aging & Mental Health*
5. *Aging and Disease*
6. *Aging Cell*
7. *Aging Clinical and Experimental Research*

8. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*
9. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*
10. *American Journal of Geriatric Psychiatry*
11. *Archives of Gerontology and Geriatrics*
12. *Australasian Journal on Ageing*
13. *Biogerontology*
14. *BMC Geriatrics*
15. *Clinical Gerontologist*
16. *Clinical Interventions in Aging*
17. *Clinics in Geriatric Medicine*
18. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*
19. *Drugs & Aging*
20. *European Geriatric Medicine*
21. *European Review of Aging and Physical Activity*
22. *Experimental Aging Research*
23. *Experimental Gerontology*
24. *Frontiers in Aging Neuroscience*
25. *Geriatric Nursing*
26. *Geriatrics & Gerontology International*
27. *Gerodontology*
28. *Gerontology*
29. *Immunity & Ageing*
30. *International Journal of Geriatric Psychiatry*
31. *International Journal of Gerontology*
32. *International Psychogeriatrics*
33. *Journal of Aging and Physical Activity*
34. *Journal of Geriatric Cardiology*
35. *Journal of Geriatric Oncology*
36. *Journal of Geriatric Physical Therapy*
37. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*
38. *Journal of Gerontological Nursing*

39. *Journal of Nutrition Health & Aging*
40. *Journal of the American Geriatrics Society*
41. *Journal of the American Medical Directors Association*
42. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences*
43. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*
44. *Maturitas (Official Journal of the European Menopause and Andropause Society)*
45. *Mechanisms of Ageing and Development*
46. *Neurobiology of Aging*
47. *Psychogeriatrics*
48. *Rejuvenation Research*
49. *Turkish Journal of Geriatrics (Turk Geriatri Dergisi)*
50. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*

Şekil 1’de halk sağlığı yaklaşımı ile yaşlı sağlığı ve hastalıkları konusunda araştırma başlıklarına ilişkin temel bir yaklaşım sunulmuştur.



Şekil 1. Gereksinim duyulan araştırma başlıkları

Sonuç olarak, yaşlı sağlığı ve hastalıkları ile ilgili araştırma gereksinimleri ülkemizde çalışılması ve geliştirilmesi önemli olan bir alandır. Bu kısa değerlendirme yazısında yer alan temel tespitlerin özellikle halk sağlığı çalışanları tarafından dikkate alınarak gelecek dönem çalışmaların bu gereksinimleri karşılayan bir amaç doğrultusunda gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

1. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. Erişim:20.8.2014.
2. [Internet] <http://uvf.ulakbim.gov.tr/dergiler/kondrglist.php?vt=tip>. Erişim:24.8.2014.
3. [Internet] <http://geriatri.dergisi.org/>. Erişim:22.8.2014.
4. [Internet] <http://science.thomsonreuters.com/cgi-bin/jrnlst/jlresults.cgi?PC=D&SC=LI>. Erişim:24.8.2014.

Okuma İçin Web Sitesi Önerileri

1. Ageing. [Internet] <http://www.who.int/topics/ageing/en/>. Erişim: 1.9.2014.
2. Interesting facts about ageing [Internet] <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>. Erişim: 1.9.2014.
3. Healthy aging. [Internet] <http://www.cdc.gov/aging/>. Erişim: 1.9.2014.
4. Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. [Internet] <http://www.eyh.gov.tr/upload/Node/8638/files/blob.docx>. Erişim: 1.9.2014.
5. Healthy ageing. [Internet] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing>. Erişim:1.9.2014.
6. Active ageing: Good health adds life to years. [Internet] <http://www.euro.who.int/en/about-us/whd/past-themes-of-world-health-day/world-health-day-2012-active-ageing-good-health-adds-life-to-years>. Erişim:1.9.2014.
7. EUR/RC62/10 Rev.1 Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. [Internet] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe.-20122020>. Erişim:1.9.2014.
11. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Aslan D, Ertem M (Eds). HASUDER Yayın No:2012/1. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasl%C4%B1sagligiyeni16.7.2012.pdf. Erişim:1.9.2014.

12.TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ

Bölüm Editörleri

Prof.Dr. Bülent Kılıç, Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Uzm.Dr. Deniz Akgün, Antalya Konyaaltı TSM

Prof. Dr. Nuray Özgülnar, İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

I-SAĞLIK POLİTİKASI

Kayıhan Pala

Prof. Dr. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Türkiye’de sağlık hizmetleri, 1923’te Cumhuriyetin kuruluşundan 1982 yılına kadar devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir. Devletin sağlık hizmeti sunması önceleri yasalarla düzenlenmiş, daha sonra anayasa hükmü olarak 1961 Anayasası içinde yer almıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi

Türkiye’de çağdaş hekimlik uygulamalarına geçişin en önemli adımı, 1961 yılında kabul edilen “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile atılmıştır. Bu Kanun eşitlikçi bir yaklaşımla hazırlanmıştır ve Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu kabul etmektedir. Kanunla birinci basamak hizmetlerin kırsal kesime kadar yayılarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılması ve koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin entegre biçimde bir arada yürütülmesi hedeflenmiştir. Kanun ayrıca kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesini getirmektedir.¹

1963 – 1965 yıllarında başarı ile uygulanan Kanun 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür. Bu başarısızlığın temel nedenleri arasında sağlık bakanları başta olmak üzere üst düzey sağlık yöneticilerinin yasanın uygulanması gereğine inanmamaları, hastane ve sağlık ocaklarında yeterli

sayıda sağlık personeli görevlendirilmemesi, sağlık insan gücünün gereksinimlere uygun yetiştirilmemesi, basamaklar arasında eşgüdüm ve işbirliğinin sağlanamaması, sağlık yöneticilerinin yetersizliği, halkın sağlık hizmetine katılımının sağlanamaması, kentsel bölgelerdeki hizmetle ilgili sorunların göz ardı edilmesi ve ödenek yetersizlikleri sayılabilir.^{1,2}

Bir yandan desteklenmeyerek ve uygulanmayarak çökertilen, diğer yandan da kıyasıya eleştirilen, yetersiz olduğu öne sürülen 224 sayılı yasa; aslında Türkiye'nin sağlık alanındaki temel gereksinimlerini karşılamak açısından oldukça iyi tasarlanmış bir yasadır.³ Bunu yasanın iyi uygulandığı eğitim ve araştırma bölgelerinin raporlarında görmek olanaklıdır. 1960 yılından sonra sağlık göstergelerinde gözlenen iyileşmeler, bütün eksikliklerine karşın Sosyalleştirme yasasının katkısıyla başarılmıştır.^{4,5}

Sağlık reformları

Türkiye'de sağlık sistemini "reform" adı altında değiştirmeye yönelik girişimler esas olarak 1980 askeri darbesi sonrasında, değiştirilen anayasa ile gündeme getirilmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasasının 56.Maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmıştır. Yeni Anayasaya göre devlet sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemekle görevlendirilmiştir. Anayasaya göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir. 1980'den sonra Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumundaki temel değişim; hizmet sunumunda özel sektöre öncelikli olarak yer açılmasının sağlanması olmuştur. Küresel kapitalizmin 1970'li yıllarda başlattığı sağlıkta neoliberal dönüşüm, Türkiye'de ilk ipucunu 1982 Anayasası ile vermiş, "sağlık reformu" adıyla anılan bu yaklaşım devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi anlamına gelecek bir sağlıkta özelleştirmenin de habercisi olmuştur.³

Türkiye'de 1980 sonrasında sağlık sektörünü serbest pazar ekonomisine uyarlamak yolundaki ilk yasal girişim 1987'de kabul edilen "Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu" dur. Kanun genel bir sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımlarını tanımlamakta, kamu hastanelerini işletme haline getirerek tedavi edici hizmetleri piyasaya açmakla ilgili düzenlemeleri içermektedir. Kanunun sözleşmeli personel çalıştırmak gibi temel bölümleri Anayasa Mahkemesi tarafından sosyal devlet ilkesi ve personel rejimiyle bağdaşmadığı gerekçesiyle iptal edildiği için, bu yasa o yıllarda bütünüyle uygulamaya konulamamıştır.

1990'lar, Türkiye'de özel hizmet sunan sağlık kuruluşları sayısında hızlı artış ve özel sağlık sigortası için sağlık alanının bir "Pazar" olarak gelişmesinin yaşandığı yıllar olmuştur. Türkiye sağlık sektörü, 1980'lerden sonraki 20 yılda yaklaşık 3 kat büyümüş, bu büyümede kamu sektörünün payı giderek belirleyici olmuş, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları kamunun sağlıktaki motoru haline gelmiş, ancak kamu sağlık finansmanı giderek daha fazla genel bütçe dışı kaynaklardan (başta döner sermaye olmak üzere) beslenir hale gelmiştir. Bu süreçte, sağlık sektörünün belirleyici özelliği, kamudan özele, özelden yurt dışına

kaynak aktarımının yapısal hale getirilmesidir. Türkiye sağlık sektörü, düzenli yurt dışına kaynak aktaran bir büyüme ve “modernleşme” yolunu seçmiştir.⁶

Türkiye’de 1999 yılında %4,8 olarak gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıla içindeki payı 2009’da %6,1’e yükselmiş; sonraki yıllarda bir miktar azalma ile 2012 yılında %5,4 olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamaları içinde 1999 yılında %61,1 olan kamunun payı, 2009 yılında %81,0’a kadar yükselmiş; 2012 yılında ise %76,8 olarak gerçekleşmiştir.⁷

Satın alma gücü paritesine göre 2002 yılında 445 Dolar olan toplam kişi başı sağlık harcaması, %157,1 artışla 2012 yılında 1.144 Dolara yükselmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı %19,8’den (2002) %16,8’e (2012) düşmüş olmasına karşın; 2002 yılında sağlık hizmeti almak için cebinden (Satın alma gücü paritesine göre) 88,3 Dolar ödeyen her bir yurttaşın, 2012 yılında yalnızca cepten sağlık harcaması olarak ödemesi gereken tutar 192,4 Dolara yükselmiştir.⁸

Türkiye’de bir yandan (özellikle 2002 yılı sonrasında) toplam sağlık harcamaları artarken, diğer yandan da sosyal güvenlik kurumlarının özel sektörden sağlık hizmeti satın almasının yolu açılarak özel sağlık sektörü desteklenmiştir. Sosyal güvenlik kurumlarının toplam sağlık harcamaları içerisinde özel hastanelerin payı %6,2’den (2001) neredeyse üç kat artarak %16,4’e (2012) yükselmiştir. Sosyal güvenlik kurumlarının tedavi harcamalarının 2002 yılında %14,0’ı özel sektöre aktarılırken, bu oran, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yapılanmasıyla birlikte iki katından fazla artarak 2012 yılında %24,8’e yükselmiştir.⁹ Bir başka deyişle, SGK, tedavi hizmetleri için ayırdığı bütçenin yaklaşık dörtte birini özel sektöre aktarmaktadır. Bu durum doğal olarak özel sağlık sektörünü büyüten bir yaklaşım olarak kendini göstermiştir. Türkiye’de 2002 yılında 271 olan özel hastane sayısı iki kat artarak 2012’de 541’e yükselmiştir.¹⁰

Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye’de hükümetlerin 1983 yılından sonra neoliberal ekonomi politikalarının bir uzantısı olarak “Sağlık Reformları” adıyla dile getirdikleri yapısal değişiklikler, omurgası aynı kalmak koşuluyla AKP Hükümeti tarafından adı “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” olarak değiştirilerek 2003 yılında toplumun karşısına çıkartılmıştır.

Sağlık politikasının oluşturulmasında 1980’lerden sonra Dünya Bankası belirleyici bir rol oynamaya başlamış ve son yıllarda bu rol giderek artmıştır. Türkiye’nin Sağlıkta Dönüşüm Programı Dünya Bankası tarafından iki “Uyarlanabilir Program Kredisi” ile desteklenmiştir. Yapılan çalışmalar arasında, sağlık sistemi performansı ile ilgili olarak Türkiye’nin küresel olarak karşılaştırıldığı ve sisteme uluslararası politika deneyimlerinin aktarıldığı bir OECD-Dünya Bankası ortak raporu da yer almaktadır. Ayrıca bir de sağlık sektörü değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.¹¹ 2005 yılında “Kamu hastanelerinin özertleştirilmesine esas oluşturacak model ve kriterlerin belirlenmesi” konulu çalıştayın Dünya Bankası

temsilcileriyle birlikte yapılması bu konudaki somut örneklerden yalnızca birini oluşturmaktadır.¹²

Sağlık politikalarını geliştirmek ve hükümetlere danışmanlık yapmak üzere sağlık reformlarının hayata geçirilmesi aşamasında “Proje Koordinatörlüğü” adıyla bir birim kurarak Dünya Bankası’nın yaklaşımlarını politika belgelerine aktaran Sağlık Bakanlığı, Koordinatörlüğün kapatılmasıyla birlikte SDP sonrasında 2005 yılında “Milli Sağlık Enstitüsü” kurmayı hedeflediğini açıklamıştır.¹² Bu enstitünün Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) adıyla kurulmasına ilişkin tasarı taslağı Ağustos 2014 itibarıyla TBMM’de görüşülmeyi beklemektedir.

Reform sürecinde neoliberal sağlık politikalarına koşut olarak, Bakanlık tarafından sosyalleştirme yıllarında kullanılan toplumsal dil yerini ticari bir dile bırakmış ve hem politika hem de dil değişikliği “*Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması için hizmet sunumundan ziyade sağlık politikalarını oluşturacak, kapasite oluşturma açısından sektöre yol gösterecek ve denetleyecek bir bakanlık teşkilat yapısı tanımlama çalışmaları yürütülmüştür*” tümcesinde olduğu gibi belgelere de yansımıştır.¹² Bakanlığa “kapasite oluşturma açısından özel sektöre yol göstericilik” işlevinin yüklenmesi, sağlık alanının ticarileştirilmesindeki rolünü açıkça ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır.

Bu süreçte reformun gereksinimlerini karşılayabilmek açısından Bakanlığın yapılanmasında da önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Örneğin Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi’nin işlevi değiştirilmiş, Bakanlık bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. SDP sonrasında Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi “Rekabetçi uygulamalar aracılığıyla sağlığın iyileştirilmesi ve hastalığın kontrolüne yönelik yerel inisiyatifleri ve yaklaşımları desteklemek üzere” kurulan “Toplum Sağlığı Fonu”nun uygulayıcı birimi olarak görevlendirilmiştir.¹³ Hıfzıssıhha Mektebi ayrıca “Flagship Programı” gibi etkinliklerle bir yandan üst düzey politikacılara yönelik politika seminerleri gerçekleştirmekte, diğer yandan da toplumu sağlık reformları ile ilgili olarak ikna etmek amacıyla “Sağlık Reformunun Doğru Yapılması” benzeri yayınlarla propaganda faaliyeti yürütmektedir.

Sağlık Bakanlığı Haziran 2003’te Sağlıkta Dönüşüm Programını sekiz bileşen üzerinden açıklamıştır:¹⁴

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi
 - Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri
 - Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
 - İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
 - Ulusal İlaç Kurumu

- Tıbbi Cihaz Kurumu
8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Hükümet aslında SDP ile niyetini daha ilk maddede açıkça ortaya koymaktadır. Sağlık Bakanlığı artık yalnızca “planlayıcı ve denetleyici” bir işlev yüklenecek, sağlık hizmeti sunumundan çekilecektir!

Sağlıkta Dönüşüm Programı incelendiği zaman sağlık sistemini oluşturan üç temel alana birden müdahale etmenin hedeflendiği anlaşılmaktadır: Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunumu.

2004 yılında çıkarılan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile birinci basamağın özelleştirilmesi, 2006 yılında çıkarılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerinin finansmanının sigorta yoluyla sağlanması ve özel sağlık sektöründen sağlık hizmeti satın alınmasının kapsamının genişletilmesi, 2010 yılında kabul edilen 5947 sayılı tam gün yasası ile hekim emeğinin değersizleştirilmesi ve 2011 yılında Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi, kamu hastane birliklerinin kurulması, ithal hekim çalıştırılabilmesi, sağlıkta serbest bölge ve 2013 yılında 6428 sayılı kanun ile kamu özel iş birliği modeli ile tesis yaptırılması, yenilenmesi ve hizmet alınması gibi uygulamalar yürürlüğe konmuş bulunmaktadır.

Bilindiği gibi, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde yapılacak değişim temel olarak ülkenin sosyal güvenlik politikasına bağlıdır. Türkiye’deki örgütlenme değişikliği de tüm basamaklarda sosyal güvenlik politikasındaki değişime koşut olarak gerçekleştirilmiştir. SDP ile 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yasa ile getirilen ve çağdaş sağlık hizmetlerinin sunulması için önemli bir ilke olarak kabul edilen nüfus temelli örgütlenme yapısı ortadan kaldırılarak, temel sağlık hizmeti yönelimli sağlık hizmeti sunma anlayışı yok edilmiştir. Örgütlenmede coğrafi sınır yerine, serbest piyasa ekonomisinin “Sunu/İstem” dengesi gözetilmektedir. Topluma “Hekim seçme özgürlüğü” olarak tanıtılan bu uygulamanın, aynı coğrafi alanda yaşayanların farklı hekimlerden hizmet almaları nedeniyle, toplumu etkileyen başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere önemli halk sağlığı sorunlarının izlenmesinde yaratabileceği sıkıntılar gibi pek çok sorunu içerisinde barındırdığı bilinmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci basamak örgütlenmesine yönelik uygulaması bireye yönelik hizmetlerin aile hekimliği adı altında örgütlenmesi olmuştur. Aile hekimliği toplumun birinci basamak sağlık hizmeti gereksiniminin karşılanmasından çok, SDP’nin gereksinimini karşılamak üzere yapılandırılmıştır. Temel ve birincil korumaya yönelik sağlık hizmetleri parçalanmış, kişiye ve topluma yönelik hizmetler birbirinden ayrılmış toplum sağlığı merkezleri ile aile sağlığı merkezleri arasında hiyerarşik ilişki kurmayan, veri akımını kesen düzenlemelerle, örgütlenme parçalı hale sokulmuştur. Bu yapılanma bölge tabanlı bir sağlık hizmeti planlama ve değerlendirme olanağını ortadan kaldırmaktadır. Aile hekimliği uygulaması basamaklar arası dayanışma, hizmetlerde eşgüdüm, toplum katılımı gibi yönetsel etkinliği artırıcı mekanizmalardan yoksundur.

Muayene ücreti, reçete ücreti, katkı payı gibi araçlarla birinci basamakta da cepten ödeme mekanizmaları kurulmuş, finansmanda kamu bir ölçüde sorumluluğu vatandaşa aktarmış bulunmaktadır.¹⁵

SDP ile sağlık hizmetlerinin finansmanına müdahale, projenin “Olmazsa olmazı” diye tanıtılan en sıkıntılı bölümüdür. Çünkü genel sağlık sigortası (GSS) adıyla prim toplamaya dayalı bir sosyal sigorta kurulmuştur. GSS temel olarak üç bileşenden oluşmaktadır: Temel teminat paketi, prim ve kullanıcı ödentisi.

Temel teminat paketi (TTP) yurttaşın yararlanabileceği sağlık hizmetinin kapsamını belirleyen belge olarak adlandırılabilir. Başka bir deyişle, güvence altına alınan sağlık hizmetlerinin kapsamı belirlenmektedir. Elbette bu belirleme, bir “kısıtlama” ile birlikte. TTP’nin vurgulanması gereken en önemli özelliği, sağlık hizmeti kapsamının gereksinimi karşılamaktan uzak olması nedeniyle, kişilerin “Ek ve tamamlayıcı” sigorta adı altında özel sağlık sigorta şirketleri aracılığıyla ikinci bir sigorta primi ödemeye zorlanmalarıdır. Bu bağlamda, 23 Ekim 2013 tarihinde “genel sağlık sigortalısının TTP kapsamında SGK tarafından karşılanan Türkiye’deki giderlerine ilave masraflar ile genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanmayan Türkiye’deki giderlerinin karşılanabilmesi amacıyla” Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği yayınlanmış bulunmaktadır.

Dünyadaki uygulamalar, başlangıçta halkın tepkisini çekmemek için temel teminat paketlerinin geniş tutulduğunu, ancak zaman geçtikçe sigorta sistemlerindeki maliyet sınırlama politikalarına koşut olarak kapsamın daraltıldığını göstermektedir. Hizmetin sınırının temel teminat paketi ile belirlenmesi, özellikle yoksullar ve dar gelirli için sağlık hizmetine erişimi kısıtlamaya açık bir yaklaşımdır.

GSS’de sağlık hizmeti almaya hak kazanmak için prim ödemek zorunludur. Primini ödeme gücünden yoksun olanların, primlerinin devlet tarafından ödeneceği iddia edilmekteyse de, kimlerin prim ödeme gücünden yoksun olarak kabul edilmesi gerektiği tartışma konusudur. Çünkü güncel mevzuata göre, asgari ücretin üçte biri tutarında geliri olanlar prim ödeme yükümlüsü olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşım, Türkiye nüfusunun üçte birinden daha fazlasının, prim ödeme gücünde kabul edilmesine karşın fiilen primini ödeyememesi nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimlerinin engellenmesi anlamına gelmektedir. Geriye kalanların büyük bir bölümü de primleri ücretlerinden kesilecek olmasına karşın, dar gelirli olmaları nedeniyle “ek ve tamamlayıcı” sigorta olanağından yoksun olacakları için, temel teminat paketi dışındaki sağlık hizmetleri için başka kaynaklara başvurmak zorunda kalacaklardır. Bu noktada “Tıbbi yoksulluk” kavramı gündeme gelmektedir.

Türkiye’de, Hükümet tarafından, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile özellikle yoksulların sigorta kapsamına alındıklarına vurgu yapılmasına karşın, bu durum gerçekleri tam olarak yansıtmaktan uzaktır. Sosyal Güvenlik Kurumu’na göre, 2011’de Türkiye’de sigorta kapsamı dışında kalan kişi sayısı 10 milyon üzerindedir ve nüfusun %14’ünü oluşturmaktadır. Buna ek olarak prim borçları nedeniyle 6 milyon kişinin sağlık hizmetlerine erişemediği tahmin edilmektedir. Bunun bir yansıması olarak Türkiye’de 2011’de acil servislere 90 milyondan fazla

başvuru yapılmıştır. Türkiye, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile dünyada nüfusundan daha fazla acil başvurusu olan tek ülke konumuna getirilmiştir.¹⁶

GSS'nin diğer bir önemli özelliği, sağlık hizmetinden yararlanma aşamasında kullanıcı ödentisinin (katkı/katılım payı) zorunlu tutulmasıdır. Kullanıcı ödentileri; gereksiz hizmet kullanımının engellenmesi, sağlık sisteminin farklı basamaklarına farklı düzeyde ödenti zorunluluğu getirilmesine bağlı olarak basamaklı sistemin kullanımının geliştirilmesi, hizmet kalitesinin ve hizmeti kullananların tatmininin artırılması ve hizmeti üretenlerde ve kullananlarda maliyet bilincinin geliştirilmesi gerekçeleriyle gündeme getirilmiş olmasına karşın; yoksulların sağlık hizmeti kullanımını engelleyerek eşitsizlikleri artırması, tedavi edici hizmetlere yönelik tercihi artırması, dolayısıyla verimliliği azaltması ve yönetsel maliyetleri artırması nedenleriyle önemli sorunlara yol açmıştır. Ancak özellikle sıcak para toplamada önemli bir araç olması nedeniyle kullanıcı ödentileri hükümetler için bir çekim alanıdır. Dünya Bankası, kamu tarafından ücretsiz sağlanan sağlık hizmetlerinin, kullanıcı ödentisi ile sağlanmasının “verimliliği” artıracağını iddia etmesine karşın; beklenen olası yarar gerçekleşmemiş; kullanıcı ödentileri maliyetleri azaltmamış, hizmeti kullanma sırasında yoksulların zenginlerden daha fazla ödediği saptanmıştır.^{17,18}

Türkiye’de hastalardan alınan katılım payları giderek artmaktadır. 2012 yılında hastanelerde muayene olan hastalardan yalnızca muayene katılım bedeli olarak toplam 2 milyar 132 milyon TL alınmıştır.¹⁹ Bunun içinde reçete, ilaç, protez ve ortezlerden ve özel işlemlerden alınan katkı paylarının bulunmadığı dikkate alınacak olursa; katılım paylarının ulaştığı tutarın yüksekliği daha kolay anlaşılacaktır.

GSS ile sağlık hizmetlerinin kamuya maliyeti de artmaktadır. Bunun iki önemli nedeninden birincisi, sağlık hizmetlerinin giderek artan oranda özel sektörden satın alınması nedeniyle maliyete “Kâr” kaleminin eklenmesi ve ikincisi GSS nedeniyle yönetsel maliyetlerin artmasıdır. Bunlara kapsam altındaki sigortalıların hizmeti gereksiz yere kullanmak istemesini de eklemek gerekir. Nitekim GSS 2006 yılında yürürlüğe girdikten sonra, Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamalarının üç katından fazla arttığı bilinmektedir. 2005 yılında 13.6 milyar TL olan SGK toplam sağlık harcaması 2012 yılında 44.1 milyar TL’ye yükselmiştir.⁹

Türkiye’de SDP ile sağlığın finansmanı açısından kurulmaya çalışılan sistem, “primini ödeyebilen yurttaşın” sağlık hizmetine erişim sırasında ek olarak “katkı payı” ödemek koşuluyla kapsamı “temel teminat paketi” ile belirlenmiş hizmetlerden yararlanması olarak tanımlanabilir. Bu sistem emekçiler açısından üç temel sıkıntıyı barındırmaktadır: Asgari ücretin üçte birinden fazla geliri olan herkes prim ödemekle yükümlü kılınmaktadır, hizmetten yararlanma sırasında ücret ödemek (katkı payı) zorunlu tutulmaktadır ve hizmet kapsamı gereksinime göre değil, maliyet sınırlama politikalarına göre belirlenmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının örgütlenme ve finansman dışındaki üçüncü ayağı, sağlık hizmetlerinin sunumundan devletin el çektilmesini hedeflemektedir. Anımsanacağı gibi, Dünya Bankası Haziran 2002’de genel seçimler öncesinde Türkçe yayınladığı raporunda “Her iki Bakanlık da, şu anda yüksek öncelik

vermedikleri daha önemli görevler taşıdıkları için, mevcut yapılarının özünü oluşturan sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması işiyle gerçekte doğrudan ilgili olmamalıdır” diyerek Sağlık ve Çalışma Bakanlıklarının sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi gerektiği ile ilgili tavrını açıkça ortaya koymuştu.²⁰

Dünya Bankası aynı raporda, Türkiye’de kamu hastanelerinin yeterliliklerini arttırmak amacıyla hastanelere “idari ve mali özerklik” verilmesi gerektiğini de belirtmiştir. Banka’ya göre Türkiye’de kamu hastanelerinin özerkliği iki aşamada gerçekleştirilmeliydi. İlk aşamada öncelikli olarak kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir yasal yarı-kamu kuruluşu çatısı altında toplanmalı (Banka bu kuruluş için “Sağlık Bakanlığı Hastane Şirketi (SBHŞ)” adını öneriyor) ve bu kuruluş Bakanlıktan bağımsız tutulmalıydı. İkinci aşamada ise SBHŞ bünyesindeki hastanelere seçici bir biçimde teker teker özerklik verilecekti. Banka aynı zamanda ikinci aşama olarak tanımladığı hastanelerin birer birer özerk hale getirilmesinin hastanelerin özelleştirilmesiyle sonuçlanacağını ve bunun öz kaynakların kullanımında daha iyi çalışma ve daha etkili bir sistemin oluşmasına katkıda bulunacağını da savunmaktadır.²⁰ Türkiye henüz ikinci aşamaya geçmemiş olmakla birlikte; kamu hastanelerinin sınıflandırılmasının bu aşamaya hazırlık için yapılan işlemlerden biri olduğu bilinmektedir.

Dünya Bankası’nın direktifleri uyarınca, SSK hastanelerinin 2005 yılında Sağlık Bakanlığı’na devri ile Çalışma Bakanlığı sağlık hizmeti sunumundan çekilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi ile ilgili ilk girişim ise 2004 yılında çıkarılan “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun” ile olmuştur. Bu kanun ile Sağlık Bakanlığı “Taşra teşkilatı kapatılan” bakanlıklar arasında yer almıştır. Kanuna göre *“Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine”* devredilecekti. Ancak zamanın Cumhurbaşkanı tarafından Kanun veto edildiği için söz konusu devir yürürlüğe giremedi.

Sağlık Bakanlığı’nın ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden çekilmesi 02 Kasım 2011’de yürürlüğe giren 663 Sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile hayata geçirildi. Kararname ile Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunmaktan alıkonularak, düzenleyici ve denetleyici bir bakanlık haline getirilmiş; “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu” adıyla Bakanlığa bağlı bir kuruluş oluşturularak devlet hastanelerinin illerde kurulacak hastane birliklerine devredilmesinin yolu açılmıştır. Kararname ile yapılan düzenlemeler Dünya Bankası’nın önerileriyle büyük ölçüde örtüşmektedir. Hükümet Banka’nın önerdiği şirketi “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu” adıyla kurarak ilk aşamayı gerçekleştirmiş bulunmaktadır.

SDP, Hükümetin sağlık alanının özelleştirilmesi hedefine uygun olarak yoluna devam etmektedir. Hükümet, 2008 yılının son gününde Resmi Gazete’de yayınladığı Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programında bu durumu “Özelleştirme” başlığı altında devletin sağlık alanındaki payının azaltılması biçiminde ortaya bir kez daha koymuştur.²¹

Kamu-Özel Ortaklığı

SDP ile son yıllarda gündeme getirilen en önemli girişimlerden birisini de Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) oluşturmaktadır. Kamu-özel ortaklığı, devletin bir özel şirket grubuyla uzun süreli (49 yıla kadar) sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanır. Bu sözleşmenin konusu, kamu hizmeti verilecek tesisin (Hastane, okul, hapisane, otoyol vb.) özel şirketler tarafından yapılarak devlete kiraya verilmesi, devletin de hem şirketlere kira ödemesi hem de bu tesiste verilecek “çekirdek hizmet” dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmesidir.²²

Kamuya ait sağlık tesislerinin “Kiralama” karşılığı yaptırılabilmesine ilişkin ülkemizdeki ilk düzenleme Özal Hükümeti tarafından 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na 2005 yılında AKP’nin bir madde (Ek Madde 7) eklemesiyle yapılmıştır. Ardından hem bir yönetmelik (2006), hem de yeni bir yasa (2013) ile kiralamanın kapsam ve içeriği ayrıntılı olarak belirlenmiştir.

Yapılan düzenlemelere göre; ihaleyi alan firmalara bedelsiz olarak Hazine arazisi devredilmekte, yapım işleri kira, yenilemeler ise hizmet ve alanların devri karşılığında yapılabilmektedir. Kira ödemeleri, yapılan binalara taşınması planlanan devlet hastanelerinin döner sermayeleri tarafından karşılanmakta, karşılanamadığı durumlarda ise Hazine garantisi verilmektedir. Sözleşme süresi 49 yıla kadar çıkabilmekte, bu kapsamdaki işlerden Damga Vergisi ve Harç alınmamakta ve bu kapsamda yapılacak ihaleler Kamu İhale ve Devlet İhale yasasına tabi olmamaktadır. Entegre sağlık kampüsü başta olmak üzere, Bakanlığın yapmak ve yaptırmakla yükümlü olduğu ek binalar dâhil sağlıkla ilgili diğer tüm tesislerin bu yöntemle yapılabilmesi planlanmaktadır. Bu düzenlemeler bir süre “Kamu-Özel Ortaklığı” adıyla anıldıktan sonra, geçtiğimiz yıl adı birdenbire “Şehir Hastanesi” olarak değiştirilmiştir.

Ülkemizde şehir hastaneleri ile ilgili en başta gelen sorun hastane binalarının ve donanımının kamuya yüksek maliyetidir. Şehir hastaneleri için yapılan ihalelerde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen sabit yatırım tutarı ile yıllık kira bedelleri incelendiğinde; çok yüksek tutarların ödeneceği anlaşılmaktadır. Örneğin Kayseri ihalesinde (Toplam 1.583 yatak) sabit yatırım tutarı 427 milyon TL olan “Şehir Hastanesi” için 25 yılda toplam olarak 3 milyar 443 milyon TL ödenmesi öngörülmektedir.²³

Türkiye’de «Şehir Hastaneleri» için öngörülen temel sorun alanları başta finansman yöntemi (Kamuya çok yüksek maliyet, taşınacak kamu hastanelerinin ödeme gücü, Hazine garantisi ve iflas durumunda izlenecek yol) olmak üzere, yer seçimi (Tarım arazilerinin imara açılması ile taşkın alanlarında inşaat yapılması), yurttaşların söz konusu hastanelere ulaşım ve erişim sorunları (Coğrafi/ekonomik erişilebilirlik), taşınacak kamu hastanelerinin boşaltacağı yerleşkelerin durumu (İhaleleri alan şirketlere devredilmesi söz konusu) ve taşınacak kamu hastanelerindeki çekirdek hizmet dışındaki hizmetlerinin sunulması ile ilgili imtiyazlar olarak sıralanabilir.

Şehir hastaneleri her ne kadar kamu hastanelerinin kavuşacağı yeni ve modern binalar olarak tanıtılsa da kamu-özel- ortaklığı yöntemiyle yapılacak bu yerleşkelerin “kamu” ile ilgisinin olmadığı açıktır. Kamuoyu sağlık alanında yeni bir özelleştirme ile karşı karşıyadır

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık alanında bir yandan örgütlenme, finansman ve hizmet sunumuna müdahale ederken; diğer yandan da sağlık insan gücü ile ilgili olarak köklü değişiklikler yapmıştır. Bu değişiklikler temel olarak başta hekimler olmak üzere sağlık insan gücünün hızla artırılmasına yönelik planlama, nitelik gözetilmeksizin gerçekleştirilen yetiştirme politikaları, güvencesiz/eksik istihdam ve “performansa dayalı ek ödeme” olarak anılan hizmet başı ödeme yöntemi olarak sıralanabilir. SDP ve bu değişikliklerin yol açtığı aşırı artan iş yükü, toplumun karşılanması mümkün olmayacak şekilde yükseltelen beklentileri nedeniyle giderek artış gösteren şiddet gibi sorunlar sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliğini her geçen gün artırmaktadır.

Bakanlık bir yandan reformu hayata geçirirken, diğer yandan da mevzuata uymayan idari işlemleri yürürlüğe koymaktan geri durmamaktadır. 2007-2013 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı’na karşı açılan 2.741 idari davanın 2.104’ünde (%76,8) Sağlık Bakanlığı tarafından ceza verilen personel Bakanlığa karşı açtığı davayı kazanmıştır.²⁴ Son yıllarda Sağlık Bakanlığı’na karşı açılan idari davalarda Bakanlık aleyhine verilen çok sayıda karar Bakanlığın mevzuat dışı uygulamalarının bir kanıtıdır.

SDP ile uygulanan sağlık politikaları, Türkiye’deki sağlık sistemini, devletin neredeyse tümüyle hizmet sunumundan çekildiği, tedavi edici sağlık hizmetlerine odaklanmış bir yaklaşımla büyütülen bir piyasada, özel sektörün egemen olduğu bir yapıya doğru hızla sürüklemiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programının eşitlikçi olmayan ve hakkaniyete dayanmayan yapısı, özellikle yoksul ve dar gelirli yurttaşlarımızı olumsuz etkilemektedir. Bu programın sağlık alanında yaşanan eşitsizlikleri azaltması beklenmemelidir.

Kaynaklar

1. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1983.
2. Dirican R. Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri, Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 1990.
3. Pala K. Türkiye için nasıl bir sağlık reformu? Milliyet Gazetesi Örsan Öymen Anısına Yılın İnceleme Ödülü, 2006. [online]. Available at: <http://www.sgb.gov.tr/Politika%20Analizi/5-%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%C3%BC/Aile%20Hekimli%C4%9Fi/Kaynak/Makaleler/T%C3%BCrkiye%20%C4%B0cin%20Nasil%20Bir%20Sağlık%20Reformu.pdf> . Accessed August, 13, 2014.
4. Akın A. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Uygulamalarından Örnekler, İzlenimler. In: Şahbaz F ve Bilaloğlu E, editors. Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 Yılı, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2012. p. 95-104.

5. Kurt AÖ, Şaşmaz T. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003. Lokman Hekim Journal 2012;2(1):21-30.
6. TTB. Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye’inde Halka Hekimlere Sağlık Personeline Ne Getiriyor? Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 2003.
7. TÜİK. Sağlık Harcamaları İstatistikleri. [online]. Available at: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15871> . Accessed August, 13, 2014.
8. WHO. Global Health Expenditure Database. [online]. Available at: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> . Accessed August, 13, 2014.
9. SGK. Sosyal Güvenlik Kurumu 2012 İstatistik Yıllığı. [online]. Available at: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari/ . Accessed August, 13, 2014.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2013.
11. Dünya Bankası (2011). Dünya Bankası – Türkiye Ortaklığı: Ülke Programının Görünümü, Nisan 2014. [online]. Available at: <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/Turkey-Snapshot-tr.pdf> . Accessed August, 13, 2014. <http://siteresources.worldbank.org/INTTURKEYINTURKISH/Overview/22883974/TPPS-tr.pdf>
12. Sağlık Bakanlığı. In: Prof.Dr.Sabahattin Aydın, editör. Sağlık 2005, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2005.
13. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programının Birinci Fazına Destek, Sağlıkta Dönüşüm Projesi Proje İşletim Kılavuzu Bölüm II – Proje Bileşenleri AE’nin Uygulanmasına Yönelik İşletim İlkeleri (Versiyon Temmuz 31, 2004), Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı, 2004.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003.
15. Eskiocak M. Türkiye’de Aile hekimliği Uygulaması: 2005-2011. In: Şahbaz F ve Bilaloğlu E, editors. Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 Yılı, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2012. p.179-212.
16. Pala K. Correspondence: Health-care reform in Turkey: far from perfect. Lancet 2014;383:28.
17. Creese A. User fees: They don't reduce costs, and they increase inequity. BMJ 1997;315:202-203.
18. Kutzin J. Health insurance for the formal sector in Africa : "yes, but ...". World Health Organization, WHO/ARA/CC/97.4, ARA Paper Number 14, 1997.

19. Hasta ne kadar pay ödedi? [online]. Available at: <http://www.cnnturk.com/2013/ekonomi/03/01/hasta.ne.kadar.pay.ode-di/698449.0/index.html> . Accessed April 26, 2013.
20. Dünya Bankası. Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan reformlar. Rapor No. 24358-TU, İnsan Geliştirme Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, 2002.
21. Resmi Gazete. Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı. Sayı: 27097 (5. Mükerrer), 31 Aralık 2008.
22. Erbaş Ö. Kamu Özel Ortaklığı Nedir, Ne Değildir? Hekimce Bakış Bursa Tabip Odası Yayın Organı 2012;79:30-31.
23. TTB. Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı. Türk Tabipleri Birliği yayını, Ankara, 2012.
24. Nazlıaka A. Sağlık Bakanlığı davaları kaybediyor. [online]. Available at: <http://www.aylinnazliaka.com.tr/2014/02/saglik-bakanligi-davolari-kaybediyor-sol-gazetesi-25-02-2014/> . Accessed August, 13, 2014.

II- BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

Deniz Akgün^a, Erhan Eser^b

^aUzm.Dr. Antalya Konyaaltı TSM

^bProf.Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

1.Aile Sağlığı Merkezleri

Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 2002 yılında birinci basamak sağlık kurumlarında kişi başına yılda hekime başvuru sıklığı ortalama 1 iken, bu sayı 2012 yılında 3.1'e yükselmiştir. Ancak bu süre aralığında 1. basamak sağlık hizmetlerini veren personelin sayısında benzer oranda bir artış yaşanmadığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2002 ve 2012 Sağlık İstatistikleri Yıllık'larına göre 2002 yılında sağlık ocağı hekimi başına düşen ortalama nüfus 4708 iken, 2012 yılında aile hekimliği birimi başına düşen ortalama nüfus 3634 olmuştur. Bu veriler geçen sürede 1. basamak hekimlerinin işyükünde çarpıcı bir artışın yaşandığını göstermektedir. Benzer şekilde 2002 yılında sağlık ocaklarında koruyucu sağlık hizmetlerini ekip olarak vermekte olan personelden ebe başına ortalama nüfusun 3672, hemşire başına düşen nüfusun 6196 ve sağlık memuru başına düşen nüfusun 11181 iken; 2012 yılında aile hekimliği (AH) birimi başına düşen nüfus 3634 olmuş ve geçen sürede aile sağlığı elemanlarının iş yükünde de artış yaşanmıştır. (1)

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlıkta insan kaynakları alanında mikro planlama aracı olarak geliştirilmiş yöntemin uygulanması yoluyla yapılmış olan işyüküne dayalı personel ihtiyacı belirleme çalışmasının sonuçları da bu bulguları desteklemektedir. Bu çalışmanın sonucunda ülke genelinde aile hekimleri için %16, aile sağlığı elemanları için % 25'lik personel açığı olduğu ve belirlenen aile hekimliği standartlarının ancak %84'üne, aile sağlığı elemanı standartlarının ise ancak %75'ine ulaşılabilirdiği sonucuna ulaşılmıştır. (2)

Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının sayısının işyüküne göre yetersiz olması 1. basamak sağlık hizmetlerini veren sağlık personelinin olumsuz etkilemektedir. Kayseri il merkezinde aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini ve buna etki eden faktörleri belirlemek amacıyla 2013 yılında yürütülen bir araştırmada, aile hekimlerinin büyük bir kısmının aile hekimliği uygulamasının hekimler arasındaki rekabeti, iş yükünü ve stresini, etik yozlaşmayı artırdığını; yarısı sosyal hayatlarına ve mesleki gelişimlerine ayırdıkları zamanı azalttığını belirtmiştir. Bu çalışmada aile hekimliğinde çalışan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. (3) Aile sağlığı merkezinde görev yapan sağlık personelinin var olan işlerine ek olarak 2014 yılında yapılan düzenlemeyle acil servis nöbeti ile görevlendirilmiş olması,

ülkemizde sağlık yönetiminin 1. basamak sağlık hizmetine verdiği değerin giderek azalmakta olduğunu düşündürmektedir.

Aile hekimliği hizmetlerinin organizasyonunda yaşanan eksiklikler hizmetin niteliği açısından da sorunlara neden olmaktadır. Aile hekimliği uygulamasıyla birlikte aile hekimleri tarafından verilen ya da takibi yapılan ve performans ölçümüyle değerlendirilen koruyucu sağlık programlarında yeterli iyileşmenin sağlanabildiğini söylemek olanaklı değildir. İstanbul ve Bursa illerinde aile hekimi ve kadın doğum uzmanlarının verdiği doğum öncesi bakımı nicelik ve kalite açısından değerlendirilmesi amacıyla 2013 yılında yürütülen iki araştırmada gebelere yeterli sayıda ancak düşük kalitede doğum öncesi bakım hizmeti verildiği sonucuna ulaşılmıştır. (4) (5)

Benzer şekilde İzmir'de 2009 yılında yürütülen, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve bunu etkileyen etmenlerin araştırıldığı bir araştırmada gebelerin %14'ünün AH'lerini bilmediği, %10'unun AH'de gebe kaydının bulunmadığı ve %15'inin AH tarafından izlenmediği saptanmıştır. (6) İşyükü artışı, çalışanları, işin niteliğinden niceliğini arttırmaya yöneltmektedir. Manisa'da 2014 yılında yapılan topluma dayalı bir çalışmanın bulguları aile hekimliği birimlerinin çocuk izlemlerindeki nitelik kaybına işaret etmiştir. (7)

Tablo 1: Hastalıkta ilk başvuru sağlık kuruluşu, (10)

Devlet hastanesi (%)	Aile sağlığı merkezi (%)	Özel hastane (%)	Diğer (%)	Toplam (%)
69	24,6	3,2	3,2	100

Ankara il merkezinde 18 yaş üzeri kişilerin aile hekimliği uygulamasıyla ilgili bilgi, tutum ve memnuniyet durumlarına saptamak amacıyla 2010 yılında yürütülen bir araştırmada aile sağlığı merkezine başvuru sebebi belirten katılımcıların %50.0'sinin muayene olmak, %44.6'sının ilaç yazdırmak, %12.7'sinin ise koruyucu sağlık hizmeti almak için başvurduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada katılımcıların büyük bir çoğunluğunun aile hekimlerinin teşhis ve tedavisinin doğruluğundan bazen şüphe duydukları ve aile hekimliğine geçişin halkımızın birinci basamakta verilen tedavi hizmetlerine olan güveni değiştirmediği sonucuna ulaşılmıştır. (8) Kayseri il merkezinde yetişkin kişilerin aile hekimliğine bakış açıları ve aile hekimliği hizmetlerinden yararlanma durumlarını belirleme amacıyla yürütülen bir araştırmada ise katılımcıların aile hekimliği uygulaması hakkında az da olsa bir fikre sahip oldukları, ancak ilk başvuru yeri olarak tercih etmedikleri ve aile hekimlerinden yeterince koruyucu hizmet almadıkları sonucuna ulaşılmıştır. (9)

Benzer sonuçları TÜİK'in 2012'de ülke genelinde yürüttüğü Yaşam Memnuniyet Araştırması'ndan da çıkarmak olanaklıdır. Bu araştırmada, araştırma grubunun yalnızca %24.6'sının hastalıkta ilk başvuru yeri olarak aile sağlığı merkezlerini belirttikleri görülmüştür. **(Tablo 1)**

Benzer şekilde TÜİK'in 2012 yılında yaptığı sağlık araştırmasında 15 yaş üzeri nüfusta son 12 ayda pratisyen hekim veya aile hekiminden hizmet alanların oranının %59,8 olduğu, bu oranın 65-74 yaş grubunda ise %72,4 olduğu tespit edilmiştir. TÜİK'in 2012 Sağlık Araştırması'na göre 15-45 yaş kadın yaş grubu için ise son 12 ayda pratisyen hekim ya da aile hekiminden hizmet almış olanların oranı %70'in altındadır. (15-24 yaş için %56.6, 25-34 yaş için %66.6, 35-44 yaş için %67,7) TÜİK'in Sağlık Araştırması'nda 15 yaş üzeri nüfusta son 12 ay içinde tansiyon ölçtürmüş olma sıklığının kadınlarda %56.8, erkeklerde ise %39.8 olduğu tespit edilmiştir. **(Tablo 2)** Bu yönüyle kişiye yönelik birinci basamak koruyucu ve sağaltıcı sağlık hizmetlerinin sunulduğu aile hekimliği birimlerinin kendilerini başvurmayan bireylerin risk grubu izlemelerini yapma açısından gereken kapsayıcılığı sağlamaktan uzak olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Son 12 ay içerisinde 15 yaş üzeri nüfusta tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçümü yaptıranların cinsiyete göre dağılımı, (11)

Tansiyon ölçümü (%)		Kolesterol ölçümü (%)		Kan şekeri ölçümü (%)	
Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
56,8	39,8	36,7	24,0	39,9	25,9

Manisa kent merkezinde yaşayan tanı almış tip 2 diyabetli hastaları temsil eden, 505 hastayı kapsayan, 2014 yılında yapılan bir çalışmada, hastaların %86.3'ü her türlü sağlık sorunu için devamlı başvurdıkları bir hekimleri olduğunu belirtmişlerdir. Kişilerin % 56.6'sı bu hekimin aile sağlığı merkezinde (ASM), % 32.7'si devlette, % 8.6'sı özelde, % 2.2'si üniversite hastanesinde görev yaptığını belirtmiştir. Hastaların % 86.5'i ise diyabetlerini sürekli takip eden bir hekimin var olduğunu; ancak sadece %17'si, diyabetlerini yöneten hekimin aile hekimi olduğunu belirtmişlerdir. Tanı almış olan hastaların %83'ü ikinci ya da üçüncü basamakta izlenmekte, ya da hiç izlenmemektedir. (12)

2.Toplum Sağlığı Merkezleri

Ülkemizde aile hekimliği uygulaması, temel sağlık hizmetleri anlayışının önemli bir özelliği olan başvurmayanlara da hizmet ilkesini içermemektedir. Bu durum kapsayıcı temel sağlık hizmetleri açısından toplum sağlığı merkezlerinin (TSM) kritik önemde kurumlar olarak yapılandırılması gereğini ortaya çıkarmıştır.

Üniform olmayan bir coğrafi dağılımda (Türkiye), ASM'lerin üniform risk grubu izlemine dayalı koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarının, toplum sağlığı sorunlarına çözüm bulunması açısından yeterli olmadığı değerlendirilmektedir. Bu yönüyle toplum sağlığı merkezleri, çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin yanında bölgede sunulan sağlık hizmetlerini izleme ve değerlendirme ve sağlığı geliştirme programlarının yürütülmesi açısından ülkemiz birinci basamak sağlık örgütlenmesinin vazgeçilmez unsuru durumundadır.

Ancak ülkemizde yeni hazırlanan sağlık mevzuatında TSM'lerin görevleriyle ilgili olarak 2011 yılına gelinceye değin kanun düzeyinde atıf yapılması söz konusu olmamış; 11.10.2011 tarih ve 663 sayılı Kanun Hakkında Kararnamenin 58. maddesi ile "aile hekimliği hizmetleri dışında kalan birinci basamak sağlık hizmetlerini vermekle" görevli kılınmışlardır. Gerek kanun düzeyinde net ifadelerle ve ayrıntılı olarak toplum sağlığı merkezlerinin görev ve işleyişinin tanımlanmamış olması, gerekse de böylesi bir düzenlemeyi tamamlaması gereken Toplum Sağlığı Merkezleri Yönetmeliği türü bir düzenlemenin çıkarılmamış olması, toplum sağlığı hizmetlerinin planlanmasını güçleştirmektedir. Bu süreçte ASM'ler tarafından verilen kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin entegre edilememesinin yol açtığı sorunların da aşılamadığı gözlenmektedir.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının, Nisan-Mayıs 2014 tarihleri arasında tüm Türkiye'deki TSM Sorumlu Hekimleri (n=978) üzerinde yürüttüğü tanımlayıcı bir araştırmada, (katılım oranı % 65.2) TSM sorumlu hekimlerinin %93.4'ünün pratisyen hekim, %2.5'inin halk sağlığı uzmanı, % 4.1'inin aile hekimliği uzmanı olduğu tespit edilmiştir. Sorumlu hekimlerin TSM görevleri ile ilgili kurs alma oranı ise % 69.7 'dir (Ege: %84.5 ; Kuzeydoğu Anadolu : % 35.5). TSM sorumlu hekimlerinin %19'u yeni mezun hekim, %15'i iki yıllık, % 8'i ise üç yıllık, %5'i dört yıllık, %6'sı ise beş yıllık hekimdir (yarısından fazlası 5 yıldan daha az kıdemli) ve sadece %30'u 10 yıldan daha kıdemli hekimlerdir. Sorumlu hekimlerin %42'si sorumluluğu olmayan görevler verildiğini bildirilmiştir. Diğer TSM hekimlerinin ise %76'sına uygun olmayan görevlendirmeler yapıldığı belirtilmiştir. Hekimlerin %66'sı ücretlerini yetersiz bulmaktadır. Sorumlu hekimlerin %44'ü personelin sayısını; %54'ü ise personelin niteliğini yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada TSM sorumlu hekimlerinin sadece % 63'ü bölgelerindeki aile hekimleri ile ilişkilerini "iyi" olarak değerlendirmişlerdir. (13)

Araştırmanın verilerinin sunulduğu panelde konuşmacı olarak yer alan Prof. Dr. Faruk Yorulmaz'ın da belirttiği gibi görev tanımına uygun personel yetersizliği olan toplum sağlığı merkezlerinde çeşitli nedenlerle; "TSM sorumlu hekimleri de dahil olmak üzere tüm TSM çalışanlarında kafa karışıklığı, ne zaman ne tür bir görevle, karşılaşacaklarına, hangi görevle nerede çalışacaklarına ilişkin bir bilinmezlik; hatta olumsuz duygular ve karamsarlık gözlenmektedir. (14)

TSM'lerdeki personel sayısı ve çeşitliliği istenilen düzeyde değildir. Ayrıca sağlığın geliştirilmesi, korunması, sağlık hizmetlerinin izleme-değerlendirme ve desteklenmesi ile görevli TSM'lerin yeterli olanak ve organizasyon sağlanmaksızın okul aşıları, iş sağlığı hizmetleri, ölüm belgesi düzenleme, evlilik öncesi

danışmanlık gibi hizmetlerle uğraşmak zorunda kalması da önemli bir sorundur. TSM hekimlerinin acil dahil pek çok alanda geçici görevlere gönderilmeleri hekimlerin motivasyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. (15). Kimi yerlerde de özellikle il halk sağlığı müdürlüğü (HSM) ile TSM sorumlu hekimi arasındaki uzmanlık, dil, düşünce, amaç farklılıkları bu karmaşayı ve TSM çalışanlarının karamsarlığını artırmaktadır. (16).

Ülkemizde toplum sağlığı merkezlerinin yanı sıra bu merkezlerin alt birimleri olarak 1. basamak sağlık hizmeti veren AÇS-AP Merkezleri, VSD'ler, KETEM'ler ve kamusal OSGB'lerde de çeşitli organizasyon sorunları yaşandığı gözlenmektedir.

Tablo 3: Yıllara Toplum Sağlığı Merkezi Alt Birimleri ve bu kurumlarda toplam hekime başvuru sayıları, (1)

	2002	2009	2010	2011	2012
VSD sayısı	277	229	198	194	179
(Hekime başvuru sayısı)	(2 012 458)	(2 557 787)	(2 378 998)	(2 219 534)	(2 143 765)
AÇS-AP Merkezi sayısı	298	220	192	183	189
(Hekime başvuru sayısı)	(2 980 481)	(5 707 593)	(3 831 859)	(944 842)	(630 583)
KETEM sayısı*	84	122	122	124	124

*: <http://kanser.gov.tr/>

2.1 Ana-Çocuk Sağlığı Birimleri (AÇS-AP)

Sağlık Bakanlığı 2012 yılı sağlık istatistik yılına göre 2009-2012 yılları arasında ülke genelinde AÇS-AP merkezlerinin sayısı %14, AÇS-AP Merkezlerinde hekime başvuru sayısı ise %89 oranında azalmış bulunmaktadır. **(Tablo 3)** AÇS-AP merkezlerinin sayısal ve yapısal eksikliklerinin bu kurumlar tarafından yürütülmesi beklenen hizmetleri olumsuz etkilediği görülmektedir. 2010 yılında Ankara'da sağıkta dönüşüm programı ile aile planlaması hizmet ve eğitimi sunan birimlerin durumunu değerlendirmek amacıyla yürütölen bir araştırmada, rahim içi araç (RİA) kullananların %97.7'sinin yöntemi hastane ve muayenehaneden sağladığı, ancak %2.3'ünün AÇS-AP merkezlerinden sağladığı belirlenmiştir. (17) Aynı bölgede 1988 yılında RİA kullananların %51.1'inin yöntemi sağık ocağından kullandığının belirlendiğı göz önüne alındığında, son yıllarda AÇS-AP merkezlerinin, kendilerinden beklendiğı şekliyle 1. basamak koruyucu sağık hizmetlerini destekleme işlevini üstlenemedikleri görölmektedir.

Samsun Tabip Odası tarafından 2008 yılında hazırlanan Samsun Çocuk Raporu'nda ise aile hekimliğı uygulamasıyla birlikte ana-çocuk sağık merkezlerinin işlevsiz kıldıldığı gözlemine yer verilmiştir. (18) Türk Tabipler Birliğı (TTB) Halk Sağık Kolu tarafından düzenlenen gezici eğitim semineri raporlarından 2007 yılında düzenlenen 19. Gezici Eğitim Semineri raporunda, geziye dahil edilen Afyon ilindeki tek AÇS-AP merkezinin bina koşulları uygun olmayacak şekilde sağık ocağı lojmanın 2. katında hizmet verdiğı belirtilmiştir. Raporda ilin tek AÇS-AP merkezi olmasına karşın bu kurumda eğitim salonunun ve danışmanlık verilebilecek ayrı bölümlerin olmamasının gerek hizmet, gerekse hizmet içi eğitimlerin kalitesini düşüreceğıne dikkat çekilmiştir. (19)

1.2. Verem Savaş Birimleri (VSD)

Ulusal Verem Savaş Dernekleri Federasyonu tarafından 2014 yılı verem eğitim ve propaganda haftası dolayısıyla yapılan basın açıklamasında aile hekimliğıne geçiş sürecinde dispanserde çalışan bir çok deneyimli hekim ve hemşirelerin mali olarak daha elverişli aile hekimliğı sistemi içinde çalışmayı tercih ederek dispanserlerden ayrılmalarının mücadelesinde aksaklıklara yol açtığı, dispanserlere yeni atanan ve özel eğitim almamış hekimlerin bu merkezlerde kalıcı olarak görev yapma motivasyonunun bulunmadığı, cezaevlerinde yürütölen taramaların halen bir takip ve koordinasyona sahip olmadığı ve tedaviye dirençli verem hastalığının tedavisinin önem kazandığı belirtilmektedir. (20) TTB Halk Sağık Kolu'nun 19. Gezici Eğitim Semineri Raporu'nda geziye dahil edilen illerden Afyon ilinde tüberküloz taramalarının düzenli yapılmadığı ve İzmir ilinde VSD'lerin doğrudan gözetim altında tedavileri aile hekimlerine teslim ve kabul ettirmekte zorluk yaşadıkları gözlemine yer verilmiştir. (19) Sağlık Bakanlığı 2012 yılı sağık istatistik yılına göre 2009-2012 yılları arasında ülke genelinde VSD dispanserlerinde hekime başvuru sayısı %7 oranında artarken, VSD dispanserlerinin sayısı %35 oranında azalmış bulunmaktadır. **(Tablo 3)** VSD dispanserlerinin yürüttükleri hizmetin organizasyonuyl ilgili olarak aksaklıkların

yaşandığı bir dönemde bu kurumların sayısal olarak azaltılmasının doğru olmayacağı düşünülmektedir.

TTB Halk Sağlığı Kolu'nun 19. Gezici Eğitim Semineri Raporu'nda AÇS'ler ile ASM'ler arasında sistematik bir entegrasyonun bulunmadığı, (19) 2011 yılında düzenlenen 23. Gezici Eğitim Semineri raporunda ise VSD ve AÇS-AP merkezlerinin sistem içindeki yeri ve rolünün net olmadığı gözlemlerine yer verilmiştir. (21)

1.3. Kansere Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinin etkinlikleri (Doç. Dr. Sultan Eser)

Ülkemizde 1996 yılında başlayan kanser erken tanı tarama faaliyetleri, 2004 yılında SB ve AB ortak projesi ile 11 ilde kurulan kanser tarama ve eğitim merkezleri ile yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu uygulamalar ülkemiz için olumludur. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2013 yılında tüm ülkedeki kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezlerinde (KETEM) çekilen mamografi sayısı 140.000, smear sayısı 300.000, kolorektal kanser tarama sayıları 94.500 olarak gerçekleşmiştir. Halen Sağlık Bakanlığına bağlı 81 ilde toplum sağlığı merkezlerine bağlı olarak çalışan 124 kanser erken tanı merkezi (KETEM) bulunmakta ve bu merkezlerde, 146 hekim, 170 hemşire, 254 ebe, 117 röntgen teknisyeni görev yapmaktadır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2013 yılında tüm ülkedeki kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezlerinde (KETEM) çekilen mamografi sayısı 140.000, smear sayısı 300.000, kolorektal kanser tarama sayısı 94.500 olarak gerçekleşmiştir. Halen Sağlık Bakanlığına bağlı 81 ilde toplum sağlığı merkezlerine bağlı olarak çalışan 124 kanser erken tanı merkezi (KETEM) bulunmakta ve bu merkezlerde, 146 hekim, 170 hemşire, 254 ebe, 117 röntgen teknisyeni görev yapmaktadır.

Meme kanseri taramaları

Ülkemizde meme kanseri taramaları konusunda belirlenmiş olan hedef yaş grubu dışında ülke geneline yaygınlaştırılmış bir programdan söz etmek zordur. Türkiye'de 2012 yılında meme kanseri taraması risk grubu 50-69 yaştan, 40-69 yaşa indirilmiştir. KETEM'lerde meme kanserleri için 40-69 yaş arası kadınlara 2 yıl ara ile mamografi çekilmektedir. Meme kanseri taraması yapılması gereken kadın nüfusumuz 11 milyon, 50-69 yaş arası kadın nüfusu yaklaşık 6.5 milyonken, tarama yaşı 50 den 40 yaşa düşürüldüğünde hedef nüfus iki kat artarak 11 milyona ulaşmıştır. Tarama hedefi 50-69 olsa da hedefe ulaşmanın henüz çok uzağında olan ülkemizde bu yaş indirimi tarama hedeflerine ulaşmayı daha da güçleştirmektedir.

Hedef gruptaki kadınları KETEM'lere kimi illerde aile hekimleri yönlendirmekte, kimi illerde ise aile hekimleri ile bağlantı kurulmadan tarama yapılmaya çalışmaktadır. Aile hekimleri tarafından KETEM'lere yönlendirilen hastaların sonuçları aile hekimlerine bildirilmemektedir. Kimi illerde ise gezici mamografi

cihazı kullanılırken “gezici” tarama uygulaması kimi zaman popüler bir uygulamanın ötesine geçememekte, zaman zaman kadınlar tarama sonuçları konusunda bilgilendirilmemektedir. Meme kanseri tarama kapsayıcılığının çok çok düşük olmasındaki nedenlerin başında planlama ve donanım (teknoloji) ve personel eksikliği gelmektedir.

Örnek vermek gerekirse, 2013 yılında, birinci basamak sağlık hizmeti geleneğinin en güçlü olduğu illerden birisi olan İzmir ilinde 50-69 yaş grubunda 387 bin kadına 193 700 mamografi (2 yılda bir) çekilmelidir. İş günlerine bölündüğünde programa yetişebilmek için il çapında (klinik mamografilerin dışında) günde 760 mamografi çekilmelidir. Ortalama bir mamografi tarama cihazının günde en fazla 30 mamografi çekebildiği düşünüldüğünde bu ilde en az 25 Mamografi tarama cihazı (hastanelerdeki klinik mamografi cihazları hariç) gerekecektir. Üstelik meme kanseri tarama yaşının eldeki kaynaklar hesaba katılmadan 40-69 yaşa düşürülmesi (ki bu yaş genişlemesi risk altındaki nüfusu yaklaşık olarak %50 artırmıştır) dikkate alındığında hedefe ulaşmada ne kadar uzak olunduğu ortadadır.

Rahim Ağzı Kanseri taramaları

Rahim ağzı (serviks) kanseri için, 30-65 yaş arası kadınlara 5 yıl arayla yayma (pap-smear) ile birlikte HPV-DNA testi (Hybrid capture 2 yöntemi ile) uygulanmaktadır. Ülkemizde de 1 Ağustos 2014 tarihi itibarıyla tüm ülkede kullanılmaya başlanan HPV kitlerinin (kitler illere dağıtıldı) okumaları Ankara ve İstanbul’da 2 merkeze yapılmakta ve kullanıma başlanan bir yazılım sistemi üzerinden sonuçlar smear alınan merkezlere gönderilmiştir.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2013 yılında tüm ülkedeki KETEM’lerde yapılan yayma (smear) sayısı 300.000’dir. Tarama yapılması gereken nüfusun, ülke nüfusuna projekte edildiğinde serviks kanseri için 3 milyon olduğu düşünülürse, (22) ülke genelinde kapsayıcı ve etkin rahim ağzı kanser taraması yapıldığı söylenemez. Bilindiği gibi mortalitede düşüş sağlayabilecek bir taramanın toplum tabanlı ve %70 kapsayıcılığa sahip olması gerekmektedir.

Kolon Kanseri taramaları

Kolorektal Kanser için Gaitada gizli kan (GGK) testleri ile tarama birçok gelişmiş ülkede önerilmekte ve uygulanmaktadır. Genellikle kolonoskopi veya sigmoidoskopi ile birlikte yapılması önerilmektedir. Türkiye’de kolorektal kanserler için ise 2014 yılında, 50-70 yaş arası kadın ve erkekler "monoklonal kaset test" ile (insan hemoglobinine duyarlı ve diyet gerektirmeyen) gaitada gizli kan bakılarak taranmaktadır. Gaitada gizli kan testleri hedef gruba aile hekimleri dağıtmakta ancak dağıtılan kitlerin ne kadarının sonuçlarının aile hekimine geri geldiği, dolayısıyla aile hekimlerinin gaitada gizli kan sonuçlarını izleyebilme durumu konusunda Türkiye’de yeterli veri yoktur. Bir diğer ifadeyle eve verilen

kitlerin ne kadarını gerçekten uygulandığı ve ne kadarının sonucunun aile hekimine geri bildirildiği belirli değildir.

Ulusal programa göre gaitada gizli kan sonucu veya doğrudan uzman hekime başvurarak yapılabilen kolon kanseri taramaları kapsamında 10 yılda bir kolonoskopi takibi de yapılmalıdır. Ancak bu uygulama ulusal tarama standartlarında yer alsa da uygulamaya henüz geçememiştir. Kolonoskopi tarama hedefinin tutturulması halihazırdaki kaynaklarla zor görülmektedir.

Türkiye'deki ulusal kanser tarama programları genel olarak değerlendirildiğinde, önemli çabalar sürmekle birlikte taramaların nüfus tabanlı hale getirilemediği; tarama programlarında planlama, izleme-değerlendirme ve hiçbir kalite güvencesinin olmadığı görülmektedir. Taramalarla ilgili politik kararlar verilirken kaynak kapasitesi yeterince düşünülmeden, görevler, var olan birinci basamak personeline yüklenmekte, bu programlar yeni örgütlenme, yeni donanım ile desteklenmemektedir. Ulusal kanser tarama programlarının koşullara ve kaynaklara ve risk durumuna ve önceliklere uygun olarak geliştirilmeleri sağlanmalıdır. Bilindiği gibi mortalitede düşüş sağlayabilecek bir taramanın toplum tabanlı ve %70 kapsayıcılığa sahip olması gerekmektedir. Bu hedefe uygun ulusal politikaların geliştirilmesi önerilir.

1.4. Toplum Sağlığı Merkezi İş Sağlığı ve Güvenliği Birimleri (Uz. Dr. Serol Deveci)

DSÖ'nün 2008-2017 Çalışan Sağlığı Küresel Eylem Planı ve diğer uluslararası kuruluşların iş sağlığı ve güvenliği (İSG) hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerine vurgu yapması, ülkemizde bu hizmetin sunumunda Toplum Sağlığı Merkezlerini gündeme getirmiştir. TSM'lerde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yürütülmesi 16/06/2011 tarihli ve 20065 sayılı Temel İş Sağlığı Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge hükümleri ile belirlenmiş; duyulan gereksinim ile 31/01/2014 tarihinde Toplum Sağlığı Merkezlerinde Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yürürlüğe girmiştir. İş sağlığı hizmetlerinin etkin, yaygın ve erişilebilir hale gelmesini sağlamak üzere mevcut sağlık hizmetleri sunumuna iş sağlığı hizmetlerinin entegre edilmesi amacıyla; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında 26.01.2010 ve 21.08.2013 tarihlerinde aynı adlı iki "İş Sağlığı ve Güvenliği Alanında" işbirliği protokolü imzalanmıştır. 30.06.2012 tarihli ve 28339 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası sonrasında Toplum Sağlığı Merkezlerinde iş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunmak üzere birim oluşturulması ile ilgili 2013/11 sayılı Genelge yayımlanmıştır. Yapılan düzenlemelerle iş sağlığı hizmetlerinin yukarıda belirtilen mevzuat ışığında TSM aracılığıyla kamu sektörü veya özel ortak işyeri sağlık güvenlik birimleri (OSGB) tarafından sunulması planlanmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kayıtlarına göre 2014 yılında 61 ilde bulunan toplam 76 TSM'de iş sağlığı hizmeti verilmektedir. Birinci basamakta iş sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında yaşanan eşgüdüm sorunları başta olmak üzere bu alanda birçok sorun ve belirsizlik yaşanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 3-4 Mart 2014 tarihinde Ankara'da düzenlenen Toplum Sağlığı Merkezlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Modelleme Çalıştayında bu sorunlar, beş grup halinde tartışılmıştır. Bu çalıştayın resmi raporu kamuoyu ile henüz paylaşılmamış olmakla birlikte, yaşanan sorunlara yönelik gündeme getirilen kimi çözüm önerileri ülkemizde İSG hizmetlerinin sunumunda 1. Basamağın rolünün geliştirilmesi açısından kayda değer niteliktedir. (23)

Buna göre;

- Toplum sağlığı merkezlerinin görevi; gerekli olan altyapı sağlanması koşuluyla; kapsam dışı kalan ve riskli olan işyerlerine iş sağlığı ve güvenliği hizmeti götürmek, tüm çalışanları kayıt altına almak, çalışma ortamındaki olumsuz koşullardan kaynaklanabilecek sağlık zararlarından korumaya çalışmak, var olan iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin niteliğini, sürekliliğini kontrol etmek ve geliştirmeye çalışmak olmalıdır.
- Risk değerlendirme, acil durum planı hazırlanmasında standart rehberler yayınlanmalıdır.
- İSG hizmetleri için, SGK ile online takip yapılabilecek ortak bir yazılım oluşturulmalıdır.
- Orta ve uzun erimde halk sağlığı laboratuvarlarının ortam ölçümlerini gerçekleştirmeye yönelik alt yapısı geliştirilmelidir.
- Sağlık gözetimlerinin uygun şekilde yapılabilmesi için; odyometri ve radyoloji teknisyeni vb. teknik personel istihdamı sağlanmalı, bu kurumlarda çalışacak uygun nitelikteki personelin kalıcı olarak hizmet vermesi özendirilmelidir.

1.5. Eğitim Araştırma TSM'leri (EATSM) (Prof. Dr. Erhan ESER)

Sağlık Bakanlığı ile üniversitelerin halk sağlığı anabilim dalları (AD) arasında eski bir geçmişi olan Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi kurulması süreci, 06.04.2009 tarihinde güncellenmiş ancak alanda bu protokol, başta anabilim dallarına yetki ve sorumluluk vermekten uzak olması gibi çeşitli nedenlerle işleve kavuşamamıştı. Bunu izleyen süreçte HASUDER ile Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu arasında yapılan işbirliği çalışmaları ve bir dizi toplantı sonucunda her iki tarafı da kısmen de olsa tatmin eden yeni bir protokol taslağı 2013 yılında oluşturulmuş, ancak TSM'ye üniversiteden eğitim sorumlusu ve araştırma görevlisi görevlendirilmesi ile ilgili bir maddenin (2547 sayılı yasanın 38. Maddesinin) geri çekilmesinden ibaret olan küçük revizyonu takip eden 2014 yılı içinde artan sayıda anabilim

dalının bağlı bulunduğu üniversite rektörlüğü ile hükümet adına ilin valisinin imzaladığı işbirliği protokolü yürürlüğe girmiştir.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu ile halk sağlığı anabilim dalları arasında HASUDER ile Halk Sağlığı Kurumu arasındaki mutabakatla hazırlanmış olan Sağlık Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi protokolü konusunda yaptığımız çağrıya yanıt veren 20 anabilim dalından, halen 13 anabilim dalının protokolü imzalamış, iki anabilim dalının imza aşamasında olduğu, iki anabilim dalının olumlu görüş bildirdikten sonra süreci izlemekte olduğu, bir anabilim dalının ise Sağlık Bakanlığı ile bu protokolü imzalamayı uygun bulmadığı anlaşılmaktadır. Aydın Adnan Menderes AD protokolü önceden imzalamış olmasına karşın, protokolün ilk sürümündeki 2547 sayılı yasanın 38. Maddesiyle ilgili çekinceleri nedeniyle bu protokolü iptal ettikleri ancak yeni halini sonbaharda imzalamayı beklediklerini bildirmiştir. Akdeniz üniversitesi AD ise protokol imzalamamış olmakla birlikte envanter formunu göndermiştir. Protokolü imzalayan tüm anabilim dalları protokolün ana çerçevesini bozmadan protokolü değişiklik yapmadan hemen tümüyle aynen imzalamışlardır. Protokol gereği olarak henüz sadece beş anabilim dalı eğitim sorumlusu atamasını gerçekleştirmiş, üç anabilim dalı ise TSM rotasyonu için asistan göndermiştir. Bir AD ise protokolü imzalamadan TSM rotasyonuna asistan göndermiştir. Form gönderen anabilim dallarının sekizinin Sağlık Bakanlığı ile önceden eğitim araştırma protokolü imzaladığı anlaşılmaktadır. Protokolü imzalayan ve gerek eğitim sorumlusu gerekse TSM rotasyonu için araştırma görevlisi gönderen anabilim dalları, özlük sorunları da dahil herhangi bir soruna değinmemekle birlikte, TSM'nin henüz daha işlevlerinden uzak oldukları az sayıda AD tarafından ifade edilmiştir.

Önümüzdeki akademik takvim içinde en az 18 anabilim dalının protokolü imzalamış olacağı anlaşılmaktadır. Protokolü imzalamamış olan anabilim dallarının önemli bir kısmının henüz daha eğitim sorumlusu atamamış ve TSM'ye rotasyon asistan göndermemiş olduğu dikkate değer bir veridir ve izlenmelidir. Protokolün sadece imzalanmış olması amaç değil araçtır ve asıl önemli olan EATSM'deki eğitsel ve araştırma etkinlikleridir. Tarafların ve özellikle Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu taşra yöneticilerinin özel katkı, destek ve kolaylaştırıcılığına gereksinim vardır. Bazı illerdeki halk sağlığı müdürlükleri işbirliğine son derecede gönüllü davranırken, bazı illerde ise üniversite ile yeterli ölçüde işbirliği yapmadıkları ya da buna gönülsüz oldukları gözlenmektedir. Bundan daha da önemlisi iki kurumun işbirliği ile üretilen ve üzerinde mutabık kalınan bu protokollerin il düzeyinde imzalanması konusunda büyük engellerin ortaya çıktığı gözlenmektedir. Bundan doğaldır ki ülkemizin halk sağlığı eğitim ve bilim kapasitesi zarar görmektedir.

Bu durum, belki de yeterli düzeyde karşılıklı bir güven ve işbirliği kültürünün eksikliği ile açıklanabilir ve sürecin ilerlemesinde bu aşamada Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun üst düzey yönetiminin özel bir çaba göstermesi kolaylaştırıcı önlemler alması beklenmektedir.

Kaynaklar:

- 1.Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2012, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf>
- 2.Dünya Sağlık Örgütü İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması http://www.sagem.gov.tr/isyukune_dayali_personel_ihtiyaci.pdf
- 3.Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. Türk Aile Hek Derg 2014; 18 (2): 121-132.
- 4.Çatak B, Öner C, Gülay M, Baştürk S, Oğuz İ, Özbek R. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. Türk Aile Hek Derg 2014; 18 (2): 63-69.
- 5.Çatak B, İlikışık H, Kartal SB, Öner C, Uluç HH, Seğmen Ö. İstanbul'da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi; toplum tabanlı bir araştırma. 4. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri 07-10 Kasım 2013.
- 6.Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1).
7. Tunç B, DüNDAR P, Yalçın N, Delen K, Çelik B, Duman G, Doğan F, Davarcı A, Ersoy Bİ, Çiftçi T, Erboy C, Günenç M, Manisa ilinde kentsel ve yarı kentsel iki ayrı bölgede 1-6 yaş arası çocukların izlem niteliklerinin değerlendirilmesi. 17. UHSK, Edirne, 2014.
- 8.Ayca S, Özkan S, Avcın E, Özdemirhan T, Çivil EF. Ankara il merkezinde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran on sekiz yaş üstü kişilerin aile hekimliği uygulamasına ilişkin bilgi, tutum ve memnuniyet değerlendirmesi. Toplum ve Hekim Dergisi, cilt:27, sayı:6, 2012, s.449-455.

- 9.Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(4) www.korhek.com.
- 10.Yaşam memnuniyet araştırması, 2012, www.tuik.gov.tr.
- 11.TÜİK, Yaşam memnuniyeti araştırması, 2012.
- 12.Bahadır Dede, Manisa kent merkezinde yaşayan diyabetli hastalarda izlem ve bakım niteliğinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, 2014.
- 13.Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Toplum Sağlığı Merkezleri sorumlu hekimlerinin gözüyle Toplum sağlığı merkezleri. Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde toplum sağlığı merkezlerinin yeri. Panel. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi . 2014, Eskişehir.
- 14.Halk Sağlığı uzmanlık alanı adına toplum sağlığı merkezlerinden beklentiler. Prof. Dr. Faruk Yorulmaz. Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde toplum sağlığı merkezlerinin yeri. Panel. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi. 2014, Eskişehir.
- 15.Muhsin AKBABA, Oturum açılış konuşması. Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde toplum sağlığı merkezlerinin yeri. Panel. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi . 2014, Eskişehir.
16. Faruk Yorulmaz . Halk Sağlığı uzmanlık alanı adına toplum sağlığı merkezlerinden beklentiler.Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde toplum sağlığı merkezlerinin yeri. Panel. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi . 2014, Eskişehir.
- 17.Eren D, Atak N, Özyurda F, Köse KS. Aile planlaması hizmeti sunan bir birim örneğinde aile planlaması ve sağlıkta dönüşüm. Toplum ve Hekim Dergisi, cilt:23, sayı:2, 2013, s.147-152.
- 18.Şahan C. Samsun çocuk raporu. Erişim tarihi: 01.07.2014. www.emo.org.tr.
- 19.TTB Halk Sağlığı Kolu, 19. Gezici Eğitim Semineri Raporu. Toplum ve Hekim Dergisi, cilt: 25, sayı: 1, 2010, s.56-71.
- 20.Verem eğitim ve propaganda haftası basın açıklaması, 2014. Erişim tarihi: 01.07.2014, www.verem.org.tr

21.TTB Halk Sağlığı Kolu, 23. Gezici Eğitim Semineri Raporu. Toplum ve Hekim Dergisi, cilt: 28, sayı:4, 2013, s. 297-310.

22.<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>

23.Yayınlanmamış rapor: Toplum Sağlığı Merkezlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Modelleme Çalıştayı,3-4 Mart 2004, Ankara.

III- YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI

Ferruh N. Ayoğlu^a, Yrd.Doç.Dr. Bilgehan Açıkgöz^b

^{a,b}Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

Yataklı tedavi kurumları aracılığıyla sunulan hizmetler sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağaltım ve esenlendirme uygulamalarını kapsayan sağlık hizmetlerinin bütünü içerisinde önemli bir yere sahiptir.Türkiye’de kişi başına düşen sağlık kuruluşuna başvuru sayısı giderek artış göstermektedir. Başvuru sayısı 2002 yılında 208966049 iken 2012 yılında 621786297 olarak gerçekleşmiştir ve 2002 yılında 3.2 olan kişi başına düşen ortalama başvuru sayısı 2009 ve 2010 yılı için 7.3, 2011 ve 2012 yılı için 8.2’dir;sağlık kuruluşlarına 2012 yılında yapılan başvuruların %37.8’i birinci basamak³, %62.2’si ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlara⁴ olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2013).OECD sağlık verilerine dayanılarak aktarılan bilgiye göre, kişi başına düşen başvuru sayısı Meksika (2.7), İsveç (3.0), Şili (3.3), İrlanda (3.8), İsviçre (4.0), Yunanistan (4.0), Birleşik Devletler (4.1), Yeni Zelanda (4.1), Portekiz (4.2), Finlandiya (4.2), Danimarka (4.6), Birleşik Krallık (5.0), Norveç (5.2), İzlanda (6.1), İsrail (6.2), Estonya (6.3), Slovenya (6.5), Hollanda (6.6), Lüksemburg’da (6.6) OECD ortalaması olan 6.6’da ya da altında iken, Avustralya (6.7), Polonya (6.8), Fransa (6.8), Avusturya (6.9), İtalya (7.0), İspanya (7.4), Kanada (7.4), Belçika (7.4), Türkiye (8.2), Almanya (9.7), Slovakya (11.0), Çek Cumhuriyeti (11.1), Macaristan (11.8), Japonya (13.1) ve Kore’de (13.2) OECD ortalamasının üzerindedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Kişi başına düşen başvuru sayısı süreç içerisinde belirgin biçimde artış gösterirken başvuruların kuruluşlara göre dağılımı belirgin bir değişim göstermemektedir; 2012 yılın için birinci basamakta %37.8 ikinci ve üçüncü basamakta %62.2 olarak ifade edilen oranlar sırasıyla 2002 yılında %36 ve %64, 2009 ve 2010 yıllarında %38 ve %62, 2011 yılında %40 ve %60’dır (Sağlık Bakanlığı, 2013). Bununla birlikte, 2012 yılında kişi başına düşen sağlık kuruluşuna başvuru sayıları bölgeler arasında farklılık içermektedir. Ortadoğu Anadolu’da 6.4, Kuzeydoğu Anadolu’da 6.7 ile en düşük seviyelerde olan kişi başına düşen başvuru sayısı Ege, Doğu Karadeniz ve Batı Marmara’da 9.1 ile en yüksek seviyeye ulaşmaktadır; bölgesel farklılıklar birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlar yönünden de farklılık içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Bu anlamda, sağlık kuruluşlarına giderek artan başvuruların halen önemli bir kısmı yataklı tedavi kurumlarına yönelik olarak gerçekleşmektedir ve Sağlıkta Dönüşüm Programı bu kapsamda herhangi bir değişim yaratmamıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının2002 yılında %22 olan sevk oranının 2012 yılında %2.1’e gerilemiş olmasına karşın

3 İlgili kaynakta birinci basamak kuruluşlar aile hekimliği birimleri, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve özel poliklinikleri kapsamaktadır.

4 İlgili kaynakta ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlar hastaneler ile özel tıp ve dal merkezleri olarak tanımlanmıştır.

(Sağlık Bakanlığı, 2013), bireylerin acil durumlar dışında öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarını içeren sevk zinciri yaklaşımının uygulanmıyor oluşu bu noktada önemli bir tartışma konusu olarak varlığını sürdürmeye devam etmektedir.

Türkiye’de yataklı tedavi kurumu ve hastane yatağı sayısı düzenli bir biçimde artış göstermektedir (Tablo-1); 1940 yılında 154 olan hastane sayısı 2012 yılında 9.6 katına ulaşarak 1483, 11833 olan hastane yatağı sayısı ise 16.8 katına ulaşarak 200072 olmuştur. Benzer bir durum 10000 kişiye düşen hastane yatağı sayısında da izlenmektedir (Tablo-2); 1940 yılında 6.7 olan bu sayı, 4 katına ulaşarak 2012 yılında 26.5 olmuştur. Süreçle birlikte hastaneye başvuran ve hastaneye yatırılarak tedavi edilen kişi sayısında da önemli artış izlenmektedir (Tablo-3). 1987 ve 2012 yılları arasında hastaneye başvuran kişi sayısı 8.2 katına ulaşarak 43.3 milyondan 354.6 milyona, hastaneye yatırılarak tedavi edilen kişi sayısı 4.2 katına ulaşarak 2.8 milyondan 11.9 milyona yükselmiştir. Ülke genelinde gerçekleşen ameliyat sayısı da 1987 ve 2012 yılları arasında 5 katına ulaşarak 0.8 milyondan 4.4 milyona yükselmiştir (Tablo-4).

Ülke genelinde hastane, hastane yatağı, hastaneye başvuran kişi, yatırılarak tedavi edilen kişi ve ameliyat sayılarındaki artışlar nüfus artışı, ulusal gelir artışı, tıbbi teknoloji, uygulamalarda yaşanan gelişim gibi çok sayıda etkenin rol oynayabileceği bir etkileşimin sonucunda ortaya çıkan beklendik bir durum olarak yorumlanabilir. Sağlık Bakanlığı, süreç boyunca, ülke genelinde sunulan yataklı tedavi hizmetlerinin ana aktörü konumunda olmuştur ve bugün de bu konumunu sürdürmektedir. Ancak, söz konusu değerlerin sektörel dağılımında yaşanan değişim dikkat çekici niteliktedir. Değerlerin sektörel dağılımının süreç içerisindeki gelişimi incelendiğinde, Sağlık Bakanlığının ülke genelinde sunulan yataklı tedavi hizmetleri içerisindeki payının giderek azaldığı, buna karşılık özel sektör payının arttığı izlenmektedir. Bilindiği gibi, 2005 yılında yapılan yasal düzenleme ile SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş bulunmaktadır, dolayısıyla 2006 yılı ve sonrasına yönelik verilerde, 2005 yılı öncesinde SSK’na ait olan hastaneler de Sağlık Bakanlığı hastaneleri içerisinde yer almaktadır. Verilerin süreç yönünden karşılaştırılabilmesi için, tablolarda 2005 yılı öncesine yönelik verilerde de SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile birlikte gösterilmiştir. 1987 yılında ülke genelindeki 756 hastanenin %78.2’si Sağlık Bakanlığına, %12.7’si özel sektöre, 111135 hasta yatağının %75.6’sı Sağlık Bakanlığına, %2.9’u özel sektöre ait iken, 2012 yılında 1483 hastanenin %56.1’i Sağlık Bakanlığına, %36.5’i özel sektöre, 200072 hasta yatağının %61.1’i Sağlık Bakanlığına, %17.9’u özel sektöre aittir (Tablo-5). Hastaneler ile ilgili diğer bir önemli konu da kurumların bölgesel dağılım durumudur. Örneğin, Sağlık Bakanlığının 426 yataklı sağlık kurumu üzerinden yaptığı çalışmada, 1955 yılında ülke genelinde 1000 kişiye düşen yatak sayısı 1.2 olarak belirtilirken, 9 ilde (İstanbul, İzmir, Ankara, Eskişehir, Isparta, Elazığ, Kocaeli, Zonguldak ve Bursa) bu değer ortalama 3.1 iken diğer 66 ilde ortalama 0.6’dır; söz konusu 9 il ülke nüfusunun %23.6’sına sahipken hasta yataklarının %60’ına sahiptir (Sağlık Bakanlığı, 1958). 2007 yılında yayınlanan bir çalışmada, özel hastanelerin üç büyük ilde yoğunlaştığı, özel hastane kapasitesinin ancak 1/3’ünün Ankara, İstanbul, İzmir dışında bulunduğu, özel hastanelerin yarıya yakınının tek başına İstanbul’da olduğu ve son yıllarda özellikle İstanbul’da

çok sayıda özel uzmanlık hastaneleri açıldığı, özel sektörün nüfusu az olan yerlerde özel poliklinik ya da tıp merkezi açma eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Hastane ve hastane yataklarının sektörel dağılımına benzer bir durum, hastane başvuruları, hastane yatışları ve ameliyat sayılarında da izlenmektedir (Tablo-3, 4 ve 7); 1987 yılında hastanelerin %12.7'sine ve hasta yataklarının %2.9'una sahip olan özel sektör 43.3 hastane başvurusunun %0.2'sini, hastaneye yatan 2.8 milyon hastanın %2.4'ünü, 0.8 milyon ameliyatın %3.7'sini karşılayan özel sektör 2012 yılına gelindiğinde hastanelerin %36.5'ine, hasta yataklarının %17.9'una sahip bulunmaktadır ve 354.6 milyon hastane başvurusunun %18.8'ini, 11.9 milyon hasta yatışının %29.1'ini ve 4.4 milyon ameliyatın %32.8'ini karşılamaktadır. Sağlık Bakanlığının hastane başvuruları, hastane yatışları ve ameliyatlar içindeki payı sırasıyla 1987 yılında %90.4, %85 ve %79, 2012 yılında %73.6, %57.5 ve %52.1'dir. Söz konusu tablo süreç içerisinde Sağlık Bakanlığının ana aktör olmaya devam ettiğini, ancak özel sektörün payının giderek ağırlık kazanmaya başladığını açıkça göstermektedir. Yataklı tedavi kurumları ile sunulan hizmetin diğer bir aktörü olan üniversitelerin payı 1987-2012 yılları arasında hastanelerde %3.7'den %4.4'e, hasta yataklarında %16'dan %17.6'ya, hastane başvurularında %6.5'den %7.6'ya, hastane yatışlarında %10.2'den %13.4'e, ameliyatlarda %14.2'den %15.1'e yükselmiştir. Özel sektörün giderek artan bu ağırlığı, kamunun hizmet üretiminden çekilmesi, kamusal sosyal güvenceye sahip bireylerin özel sektör tarafından sunulan hizmetlerden yararlanmasını kolaylaştıran uygulamalar ile özel hastanelerin kamusal sigorta fonları tarafından desteklenmesi gibi uygulamalarla yaygınlaşan neo-liberal ekonomi politikalarının açık bir yansıması biçimindedir. Kamusal sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesi, bu kurumların giderek yaygınlaşan taşeron hizmet alımları ile kısmen özeleştirilmesi gibi uygulamalar, çalışmaları devam eden ve "verimsiz" bulunan sağlık kuruluşlarının özel sektöre devrine olanak tanıyan kamu hastaneleri birlikleri oluşturulması süreci ile birlikte değerlendirildiğinde, özel sektörün hastanecilik hizmetlerindeki giderek artan ağırlığının önümüzdeki günlerde de yaygınlaşacağını açıkça göstermektedir.

Yataklı tedavi hizmetlerinin üç temel aktörü olan Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektör arasındaki bir diğer farklılık da yatak doluluk oranı ve ortalama hastanede yatış günü yönünden izlenmektedir. 1987-2012 yılları arasında yatak doluluk oranı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %60'dan %76.7'ye, üniversite hastanelerinde %53.3'den %66.4'e, özel sektör hastanelerinde %28.5'den %51.5'e yükselirken, ortalama yatış günü Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 6.8'den 4.3'e, üniversite hastanelerinde 9.8'den 6.1'e, özel sektör hastanelerinde 4.1'den 2.3'e inmiştir. Ortalama hastanede yatış gününde yaşanan azalma önemli bir gelişmedir. 1955 yılında Sağlık Bakanlığı istatistikleri kapsamında değerlendirmeye alınan 29005 yatağa sahip 426 hastanede (6 numune hastanesi, 84 devlet hastanesi, 66 göğüs hastalıkları hastanesi, pavyon ve servis, 35 diğer kamu kurumu hastanesi, 31 özel hastane, 8 yabancı kuruluş hastanesi, 9 belediye hastanesi, 6 yerel idare hastanesi, 181 sağlık merkezi) polikliniğe başvuranların %12'sine yatış verilmiştir ve ortalama hastanede kalış süresi 20 gündür (Sağlık Bakanlığı, 1958). Yine, 1964-1967 yılları arasında hastane yatış oranı sırasıyla %11.8, %12.2, %11.6 ve %10.8 olarak gerçekleşirken, ortalama hastanede kalış süresi tüm yıllarda 11 gün (Sağlık

Bakanlığı hastanelerinde sırasıyla 11, 10, 10, 10, SSK hastanelerinde sırasıyla 11, 10, 9, 9, üniversite hastanelerinde sırasıyla 15, 13, 15, 17, özel hastanelerde sırasıyla 19, 21, 14, 16) olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 1971). Söz konusu azalmalar, bilimsel alanda ve tıbbi teknolojide yaşanan gelişmelere paralel olarak hastanelerde sunulan ayaktan tanı ve tedavi olanaklarının da gelişmesinin bir sonucu olarak yorumlanabilir. Bu etkileşimin bir diğer beklenen sonucu ise hastane yatışlarına, daha çok ağır hastalar ve cerrahi müdahale planlanan hastalar için gerek duyulmasıdır. Bu etkileşimi destekleyecek bir diğer beklenti gerçekleşen ameliyatların hastane yatışlarına oranının yükselmesidir. Ancak, 1987-2012 yılları arasında hastaneye yatanlardaki ameliyat oranının, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %29'dan %33.4'e yükselirken, üniversite hastanelerinde %43.4'den %41.5'e, özel sektör hastanelerinde %48'den %41.5'e inmiştir.

Türkiye genelinde 2012 yılı itibariyle mevcut hasta yataklarının %42'si nitelikli hasta yatağıdır⁵. Bu oran Sağlık bakanlığı hastanelerinde %34, üniversite hastanelerinde %44, özel sektör hastanelerinde %75.3'dür (Sağlık Bakanlığı, 2013). Ülke genelinde 2012 yılı itibariyle bulunan 23606 yoğun bakım yatağının %64.5'i erişkin, %3.8'i çocuk, %31.7'si yenidoğan yoğun bakım yatağıdır. Yoğun bakım yataklarının %43.7'si Sağlık Bakanlığı, %18'i üniversite, %38.3'ü özel sektör hastanelerinde bulunurken, bu oranlar sırasıyla erişkin yoğun bakım yatakları için %44.2, %19.2 ve %36.6, çocuk yoğun bakım yatakları için %53, %41.8 ve %5.2, yenidoğan yoğun bakım yatakları için %41.6, %12.6 ve %45.8'dir.

Yataklı tedavi kurumlarında bulunan görüntüleme cihazlarına yönelik veriler incelendiğinde sektörler arası farklılıklar izlenmektedir (Tablo-7). MR cihazlarının %56.7'si özel sektör hastanelerinde bulunurken tetkiklerin %59.42'si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gerçekleşmekte, BT cihazlarının 50.1'i özel sektör hastanelerinde bulunurken tetkiklerin %66'sı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gerçekleşmekte, EKO cihazlarının %43.3'ü özel sektör hastanelerinde bulunurken tetkiklerin %60.9'u Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gerçekleşmekte, mamografi cihazlarının %54.1'i özel sektör hastanelerinde iken tetkiklerin %66.8'i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gerçekleşmektedir. Ultrasonografi cihazlarının %55.4'ü, dopler ultrasonografi cihazlarının %49.5'i, röntgen cihazlarının %46.8'i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bulunurken, ultrasonografi tetkiklerinin %69.1'i, dopler ultrasonografi tetkiklerinin %69.2'si ve röntgen tetkiklerinin de %76.1'i yine Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gerçekleştirilmektedir.

Kaynaklar:

- 1- Devlet İstatistik Enstitüsü, 1994, *İstatistik Göstergeler 1923-1992*, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara.
- 2- Devlet İstatistik Enstitüsü, 2004, *Türkiye İstatistik Yıllığı 2004*, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara.

⁵ İçinde tuvaleti ve banyosu ile en fazla iki hasta yatağı, televizyon, telefon, buzdolabı, yemek masası, etajeri ve yatırılabilen refakatçi koltuğu bulunan odalardaki yataklar

- 3- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2012, *Türkiye Sağlık Raporu 2012*, (Eds) Ertem M, İnandı T, Çan G, Ergör A, Şaşmaz T, Ayoğlu F, Kaya M, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği yayınları, Ankara.
- 4- Sağlık Bakanlığı, 1958, *Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Tıbbi İstatistik Yıllığı 1945-1955*, T.C. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti, yayın no 226, Gürsoy Basımevi, Ankara.
- 5- Sağlık Bakanlığı, 1971, *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1964-1967*, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, yayın no 413, Güneş Matbaacılık, Ankara.
- 6- Sağlık Bakanlığı, 1975, *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1968-1972*, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, yayın no 444, Güneş Matbaacılık, Ankara.
- 7- Sağlık Bakanlığı, 1997, *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No 589.
- 8- Sağlık Bakanlığı, 2005, *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005*, www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2954/eski2yeni.html (erişim tarihi: 03/08/2011).
- 9- Sağlık Bakanlığı, 2007, *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, (Eds) Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N, Aydın S, Sağlık Bakanlığı, yayın no 710, Ankara.
- 10- Sağlık Bakanlığı, 2011, *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*, (Eds) Mollahaliloğlu S, Başara BB, Eryılmaz Z. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- 11- Sağlık Bakanlığı, 2013, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara.
- 12- Türkiye İstatistik Kurumu, 2010, *İstatistik Göstergeler 1923-2009*, Türkiye İstatistik Kurumu, yayın No 3493, Ankara.
- 13- Türkiye İstatistik Kurumu, 2011, www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=GostergeListe&tb_id=39&ust_id=11. (Erişim tarihi: 03.08.2011).
- 14- Türkiye İstatistik Kurumu, 2013, *Türkiye İstatistik Yıllığı 2013*, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.

Tablo-1: 1940-2012 Yılları Arasında Hastane ve Hastane Yatağı Sayıları⁶⁷⁸⁹¹⁰¹¹¹²

Yıl	Hastane	Hastane Yatağı	Yıl	Hastane	Hastane Yatağı	Yıl	Hastane	Hastane Yatağı
1940	154	11883	1965	621	55316	1990	857	120738
1941	150	11908	1966	-	-	1991	899	123706
1942	147	12334	1967	664	59176	1992	928	126611

6 1940-1986 yıllarına ait veriler Devlet İstatistik Enstitüsü 1994 kaynağından alınmıştır. Kaynakta, söz konusu verilerin Sağlık Bakanlığı’ndan alındığı belirtilmektedir.

7 1987-1994 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 1997 kaynağından alınmıştır.

8 1999-2003 yıllarına ait veriler Devlet İstatistik Enstitüsü 2004 kaynağından alınmıştır. Kaynakta, hastane sayılarının askeri hastaneler dışındaki kamu ve özel hastaneleri kapsadığı belirtilmektedir.

9 2005 yılına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2005 kaynağından alınmıştır. Kaynakta, söz konusu verilerin MSB’na ait 42 hastaneyi ve 15900 hasta yatağını kapsadığı belirtilmektedir.

10 2006-2010 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2011 kaynağından alınmıştır. Belirtilen hastane ve hasta yatağı sayıları Sağlık Bakanlığı, üniversite, özel sektör ve diğer hastaneleri kapsamaktadır. Kaynakta, diğer hastanelerin MSB hastanelerini, yerel idarelere ait belediye hastaneleri ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastaneleri içerdiği, MSB hastaneleri sayısının 42, MSB dışındaki diğer hastane sayısının 2006 yılında 6, 2008 ve 2009 yıllarında 4, 2010 yılında 3 olduğu belirtilmektedir. Yine aynı kaynakta 2002 yılında SSK hastane sayısının 120, hastane yatak sayısının 28979 olduğu, 2005 yılında SSK’dan 146 hastane ve 35059 hastane yatağının Sağlık Bakanlığı tarafından devralındığı belirtilmektedir.

11 2011 ve 2012 yıllarına ait hastane ve hastane yatağı sayıları Sağlık Bakanlığı 2013 kaynağından alınmıştır. Kaynakta Milli Savunma Bakanlığı verilerinin 2012 yılı öncesinde sadece hastane ve yatak sayısı olarak kullanıldığı ve tablolarda “diğer” içerisine dahil edildiği, 2012 yılı için tüm verilere dahil edilmiş olup karşılaştırılabilir olması açısından verilerin “özel sektör” içerisinde gösterildiği, hastane ve hastane yatağı sayılarının belirtildiği tablolarda Sağlık Bakanlığı, üniversite, özel sektör dışında kalan Milli Savunma Bakanlığı, belediye ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastanelerin ve hastane yataklarının “diğer” olarak tanımlandığı belirtilmektedir.

12 Türkiye Sağlık Raporu’nda 2002 yılı için 162235, 2009 yılı için 195549, 2010 yılı için 199950 olarak belirtilen hastane yatağı sayıları Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 başlıklı çalışmada (Sağlık Bakanlığı 2013) farklılık göstermektedir ve ilgili kaynakta 2002, 2009 ve 2010 yılları için belirtilen sayılar parantez içerisinde verilmiştir. Gerek Sağlık Bakanlığı 2011, gerekse de Sağlık Bakanlığı 2013 kaynaklarında hasta yatağı ifadesi ile ilgili olarak hastaların 24 saatten fazla bakım ve tedavilerinin sağlanması amacıyla yatırıldığı, hasta odalarında ya da hastalara devamlı bakım hizmeti verilen birimlere yerleştirilen yatakları tanımladığı, yoğun bakım, prematüre ve yeni doğan ünitesindeki yataklar (kuvöz, açık bebek yatağı) ile yanık merkezi ve yanık odalarındaki yataklar ile nitelikli yatakların yatak sayısına dahil edildiği, yataklarla ilgili hesaplarda kurumların fiili yataklarının kullanıldığı belirtilmektedir.

Tablo 1'in devamı								
1943	148	12782	1968	686	65446	1993	962	131874
1944	152	13185	1969	729	69413	1994	982	134665
1945	153	13633	1970	746	72034	1995	-	-
1946	153	13823	1971	758	74406	1996	-	-
1947	189	15892	1972	783	77787	1997	-	-
1948	193	16382	1973	791	81175	1998	-	-
1949	198	17871	1974	799	83693	1999	1018	153465
1950	201	18837	1975	798	81264	2000	1043	156549
1951	264	22286	1976	790	82945	2001	1112	159290
1952	328	27366	1977	772	83027	2002	1156	162235 (164471)
1953	372	29706	1978	776	86526	2003	1172	180797

Tablo 1'in devamı								
1954	386	33365	1979	822	96752	2004	-	-
1955	417	34526	1980	827	99117	2005	1198	192685
1956	452	37007	1981	831	97765	2006	1203	182851
1957	478	38623	1982	630	96138	2007	1317	186191
1958	511	41962	1983	646	99396	2008	1350	188065
1959	542	44048	1984	686	100496	2009	1389	195549 (188638)
1960	566	45807	1985	722	103918	2010	1439	199950 (200239)
1961	600	47537	1986	736	107152	2011	1453	194504
1962	613	50135	1987	756	111135	2012	1483	200072
1963	632	53248	1988	777	113010			
1964	632	54820	1989	812	116061			

Tablo-2: Seçilmiş Yıllarda 10000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı (KDHYS)13.

Yıl	Nüfus	Hastane Yatağı	10000 KDHYS	Yıl	Nüfus	Hastane Yatağı	10000 KDHYS
1940	17820950	11883	6.7	1985	50664458	103918	20.5
1945	18790174	13633	7.3	1990	56473035	120738	21.4
1950	20947188	18837	9.0	2000	67803927	156549	23.1
1955	24064763	34526	14.3	2007	70586256	186191	26.4
1960	27754820	45807	16.5	2008	71517100	188065	26.3
1965	31391421	55316	17.6	2009	72561312	188638	26.0
1970	35605176	72034	20.2	2010	73722988	200239	27.2
1975	40347719	81264	20.1	2011	74724269	194504	26.0
1980	44736957	99117	22.2	2012	75627384	200072	26.5

13Nüfus sayıları Türkiye İstatistik Kurumu 2010, 2011 ve 2013 kaynaklarından alınmış, 10000 nüfusa düşen hastane yatağı sayıları Tablo-1’de kullanılan veriler üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo-3: 1987-1994 ve 2001-2012 Yıllarında Hastaneye Başvuru ve Hastaneye Yatan Hasta Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷

	Hastaneye Başvuru Sayısı					Hastaneye Yatan Hasta Sayısı				
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam	Sağlık Bakanlığı ¹	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
1987	39227937	2803922	88235	1273196	43393290	2423765	290710	69426	97902	2851803
1988	40619624	3176680	110544	1358845	45265693	2483210	282320	74008	73989	2913527
1989	45601651	3478930	127260	1355000	50562841	2644125	320170	70234	72919	3107448
1990	50188420	3734883	251547	1365355	55540205	2695907	336055	75702	78672	3186336

14 1987-1994 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 1997 kaynağından alınmıştır. Sağlık Bakanlığı olarak belirtilen veriler ve SSK hastanelerini de kapsamaktadır. Diğer kısmı ilgili kaynaktan “diğer bakanlık ve kamu kuruluşları”, “belediye hastaneleri”, “dernek ve vakıf hastaneleri” ile “yabancı ve azınlık hastaneleri” olarak bildirilenlerin toplamıdır.

15 2001-2005 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2005 kaynağından alınmıştır. 2001-2004 yıllarındaki Sağlık Bakanlığı verileri SSK hastanelerini de kapsamaktadır. Kaynaktan özel hastane kısmının dernek-vakıf, yabancı, azınlık ve şahıs hastanelerini kapsadığı belirtilmektedir, diğer kısmı “diğer kamu hastaneleri” olarak belirtilmiştir, MSB’na yönelik bilgi bulunmamaktadır.

16 2006-2010 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2011 kaynağından alınmıştır. Kaynak verileri MSB hastanelerini içermemektedir ve diğer kamu kuruluşları ile yerel idarelere ait az sayıdaki hastanenin özel hastaneler içinde gösterildiği belirtilmiştir.

17 2011 ve 2012 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2013 kaynağından alınmıştır. İlgili kaynaktan müracaat sayısının OECD tarafından “hekim telefon ile başvuru hariç herhangi bir sebeple başvuruda bulunulması” olarak tanımlandığı, Milli Savunma Bakanlığı verilerinin sadece 2012 yılı için dahil edildiği ve karşılaştırılabilir olması amacıyla “özel sektör” içerisine dahil edildiği belirtilmiştir.

Tablo 3'ün devamı										
1991	49831118	3685219	323353	1425271	55264961	2626718	346868	81359	80560	3135505
1992	53450845	3901360	385692	1481825	59219722	2852877	360629	87157	77661	3378324
1993	56349953	4421010	539215	1563975	62874153	2932335	380728	101443	81992	3496498
1994	63229151	4671616	707286	1630731	70238784	3104397	424891	121516	89211	3740015
2001	106421870	8385900	3917791	1543126	120268687	4057003	727015	473283	32723	5290024
2002	109793128	8823361	4407122	1293748	124317359	4169779	781990	529511	26983	5508263
2003	113934570	9637840	5033572	1127136	129733118	4279176	838486	586961	31894	5736517
2004	135169229	10685275	6187371	809366	152851241	4860433	921735	637731	20901	6440800
2005	164758149	11493879	10804981	243265	187300274	5081539	1025614	871329	33032	7011514
2006	189422137	12588872	15529416		217540425	5303347	1165277	1220176		7688800
2007	209630370	15025079	24485650		249141099	5674935	1262973	1782381		8720289
2008	216723712	18290800	38688313		273702825	5959585	1386449	2338211		9684245

Tablo 3'ün devamı										
2009	228279139	19364865	47618186		295262190	5934978	1462690	2503992		9901660
2010	235172924	20098754	47712540		302984218	6361116	1509484	2657573		10528173
2011	254342943	24437107	59069486		337849536	6775154	1607462	3054165		11436781
2012	260974401	27080436	66582098		354636935	6891857	1601878	3485092		11978827

Tablo-4: Ameliyat Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı18-19-20-21

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
1987	703876	126062	33300	27564	890802
1988	710397	125438	34115	30195	900145
1989	738253	147483	31616	26209	943561
1990	788150	155338	33965	28568	1006021
1991	785036	162784	35457	30845	1014122
1992	828837	170030	38893	31013	1068773
1993	820582	169708	43868	35441	1069599
1994	877497	178130	52840	35360	1143827
2002	1072417	307108	218837		1598362

18 1987-1994 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 1997 kaynağından alınmıştır. Sağlık Bakanlığı olarak belirtilen veriler ve SSK hastanelerini de kapsamaktadır. Diğer kısmı ilgili kaynaktan “diğer bakanlık ve kamu kuruluşları”, “belediye hastaneleri”, “dernek ve vakıf hastaneleri” ile “yabancı ve azınlık hastaneleri” olarak bildirilenlerin toplamıdır.

19 2006-2010 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2011 kaynağından alınmıştır. Kaynak verileri MSB hastanelerini içermemektedir ve diğer kamu kuruluşları ile yerel idarelere ait az sayıdaki hastanenin özel hastaneler içinde gösterildiği belirtilmiştir. İlgili kaynaktan Genel Sağlık Sigortası Kanunu çerçevesinde uygulamaya konulan Medula Sisteminde Bütçe Uygulama Talimatı EK-8’de 2009 yılı için ameliyat gruplarının kapsamı ile ilgili bir takım değişiklikler olduğu, daha önce büyük ameliyat kapsamında değerlendirilen bazı ameliyatlara orta ameliyat kapsamına alındığı, bazı cerrahi girişim ve işlemlere puan verildiği, daha önce ameliyat olarak sayılmayan birçok işlemin küçük ameliyat (D-E) grubuna dahil edildiği ve bu nedenle ameliyat sayılarında artış meydana geldiği, 2008 yılından sonraki ameliyatlara A, B, C, D ve E grubu olarak değerlendirildiği büyük, orta ve küçük ameliyat ayrımı yapılmadığı belirtilmektedir.

202002, 2011 ve 2012 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2013 kaynağından alınmıştır. İlgili kaynaktan ameliyat sınıflandırmasında Dünya Sağlık Örgütü’nün Uluslararası Sağlık Müdahalesi Sınıflamasının (ICHI, International Classification of Health Interventions) baz alındığı, bu sınıflamada yapılan tanıma uygun olarak ameliyat (A, B ve C) sayılarının hesaplandığı, bu sınıflamaya göre teşhis amaçlı ve küçük cerrahi girişimlerin ameliyat sayıları içerisinde yer almadığı belirtilmektedir.

2117 ve 18 numaralı dip notlarda belirtilen açıklamaların yansıması olarak 2009 ve 2010 yıllarına ait sayılar Sağlık Bakanlığı 2011 ve Sağlık Bakanlığı 2013 kaynaklarında farklılık içermektedir. 2009 ve 2010 yılları için Sağlık Bakanlığı 2013 kaynağında yer alan sayılar parantez içerisinde ayrıca verilmiştir.

Tablo 4'dün devamı					
2006	2895930	126062	698211		4267423
2007	3343460	125438	986224		5150476
2008	3792953	147483	1383671		6081471
2009	4465326 (1829919)	155338 (546903)	1665984 (1131431)		7149616 (3508253)
2010	5658819 (2039021)	162784 (576547)	1829904 (1215159)		8614789 (3830727)
2011	2209326	617477	1373774		4200577
2012	2298893	664695	1446630		4410218

Tablo-5: 1987-1994, 2002 ve 2006-2012 Yıllarında Hastane ve Hastane Yatağı Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı^{22,23,24,25}

	Hastane Sayısı					Hastane Yatağı Sayısı				
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
1987	591	24	96	45	756	84045	17749	3188	6153	111135
1988	614	24	93	46	777	85733	17749	3212	6316	113010
1989	640	24	102	46	812	88387	17749	3614	6311	116061
1990	686	23	103	45	857	92354	18068	3955	6361	120738
1991	719	25	112	43	899	94687	18298	4355	6366	123706

22 1987-1994 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 1997 kaynağından alınmıştır. Sağlık Bakanlığı olarak belirtilen veriler ve SSK hastanelerini de kapsamaktadır. Diğer kısmı ilgili kaynakta “diğer bakanlık ve kamu kuruluşları”, “belediye hastaneleri”, “dernek ve vakıf hastaneleri” ile “yabancı ve azınlık hastaneleri” olarak bildirilenlerin toplamıdır.

23 2006-2010 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2011 kaynağından alınmıştır. Kaynak verileri MSB hastanelerini içermemektedir ve diğer kamu kuruluşları ile yerel idarelere ait az sayıdaki hastanenin özel hastaneler içinde gösterildiği belirtilmiştir.

24 2002, 2011 ve 2012 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2013 kaynağından alınmıştır.

25 2009 ve 2010 yılları için toplam ve Sağlık Bakanlığı hastane yatak sayıları Sağlık Bakanlığı 2011 ve Sağlık Bakanlığı 2013 kaynaklarında farklılık göstermekte olup Sağlık Bakanlığı 2013 kaynağında gösterilen sayılar parantez içerisinde verilmiştir.

Tablo 5'in devamı										
1992	739	25	122	42	928	97040	18298	4921	6152	126611
1993	764	27	129	42	962	101104	19009	5459	6302	131874
1994	781	29	133	39	982	102949	19852	5690	6764	134665
2002	774	50	271	61	1156	107394	26341	12387	18349	164471
2006	767	56	331	49	1203	119328	31193	14639	17691	182851
2007	848	56	365	48	1317	120228	30978	17397	17588	186191
2008	847	57	400	46	1350	119310	29912	20938	17905	188065
2009	834	59	450	46	1389	122354 (115443)	30112	25178	17905	195549 (188638)
2010	843	62	489	45	1439	119891 (120180)	35001	28063	16995	199950 (200239)
2011	840	65	503	45	1453	121297	34802	31648	6757	194504
2012	832	65	541	45	1483	122322	35150	35767	6833	200072

Tablo-6: 1987-1994 ve 2002-2012 Yılları Arasında Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Sektör Hastanelerinde Yatak Doluluk Oranı ve Ortalama Hastanede Yatış Günü Değerleri²⁶⁻²⁷⁻²⁸⁻²⁹⁻³⁰

Yıl	Yatak Doluluk Oranı (%)			Ortalama Hastanede Yatış Günü		
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör
1987	60.0	53.3	28.5	6.8	9.8	4.1
1988	58.5	50.3	29.3	6.5	10.2	4.0
1989	59.0	54.6	25.0	6.4	10.4	3.8
1990	58.9	58.3	23.4	6.4	10.6	3.8
1991	55.6	56.6	23.0	6.4	10.2	3.7

261987-1994 yıllarına ait üniversite ve özel sektör hastaneleri yatak doluluk oranı ve ortalama hastanede yatış günü değerleri Sağlık Bakanlığı 1997 kaynağından alınmıştır. Sağlık Bakanlığı hastaneleri yatak doluluk oranı ve ortalama hastanede yatış günü değerleri, ilgili kaynakta Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri için veriler birleştirilerek hesaplanmıştır.

272005 yılı yatak doluluk oranı ve ortalama hastanede yatış günü değerleri Sağlık Bakanlığı 2005 kaynağından alınmıştır.

282006-2010 yılı yatak doluluk oranı ve ortalama hastanede yatış günü değerleri Sağlık Bakanlığı 2011 kaynağından alınmıştır.

29 2002, 2003, 2004, 2011 ve 2012 yıllarına ait yatak doluluk oranları ve ortalama yatış süreleri Sağlık Bakanlığı 2013 kaynağından alınmıştır.

30Yatak doluluk oranları ve ortalama yatış sürelerine yönelik olarak Sağlık Bakanlığı 2013 kaynağında farklı gösterilen değerler parantez içerisinde sunulmuştur.

Tablo 6'nın devamı						
1992	59.9	59.0	19.4	6.5	10.7	3.4
1993	59.3	64.5	19.8	6.2	11.2	3.1
1994	59.3	63.2	20.2	6.1	10.3	2.9
2002	63.4 (60.6)	69.8	32.0	5.7	8.6	3.1
2003	61.4	72.9	33.1	5.6	8.5	3.0
2004	68.2	74.7	35.1	5.6	8.3	2.8
2005	63.9 (65.2)	79.2	37.3 (42.0)	5.3 (5.2)	8.2	2.0 (2.7)
2006	62.7 (67.5)	79.7	48.0	5.2	7.8	2.4
2007	60.4 (64.8)	76.5	46.0	4.7	6.9	1.8

Tablo 6'nın devamı						
2008	61.2 (63.8)	84.4	50.7	4.5	6.6	1.8
2009	61.4 (65.0)	80.7	50.3	4.6	6.1	2.0
2010	64.4 (64.3)	72.9	50.8	4.4	6.2	2.0
2011	73.6	66.4	53.6	4.3	6.1	2.3
2012	76.7	66.4	51.5	4.3	6.1	2.3

Tablo-7: 2012 Yılında Seçilmiş Değişkenlerin Sektörler Arası Dağılımı.31:32

Değişken	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Hastane	832	65	541	1483
Hastane yatağı	122322	35150	35767	200072
Nitelikli hasta yatağı	41560	15473	26927	83906
Nitelikli hasta yatağı oranı ³³ (%)	34,0	44,0	75,3	42,0
Yoğun bakım yatağı	10321	4236	9049	23606
Erişkin yoğun bakım yatağı	6735	2920	5569	15224
Çocuk yoğun bakım yatağı	472	372	46	890
Yenidoğan yoğun bakım yatağı	3114	944	3434	7492
Hemodiyaliz merkezi	419	54	377	850
Hemodiyaliz cihazı	4715	988	9993	15696
Başvuru (2012)	260974401	27080436	66582098	354636935
Başvuru (2002)	109793128	8823361	5697170	124313659
Yatan hasta (2012)	6891857	1601878	3485092	11978827
Yatan hasta (2002)	4169779	781990	556494	5508263

31 Sağlık Bakanlığı 2013 kaynağından yararlanarak hazırlanmıştır.

32Sağlık Bakanlığı 2013 kaynağında görüntüleme ve cihaz bölümündeki sayılarda Sağlık Bakanlığı bölümüne Sağlık Bakanlığının dışarıdan hizmet alımıyla kullandığı cihazlar, demirbaşlar ve görüntüleme sayılarının dahil edildiği belirtilmektedir.

33Her 100 hasta yatağından kaçının nitelikli hasta yatağı olduğu gösterir. Sağlık Bakanlığı 2013 kaynağında nitelikli hasta yatağı, içinde tuvaleti ve banyosu ile en fazla iki hasta yatağı, televizyon, telefon, buzdolabı, yemek masası, etajeri ve yatırılabilen refakatçi koltuğu bulunan odalardaki yataklar olarak tanımlanmıştır.

Tablo 7'nin devamı				
Ameliyat (2012)	2298893	664695	1446630	4410218
Ameliyat (2002)	1072417	307108	218837	1598362
A grubu ameliyat	177305	98801	158855	434961
B grubu ameliyat	800446	261077	508351	1596874
C grubu ameliyat	1321142	304817	779424	2405383
Yatak doluluk oranı (2012)	66,4	76,7	51,5	65,1
Yatak doluluk oranı (2002)	60,6	69,8	32,0	59,4
Ortalama yatış günü (2012)	4,3	6,1	2,3	4,0
Ortalama yatış günü (2002)	5,7	8,6	3,1	5,8
Kaba Ölüm Hızı (2012)	15,8	25,8	12,4	16,2
Kaba Ölüm Hızı (2002)	14,8	32,5	9,6	16,8
MR cihazı	310	89	522	921
MR tetkiki	5103661	978049	2510362	8592072
MR CBDTS	16463,4	10989,3	4809,1	9329,1
BT cihazı	448	122	572	1142
BT tetkiki	6481088	1476353	1867832	9825273
BT CBDTS	14466,7	12101,3	3265,4	8603,6
USG cihazı	2348	384	1508	4240

Tablo 7'nin devamı				
USG tetkiki	15480054	1679200	5250608	22409862
USG CBDTS	6592,9	4372,9	3481,8	5285,3
Dopler USG	1218	302	943	2463
Dopler USG tetkiki	4803078	616171	1520430	6939679
Dopler USG CBDTS	3943,4	2040,3	1612,3	2817,6
EKO cihazı	587	188	592	1367
EKO tetkiki	3074063	578346	1396252	5048661
EKO CBDTS	5236,9	3076,3	2358,5	3693,2
Mamografi cihazı	353	77	506	936
Mamografi tetkiki	1359768	257967	424845	2042580
Mamografi CBDTS	3852,0	3350,2	839,6	2182,2
Röntgen cihazı	3554	2165	1878	7597
Röntgen tetkiki	32935904	3517190	6837637	43290731
Röntgen CBDTS	9267,3	1624,6	3640,9	5698,4

IV- SAĞLIK FİNANSMANI (2003-2012)

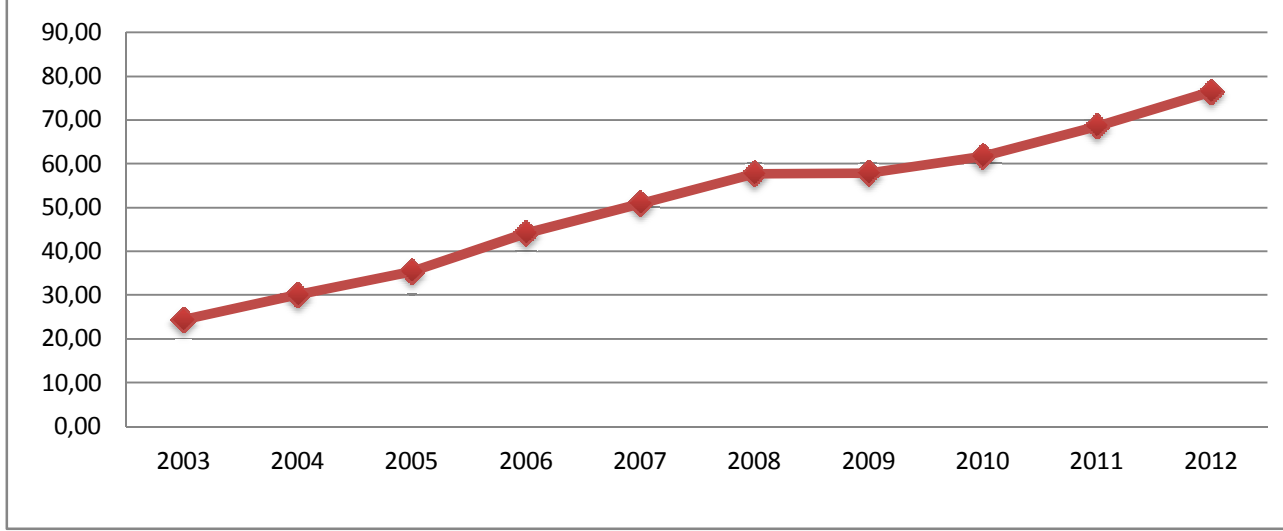
Bülent KILIÇ

Prof.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

Türkiye’de son 10 yıllık AKP iktidarı döneminde toplam sağlık harcaması 24.3 milyar TL’den 76.4 milyar TL’ye çıkarak 3 kat artmıştır. Grafik-1’de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de yıllara göre Toplam Sağlık Harcamaları görülmektedir.

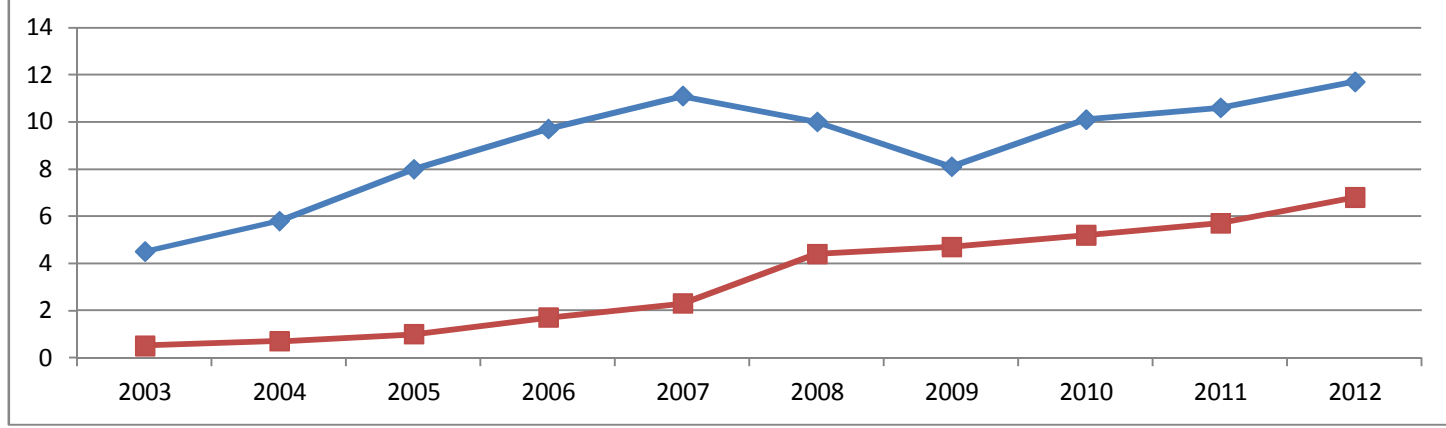
Sağlık harcamalarındaki artış ilk bakışta olumlu gibi gözükse de sağlık politikalarıyla ilgilenen bir çok halk sağlığı uzmanı, AKP hükümetlerinin sağlıkla ilgili yaptığı bu harcamaları tüketimi artırmaya yönelik popülist politikalar içermesi, cepten yapılan reel harcamalarda aşırı artışla sonuçlanması ve sağlıkta özelleştirmeyi teşvik etmesi nedeniyle eleştirmektedir. Grafik-1’de 2003-2008 yılları arasındaki artış eğiliminin 2008-2009 yıllarındaki ekonomik kriz döneminde durakladığı dikkati çekmektedir. Eğer bu duraklama olmasaydı 2012 yılı toplam sağlık harcamalarının 15-20 milyar TL daha fazla olacağı tahmin edilmekteydi. Hükümetin bu dönemde yerinde bir kararla sağlık harcamalarında frene bastığı görülmektedir.

Ancak Grafik-2’de de görüldüğü üzere aynı dönemde cepten yapılan sağlık harcamaları 4.5 milyar TL’den 11.7 milyar TL’ye çıkarak 2.6 kat artmış ve kişi başına 88 dolardan 192 dolara ulaşmıştır. Ancak bu reel artış toplam sağlık harcamalarındaki kamu payının %77’ye çıkması nedeniyle oransal olarak bir azalmayla sonuçlanmış ve %20’nin altına inmiştir. Nitekim OECD verilerine göre de Türkiye, 2000-2009 arası dönemde cepten yapılan sağlık harcamalarının %9.7 ile en çok azaldığı iki ülkeden birisidir. Ancak 2003-2009 arası Türkiye verilerini kapsayan başka bir araştırmada bu oranın arttığı bildirilmekle birlikte ailelerde bir katastrofiye yol açmadığı da dikkate alınmalıdır (Yardım, 2013).

Grafik-1: Türkiye’de Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcaması (2003-2012)

Toplam Sağlık Harcaması / (Milyar TL)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	24.3	30.0	35.4	44.1	50.9	57.7	57.9	61.7	68.6	76.4

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcaması İstatistikleri http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084

Grafik-2: Türkiye’de Yıllara Göre Cepten Sağlık Harcamaları ve SGK’nın Özel Hastanelere Aktardığı Kaynak (2003-2012)

(Milyar TL)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cepten sağlık harcamaları	4.5	5.8	8.0	9.7	11.1	10.0	8.1	10.1	10.6	11.7
SGK özel hastane harc.	0.5	0.7	1.0	1.7	2.3	4.4	4.7	5.2	5.7	6.8

Kaynaklar: TÜİK Sağlık Harcaması İstatistikleri; http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084

SGK İstatistik Yıllığı; http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari/

Grafik-2’de 2008-09 döneminde cepten yapılan harcamaların toplam değerinin 11.1 milyar TL’den 8.1 milyar TL’ye indiği görülmektedir. Ancak bu dönemde bile Sosyal Güvenlik Kurumundan (SGK) özel hastanelere aktarılan kaynakta hiç bir azalma olmamıştır. 2003-2012 arası dönemde SGK’nın özel hastanelere ödediği tutar 0.5 milyar TL’den 6.8 milyar TL’ye çıkarak 14 kat artmıştır.

Sağlık harcamalarının Türkiye’de son 10 yılda 3 kat artışının arkasındaki temel nedenler şöyle sıralanabilir:

1)Sağlık kurumlarına yapılan başvuruların ve sağlıkta tüketimin artması

Bir yılda kişi başına hekime müracaat sayısı 2002 yılında 3.2 iken, 2012 yılında bu sayı 8.2’ye çıkmıştır. Bu başvuruların yaklaşık üçte ikisi hastanelere yapılmaktadır. Aynı dönemde gerçekleştirilen ameliyat sayıları da 2.7 kat artarak yıllık toplam 1.6 milyondan, 4.4 milyona çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

2)Özel sağlık kuruluşlarının sayılarının artması

2002-2012 yılları arasında özel hastane sayısı 271’den 541’e, özel tıp/dal merkezi ve poliklinik sayısı ise 800’den 1483’e ulaşmıştır. Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 2012 yılında özel sağlık kuruluşlarındaki muayene oranı ayaktan başvurularda %16, yatan hastalarda %29 olarak gerçekleşmiştir. Bu artış hükümetin özel sektöre başvuruyu desteklemesi ve SGK’nın özel sektöre başvuran hastalara ciddi bir kaynak aktarımının sonucunda olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2013).

3)Sağlık hizmetlerindeki aşırı fiyat artışları

Türk Sağlık-Sen tarafından 2013 yılında yapılan bir araştırmada 2008-2013 yılları arasında sağlık hizmetlerindeki en sık kullanılan 17 kalemden %121 oranında fiyat artışı olmuştur. En büyük artışlar %329 ile ultrasound, %278 ile röntgen, %266 ile laboratuvar, %230 ile MR ve %183 ile hastane yatak ücretlerinde gerçekleşmiştir. Yıllık enflasyon oranının %10 civarında olduğu bu dönemde sağlık hizmetlerinin fiyatlarında aşırı bir enflasyon yaşandığı ve bunun da sağlık harcamalarına yansdığı görülmektedir.

4)Performansa dayalı ödeme sistemi

Performansa dayalı ek ödeme sistemi öncelikle poliklinik sayılarını artırırken daha sonra performans puanı yüksek olan uygulamaların artışına (anjiyografiler, 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.

Türkiye’de son on yıllık dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanındaki gelişmeler üçer yıllık dönemler halinde Tablo-1’de verilmiştir. Buna göre ilk dikkati çeken bulgu 2008 yılı ekonomik krizi sonrasında Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki sağlık harcaması oranının %6.1’den 2012 yılında %5.4’e inmesidir. Bu beklenmeyen azalmaya karşın reel harcama miktarları gerek SGK gerekse SB

harcamalarında artmaya devam etmiştir. Son yıllardaki en önemli olumlu bulgu ise kamu harcama oranının toplamda %77'ye ulaşması, SGK ilaç harcaması oranının ise %35'e inmesidir. Bu durum son yıllarda ilaç harcamalarının iyice kısıldığını ve kamu kaynaklarının 2012 yılında daha fazla ön plana çıkarıldığını göstermektedir. Ancak bu politikanın sürdürülebilir olması 2014 yılında Türkiye ekonomisinin içine girdiği kırılgan dönem ve SGK'nın global bütçe uygulama planları nedeniyle artık daha fazla olanaklı değildir.

Türkiye'de son 10 yılda döner sermaye uygulamasının çok geliştiği ve SB bütçesini geçtiği artık bilinen bir gerçektir. Döner sermaye uygulaması artık büyük ölçüde performansa dayalı ek ödeme uygulamasına dönüşmüş olmakla birlikte içeriği aynıdır. Tablo-2'de döner sermaye gelirleriyle SB ve SGK bütçelerinin kıyaslaması görülmektedir. Ancak bu grupta en çok dikkati çeken durum SGK bütçesidir. 2013 yılındaki SGK bütçesi (181 milyar TL) SB bütçesinin (17 milyar TL) 10 katından fazla büyüklüktedir. Salt SGK sağlık harcamaları dikkate alınsa dahi (49.9 milyar TL) bu bütçe SB bütçesi ve döner sermaye gelirlerinin toplamından (36.8 milyar TL) çok daha fazladır.

Tablo-1: Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (2003-2012)

	2003	2006	2009	2012
Toplam Sağlık Harcaması / GSYİH (%)	5.3	5.8	6.1	5.4
Kamu Sağlık Harcaması / Toplam Sağlık Harcaması (%)	72	68	73	77
Kişi Başı Sağ Harcaması USD (PPP)	471	738	902	1025
Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Milyar TL)	3.6	7.5	12.0	14.5
SB Bütçesi / Genel Bütçe (%)	2.4	4.4	4.6	4.1
SGK Toplam Bütçesi (Milyar TL)	41	72	107	158
SGK Toplam Sağlık Harcamaları (Milyar TL)	10.7	17.7	28.8	44.1
SGK ilaç harcaması / SGK sağlık harcaması (%)	53	47	46	35

Kaynaklar: TÜİK Sağlık Harcaması İstatistikleri;
http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084

SGK İstatistik Yıllığı;
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari/

Akdağ R; Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu, s:93-97

Tablo-2: Türkiye’de SGK, SB Bütçeleri ve Döner Sermaye Gelirleri (2010-2013)

	2010	2013
Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Milyar TL)	12.7	16.9
SB Döner Sermaye Gelirleri (Milyar TL)	13.0	19.9
SGK Bütçesi (Milyar TL)	118.0	181.0
SGK Sağlık Harcamaları (Milyar TL)	32.5	49.9

SGK İstatistik Yıllığı

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

Müezzinoğlu (2013) Sağlık Bakanlığı 2014 Yılı Bütçe Sunumu

Akdağ (2010) Sağlık Bakanlığı 2011 Yılı Bütçe Sunumu

Türkiye’de 2012 yılı sağlık harcamalarında paranın kaynağına bakıldığında %77’sinin kamu kaynaklarından karşılandığı, %51’inin özel sektöre gittiği dikkati çekmektedir (Tablo-3).

Türkiye’de sağlık harcamalarının 2012 yılına ait ayrıntılı bir dağılımı Şekil-1’de verilmiştir.

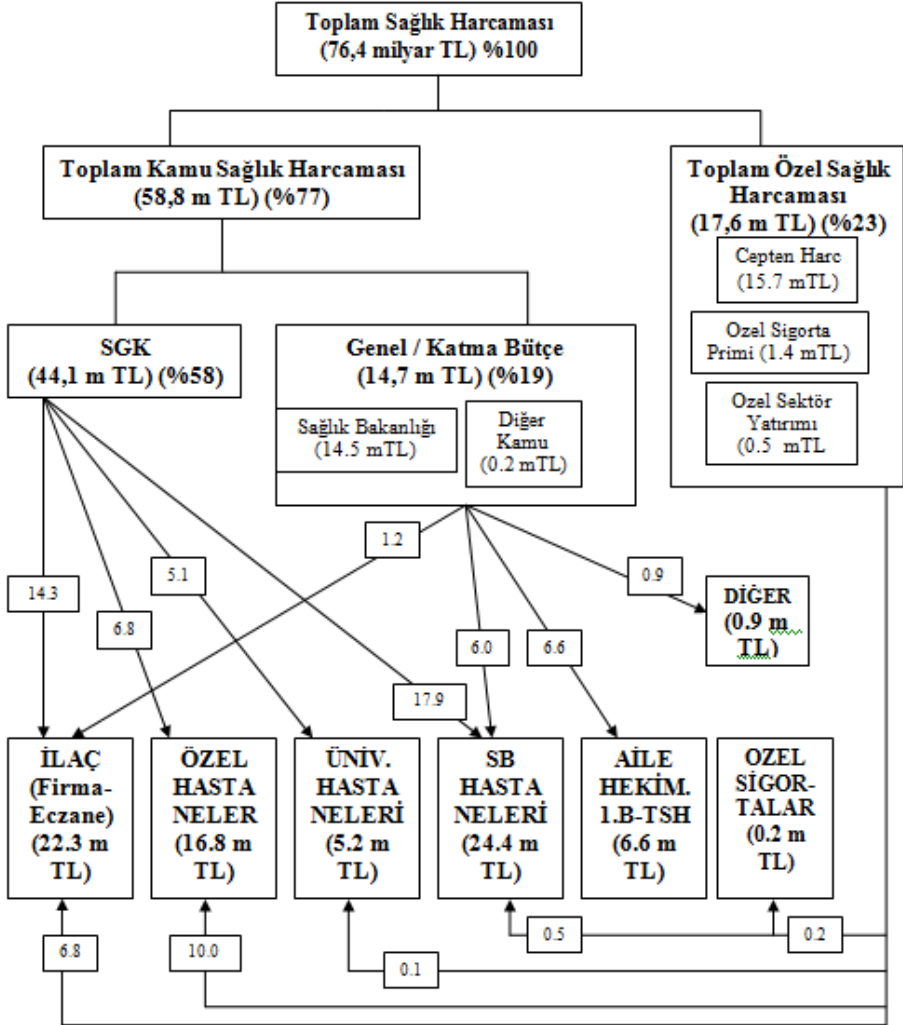
Tablo-3: Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Paranın Dağılımı (2012)

PARANIN GELDİĞİ YER (PARANIN KAYNAĞI) (2012 YILI)			PARANIN GİTTİĞİ YER (PARANIN PAYLAŞIMI) (2012 YILI)		
	milyar TL	%		milyar TL	%
SGK	44.1	57.7	SB HASTANELERİ	24.4	32,0
GENEL BÜTÇE	14.5	19.0	ÜNİVERSİTE HAST.	5.2	6,9
DİĞER KAMU	0.2	0.3	KAMU 1.BASAMAK	6.6	8,7
TOPLAM KAMU	58.8	77.0	DİĞER KAMU	0,9	1,2
CEPTEN HARCAMA	15.7	20,5	TOPLAM KAMU	37,1	49.0
ÖZEL SEK. YATIRIM	0.5	0.7	İLAÇ FİRMA/ECZANE	22.3	29,0
ÖZEL SİG. PRİMİ	1.4	1.8	ÖZEL HASTANELER	16.8	21,8
TOPLAM ÖZEL	17.6	23.0	ÖZEL SİGORTALAR	0.2	0,3
TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI	76.4	100.0	TOPLAM ÖZEL	39.3	51.0
			TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI	76.4	100.0

TÜİK Sağlık Harcaması İstatistikleri http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084,

Akdağ R (2011) Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. <http://www.saglik.gov.tr/EN/dosya/1-74227/h/2012butce.pdf>

Şekil-1: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Kaynakları ve Dağılımı (2012)



mTL: milyar TL

Kaynaklar: SGK (2012)

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari/

TÜİK Sağlık Harcaması İstatistikleri http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084

Akdağ R (2011) Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu

<http://www.saglik.gov.tr/EN/dosya/1-74227/h/2012butce.pdf>

*Şekil-1'deki veriler üstteki kaynaklar kullanılarak hazırlanmıştır (2012 yılı rakamları henüz kesin değildir ve önümüzdeki yıllarda düzeltmeler yapılabilir):

Şekil-1'in önceki HASUDER raporunda verilen 2009 yılına ait dağılımdan en önemli farklılığı toplam kamu payının %73'ten %77'ye; SGK payının %43'ten %58'e çıkması; genel/katma bütçe içinde yer alan diğer kaynakların oldukça azalmış olması ve özel sektör içinde yatırımlara ayrılan payın düşmesidir (kıyaslama için bakınız Kılıç, 2012). Üniversite hastanelerinin gelirlerinin aynı kaldığı SB hastanelerinin ise gelirlerinin iki katına yakın arttığı dikkati çeken diğer bir bulgudur. Yapılan tüm teşviklere karşın Türkiye'de özel sağlık sigortaları halen hiçbir ilerleme kaydedememiştir. Hükümetin ilerleyen yıllarda bununla ilgili yeni düzenlemeler yapması ve tamamlayıcı özel sağlık sigortalarını desteklemesi beklenmektedir.

2012 yılı SB verilerine göre yatarak tedavi gören hastaların %29'u, ayaktan başvuruların ise %16'sı özel sağlık sektörüne başvuru yapan hastalardır. Ancak özel sektör örgütlenmesinin sağlık sektöründeki payı sadece özel hastaneler, özel poliklinikler, özel tıp ve dal merkezleri ve muayenehanelerden oluşmamaktadır. Özellikle ilaç tüketimi ve eczaneler dikkate alındığında sağlık örgütlenmesinin de en az yarı yarıya özel sektörün elinde olduğu söylenebilir.

Türkiye'de sağlık harcamalarının kamu ve özel sektöre göre dağılımı daha basit bir şekilde Tablo-4'te özetlenmiştir. Buna göre paranın geldiği ve gittiği yerlerin kamu/özel durumuna göre sınıflandırılması durumunda kamu kaynaklarından gelen paranın %32'sinin özel sektöre aktarıldığı görülmektedir. Nitekim özellikle SGK'nın özel hastanelere aktardığı 6.8 milyar TL ve ilaç firmalarına aktardığı 14.3 milyar TL hesaba katıldığında kamu kaynaklarından önemli bir miktarın özel sektöre gittiği anlaşılmaktadır. Nitekim özel sağlık sektörü sağlıkta dönen toplam paranın da %51'ine sahip olmaktadır.

Tablo-4: Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Kamu ve Özel Sektöre Göre Dağılımı(2012)

SAĞLIKTA PARANIN DAĞILIMI		GELDİĞİ YER		Toplam
		KAMU	ÖZEL	
GİTTİĞİ YER	KAMU	%45	%4	%49
	ÖZEL	%32	%19	%51
Toplam		%77	%23	%100

**Tablodaki veriler Şekil-1'deki kaynaklar kullanılarak hazırlanmıştır (2012 yılı rakamları henüz kesin değildir ve önümüzdeki yıllarda düzeltmeler yapılabilir):*

Sonuç

AKP döneminin son 10 yılda sağlıkta finansmanla ilgili en olumlu uygulaması öncelikle Sağlık Bakanlığı bütçesinin payının artırılmasıdır. SB bütçesinin genel bütçe içindeki payının son 10 yılda %2.4'ten 2014 yılında %4.3'e çıkarak 1.8 kat artmış olması olumlu bir gelişmedir. Daha da önemlisi SB bütçesi içindeki koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan tutarın 2.3 milyar TL'den, 2014 yılında 8.3 milyar TL'ye çıkarak 3.6 kat artmasıdır. Gene bu dönemde sosyal güvenlik kurumlarının ve sundukları sağlık hizmetlerinin tek bir çatı altında toplanması da sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik anlamında olumlu bir gelişme olmuştur.

Ancak Türkiye'nin son 10 yıllık AKP döneminde büyük bir hızla ve 3 kat artırdığı sağlık harcamalarının artık aynı hızla artmasının ve artık bunun sürdürülebilir olmasının, özellikle de 2008-09 ekonomik krizinden sonra mümkün olmadığı anlaşılmaktadır. Nitekim SGK sağlık harcamalarındaki aşırı artışı durdurabilmek için ilk olarak Global Bütçeleme adı verilen yeni bir finansman yöntemine geçmeyi planlamıştır. Nitekim bu uygulama bazı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde pilot olarak kullanılmaya başlanmıştır. Global bütçeleme sisteminde kurumlar SGK tarafından o kurum için yıllık olarak belirlenen bütçeyi aşmadığı için kurumun iş yükü ne kadar artarsa artsın, SGK tarafından yapılacak ödemelerin ve dolayısıyla ek ödemelerin artma şansı yoktur. Bu sistemin önümüzdeki yıllarda üniversite hastanelerinde de kullanılması planlanmaktadır ve sağlık çalışanlarının gelirinin artık azalacağı anlamına da gelmektedir. SGK'nın ikinci önlemi öteden beri uyguladığı geri ödeme planında yer alan ilaç listeleriyle ilgili olacaktır. SGK'nın bu listeyi giderek daha da daraltacağı düşünülmektedir. Nitekim SGK bu önlemlerle sağlık harcamaları içindeki ilaç harcaması oranını son yıllarda %50'lerden %35'e indirmiştir.

Cepten yapılan sağlık harcamaları da oransal olarak azalmış olmakla birlikte bu konuda da yolun sonuna gelindiği görülmektedir. Nitekim son yıllarda yapılan düzenlemelerle ilaç tutarının %20'si ve eşdeğer ilaç fiyat farkı dışında yeni ve ek katkı payları getirilmiştir. Artık hastalar muayene olunan yere göre 3-12 TL ve reçetede ki ilaç sayısına göre de 3 TL'den başlayan ek katkı payları ödemektedir. Dolayısıyla hükümetin sağlık harcamalarıyla ilgili alacağı üçüncü önlem katkı paylarının biraz daha artırılması demektir. Bu durumda cepten yapılan sağlık harcamalarının artık kişi başına yılda 200 doların üstüne çıkması demektir. Hükümet son düzenlemeyi ise tamamlayıcı özel sağlık sigortalarının devreye sokulması ve genel sağlık sigortasında yer alan temel teminat paketinin yeniden tanımlanması ile yapmayı planlamaktadır. Tüm bu gelişmeler aşırı tüketimle ve suni olarak büyümüş özel sağlık sektörünün ve kamu sağlık hizmetleri finansmanının önümüzdeki yıllarda büyük bir krize gebe olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar

Akdağ R (2010) Sağlık Bakanlığı 2011 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu

Akdağ R (2011) Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu

<http://www.saglik.gov.tr/EN/dosya/1-74227/h/2012butce.pdf>

Ulaşılma Tarihi: 29 Ağustos 2014

Akdağ R (2012) Sağlık Bakanlığı 2013 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu

Kılıç B. (2012) Türkiye’de Sağlık Finansmanı. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu içinde s:14-22, Ankara, 2012. ISBN:978-975-97836-2-4

Müezzinoğlu M (2013) Sağlık Bakanlığı 2014 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu

OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

Ulaşılma Tarihi: 29 Ağustos 2014

Sağlık Bakanlığı (2011) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. SB yayın no:806, Ankara

Sağlık Bakanlığı (2013) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, SB yayın no:917, Ankara <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf> *Ulaşılma Tarihi: 29 Ağustos 2014*

SGK (2012)

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari/ *Ulaşılma Tarihi: 29 Ağustos 2014*

TÜİK Sağlık Harcaması İstatistikleri

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084

Ulaşılma Tarihi: 29 Ağustos 2014

Türk Sağlık-Sen (2013) Özelde tedavi cep yakıyor.

<http://www.ortadogugazetesi.net/haber.php?id=31540>

Ulaşılma Tarihi: 11 Haziran 2013

Yardım M, Çilingiroğlu N, Yardım N. (2013). Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme. Health Policy and Planning. doi:10.1093/heapol/czt002.

OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

Ulaşılma Tarihi: 29 Ağustos 2014

V. SAĞLIK İNSANGÜCÜ

Nuray Özgülnar

Prof. Dr.İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

V. 1. Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi ve İstihdam

Avrupa ve Amerika’da sosyal ve politik değişimlerin etkisiyle 1840’lardan sonra başlayan Halk sağlığı uzmanlık eğitimi, ülkemizde ilk kez iki yıllık olarak Refik Saydam Hıfzıssıhha okulunda başlamıştır. 1965 yılında Hacettepe 1967 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği bölümlerinde uzmanlık eğitimleri verilmeye başlamıştır. Nusret Fişek’in önerisiyle Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer alıp ismi önce “toplum hekimliği uzmanlığı” iken 1982 yılında “halk sağlığı uzmanlığı” olarak değiştirilip yeni bir statü kazanmıştır¹.

Tablo 1.Tıpta uzmanlık sınavında tıpta uzmanlık eğitimi ve halk sağlığı uzmanlığı için ayrılan kontenjanlar

			Halk sağlığı uzmanlığı kontenjanı			
	Mezun olan	TUS kontenjanı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	GATA	Toplam
2002	4.755	4949	1	68	4	73
2003	4.380	4453	-	80	12	92
2004	4.487	6077	2	79	8	89
2005	4.494	6513	-	103	4	107
2006	4.532	6386	3	98	5	106
2007	4.872	6065	-	92	4	96
2008	4.753	6300	3	105	2	110
2009	5.087	6601	-	111	1	112
2010	5.138	5074	26	40	1	67
2011	4.911	5664	60	81	3	142

Tablo 1'in devamı

2012	?	5745	45	114	2	161
2013	?	5677	51	95	-	146
2014*	?	2572	20	33	2	53

Kaynak:^{3,4}

** Nisan 2014 TUS bilgilerini içermektedir. Eylül 2014 TUS kontenjanları henüz açıklanmamıştır*

Halk Sağlığı Uzmanlarının görev tanımı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği tarafından özetle şöyle yapılmaktadır: “Halk Sağlığı uzmanı, toplumun sağlık düzeyini, var olan ve gelişebilecek sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinimlerini bilimsel teknikler kullanılarak saptar; Halk Sağlığı politikaları geliştirerek çözümler üretir; Halk Sağlığı programlarının kontrol ve değerlendirmelerini yapar, bu programların yürütülmesinde görev alır ve sağlık hizmetlerinin her kademesinde yöneticilik yapar”². Bu zorlu ve yüklü görev için gerekli uzmanlık eğitimi tıpta uzmanlık sınavı (TUS) ile alınmakta ve uzmanlık eğitimi tıp fakültelerinde verilmektedir.

Yıllara göre TUS kontenjanları ve halk sağlığı uzmanlığı için ayrılan kontenjanlar Tablo 1’de verilmiştir. Son 3 yılda tıpta uzmanlık sınavlarında anabilim dalı kontenjanlarında ve taban puanlarında önemli artışın yanı sıra uzmanlık eğitimini yarıda bırakma oranları da düşmüştür⁵.

Türkiye’de 78’i eğitim veren 8’i faal olmayan 86 tıp fakültesinin⁴, Ağustos 2013 tarihi itibarıyla 57’sinde Halk sağlığı Anabilim dalı bulunmakta ve 41’inde tıpta uzmanlık eğitimi verilmektedir. 2013 yıl ortası itibarıyla ortalama halk sağlığı öğretim üyesi sayısı 4,18’dir¹. Halk sağlığı uzmanlık eğitimi veren tıp fakültesi ve eğitmen sayıları nicelik olarak Tablo 2’de verilmiştir.

Ülkemizde üniversitelerde sürdürülen halk sağlığı uzmanlık eğitiminin standartları henüz geliştirilme aşamasındadır. Uzmanlık eğitimi veren/verecek olan programların çoğunda, eğitim programı, değerlendirme yöntemleri, altyapı ve eğitmen kadrosu açısından sorunlar gözlenebilmektedir. Uzmanlık eğitimine yönelik 2011 yılında HASUDER Yeterlik Kurulu çalışma yönergesi hazırlanmıştır. Bu Yeterlilik Kurulu Eş yetkilendirme, Eğitim Programları Geliştirme, Yeterlik Ölçme Değerlendirme Komisyonu olarak görev yapmaktadır⁶. Üniversitelerde çalışan öğretim görevlisi ve uzman sayılarının çok az olması üniversitelerde gelecekte uzmanlık eğitiminde temel görev üstlenecek akademik kadro eksiklikleri sorunu olacağını göstermektedir.

Halk sağlığı uzmanları sağlık bakanlığı, üniversiteler ve özel kurumlarda görev yapmaktadır. Aralık 2013 itibariyle halk sağlığı uzmanlarının istihdamına yönelik bilgiler Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 2. Halk Sağlığı Anabilim Dalları’ndaki uzmanlık eğitime göre öğretim üyesi dağılımları (Ağustos 2013)

	Halk Sağlığı Anabilim Dalı Olan Tıp Fakülteleri (57)		Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Veren Tıp Fakülteleri (41)	
	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	114	47.5	115	50.4
Doçent	70	29.1	64	28.1
Yardımcı doçent	43	17.9	36	15.8
Öğretim görevlisi	12	5.1	12	5.3
Uzman	1	0.4	1	0.4
Toplam	240	100.0	228	100.0

Kaynak: 1 nolu kaynaktan Tablo 3 ve 4’ten özetlenerek hazırlanmıştır.

Tablo 3. Aktif çalışan halk sağlığı uzmanlarının kurumlara göre dağılımı

	Çalıştığı kurum			Toplam
	Sağlık bakanlığı	Üniversite	Özel kurumlar	
Halk sağlığı uzmanı	205	220	4	429*

Kaynak: 4

* 2013 Aralık itibariyle ilgili rapor için Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden alınmıştır

Tablo 4. Halk Sağlığı Uzmanlarının Çalıştıkları Kuruluşlara Göre Dağılımı

	2003		2010		2013	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Üniversiteler	212	51.7	214	46.1	240	46.9
TSM**/ SGB***	4	1.0	26	5.6	112	21.9
İl Halk Sağlığı/İl Sağlık Müd.	27	6.6	86	18.3	107	20.9
Sağlık Bakanlığı Hastaneler	19	4.6	14	3.0	23	4.6
Sağlık Bakanlığı Merkez	13	3.2	16	3.4	20	4.0
Sağlık Ocağı / ASM# / VSD##	3	0.7	7	1.5	6	1.2
Halk Sağlığı Lab / Hıfzıssıhha	4	1.0	7	1.5	2	0.4
AÇSAP	25	6.1	20	4.3	2	0.4
Diğer Kurumlar	103	25.1	74	16.2	8	1.6
Toplam	410	100.0	464	100.0	520	100.0

*Eemeklilik ve vefat sayılarına bu tabloda yer verilmemiştir

**TSM:Toplum Sağlığı Merkezi /
***SGB:Sağlık Grup Başkanlığı

#ASM: Aile Sağlığı Merkezi /
##VSD:Verem Savaş Dispanseri

Kaynak: 1 nolu kaynak, s:15,
Tablo 1 değiştirilmeden
kullanılmıştır

Halk sağlığı uzmanlarının istihdamı sağlık yönetimi, sağlık planlaması, sağlık politikası, iş sağlığı, sağlık eğitimi ve epidemiyoloji gibi alanlarda özellikle kamu sağlık örgütlenmelerinde olmalıdır. Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi alanların kamu sağlık örgütlenmesinde ve özellikle Sağlık Bakanlığı örgütünde uygun birimlerde istihdamı konusunda bir yetersizlik yaşandığı uzun süredir bilinen bir durumdur. HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubunun 2003-2010 ve 2014 yılı için görev yapan halk sağlığı uzmanlarına yönelik hazırladığı rapordan alınan bulgular Tablo 4' de sunulmuştur¹. Yönetici konumunda olan halk sağlığı uzmanlarının oranının Türkiye geneli için %25 olması dikkat çekicidir, 2010 yılında yapılan bu çalışmanın sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur⁸.

Tablo 5. Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan halk sağlığı uzmanlarının çalıştıkları birime ve bu birimde yönetici olma durumuna göre dağılımı, 2010 Türkiye.

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

* Satır yüzdesi, Kaynak: 8.

Halk sağlığı uzmanları için insangücü planlaması

“Doğru yerde, doğru zamanda, doğru beceride ve doğru sayıda insanı bulundurmak” olarak tanımlanabilecek sağlık insan gücü planlaması açısından halk sağlığı uzmanlarının var olan durumunu ve gelecek gereksinimleri birlikte değerlendirmek gerekmektedir. Bu süreçte sağlık insan gücü hesaplamaları nüfusa ve kuruma göre yapıldığında 2013 yılı için gereksinim 2014 halk sağlığı uzmanıdır, geçtiğimiz yıl için 1494 halk sağlığı uzmanı eksiği vardır¹. Ayrıntılı bilgiler Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Halk Sağlığı Uzmanlarının Gereksinim ve Eksik Sayıları (2013)

Kurum	2013 Yılı Gereksinim	2013 Yılı Var olan	2013 Yılı Eksik
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez	105	16	89
İl Halk Sağlığı Müdürlükleri	717	48	669
Toplum Sağlığı Merkezi	277	112	165
Sağlık Bakanlığı Merkez	137	4	133
İl Sağlık Müdürlükleri	85	59	26
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	85	23	62
S. Bakanlığı Diğer Birimler	10	10	-
Üniversiteler	462	240	222
Belediyeler	136	8	128
Toplam	2014	520	1494

Kaynak: 1 nolu kaynaktan, s:26 Tablo10 değiştirilmeden kullanılmıştır

TUS kontenjanları yıllık 200 dolayında gerçekleşir ve son yıllardaki gibi ihtisası bırakan kişi sayısı çok az olursa 2023 yılında beklenen uzman sayısı 2000 dolayında olacaktır. Gelecekte halk sağlığı uzmanı gereksinimlerini belirlemek için yapılan tahminler Tablo 7 de verilmiştir¹.

HASUDER'in son yıllardaki çeşitli basın açıklamalarının ve yayınlanmış raporlarının halk sağlığı uzmanlarının istihdamı ve görevlendirilmeleriyle ilgili önerileri bu rapor için de geçerli olduğu için aşağıya alınmıştır:¹

1. Halk sağlığı uzmanlarının, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve TSM'lerde "mutlaka" yönetici olarak görevlendirilmeleri sağlanmalıdır. Halk sağlığı uzmanlarının atamalarında öncelikle il halk sağlığı müdürlükleri yönetici kadroları (müdür, müdür yardımcısı, şube müdürü), daha sonra nüfusu 50.000'in üzerindeki TSM'lerin sorumlu hekimliği kadroları kullanılmalıdır.
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez Teşkilatı'nda, çalışan halk sağlığı uzmanı sayısı artırılmalıdır.

3. Halk sağlığı uzmanlarının uzmanlık alanı dışında görevlendirilmesi ve özellikle pratisyen hekim eksiği olan kurumlarda pratisyen hekim gibi çalıştırılmaları önlenmelidir.
4. Halk sağlığı uzmanlarının İl Halk Sağlığı Müdürlüklerindeki döner sermaye kayıpları (TSM çalışanlarına göre) önlenmelidir.
5. TSM'lerin yetki ve sorumlulukları artırılmalı, aile hekimliği birimlerinin kayıtlarını görebilen, değerlendiren ve denetleyen bir konumda olmaları sağlanmalıdır.
6. YÖK kapsamında girişimlerle halk sağlığı uzmanlık eğitiminde görev üstlenen akademik kadrolara hazırlık olan öğretim görevlisi, uzman kadrolarının artması sağlanmalıdır.

Yeni kurulan üniversitelerde Halk sağlığı anabilim dallarının akademik kadrolarının oluşturulması mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim için gereklidir.

Tablo 7. Halk Sağlığı Uzmanlarının 2013, 2018 ve 2023 Yıllarında Kurumlara Göre Dağılım Sayıları

Kurum	2013 Varolan	2018 Tahmin	2023 Tahmin
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez	16	35	105
İl Halk Sağlığı Müdürlükleri	48	200	700
Toplum Sağlığı Merkezi	112	200	300
Sağlık Bakanlığı Merkez	4	25	137
İl Sağlık Müdürlükleri	59	70	85
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	23	50	85
Sağlık Bakanlığı Diğer Birimler	10	10	10
Üniversiteler	240	400	562
Belediyeler	8	10	16
Toplam	520	1000	2000

Kaynaklar

- 1- Kılıç B, Şahan C, Bahadır H. Türkiye’de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsangücü Planlaması (2013-2023). Elektronik Kitap, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), Yayın No:2014-1, Ankara, 44 sayfa, Şubat 2014.
http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/ALK%20SAGLIGI%20UZMANI%20INSAN%20GUCU%20PLANLAM_A_2014.pdf
2. HASUDER (2002) Halk Sağlığı/Toplum Hekimliği Uzmanı Meslek Tanımı, Bilgi ve Beceriler Listesi, Ankara, 2002.
3. ÖSYM-TUS Tercih kılavuzları 2002-2014,
<http://www.osym.gov.tr/belge/1-5781/tipta-uzmanlik-egitimi-giris-sinavi-tus.html> [Erişim T:6.06.2014]
4. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekan ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu), Şubat 2014, Eskişehir. YÖK Yayın No:2014/ 1.
5. Eser E, Hatipoğlu S. (2012) Tıpta uzmanlık sınavında Türkiye’de halk sağlığının son beş yıldaki durumu, Turkish Journal of Public Health, 10(1), 53.
6. <http://hasuder.org/anasayfa/index.php/yeterlik-kurulu>
7. HASUDER (2003) Türkiye Halk Sağlıkçıları Durum Analizi, 2003.
8. Erhan Eser, Derya Çamur (2010).T.C. Sağlık Bakanlığı Bünyesinde (Alanda) Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu, Ekim 2010.

VI. TIP EĞİTİMİ

Nuray Özgülnar^a, Yılmaz Yazıcı^b

^aProf.Dr. İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

^b Araş.Gör.Dr. İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu tıp eğitiminin amacını tüm insanların sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekim yetiştirmek olarak tanımlamaktadır. Bu amaca en üst düzeyde bilimsel ve etik standartlarla ulaşmanın eğitim alan hekim adaylarından eğitim verenlere, eğitim kurumlarının yöneticilerinden yerel, ulusal yöneticilere dek toplumun tüm kesimlerinin sorumluluk üstlenmesi ile mümkün olduğuna vurgu yapılmaktadır ¹.

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

Ülkemizde tıp eğitiminin amacı 1990'lı yıllarda tartışılmaya başlanmıştır. Tıp eğitiminde görev üstlenen Yüksek Öğretim Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler Arası Kurul, Türk Tabipleri Birliği, Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Komitesi ve uzmanlık derneklerinin hazırladığı raporlar ile tıp eğitiminde mevcut durum ve sorunlar belirlenmeye ve çözüm önerileri geliştirilmeye çalışılmaktadır.

2001 yılında Ulusal Çekirdek Müfredat programı oluşturularak toplumun gereksinimlerine yönelik nitelikli hekim yetiştirmek için eğitim programlarının standardize edilmesi yönünde çalışmalar yürütülmüştür. Çekirdek müfredat programı ile tıp eğitimi sonunda mezun olacak bir hekimde olması beklenen bilgi, beceri ve davranışlar net olarak tanımlanmıştır. Günümüzde Ulusal Çekirdek Müfredat programlarının güncelleme çalışmaları sürdürülmektedir.

Yükseköğretim Akademik Değerlendirme ve Kalite Geliştirme Komisyonu tarafından geliştirilen öneriler dikkate alınarak Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Komisyonu ve Tıp Dekanları Konseyi inisiyatifinde Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) kurulmuştur. "Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD) " nin bir organı olarak tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi tıp eğitimi programları için akreditasyon, değerlendirme ve bilgilendirme çalışmaları yapmaktadır. TEPDAD 2011 yılında YÖK Genel Kurul toplantısında Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Programlarının Akreditasyonu için Ulusal bir Kalite Güvence Kuruluşu olarak da tanınmıştır. 2014 yılında gönüllü

olarak başvuru yapan tıp fakültelerinden 21'inin eğitim programları akredite olmuştur ⁴ (Tablo 1).

Tıp eğitimi programlarının gözden geçirilmesi, temel standartların belirlenmesi ve bu standartlara uygun eğitimlerin belgelenmesi gibi olumlu gelişmeler yanı sıra altyapı, öğretim kadrosu ve niteliğini geliştirme yönünde çalışmalar da sürmektedir. Ancak bu süreçte hızla yeni tıp eğitimi programları açılmakta, var olan kontenjanlar da artarak tıp eğitiminde niteliği olumsuz etkileyebilecek gelişmeler de yaşanmaktadır. 1990'lı yıllarda 24 tıp eğitim programı ile 4825 yeni öğrenci kontenjanı varken 2013-2014 yılında 78 tıp eğitim programında 11.597 yeni öğrenci için kontenjan ayrılmıştır ^{5,6}. Yirmi yılda tıp eğitim programlarının 3 kat artması alt yapı, öğretim kadrosu ve öğretim uygulamalarında önemli değişkenlikler ve sorunları beraberinde getirmektedir. Tablo 2' de 1980'li yıllardan günümüze tıp fakültesi kontenjanları ve öğretim üye durumları verilmiştir. Grafik 1'de yıllara göre tıp fakülte sayıları sunulmuştur

Tablo 1: TEPDAD Tarafından Akredite Edilen Tıp Eğitim Programları, 2014

Üniversite / Tıp Fakülteleri
1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
3. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
4. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
5. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
6. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
7. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
8. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
9. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
10. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
11. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Türkçe ve İngilizce Eğitim Programları
12. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Türkçe ve İngilizce Eğitim Programları
13. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Tablo 1'in devamı
14. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
15. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
16. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
17. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
18. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
19. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
20. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
21. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

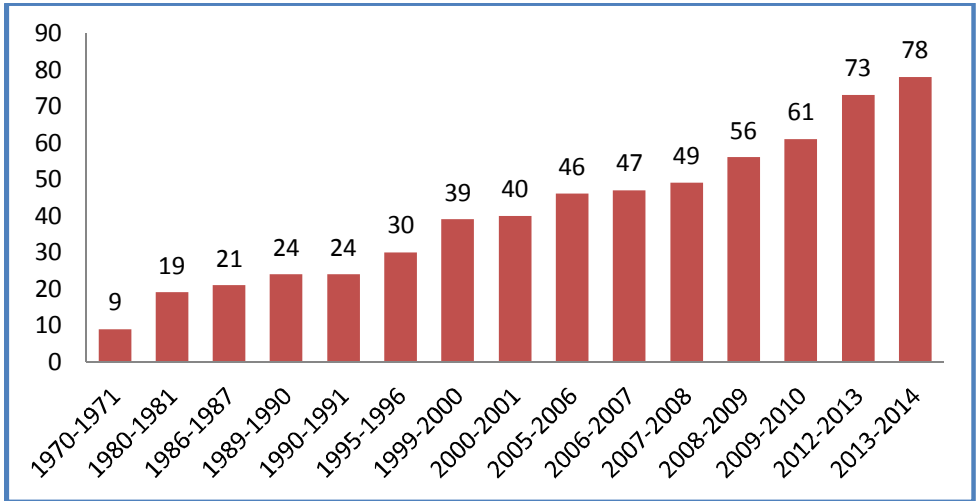
Kaynak: <http://www.uteak.org.tr/> (Erişim Tarihi: 22.04.2014)

Tablo 2. Türkiye’de Tıp Eğitimi veren kurum ve öğrenci sayıları*

Öğretim Yılı	Fakülte Sayısı	Birinci Yıl Öğrenci	Toplam Öğrenci
1980-1981	19	2.409	?
1986-1987	21	5.099	29.759
1990-1991	24	4.825	33.566
1993-1994	26	5.115	33.143
2000-2001	40	4.749	32.250
2003-2004	46	5.130	32.118
2007-2008	49	5.253	33.782
2009-2010	61	7.877	38.377
2012-2013	73	9.423	51.445
2013-2014	78	11.597	?

Kaynak: 2,6,7,8

Grafik 1. Tıp Eğitimi veren kurumların yıllara göre dağılımı



Kaynak: 2,6,7,8

Bu tablolar ve grafikler oluşturulurken dikkati çeken en temel bulgu aynı konu ve yıl için ilgili resmi kurumlardan alınan sayılardaki tutarsızlıklardır. Çeşitli kaynaklara göre eğitim veren tıp fakültesi sayısı farklıdır.

Tıp eğitiminde öğretim üyesi başına düşen öğrenci oranları, eğitimin niteliğini etkileyen önemli değişkenlerden birini oluşturmaktadır. Tablo 3'te öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayıları, Tablo 4'te öğretim üye sayıları ve akademik unvanlarındaki değişimler sunulmuştur.

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

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

Kaynak: ^{2,7}

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

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

Kaynak: 2,7

**** Veriler, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu’ndan alınmış olup, 26 Şubat 2014 tarihli öğretim üyesi sayılarını göstermektedir.**

Yeni açılan ancak eğitici kadroları yapılanmadan öğrenci alan tıp fakültelerinin özellikle temel bilimler dersleri daha önce kurulmuş tıp fakültelerinin eğitimcilerine tanımlanmaktadır. Tıp fakültelerinde bir temel bilimler öğretim üyesine ortalama 22,57 öğrenci düşerken, bir klinik bilimler öğretim üyesine ortalama 4,45 öğrenci düşmektedir². Öğrenci aldığı halde kadrosu olmayan Tıp Fakültelerinin öğrencileri başka büyük bir fakülteye gönderilmekte ve bu fakültelerde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı artarak eğitimin niteliğini olumsuz etkilemektedir.

Tıp eğitimi veren/verecek olan programların neredeyse tümünde, eğitim programı, değerlendirme yöntemleri, altyapı ve eğitim kadrosu açısından sorunlar gözlemlenmektedir^{2,7,8}. Örneğin 2011-2012 öğretim yılında 100 kadar öğrenci ile henüz eğitim kadrosunu ve eğitim programını oluşturmada tıp eğitimine başlayacak fakülteler vardı⁹. Benzer bir süreç günümüzde yine yaşanmaktadır. Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ismini alacak bir üniversitenin önümüzdeki yıl tıp eğitime başlayarak İstanbul'da Haydarpasa Yerleşkesi'nde, 500 öğrenci alacağı haberleri basında çıkmaya başlamıştır¹⁰.

Sonuç olarak alt yapı, öğretim kadrosu ve eğitim programlarındaki sorunlar göz ardı edilerek yüksek sayıda öğrenci alacak şekilde tıp fakülteleri açılmakta ve hekim adaylarının sayısı artırılmaya çalışılmaktadır. Bu durum toplumumuzu yetersiz hekimlerden korumak için ulusal düzeyde yeterlilik (board) sınavlarına gereksinim olacağını göstermektedir. Eğitimin nitelik ve niceliğini korumak için mevcut tıp fakültelerinin alt yapısının güçlendirilip, öğretim üye kadrosunun geliştirilmesi ve ardından kademeli olarak kontenjan artışının sağlanması gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1- World Federation For Medical Education, Basic Medical Education, WFME Global Standards for Quality Improvement.
<http://www.iaomc.org/wfme.htm> [Erişim T: 1.7.2011]
- 2- Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2010.
Hazırlayanlar:İskender Sayek, Nural Kiper, Orhan Odabaşı. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara, 2010.
http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_2010.pdf [Erişim T: 15.7.2011]
- 3- Edinburgh Declaration, World Federation for Medical Education, Lancet. 1988 Oct 15;2(8616):908
- 4- UTEAK Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu <http://www.uteak.org.tr/>. [Erişim T: 22.04.2014]
- 5- Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, Mart 2008, Ankara. Bakanlık Yayın No:739.
- 6- ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu, 2002-2013,
<http://osym.gov.tr/belge/1-4723/yuksekokretim-programlari-ve-kontenjanlari-kilavuzu.html>

- 7- Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekan ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu), Şubat 2014, Eskişehir. YÖK Yayın No:2014/ 1.
- 8- Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu) Haziran 2010, Yüksek Öğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.YÖK Yayın No: 2010 / 1.
<http://www.yok.gov.tr> [Erişim T: 15.7.2011]
- 9- Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
http://tip.ikc.edu.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=27:akademisyen-kadromuz&catid=2:duyuru [Erişim T:6.8.2011]
- 10- Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane geliyor.<http://www.saglikaktuel.com/haber/mekteb-i-tibbiye-i-sahane-geliyor-39015.htm> . [Erişim T: 20.06.2014]

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE CİDDİ YETERSİZLİKLER YAŞANIYOR

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)

Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu

20-24 Ekim 2014 tarihlerinde Edirne'de düzenlenen 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde ülkemizin sağlık politikaları ile ilgili bilimsel tartışmalar yapılmıştır. Yürütülen bilimsel araştırmalara göre ülkemizde aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinden oluşan 1. basamak sağlık örgütlenmesinin koruyucu, iyileştirici ve sağlığı geliştirici hizmetleri sunma noktasında niteliksel gelişme sağlayamadığı ve bu alanda ciddi yetersizlikler yaşandığı gözlenmektedir. Kongrede sunulan bilimsel çalışmalara göre;

1. Doğumlarını sonlandırmak isteyen veya doğumların arasını açmak isteyen kadınların yarıya yakınının etkin aile planlaması yöntemi kullanmadığı (1),
2. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin ağırlıklı olarak kadın doğum uzmanlarından alınmakta olduğu ve aile sağlığı merkezlerinin sürekli hizmet kaynağı olarak önemli bir rol oynamadığı (2),
3. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 15-49 yaş izlemleri açısından yetersiz olduğu (3),
4. Doğum öncesi bakım hizmetleri için aile sağlığı merkezlerini seçme sıklığının %10.5 olduğu (4),
5. Toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimlerinin büyük bir kısmının ilgili yönergede belirtilen hizmetlerin sunumunda, yetersiz kaldıklarını ifade ettikleri (5),
6. Toplum sağlığı merkezi (TSM) sorumlu hekimlerinin çoğunun personelini sayı ve nitelik açısından yeterli görmediği, TSM'nin fiziksel imkanını yeterli bulmadığı, malzeme temininde sıkıntılar yaşandığı ve TSM hekimliğinin geleceği, saygınlığı, sorumluluklarına göre yetkileri ve görevinde kalıcı olmak hakkında olumsuz bir değerlendirme içinde olduğu (6),
7. Kişi başına düşen ortalama cepten sağlık harcamasının bir aylık dönem için 14.1 TL / 6.7 \$ olduğu, cepten yapılan harcamaların ortalama olarak muayeneler için 6.0 TL / 2.8 \$, ilaç için 4.7 TL / 2.2 \$, tetkik için 3.4 TL / 1.6 \$ olduğu, hastaların %12'sinin başkasından borç alarak bu paraları karşıladığı (7),
8. Araştırma görevlilerinin %79'unun SGK uygulamalarının kaliteyi düşürdüğünü, %86'sı tıbbi pratiklerinin etkilendiğini, %87'si hastaların hak mağduriyeti yaşadığını, cerrahi bilimlerde görevli araştırma görevlilerinin dahili bilimlere göre hastalarının erken taburcu edildiğini düşündüğünü göstermektedir (8)

Türkiye’de sağlık harcamasının Gayrisafi Yurtiçi Hasılaya (GSYİH) oranı 2000 yılında %4.9 iken, düzenli bir artış ile 2008’de ulaştığı %6.1 oranını 2009’da da sürdürmüştür. Ancak daha sonra azalarak 2012’de %5.4 olmuştur. Satın Alma Gücü Paritesine göre kişi başı GSYİH 2000 yılında 9,183 dolar iken 2012 yılında 18,315 dolara ulaşmıştır. Bu sürede genellikle düzenli artış göstermişse de 2000-2001 ve 2008-2009 yıllarında, sırasıyla %6.1 ve %3.1’lik azalma olmuştur. Doğumda beklenen yaşam süresi 2000-2012 yılları arasında 71.0’dan 76.8 yıla ulaşmıştır. Türkiye’de GSYİH içindeki sağlık harcamasının payı ile yaşam beklentisi arasında olumlu yönde ve güçlü korelasyon olduğu bulunmuştur ancak korelasyon anlamlı değildir. Satın Alma Gücü Paritesine göre kişi başı GSYİH ile yaşam beklentisi arasında da olumlu yönde ve anlamlı bir korelasyon vardır ve bu iki değişken arasındaki korelasyon çok güçlüdür (9).

Ülkemizde uluslararası ve bölgesel düzeyde ortaya çıkan sağlık risklerinin (Ebola, MERS-co, kızamık, çocuk felci vb.) yanı sıra çalışma yaşamı ve çevre sağlığı alanında artan riskler, kronik hastalık yükünün artması ve çözüm bekleyen ana çocuk sağlığı sorunları gibi gündemleri nedeniyle 1. basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik önlemlerin alınması zorunludur.

Kamusal 1. basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin, hastaneler yoluyla sunulan tedavi edici sağlık hizmetleriyle ikame edilemeyeceği ve tek başına hasta memnuniyetinin sağlık politikasının anahtar unsuru olarak kabul edilmemesi gerektiği bilimsel gerçeğinden hareketle, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik temel önerilerimizi kamuoyunun dikkatine sunuyoruz:

1. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın birinci basamağı olumsuz etkileyen finansman ve örgütlenme yapısı değiştirilmeli; aile sağlığı merkezleri temel sağlık hizmetlerini önceleyen bir yapıya ivedilikle kavuşturulmalıdır.
2. Temel sağlık hizmetlerini sınırlandırılmış kapsamıyla bile kendilerine bağlı nüfusa hizmet sunmaktan uzak durumda bulunan aile sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik başta hastane acil nöbeti görevlendirmeleri olmak üzere her türlü angaryaya son verilmeli ve aile hekimliği birimi başına düşen nüfus büyüklüğü zaman geçirmeksizin azaltılmalıdır.
3. Aile sağlığı merkezlerinin görev kapsamı dışında kalan hizmetleri yürütmesi beklenen toplum sağlığı merkezlerine yönelik olarak mevzuat, kadro, alt yapı, araç-gereç ve nitelikli personel konularında iyileştirme sağlamaya yönelik adımlar atılmalıdır.
4. Toplum Sağlığı Merkezleri bu haliyle toplumsal hizmetleri vermekten uzaktır. Bu merkezler bir an önce insangücü, donanım ve mevzuat açısından güçlendirilmelidir.

Kaynaklar:

1.Saka G, Bulut ZK, Gördük MN. 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması hizmet açığı açısından değerlendirilmesi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi bildiri kitabı, Edirne, 2014.

<http://okulsagligi.org/ocs2/index.php/uhsK17/UHSKED/paper/view/235>

2.Yücel U, Çiçeklioğlu M, Öcek ZA, Taner Ş. İzmir'in bornova ilçesinin üç semtinde yaşayan gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma düzeyi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi bildiri kitabı, Edirne, 2014.

<http://okulsagligi.org/ocs2/index.php/uhsK17/UHSKED/paper/view/232>

3.Yüksel M, Davas A. İzmir'de bir üniversite hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran 15-49 yaş kadınların aile hekimleri tarafından izlenme sıklığı ve niteliği. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi bildiri kitabı, Edirne, 2014.

<http://okulsagligi.org/ocs2/index.php/uhsK17/UHSKED/paper/view/628>

4.Bahadır H, Keskin HŞ, Acar B. Bir üniversite hastanesi izlemindeki gebelerin aile hekimliği hizmetlerini kullanma durumu. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi bildiri kitabı, Edirne, 2014.

<http://okulsagligi.org/ocs2/index.php/uhsK17/UHSKED/paper/view/709>

5.Ünal E, Aydın R, Gökler ME, Metintaş S, Emiral GÖ, Önsüz MF, Işıklı B. Toplum sağlığı merkezleri sorumlu hekimlerinin görevleri hakkındaki değerlendirmeleri. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi bildiri kitabı, Edirne, 2014.

<http://okulsagligi.org/ocs2/index.php/uhsK17/UHSKED/paper/view/761>

6.Gökler ME, Ünal E, Aydın R, Metintaş S, Emiral GÖ, Önsüz MF, Işıklı B. Toplum sağlığı merkezleri sorumlu hekimlerinin gözüyle toplum sağlığı merkezleri'nin genel özellikleri. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi bildiri kitabı, Edirne, 2014.

<http://okulsagligi.org/ocs2/index.php/uhsK17/UHSKED/paper/view/513>

7.İşlek D, Kılıç B, Akdede BB. Dokuz Eylül Üniversitesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda cepten sağlık harcamaları. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi bildiri kitabı, Edirne, 2014.

<http://okulsagligi.org/ocs2/index.php/uhsK17/UHSKED/paper/view/720>

8.Otlı U, Taner Ş. Asistan Hekimlerin Bir Geri Ödeme Kurumu Olarak Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) Ve Uygulamalarına Yönelik Görüş Ve Uygulamaları: Anket Çalışması. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi bildiri kitabı, Edirne, 2014. <http://okulsagligi.org/ocs2/index.php/uhsk17/UHSKED/paper/view/449>

9.Erkoyun İE, Uçku R. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Payı ve Gelir Düzeyinin Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ile İlişkisi: 2000-2012
<http://okulsagligi.org/ocs2/index.php/uhsk17/UHSKED/paper/view/144>