

ANKARA ÜNİVERSİTESİ UZAKTAN EĞİTİM YAYINLARI

Halk Sağlığı

Editör

Doç. Dr. Birgöl Piyal

Yazarlar

Prof. Dr. Recep Akdur

Doç. Dr. Birgöl Piyal

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Yrd. Doç. Dr. M. Esin Ocaktan





ISBN: 978-975-482-970-9

© Ankara Üniversitesi, 2011

Bu kitabın basım, yayın ve dağıtım hakları Ankara Üniversitesi'ne aittir. Ankara Üniversitesi'nden yazılı izin alınmadan kitabın tamamı ya da bir bölümü mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kayıt ya da başka şekillerde çoğaltılamaz, basılamaz ve dağıtılamaz.

Kitaptaki görüşlerin yasal ve bilimsel sorumluluğu, ünite yazarlarına ve kitap editörlerine aittir.

Genel Yönetim : Prof. Dr. Haluk Geray
Akademik Koordinasyon : Öğr. Gör. Aysel Köksal
Teknik Koordinasyon : Murat Çınar

Öğretim Tasarımı : Yrd. Doç. Dr. Özden Demirkan
Tasarım : Öğr. Gör. Mehmet Sobacı
Türkçe Editörü : Dr. Hüseyin Özçelebi
Okt. Ejder Kırdıra

1. Baskı
2011

Baskı:

Sunuş

Uzaktan öğretim, öğretim elemanı ve öğrencilerin aynı mekanda bulunma zorunluluğu olmadan, bilgi ve iletişim teknolojilerine dayalı olarak öğretim faaliyetlerinin yürütüldüğü ortamlardır. Siz öğrencilerimiz için, Ankara Üniversitesi'nde sunulan uzaktan eğitim programları internet tabanlıdır. Ders içeriklerine istediğiniz yerde ve istediğiniz zamanda erişebileceğiniz, hocalarınızla internet üzerinden iletişim içinde olabileceksiniz.

Uzaktan e-öğrenme yoluyla eğitim, geleneksel sınıf ortamındaki öğrenmeden farklıdır. Bu nedenle sizlerin dikkat etmesi gereken bazı konular bulunmaktadır. Öncelikle e-öğrenme, kendi kendinizi disiplin etmenizi gerektirir. Yüzyüze eğitimde belli bir oranda da olsa, sınıflara devam zorunluyken, e-öğrenme sistemlerinde bunun yerini alacak bir zorunluluk bulunmaz. Bu nedenle kendi kendinizi her gün veya haftanın bir kaç günü içeriklere erişmeye, hocalarla ve sınıf arkadaşlarınızla etkileşim içinde olmaya yönlendirmelisiniz. Bazı öğrenciler bu yönlendirmeyi yapmakta zorlanırlar ve hazırlıklarını sınav öncelerine göre hazırlarlar. Böyle bir davranış başarısızlığı getirir.

Haftalık çalışma programı yapmak, çevrim-içi ve çevrim-dışı çalışma zamanları belirlemek ve derslerde aktif olmak başarıyı getirecek unsurlardır. Derslerin portalını her gün veya yeteri kadar ziyaret etmek, içerikleri çalışmak ve etkileşimlere katılmak başarı için şarttır. Eğer çalışmaya ara verir ve sürekli ertelerseniz, bir süre sonra derslerden uzaklaşarak kendinizi yalnız ve edilgin hissetmeye başlarsınız. Böylesi durumlarda bu zinciri kırmalı, kaldığınız yerden hızla aradaki farkı kapatmaya çalışmalısınız.

Her insanın öğrenme biçimi farklıdır. Öğrenme biçimi kişilerin yeni bilgiyi öğrenmesinde, çoğunlukla farkında olmadan, daha başarılı olduğu yöntem olarak tanımlanabilir. Bazıları görsel yollarla yani okuyarak, grafiklere, resimlere bakarak daha kolay öğrenir. Bazılarıysa yeni bilgiyi işitsel yollarla dinlediklerinde daha kolay zihinlerine yerleştirirler. Kimi öğrenciler başkalarının davranışlarını, örneğin bir aygıtın nasıl çalıştırıldığını izleyerek yeni bilgileri edinebilirler. Bu tür farklı öğrenme biçimlerini bir arada sunan ders içeriklerine zenginleştirilmiş çokortamlı içerikler diyoruz. Ankara Üniversitesi, e-öğrenim derslerinin içeriklerini farklı öğrenme biçimlerine sahip olanların gereksinimlerini karşılayacak biçimde üretmeyi hedefliyor, her dönem zenginleştirilmiş çokortamlı içeriklerin oranını arttırıyor.

Sizlere ulaştırılan bu kitap içerisindeki bilgilerin geniş bir özeti, internetteki eğitim portalında, görsel, görsel/işitsel ve yazılım desteğiyle birlikte verilecektir. Ayrıca, dersin sorumlu öğretim elemanı, forum modülünü ve sanal sınıfları sizlerle etkileşime geçmek için kullanacaklardır. Kitaplar sizlere ait önemli kaynak materyallerden biridir. Kitaplarınıza not almanız, önemli cümlelerin altını çizmeniz çalışmalarınıza yardımcı olacaktır.

Hepinize başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Geray

Kitabı alışırken

Size sunulan kitap içeriği ile etkileşiminizi desteklemek amacıyla kullanılan simgeler aşağıda tanıtılmıştır.



Üniteyi alışırken: Her ünitenin başında sunulan üniteyi çalışırken başlığı altında üniteyi çalışırken dikkat etmeniz gereken önemli noktalar belirtilmektedir.



Öğrenme Hedefleri: Her ünitenin başında “Öğrenme Hedefleri” başlığı altında o üniteyi tamamladığınızda kazanmış olacağınız beklenen yeterlilikler verilmektedir.



Örnek: Anlatılanların olabildiğince somutlaştırılması ve anlatımın pekiştirilebilmesi amacıyla metin içerisinde örneklere başvurulmaktadır.



Özgün Tanım: Konu anlatımı esnasında belli kavramların karşılık geldiği anlamları özetlemek, ya da kavrama yönelik farklı nitelermelerin aktarılması amacıyla çeşitli tanımlar yer almaktadır.



Soru: Metin içerisinde sizi düşünmeye ve sorgulamaya sevk etmesi amacıyla sorular bulunmaktadır.



Önemli Metin: Konulara çalışırken bazı bölümlere daha fazla dikkat etmeniz amacıyla uzmanlar tarafından önemli görölen bölümler önemli metin ikonu ile belirtilmektedir.



Özet: Konu ile alakalı bütünsel bir fikre sahip olmanız amacıyla konu sonlarında bulunan özet başlığı altında konunun kısa ve öz hali sunulmaktadır.



Gözden Geçir: Özet başlığı ardından her konu sonunda karşılaşacağınız gözden geçir başlığı altında sizi konuyla ilgili daha kapsamlı sorgulama yapmaya sevk edecek açık uçlu sorular bulunmaktadır.



Değerlendirme: Ünite sonlarında sunulan çoktan seçmeli değerlendirme soruları ile konuya yönelik öğrenmelerinizi değerlendirebilmeniz amaçlanmaktadır.



Kaynaklar: Sunulan kaynaklar bölümü daha ayrıntılı çalışma ve araştırma yapmak istemeniz durumunda yardımcı niteliğinde olacaktır.



Sözlük: Metin içerisinde geçen, anlamada sıkıntı yaşayabileceğiniz düşünülen kavramlar sözlük bölümlerinde kısaca tanımlanmaktadır.

İçindekiler

Ünite 1

Halk Sağlığına Giriş	1
Sağlık Kavramı.....	4
Hekimlik Biliminin Dönemleri	5
Hekimliğin Bulgusal (Semptomatik) Dönemi	5
Hekimliğin Laboratuar Dönemi	5
Hekimliğin Klinik Dönemi	6
Hekimliğin Halk Sağlığı Dönemi	6
Yeni Halk Sağlığı Dönemi - Alma-Ata Bildirgesi.....	7
Özet	13
Gözden Geçir	15
Değerlendirme Soruları.....	16
Kaynaklar.....	17

Ünite 2

Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri	19
Sağlığı Geliştirme Yaklaşımı	24
Ottawa Bildirgesi (1986)	26
Sağlığı Geliştirme Uygulamaları.....	28
Birincil Koruma	33
İkincil Koruma	34
Üçüncül Koruma.....	34
Özet	36
Gözden Geçir	38
Sözlük.....	39
Değerlendirme Soruları.....	40
Kaynaklar.....	42

Ünite 3

Çocuk Sağlığı Kontrol Programları (Küresel & Ulusal)	43
Küresel Bir Çocuk Sağlığı Kontrol Programı	46
Gelişmenin İzlenmesi	46
Ağızdan Sıvı Tedavisi.....	47
Emzirme	47

Bağışıklama	48
Aralıklı Doğum.....	48
Gıda Desteği.....	48
Kadınların Eğitim.....	49
Ulusal Çocuk Sağlığı Kontrol Programları.....	49
Gelişmenin İzlenmesi	50
Ağızdan Sıvı Tedavisi.....	52
Emzirme	53
Bağışıklama	54
Aralıklı Doğum.....	56
Gıda Desteği.....	56
Kadınların Eğitim.....	57
Özet	60
Gözden Geçir	61
Sözlük.....	62
Değerlendirme Soruları.....	63
Kaynaklar.....	65

Ünite 4

Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar).....	67
Okul Sağlığı	70
Öğrenci Sağlığı	71
Okul Çevresi	72
Sağlık Eğitimi	72
Okul Çalışanlarının Sağlığı.....	74
Gençlikte Riskli Davranışlar Sürveyans Sistemi	76
Okul Çağındaki Çocuklarda Sağlık Davranışı	79
Özet	84
Gözden Geçir	86
Sözlük.....	87
Değerlendirme Soruları	88
Kaynaklar.....	90

Ünite 5

Kadın Sağlığı	93
Kadın Sağlığının Dünya'da ve Türkiye'de Durumu	97

Anne Ölümleri	101
Güvenli Annelik Programı.....	106
Üreme Sağlığı/ Cinsel Sağlık Kavramları	109
Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Amaçları	110
Üreme Sağlığı Kapsamında Sunulan Hizmetler	111
Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TSUP)	111
Toplumsal Cinsiyet (Gender).....	112
Kadının Statüsünü Belirleyen Faktörler	113
Dünya’da Kadın Erkek Eşitliği ve Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığının Önlenmesi ile İlgili Bazı Gelişmeler	114
Türkiye’de Kadın Erkek Eşitliği ve Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığının Önlenmesi Konularında Yapılanlar	115
Özet.....	117
Gözden Geçir	118
Sözlük.....	119
Değerlendirme Soruları	120
Kaynaklar.....	122

Ünite 6

Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması	125
Doğurganlık ve Doğurganlığın Düzenlenmesi	128
Doğurganlığı Etkileyen Etmenler	128
Doğurganlık Durumu ve Sağlık İlişkisi	130
Riskli Gebeliklerin Kadın Sağlığına Etkileri	130
Riskli Gebeliklerin Çocuk Sağlığına Etkileri.....	130
Türkiye’de Doğurganlığın Düzenlenmesi Politikaları	131
Aile Planlaması Tanım ve Amaçları	133
Kontraseptif Yöntemler	134
Modern Yöntemler.....	134
Hormonal Kontraseptifler	134
Bariyer Yöntemler.....	139
Rahim İçi Araçlar	142
Cerrahi sterilizasyon	143
Geleneksel Yöntemler.....	144
Geri Çekme Yöntemi	145
Periyodik Kaçınma Yöntemleri	145
Emzirme	146

Vajinal duş.....	146
Türkiye’de Kontraseptif Yöntem Kullanım Durumu	147
Özet	149
Gözden Geçir	150
Değerlendirme Soruları	151
Kaynaklar.....	153

Ünite 7

Çalışan Sağlığı.....	155
Çalışma ve İnsan Yaşamı.....	158
Çalışan Sağlığı Kavramının Tarihsel Gelişim Süreci.....	158
Çalışan Sağlığı ile İlgili Kavramların, Tanımı ve Kapsamı	159
Çalışan Sağlığının Önemi.....	161
Çalışan Sağlığında İki Önemli Sorun Alanı	162
İş Kazaları.....	162
Meslek Hastalıkları	165
İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarından Korunma.....	168
Türkiye’de Çalışan Sağlığının Durumu ve Yasal Düzenlemeler.....	171
Özet	174
Gözden Geçir	175
Değerlendirme Soruları.....	176
Kaynaklar.....	178

Ünite 8

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı	181
Sağlık Çalışanı Tanımı	184
Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Mevcut Durumu	184
Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri	185
Fiziksel Riskler.....	185
Kimyasal Riskler	187
Biyolojik Riskler	189
Ergonomik Riskler	192
Psikolojik ve Sosyal Güvenlik ile İlgili Riskler.....	193
Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Konusunda Yaşanan Süreç.....	195
Sağlık Kurumlarında İşyeri Sağlık Birimi	196

Özet	198
Gözden Geçir	199
Sözlük.....	200
Değerlendirme Soruları.....	201
Kaynaklar.....	202

Ünite 9

Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı).....	205
Sağlıklı Yaşam Kavramı.....	208
Yaşlılık Çeşitleri	209
Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Değişiklikler	211
Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler	211
Kardiyovasküler Sisteme İlişkin Değişiklikler	211
Üriner Sisteme İlişkin Değişiklikler	211
Sinir Sistemine İlişkin Değişiklikler	211
Kas ve İskelet Sistemine İlişkin Değişiklikler	211
Solunum Sistemine İlişkin Değişiklikler	212
Sindirim Sistemine İlişkin Değişiklikler	212
Duyu Sistemine İlişkin Değişiklikler	212
Endokrin Sistemine İlişkin Değişiklikler.....	212
Psikolojik Değişiklikler	212
Yaşlılığı Etkileyen Ögeler	213
Erken Yaşlanmanın Önlenmesi	213
Aktif Yaşlanma	214
Beslenme.....	214
Egzersiz.....	217
Kalıtım Sağlığı Önlemleri	219
Günlük Bireysel Bakım Biçiminin Düzenlenmesi.....	219
Ruh Sağlığının Korunması	219
Sağlıklı Uyku	219
Zararlı Alışkanlıklar.....	219
İlaç Kullanımı	220
Özet	222
Gözden Geçir	223
Değerlendirme Soruları	224
Kaynaklar.....	226

Ünite 10

Çevre Sağlığı.....	229
Çevre Sağlığı Tanım ve Önemi.....	232
Evrenin Oluşumu	234
Madde ve Enerjinin Sakınımı Yasası	235
Ekolojik Çevrimler ve Ekolojik Denge.....	236
Karbon Çevrimi.....	237
Azot Çevrimi	239
Fosfor Çevrimi.....	240
Kükürt Çevrimi	241
Su Çevrimi.....	242
Besin Zinciri/Çevrimi	243
İnorganik - Organik Maddeleri Birbirine Dönüştürme.....	244
Küresel Çevre Kirliliği Sorunları.....	247
Asit Yağışları	247
Sera Etkisi.....	248
Ozon Tabakasının Delinmesi	249
Ötrofikasyon	251
Erozyon	252
Genel Önlemler.....	254
Yerel Çevre Sağlığı Sorunları.....	256
Yeteri Kadar ve Temiz Su Sağlanması	256
Kati ve Sıvı Atıkların Zararsızlandırılması	261
Besin Kontrolü ve Sanitasyonu.....	261
Vektörlerin Kontrolü ve Vektörlerle Savaş.....	262
Konut Hijyeni	262
Diğer Çevre Sağlığı Faaliyetleri	262
Kazalardan Korunma Faaliyetleri.....	262
Endüstri Hijyeni.....	262
Gürültü ile Savaş.....	262
İyonizan Radyasyonlardan Korunma	263
Hava Kirliliği ile Savaş	263
Özet	268
Gözden Geçir	269
Değerlendirme Soruları	270
Kaynaklar.....	272

Ünite 11

Kazalar.....	273
Ev Kazaları	276
Tanımı	276
Ev Kazalarının Sıklığı.....	277
Önemli Ev Kazası Türleri.....	279
Ev Kazalarının Önlenmesi	284
Trafik Kazaları.....	287
Tanımlar	287
Trafik Kazalarının Önemi	288
Trafik Kazalarının Sıklığı	290
Ekonomik Kayıplar	295
Alınacak Önlemler ve Çözüm.....	296
Etken / Ajan / Araç	296
Kişi (Host / Duyarlı Alıcı).....	301
Çevre Faktörleri	307
Genel Önlemler.....	309
İş Kazaları	310
Tanımı ve Önemi	310
İş Kazası Türleri	313
İş Kazalarından Korunma İlkeleri	314
İş Kazalarının Hukuksal Boyutu	316
Özet	317
Gözden Geçir	318
Değerlendirme Soruları	319
Kaynaklar.....	322

Ünite 12

Afetler	325
Afetle İlgili Tanımlar	328
Afetlerin Önemi	329
Afet Türleri	331
Afet Dönemleri	331
Sessiz Dönem	331
Alarm Dönemi	332
İzolasyon Dönemi	332
Dış Yardım Dönemi	333

Rehabilitasyon Dönemi.....	333
Afet Yönetimi.....	334
Afetlerde Korunma.....	335
Afetlerde Sağlık Hizmetleri.....	336
Afetlerde Risk Grupları.....	348
Hastane Afet Planları.....	348
Hastane Afet Planında Yer Alması Gereken Veriler.....	349
Hastanelerde Olay Sırasında En Öncelikli Konular.....	349
Hastane Afet Planlarında Mutlaka Yer Alması Gereken Başlıklar.....	349
Türkiye’de Afetler ile İlgili Yasal Düzenlemeler ve Kurumlar.....	352
Özet.....	354
Gözden Geçir.....	355
Değerlendirme Soruları.....	356
Kaynaklar.....	358

Ünite 13

Sağlık Hizmetleri ve Politikaları.....	363
Sağlık Hizmetlerinde Tarihsel Gelişim.....	366
Bir İcğüdü Olarak Sağlık.....	366
Bilimdeki Gelişimin Sağlık Hizmetlerine Yansıması.....	367
Mistik Anlayış/Dönem.....	367
Polifarmasi Anlayışı/Dönemi.....	368
Etiyolojik Tedavi Anlayışı/Dönemi.....	369
Çağdaş Anlayış/Dönem.....	370
Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları.....	375
Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	376
Tedavi Edici Hizmetler.....	377
Esenlendirme Hizmetleri.....	379
Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma.....	380
Sağlık Politikaları.....	380
Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma.....	383
Özet.....	386
Gözden Geçir.....	387
Değerlendirme Soruları.....	388
Kaynaklar.....	390

Ünite 14

Türkiye’de Sağlık Hizmet ve Politikaları	391
Tarihi Gelişim	394
Osmanlı Dönemi	394
Cumhuriyet Dönemi	395
Refik Saydam Dönemi	396
Dr. Behçet Uz Planı	397
Demokrat Parti Uygulamaları	398
Sosyalleştirme Dönemi	399
Aktif Özelleştirme Dönemi	401
Özet	405
Gözden Geçir	407
Değerlendirme Soruları	408
Kaynaklar	410

Ünite 15

Bulaşıcı Hastalıklar	411
Bulaşıcı Hastalıklar Epidemiyolojisi	414
Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü	420
Bulaşıcı Hastalık Çıkmadan Önce	
Alınması Gereken Önlemler	421
Bulaşıcı Hastalık Çıktıktan Sonra	
Alınması Gereken Önlemler	422
Salgın Durumunda Alınması Gereken Önlemler	422
Bulaş Yoluna Göre Bulaşıcı Hastalıkların Genel Özellikleri	427
Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemleri	438
Özet	445
Gözden Geçir	466
Sözlük	477
Değerlendirme Soruları	448
Kaynaklar	451

Ünite 16

Beslenme	453
Beslenme ile ilgili Tanımlar, Terminoloji ve Temel Kavramlar	456
Beslenme Durumunu Değerlendirme Yöntemleri	463
Başlıca Beslenme Sorunları	467

Öncelikli Gruplarda Beslenme	477
Özet	485
Gözden Geçir	487
Değerlendirme Soruları	488
Kaynaklar.....	490

Ünite 17

Sağlık Eğitimi	493
Eğitim Tanımı ve Türleri.....	496
Sağlık Eğitimi Yöntemleri.....	498
Bireysel Eğitim.....	498
Grup Eğitimi.....	499
Toplum Eğitimi.....	499
Sağlık Eğitimi Araçları	499
Konu Seçimi	501
Sağlık Eğitimi Yapılacak Grupların Öncelik Sıralarının Saptanması	502
Ev Kadınları	502
Okul Çocukları.....	502
Organize Topluluklar	502
Köy Toplumunu	502
Şehir Toplumunu.....	502
Sağlık Eğitimi Kimler Yapmalıdır?.....	503
Sağlık Eğitiminin Değerlendirilmesi.....	503
Yetişkin Eğitiminin Özellikleri.....	504
Yetişkin Ne Demektir	504
Yetişkinin Öğrenme Gücü ve Öğrenme Süreci	505
Yetişkinin Eğitim Açısından Özellikleri	506
Özet	508
Gözden Geçir	509
Değerlendirme Soruları	510
Kaynaklar.....	511

Ünite 18

İletişim	513
Tanım ve Önemi	516
İletişim Süreci ve İletişimin Öğeleri	518

Amaç	518
Gönderici/Kaynak.....	519
İleti (Bilgi, Mesaj)	520
İletişim Kanalı.....	520
Alıcı	521
Deşifre Edilmiş İleti / Yorum.....	521
Geri Bildirim	522
Ortam	523
İletişim Bilgi ve Deneyim Demektir	523
İletişim Sembol Demektir.....	525
İletişim Etki Tepkidir ve Etkileşimdir	525
İletişim Biçimleri / Modelleri.....	527
Yönüne Göre İletişimin Türleri.....	527
Örgütteki Akışına Göre İletişimin Türleri.....	528
Planlı Olup Olmadığına Göre İletişim Türü.....	530
İletişim Ağı	530
İletişimin Etkililiğini Artıran Davranışlar	531
Gözlem.....	531
İlgi ve Odaklaşma	532
İyi Bir Dinleyici Olma.....	532
Geri Bildirim	533
Empati Yapma.....	533
Tekrarlama ve Netleştirme	533
Özetleme.....	533
İletişimin Başarısını Azaltan Etmenler	534
Anlatım Yetersizliği	534
Güvensizlik	534
Öğüt Verme	535
Reddetme, Küçük Görme, Önemssememe.....	536
Savunma	536
Sempati	536
Uzaklık.....	537
Uzmanlaşma	537
Zamanlama	537
Örgüt İklimi	538
Özet	539
Gözden Geçir	540

Değerlendirme Soruları	541
Kaynaklar.....	542
Değerlendirme Sorularının Yanıtları.....	543

Halk Sağlığına Giriş

Doç. Dr. Birgül Piyal

2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Sağlık Kavramı
- Hekimlik Biliminin Dönemleri
 - > Hekimliğin Bulgusal (Semptomatik) Dönemi
 - > Hekimliğin Klinik Dönemi
 - > Hekimliğin Halk Sağlığı Dönemi
 - > Yeni Halk Sağlığı Dönemi - Alma-Ata Bildirgesi

Ünite Hakkında

- Bu ünite insanlık tarihinin başlangıcından günümüze dek sağlık algısı, bu algının süreç içerisinde değişimi, sağlık kavramının yaygın kabul gören ve aynı yaygınlıkta eleştirilen tanımlarına değinilmektedir.
- Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" Belgisi'nin temel taşlarının konulduğu Alma Ata Konferansı (1978) ve Konferans sonucunda yayınlanan "Temel Sağlık Hizmetleri" Bildirgesi ilkeleri kısaca açıklanmaktadır.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda,

- Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlık" tanımını yapabileceksiniz.
- Hekimlik biliminin çağlar boyunca geçirdiği aşamaları sayabileceksiniz.
- Hekimlik biliminin çağlar boyunca geçirdiği aşamaları kavramsal olarak açıklayabileceksiniz.
- Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi İlkelerini sayabileceksiniz.
- Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi İlkelerini açıklayabileceksiniz.

Üniteyi Çalışırken



Sağlık algısının insanlık tarihinin başlangıcından günümüze nasıl değiştirdiğini, hekimlik biliminin geçirdiği aşamaları kabaca anımsayabilmek için bu aşamaları niteleyen bilimsel bulguları anımsamak yararlı olacaktır. Hastalık mikroorganizma ilişkisi, mikroorganizmaların yol açtığı sorunların; yaşları, cinsiyetleri, meslekleri farklı bireylerde farklı klinik sonuçlar oluşturduğu kavrandığında konu ezber gereği olmaksızın rahatlıkla öğrenilecektir.

Sağlık Kavramı

Kanıt yetersizliğine karşın, sağlık sorunlarını çözüme çabalarının insanlık tarihinin başlangıcından günümüze dek sürdürüldüğü söylenebilir. Çünkü sağlık sorunları insanlık tarihi kadar eskidir.

Ulaşılabilen sağlıkla ilgili en eski yazılı belge “Gılgameş Destanı”dır. Daha sonra Sümer-Babil panteonuna sağlık tanrısı olarak katılan Gılgameş, “ölümsüzlük” sloganıyla yola koyulmuş, ölümsüzlük özsu-yunu aramaya başlamıştır (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Öztekin Z. 2006: 28).

Sağlıklı ve uzun yaşam günümüz insanının da en büyük düşüdür (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Öztekin Z., 2006: 28):Yaklaşıldıkça uzaklaşan bir düş!

Sağlık kavramının ilk açıklanmaya başlandığı zamanlarda Hygieia (Hiji) sağlığı sorumlu ve disiplinli yaşam sürme çerçevesinde ele alırken, Aesculap (Eskülap) hastalıkları yenme sanatı olarak değerlendirmiştir. Hipokrat’ın Hiji’yi destekleyen “İyi sağlığa götürendir” sözüne karşın sağlıkla ilgili gelişmeler tıbbi (medikal) sınırlar içinde olmuş ve sağlık kavramı hastalık kavramı ile birlikte ya da onun karşısı olarak alınmıştır. Ancak günümüzde “sağlık” kavramının “hastalık” kavramı ile bağlantılı olarak tanımlanmasının doğru bir yaklaşım olmadığı anlayışı giderek yaygınlaşmaktadır (Tabak, 2000: 1).

Yine de sağlığı tanımlayabilmek açısından hastalığı da tanımlamak yararlı olacaktır.



Hastalık, doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir.

Bu tanım biyolojik anlamda doğru ve doyurucudur. Ancak hastalık yalnızca biyolojik bir süreç değildir; aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur. İlkel kültürlerde hastalığın ölçütlerinden biri kişinin kendisinden beklenen işi yapıp yapmamasıdır. Bir diğer ölçüt de hastalığın yaygınlığıdır (Fişek, 1983: 1). Bazı toplumlarda yaygın bir sorun, doğal kabul edilmekte, sorun olarak değerlendirilmemektedir.

Sağlığın en sık kullanılan tanımını 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmıştır.

Bu tanıma göre **sağlık**, yalnızca hastalık ya da sakatlıkların yokluğu olmayıp, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde olma durumudur.



Bu tanımlama eleştirilmektedir, çünkü iyilik halini belirleyecek ve ölçebilecek bir değerlendirme şekli yoktur (Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T. 1997).

Halk Sağlığı kavramının günümüzdeki içeriğini algılayabilmek açısından hekimlik biliminin çağlar boyunca geçirdiği aşamaları bilmek gerekir. Bu aşamalar aşağıda özetlenmiştir.

Hekimlik Biliminin Dönemleri

Hekimliğin Bulgusal (Semptomatik) Dönemi

Yeryüzünde insan ne zaman var olmuşsa hekimliğin o zaman başladığına inanılır. Bu ilk insanlar yaralarını bir yaprak ya da balçıkla kapattıklarında, başları ağrıdığı zaman ot yediklerinde bir tür hekimlik yapmakta idiler. Hastalıkların nedenlerini bilmiyorlardı. Neden-sonuç açıklamasını yapabilecek verilerden yoksundular. Her bulguyu (semptom) ayrı bir hastalık sanıyorlardı.

Örneğin bir insanın ateşi yükselebilir, giderek karnında bazı lekeler ortaya çıkar, dili paslanır.



İlkel insanlara göre bunların her biri ayrı birer hastalıktır. Her biri için ayrı iyileştirme yöntemlerine başvurmak gereklidir. Oysa neden-sonuç ilişkisini bilen günümüz hekimi için bunların her biri birer bulgudur. Bunların tümü tifo tanısı koymaya yöneltir. İlkel insanın tüm hastalıkları bulgulardan oluşmakta idi. O nedenle çok sayıda hastalık bilmezlerdi. Böyle bir yaklaşımla hastalıkları iyileştirmede pek de başarılı olunamayacağı açıktır. Bu dönemin uzun yılları kapsadığı kesindir, 19.yüzyılın sonlarına dek sürmüştür (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Öztekin Z., 2006: 33-34).

Hekimliğin Laboratuvar Dönemi

Louis Pasteur ve arkadaşları 1880 yılında, Fransa'da ilk kez bir hastalığın mikroorganizmadan oluştuğunu, daha mikroorganizmayı bulmadan gösterdiler. Bu hastalık kuduz hastalığı idi. Belirtildiği gibi henüz kuduz virüsü bulunamamıştı. Virüsün bulunamamasına karşın kuduzla karşı oldukça etkili bir aşı geliştirmeyi bile başardılar. Bu

başarı hekimlik anlayışında “devrim” sözcüğü ile karşılanabilecek değişimlere yol açtı. Madem ki kuduz hastalığı henüz bulunamamış olsa bile, bir mikroorganizmanın yaptığı kesindi, öyle ise her hastalığa neden olan ayrı bir mikroorganizma olması zorunlu diye düşünülmeye başlandı. Bu görüş hekimler arasında çok yayıldı. Neredeyse hekimlerin çoğu laboratuarlara kapandılar ve hastalıklara yol açan mikroorganizmaları aramaya başladılar. Pek çoğunu buldular da.



Bulgulardan çok hastalığı ortaya çıkartan mikroorganizmalara önem verilmeye başlandı. Bu görüş bir salgın, bir moda durumunu aldı ve hekimler, “hasta yok, hastalık vardır” demeye başladılar (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Öztekin Z., 2006: 34).

Hekimliğin Klinik Dönemi

Hekimliğin laboratuvar dönemi uzun sürmedi. Çünkü hekimler aynı hastalığa, tüberküloza yakalanan iki bireyden B'nin sözcüğü iki yıl içinde öldüğünü, A'nın ise 15 yıldır yaşadığını görmekte gecikmediler. Aradaki bu ayrımın göz ardı edilebilir olmadığını bilincine vardılar. Bu durumda hastalıkların ortaya çıkmasını ve gidişini, bulgular ve laboratuvar bulgularından başka şeylerin de etkilemesi gerekiyordu.



Hekimler şöyle düşünmeye başladılar; hastalıkların ortaya çıkışı, gidiş ve sonlanışında bulgular ve laboratuvar bulguları önemlidir. Mikroorganizmaların özellikleri de önemlidir. Ancak bireysel direnç farklılıkları bunlardan daha önemlidir. O nedenle “hastalık yoktur, hasta vardır”. Hekimliğin bu klinik modası 1950'lere kadar sürdü (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Öztekin Z., 2006: 34-35).

Hekimliğin Halk Sağlığı Dönemi

İkinci Dünya Savaşının ardından 1950'li yıllarda hekimlik anlayışını kökünden değiştiren olaylar dizisi yaşandı. Yeni kurulmuş olan DSÖ (1948), savaşta yeni çıkan yoksul ülkelere yiyecek, araç-gereç ve tıbbi malzeme yardımı yapıyordu. Bu ülkelerin başında da Yunanistan vardı. Yunanistan'daki en önemli sağlık sorunu ise bebek ve çocuklarda gözlenen kötü beslenme (malnütrüsyon) ve bunun sonucunda ortaya çıkan büyük sayılara ulaşan bebek ve çocuk ölümleri idi. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa devletlerinin pek çoğunda gerek yöneticiler gerekse de kamuoyu “uygarlığı yaratan

ulus yok oluyor” diye ayağa kalktı. Büyük bir yardım kampanyası başlatıldı. Birçok gönüllü hekim ve hemşire bu ülkeye geldi, hastaneler kuruldu. Kötü beslenmesi ya da herhangi bir hastalığı olan bebek ve çocuklar hastanelere taşındılar. Sorunları giderildiğinde ailelerine geri verildiler. Dikkat çeken durum, iyileştirilen bebek ve çocukların değişik süreler sonunda eski sağlık sorunlarıyla yeniden hastanelere getirilmesi idi. Sonuçta bebek ve çocukları hastalandıran ya da kötü beslenmeye yol açan asıl nedenin, yaşadıkları ortam, topluluk ya da aileleri olduğu değerlendirildi. Asıl sorun toplum, topluluk ve ailedeydi.

Hekimlik ve sağlık uygulamalarını halkın içine yayma ilkesi demek olan bu anlayışa “halk sağlığı” yaklaşımı denildi (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Öztekin Z., 2006: 35-37).



Yaşanılan ortamın, konut koşullarının sağlığı etkilediği kavranıldı. Kısır döngünün kırılması için topluma dayalı önlemlerin alınması gerektiği anlaşıldı.

Yeni Halk Sağlığı Dönemi- Alma-Ata Bildirgesi

Günümüzde toplumsal iyilik durumu, sağlığın iyi olabilmesinin bir koşulu olarak ele alınmaktadır.

Çağcıl halk sağlığı anlayışının günümüzdeki bu geniş kapsamını doğru anlayabilmek için “toplumsal iyilik” kavramını açmak gereklidir.

Bu kavram 1978 yılında yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi/Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi ile ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Bildirgenin başlıca ilkeleri şunlardır:

- **Toplumsal Eşitlik:** Sağlık hizmetine erişim bir insan hakkıdır. Bu hizmetler sosyal adalet anlayışı kapsamında gelirleri ya da sağlık güvenceleri ne olursa olsun toplumdaki herkese götürülmelidir.
- **Çevreyle Bütünlük:** İnsan ile fizik, biyolojik ve toplumsal çevresi arasında etkileşim vardır. Kişi çevresinden soyutlanamaz. Sağlığı etkileyen çevresel etmenler göz önünde bulundurulmalıdır.
- **Yaşamın Bütünlüğü:** İnsan yaşamı doğum öncesinden ölüme kadar bir bütündür. Bireyler yalnız hasta olduklarında değil sağlıklı dönemlerinde de desteklenmelidirler.
- **Toplumsal Etmenler:** Hastalıkların temelinde yalnız fizik ve biyolojik nedenler değil, toplumsal ve kültürel nedenler de vardır.

Kişilerin inançları, yaşam koşulları, ekonomik güçleri sağlık düzeylerini etkiler.

- **Hizmetin Boyutu:** Yalnızca sağlık sektörünce yürütülemeyecek kadar kapsamlıdır. Eğitim, tarım, ulaşım, sanayi sektörleri ile eşgüdüm içinde olunmalıdır. Hizmet çok sektörlüdür (multisektörel). Örneğin bireylere sağlıklı içme ve kullanma suyu sağlanması bütünüyle sağlık sektörü dışında bir hizmet olduğu halde, sağlık açısından temel bir gereksinimdir.
- **Korumaya Öncelik:** Hastalıkların oluşmasını ya da ilerlemesini önlemek, tedavi etmekten daha etkili, daha kolay ve daha ucuzdur.
- **Risk Gruplarına Öncelik:** Kaynakların sınırlı olduğu yerlerde öncelikle ve özellikle yüksek risk gruplarına hizmet götürülmelidir. Örneğin bebekler, yetersiz beslenen çocuklar, çok doğum yapmış kadınlar, ağır ve tehlikeli işlerde çalışanlar, eğitimsiz ve yoksul olanlar.
- **Önemli Hastalıklara Öncelik:** Bir toplumda sık görülen, sık öldüren, çok kısıtlılığa, çok işgücü yitiğine yol açan hastalıklara “önemli hastalık” denir. Sağlık hizmeti sunumunda bu hastalıklar öncelikle ele alınmalıdır.
- **Entegre Hizmet:** Sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici (rehabilite edici) hizmetler bir bütündür. Bu hizmetler birbirinden kesin sınırlarla ayrılamaz.
- **Ekip Hizmeti:** Sağlık hizmetleri değişik alanlarda eğitim görmüş, dolayısıyla değişik bilgi ve becerileri olan ekip üyelerince verilebilecek kapsamdadır. Ekibin her üyesi tek tek önemli ve değerlidir.
- **Sağlık-Kalkınma İlişkisi:** Ekonomik kalkınma ile sağlık arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Kalkınmışlık toplumun sağlık düzeyini olumlu etkiler, sağlıklı bir toplum da kalkınmayı olumlu etkiler.
- **Öz Sorumluluk:** Bireyler kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk üstlenmelidirler. Ancak öz sorumluluk üstlenebilme; sağlık konularında eğitilme ve bilinçlendirilme ile bağlantılıdır.
- **Halkın Katılımı:** Toplumun hizmetin planlanmasından sunumuna kadar tüm aşamalarına katılımı başarının ön koşullarından biridir.

- **Evrensellik:** Ulusların sağlık sorunları farklı olabilir, ancak bilimsel ve teknolojik birikimler evrenseldir.
- **Koşullara Uygunluk:** Ülkeler arasında giderek bir ülkenin bölgeleri arasında fiziksel, kültürel farklılıklar, kaynak yönünden ayrımlar olabilir. Temel ilke koşullara uygun modelleri ve teknolojiyi seçip kullanmaktır. Bir ülkede başarı ile uygulanan bir model bir başka ülkenin koşullarına uygun olmayabilir (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Öztekin Z., 2006: 37-39).

Halk Sağlığı son yüzyılda basit uygulamalardan çıkmış ve birçok bilim dallarından oluşan bir disiplin ve bu bilimin uygulamalarını kapsayan hizmet alanı olmuştur (Fişek, 1983: 7, Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Öztekin Z., 2006: 6-7).

Johann Peter Frank'ın (1745-1821) o günkü hekimlik bilgileri kapsamında insan sağlığının korunması ve yaşam süresinin uzatılması için ne gibi önlemler alınması gerektiğini sistemli bir biçimde yazdığı iki ciltlik kitap, Halk Sağlığı konusunda ilk bilimsel yapıt kabul edilmektedir (Fişek, 1983: 7, Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Öztekin Z., 2006: 6-7).

Halk Sağlığının bir bilim olarak gelişmesinde önemli katkısı olanlardan biri de Milton Joseph Rosenau'dur. Harvard Tıp Fakültesi'nde Halk Sağlığı Profesörlüğü yapan Rosenau'nun 1913 yılında yayınladığı "Preventive Medicine and Hygiene" adlı kitabı klasik bir halk sağlığı yapıtı olmuş ve yenilenerek günümüze kadar yayınlanmıştır (Fişek, 1983: 7).

Birinci Dünya Savaşını izleyen 40-50 yılda Halk Sağlığı bakış açısıyla yürütülen çalışmalar o kadar büyük başarılar kazanmıştır ki; bu durum halk sağlığının tedavi edici hekimlik kadar önemli bir bilimsel disiplin olarak değerlendirilmesine neden olmuştur (Fişek, 1983: 7).

Halk Sağlığı, İngilizce "Public Health" ve Fransızca "Santé Publique" sözcüklerinin çevirisidir. Ancak doğru çevirinin "Kamu Sağlığı" olması gerekirdi. Dilimize "Halk Sağlığı" yerleştiğinden, alışılan terimin kullanılması sürdürülmektedir. "Public Health" terimi ise anlamı değişmiş olmakla birlikte 19. Yüzyıldan bu yana kullanılmaktadır. Günümüzde



müzde klasik kabul edilen aşağıdaki tanım 1923 yılında C.E.A. Winslow tarafından yapılmıştır:



Halk Sağlığı, organize edilmiş toplum çalışmaları sonunda çevre sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlayacak, sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmaları her bireyin sağlığını sürdürecektir bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığı ile çalışma gücünün artırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattir (Fişek, 1983: 7).

Wikipedia sözlükte ise **halk sağlığı** için, önleyici hekimlik, sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, sanitasyon önlemlerinin uygulanması ve çevresel tehlikelerin izlenmesiyle bir toplumun sağlığını koruma ve güçlendirme bilimi ve uygulamasıdır tanımı yapılmaktadır (<http://www.thefreedictionary.com/public+health>).

Alma-Ata Bildirgesi ile tanımlanan toplumsal iyilik kavramının Ottawa Konferansında (1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, 1986) sağlığın temel koşulları ve kaynaklarının vurgulanmasıyla pekiştirildiği bilinmektedir. Konferansta; barış, barınma, gelir, gıda, eğitim, hakkaniyet (equity), sosyal adalet (social justice), sürekliliği olan kaynaklar ve stabil bir ekosistem sağlığın ön koşulları ve kaynakları arasında sayılmıştır.

Günümüzde de Alma-Ata'nın ve Ottawa'nın saptamaları farklı biçimlerde dile getirilmektedir. DSÖ'nün "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu" sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi için insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı ortamlarda gündelik yaşam koşullarının iyileştirilmesi gereğini vurgulamaktadır. Komisyon gücün, paranın ve kaynakların eşitsiz dağılımının üstesinden gelinmesi konusuna dikkat çekmektedir. Küresel, ulusal ve yerel ölçekte bu koşulların gündelik yaşam açısından yapısal yönlendiricileri ile baş edilmesini önermektedir (Closing the gap in a generation, 2008). Marmot'ya göre; sağlık durumu yalnızca sağlık eylem alanında sorumluluğu olanların değil, her sektörün politika yapımcılarının ilgi alanında olmalıdır (Marmot, M, 2005).

Zengin ülkelerde düşük sosyoekonomik durum, kötü eğitim; güzel şeylerden yoksun olmak, işsizlik ve iş güvencesizliği, kötü çalışma koşulları, güvensiz ortamlarda yaşama ve bunların aile yaşamına yansımaları anlamına gelir. Düşük gelirli ülkelerdeki sosyal olarak dezavantajlı gruplarda, bütün olumsuzluklara ciddi materyal yoksunluğu yükü ve doğal afetlere karşı savunmasız olmak eklenir. Yüksek gelirli ülkelerde yaşayan en kötü sağlık durumundaki grupların sağlığı, daha düşük gelirli bazı ülkelerdeki ortalama sağlık durumundan dramatik biçimde daha kötüdür (Çizelge.1)

Çizelge.1 Erkeklerde yaşam umudu, ülkeler arası ve ülke içi eşitsizlikler, seçilmiş ülkeler (Closing the gap in a generation, 2008)

Yer	Doğumda yaşam umudu
Birleşik Krallık, Scotland, Glasgow (Calton) ^b	54
Hindistan ^a	62
Birleşik Devletler, Washington DC (black) ^c	63
Filipinler ^a	64
Litvanya ^a	65
Polonya ^a	71
Meksika ^a	72
Birleşik Devletler ^a	75
Küba ^a	75
Birleşik Krallık ^a	77
Japonya ^a	79
İzlanda ^a	79
Birleşik Devletler, Montgomery County(white) ^c	80
Birleşik Krallık, Scotland, Glasgow (Lenzie N.) ^b	82

a) Ülke verisi: Dünya Sağlık İstatistiklerinden 2005 verisi (DSÖ, 2007c).

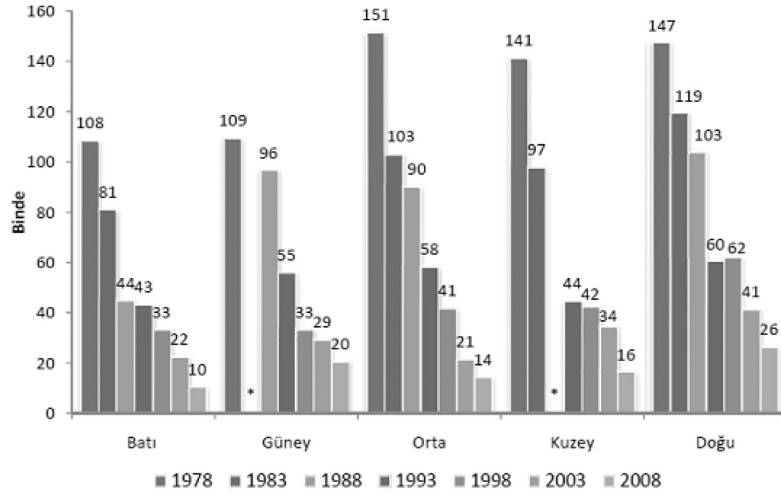
b) Birleştirilmiş veri 1998-2002 (Hanlon, Walsh & Whyte, 2006).

c) Birleştirilmiş veri 1997-2001(Murray et al., 2006).

Türkiye’de de bebek ölümlerinin düzeyi açısından önemli bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Şekil 1’de görüldüğü gibi, bebek ölüm hızı son otuz yılda tüm bölgelerde hızlı bir şekilde

azalmıştır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre, Batı Anadolu Bölgesi, Orta Anadolu Bölgesi ve Kuzey Anadolu Bölgesi'ndeki bebek ölüm hızları Türkiye ortalamasının altında; Güney Anadolu Bölgesi ve özellikle Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki bebek ölüm hızları ise Türkiye ortalamasının üzerindedir. Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki bebek ölüm hızında 2003-2008 döneminde yüzde 63'lük bir azalma gerçekleşmiş olmasına karşın, bu bölgedeki bebek ölüm hızı halen Türkiye ortalamasından 1,5 kat; Batı Anadolu Bölgesi ortalamasından ise 2,6 kat daha yüksektir.

Şekil 1: Bölgelere göre bebek ölüm hızlarındaki değişimler, 1978-2008



Kaynak: HÜNEE, 1980, 1987, 1989, 1994, 1999, 2004, 2009

* Gözlem sayıları düşük olduğu için hesaplanamamıştır.

Kaynak: Türkiye'nin Demografik Dönüşümü

Özet



Ulaşabildiğimiz sağlıkla ilgili en eski yazılı belge “Gilgameş Destanı”dır. Oysa toplumların, insanlık tarihinin başlangıcından bu yana sağlık sorunlarını çözmeye çabası içinde oldukları açıktır. Kuşkusuz, bu çabalar sorunların nedenlerine “doğru” tanı konulabildiği ölçüde başarılı olmuştur. Sorunlara ise ancak yaşanılan dönemin, o toplumsal örgütlenmenin bilimsel ve teknolojik olanaklarının izin verdiği ölçüde doğru tanı konulabilir.

İlkel insanlar tarafından hastalıkların her bir bulgusu, ayrı bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Hekimliğin bulgusal (semptomatik) dönemi olarak adlandırılan bu dönem 19uncu yüzyılın sonlarına dek sürmüştür.

Kuduz hastalığını, bir mikroorganizmanın yaptığı anlaşıldığında, her hastalığa neden olan ayrı bir mikroorganizma olması zorunlu diye düşünölmeye başlandı. Bulgulardan çok hastalığı ortaya çıkartan mikroorganizmalara önem verilir oldu. Hekimlerin sağlık sorunlarına ağırlıklı olarak, “hasta yok, hastalık vardır” bakış açısıyla yaklaştıkları bu dönem, hekimliğin laboratuvar dönemi olarak tanımlanmaktadır.

Aynı mikroorganizmanın yol açtığı hastalığın farklı bireylerde farklı klinik yansımalar oluşturduğu gözlemlendi. Hastalıkların ortaya çıkış, gidiş ve sonlanışında bulgular ve laboratuvar bulgularının ve mikroorganizmaların özelliklerinin önemli olduğu, ancak bireysel direnç farklılıklarının bunlardan daha önemli olduğu kavranıldı. O nedenle “hastalık yoktur, hasta vardır” bakış açısı yaygınlaştı. Hekimliğin klinik dönemi olarak nitelendirilen bu dönem 1950'lere kadar sürdü.

İkinci Dünya Savaşının ardından yaşanılan ortamın, konut koşullarının sağlığı etkilediği kavranıldı. Sağlık sorunlarının oluşmasının ve yinelemesinin önlenmesi açısından, topluma dayalı önlemlerin alınması gerektiği anlaşıldı. Bu dönem, hekimliğin halk sağlığı dönemi olarak tanımlanmaktadır.

Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi'nden (1978) bu yana sağlık sorunlarına “toplumsal iyilik” kavramıyla yaklaşmanın doğru olduğu kabul edilmektedir. Çağcıl halk sağlığı anlayışının etkisindeki bu dönem hekimliğin yeni halk sağlığı dönemi olarak nitelendirilmektedir. Sağlık sorunları, sağlık hizmetine erişimin bir insan hakkı olduğu (Toplumsal Eşitlik), sağlığı etkileyen çevresel etmenlerin göz önünde bulundurulması gerektiği (Çevreyle Bütünlük), kişinin çevresinden soyutlanama-

yacağı, insan yaşamının doğum öncesinden ölüme kadar bir bütün olduğu (Yaşamın Bütünlüğü) bakış açısıyla ele alınmaktadır. Koruma-ya, risk gruplarına ve önemli hastalıklara öncelik verilmektedir. Bir toplumda sık görülen, sık öldüren, çok kısıtlılığa, çok işgücü yitiğine yol açan hastalıklara “önemli hastalık” denir. Toplumsal etmenlerin (kişilerin inançları, yaşam koşulları, ekonomik güçleri) sağlık düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Yeni halk sağlığı yaklaşımına göre; sağlık hizmetinin boyutu; eğitim, tarım, ulaşım, sanayi sektörleri ile eşgüdüm içinde olunması gerektirecek ölçüde kapsamlıdır. Hizmet çok sektörlüdür (multisektörel). Sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici (rehabilitate edici) hizmetler birbirinden kesin sınırlarla ayrılmaz (entegre hizmet). Sağlık ekibinin her üyesi tek tek önemli ve değerlidir (ekip hizmeti). Kalkınmışlık toplumun sağlık düzeyini, sağlıklı bir toplum da kalkınmayı olumlu etkiler (sağlık-kalkınma ilişkisi). Bireyler kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk üstlenmelidirler (öz sorumluluk). Toplumun sağlık hizmetinin tüm aşamalarına katılımı başarının ön koşullarından biridir (halkın katılımı). Ulusların sağlık sorunları farklı olsa da, bilimsel ve teknolojik birikimler evrenseldir. Ülkeler arasında giderek bir ülkenin bölgeleri arasında fiziksel, kültürel farklılıklar, kaynak yönünden ayrımlar olabilir. Hizmet sunumunda koşullara uygun modellerin ve teknolojinin seçilip kullanması gerektiği (koşullara uygunluk) ilkesi temeldir.

Toplumsal iyilik Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı’nda sağlığın temel koşulları ve kaynaklarının vurgulanmasıyla pekiştirilmiştir. Günümüzde de Alma-Ata’nın ve Ottawa’nın saptamaları farklı biçimlerde dile getirilmektedir. Sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi için insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı ortamlarda gündelik yaşam koşullarının iyileştirilmesi gereği yaygın kabul görmektedir. Günümüz insanının sağlıklı ve uzun yaşam düşüne sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi çabaları eşlik etmektedir.

Gözden Geçir



- Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı nedir?
- Hekimlik biliminin çağlar boyunca geçirdiği aşamalar nelerdir?
- Hekimlik biliminin çağlar boyunca geçirdiği aşamaları birer tümce ile açıklayınız.
- Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi'nin (1978, Alma Ata) ilkeleri nelerdir?
- Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi'nin (1978, Alma Ata) ilkelerini birer tümce ile açıklayınız.
- Önemli hastalık nedir, tanımlayınız?



Değerlendirme Soruları

- Hekimlik biliminin geçirdiği aşamalardan "Hastalık yok, hasta var." bakış açısıyla tanımlanabilecek dönem aşağıdakilerden hangisidir?
 - Bulgusal (Semptomatik) Dönem
 - Laboratuvar Dönemi
 - Klinik Dönem
 - Halk Sağlığı Dönemi
 - Yeni Halk Sağlığı Dönemi
- Hekimlik biliminin geçirdiği aşamalardan, sağlıklı yaşanılan ortamın konut koşullarının etkilediğinin kavranıldığı dönem aşağıdakilerden hangisidir?
 - Bulgusal (Semptomatik) Dönem
 - Laboratuvar Dönemi
 - Klinik Dönem
 - Halk Sağlığı Dönemi
 - Yeni Halk Sağlığı Dönemi
- Aşağıdakilerden hangisi Alma Ata (Temel Sağlık Hizmetleri) Bildirgesinin (1978) evrensellik ilkesinin açılımıdır?
 - Farklı sağlık sorunları olabilir, ancak bilimsel ve teknolojik birikimler küresel ölçekte paylaşılır.
 - Sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici (rehabilite edici) hizmetler bir bütündür.
 - Hastalıkların temelinde yalnız fizik ve biyolojik nedenler değil, toplumsal ve kültürel nedenler de vardır.
 - Ekonomik kalkınma ile sağlık arasında iki yönlü bir ilişki vardır.
 - Hizmetin boyutu yalnızca sağlık sektörünce yürütülemeyecek kadar kapsamlıdır.
- Aşağıdakilerden hangisi önemli halk sağlığı sorunudur?
 - Sık görülen, yaygın sağlık sorunları
 - Çok sakat bırakan sağlık sorunları
 - Sık öldüren sağlık sorunları
 - Sık görülen, sık öldüren, çok kısıtlılığa, çok işgücü yitiğine yol açan sağlık sorunları
 - Çok işgücü yitiğine yol açan sağlık sorunları

Kaynaklar



- Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T.: Temel Epidemiyoloji, Dünya Sağlık Örgütü Cenevre 1993, Çeviren: Prof. Dr. Nazan Bilgel,, Nobel & Güneş Tıp Kitapevi, Bursa 1997.
- Piyal B.: Sağlıkın Geliştirilmesi ve Bu Alandaki Başarılı Uygulamalar, 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitapçığı s., 23-26 Ekim 2007, Denizli.
- Eren N., Öztekin Z.: Halk Sağlığının Gelişmesi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006. Editörler: Güler Ç, Akin L.
- Bengt,(n.d.): The Contribution of Health Promotion to the European Perspective of Education and Learning. www.phetice.org/workpackages/wp4/index.html
- Bengt,(n.d.): The Development of a Leading Model and Module for the European Perspective in Health Promotion Education. www.phetice.org/workpackages/wp4/index.html
- Ridde V. : Reducing social inequalities in health: public health, community health or –ealth promotion. IUHPE - Promotion & Education Vol XIV, No 2, p: 63-67 2007.
- Cavill N., Foster C., Oja P., Martin B. W. : An Evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: contrast–ng case studies. IUHPE - Promotion & Education Vol XIII, No 2, p: 104-111 2006.
- Global Programme on Health Promotion Effectiveness. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe, IUHPE.
- Vladimir, K., Solcova,I., Kodl,M., Kernova,V.: Globalization and Socioeconomic Inequalities in Self-Reported Health in the Czech Republic. Book of Abstracts, 7th IUHPE European Conference on Health Promotion and Health Education: Globalization and Equity: Consequences for Health Promotion Policies and Practices, p: 46, 18-21 October 2006, Budapest, Hungary.
- Koop, M.: “Hungarian Alliance Against Depression” Eaad Multi-Level Action Plan for Prevention of Depression and Suicide. Book of Abstracts, 7th IUHPE European Conference on Health Promotion and Health Education: Globalization and Equity: Consequences for Health Promotion Policies and Practices, p: 74, 18-21 October 2006, Budapest, Hungary.

Gyorfi-Dyke, E.: The Canadian Population Health Initiative-Adressing the Determinants of Health. Book of Abstracts, 7th IUHPE European Conference on Health Promotion and Health Education: Globalization and Equity: Consequences for Health Promotion Policies and Practices, p:97, 18-21 October 2006, Budapest, Hungary.

Rice, M., Franceschini, M.C.: Lessons Learned from the Application of a Participatory Evaluation Methodology to Healthy Municipalities, Cities and Communities Initiatives in Selected Countries-of the Americas. IUHPE - Promotion & Education Vol XIV, No 2, p: 68-73 2007.

Health Promotion and Health Education Module 3, Evaluation, Quality, Audit: Baric, L., Baric, L.,F., Barns Publications,1995.

<http://www.thefreedictionary.com/public+health> Erişim tarihi: 7.08.2010

http://tr.wikipedia.org/wiki/Halk_sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1 Erişim tarihi: 7.08.2010

http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf Erişim tarihi: 7.08.2010

Marmot, M: Social determinants of health inequalities, Lancet 2005; 365:1099-104.

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.

1. Halk Sağlığına Giriş

Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri

Doç. Dr. Birgül Piyal

3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Sağlığı Geliştirme Yaklaşımı
- Ottawa Bildirgesi (1986)
- Sağlığı Geliştirme Uygulamaları
 - > Birincil Koruma
 - > İkincil Koruma
 - > Üçüncül Koruma

Ünite Hakkında



Bu ünite de “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” Belgisi'nin temel taşlarının konulduğu Alma Ata Konferansı (1978)'ndan, 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı olarak da bilinen Ottawa Konferansı'na (1986) giden sürece değinilmektedir. Ottawa Bildirgesinde belirtilen sağlığın temel koşulları ve kaynakları açıklanmaktadır. Sağlığı geliştirme etkinlikleri kısaca sunulmaktadır. Sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarına değinilmekte, koruma düzeyleri incelenmektedir.



Öğrenme Hedefleri

Bu üniteyi tamamladığınızda,

- Sağlığı etkileyen başlıca çevresel etmenleri sayabileceksiniz.
- Çevrenin etkisini değiştiren başlıca kişisel özellikleri sayabileceksiniz.
- Ottawa Bildirgesinde belirtilen sağlığın temel koşullarını ve kaynaklarını sayabileceksiniz.
- Ottawa Bildirgesinde sağlığın temel koşulları ve kaynakları olarak belirtilen alanların neden böyle değerlendirildiğini açıklayabileceksiniz.
- Ottawa Bildirgesinde belirtilen sağlığı geliştirme etkinliklerini sayabileceksiniz.
- Sağlığı geliştirme etkinliklerinin her birini örnekle açıklayabileceksiniz.
- Koruma düzeylerini sayabileceksiniz.
- Koruma düzeylerinin her birini örnekle açıklayabileceksiniz.
- Temel koruma tanımını yapabileceksiniz.
- Birincil koruma tanımını yapabileceksiniz.
- İkincil koruma tanımını yapabileceksiniz.
- Üçüncül koruma tanımını yapabileceksiniz.

Üniteyi Çalışırken



Sağlığı geliştirmenin yakın dönemlere ilişkin yeni bir düşünce olmadığı, ancak sağlık politikaları ve uygulamaları içinde kesin bir alan olarak doğmasının 1974'e dayandırılabilceği göz önünde tutulmalıdır. Dönemin Kanada Sağlık ve Gönenc Bakanı Marc Lalonde'un bu tarihte yayınladığı monografin, kavramsal bir köşe taşı kabul edildiğine dikkat edilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" çabalarının temellerinin "Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı" ya da "Alma Ata Konferansı" (1978) olarak adlandırılan toplantıda atıldığı anımsanmalıdır. Bu konferansın ardından yayımlanan aynı adlı Bildirge ile "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" hedefine ulaşabilmek (yaklaşabilmek) açısından DSÖ'nün bölgelerinin ve bu bölgelerdeki ülkelerin kendi "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" hedeflerini oluşturmaları önerisi ve Avrupa Herkes İçin Sağlık (HİS) Hareketi (1984) ile Ottawa Konferansı'nın (1986) bağı kurulmalıdır. 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda (Ottawa, 1986) sağlığın, bireylerin sağlıkları üzerindeki denetimlerini artırabilecek böylelikle de sağlıklarını geliştirecek şekilde güçlü kılınmaları süreci olarak görüldüğüne dikkat edilmelidir. Alma Ata ruhunun daha da ileri götürüldüğü, barış, barınma, gelir, gıda, eğitim, sürekliliği olan kaynaklar, stabil bir ekosistem ve sosyal adaletin sağlığın temel koşulları ve kaynakları arasında sayıldığı kavranmalıdır. Sağlığı geliştirme etkinlikleri özümsemelidir. Koruma düzeyleri öğrenilmelidir.

Sağlığı Geliştirme Yaklaşımı

Günümüzde sağlık durumunun büyük ölçüde kişinin genetik yapısı ve çevresi (biyolojik, fizik ve sosyal çevre) tarafından belirlendiği bilinmektedir. Bunun yanı sıra; birey, aile ve toplumların davranış örüntüleri de, sağlığı belirleyen temel öğelerdendir. Bireylerin davranışları, kişisel gereksinimleriyle ve çevreleri ile ilgili olarak kararlar verme ve doğru seçimlerde bulunma durumlarıdır. Kişiler seçimlerini, o konulardaki bilgi ve motivasyonlarına (güdülenme) bağlı olarak yaparlar. İnançlar, eğilimler, tutumlar ve değerler de davranışları belirler (Özvarış, 2001: 9).



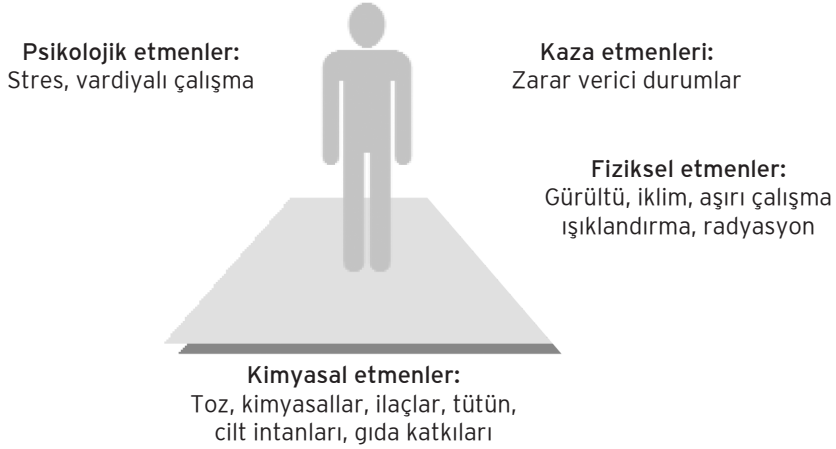
Temel Sağlık Hizmetleri (TSH), Alma Ata Bildirgesi'nde kısaca;

- Sağlık hizmetleri içinde ilk başvuru hizmeti,
- Ulaşılabilir,
- Toplumun katıldığı,
- Finansal açıdan karşılanabilir,
- İnsanların kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını özendiren,
- Risk altındaki bireyleri belirleyen ve önceleyen,
- Sağlığı geliştiren,
- Koruyucu sağaltıcı ve esenlendirici olan,
- Sürekli ve çok sektörlü işbirliği içinde sunulan,
- Bilimsel olarak doğru ve toplum tarafından kabul edilen,
- Uygun teknolojinin kullanıldığı sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır (Eser E., 2006).

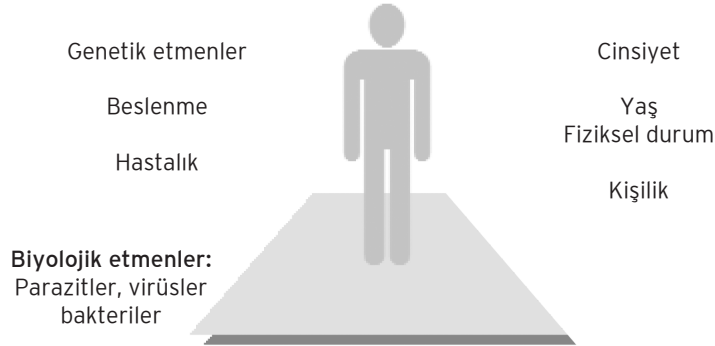
TSH, sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma ve toplum sağlığı için uygulanan -ya da uygulanması gereken- bütüncül stratejinin bir parçası olarak görülmelidir.

Şekil 2 ve 3'de (Beaglehole, 1997: 128-129) sağlığa etki edebilen çevresel etmenler ve çevrenin etkisini değiştiren kişisel özellikler görselleştirilerek özetlenmiştir. Bireylerin sağlıkları açısından sorumlulukları, çok etmenli bir etkileşimler bileşkesi olan sağlık durumlarını biçimlendirme olasılıkları ya da güçleri bu özetlerin iyi incelenmesi ile değerlendirilebilir.

Şekil 2: Sağlığa etki edebilen çevresel etmenler



Şekil 3: Çevrenin etkisini değiştiren kişisel özellikler



Bir bilim ve uygulama olarak tarihsel açıdan Halk Sağlığının temellerinin 19. yüzyılın birinci yarısında atıldığı ileri sürülse de, çağcıl halk sağlığı hareketinin kökleri kırkların sonlarında Birleşmiş Milletlerin kurulmasına dayanır. İkinci Dünya Savaşının çok ciddi deneyimi, özellikle insan hakları alanındaki büyük yıkım ve kırılma yeni bir Dünya düzenini gerekli kılmıştır. Bu gereklilik; DSÖ'nün de aralarında olduğu uzmanlık örgütleri ile Birleşmiş Milletler yapılanmasına yol açmıştır. Bu örgütlerin en temel işlevi insan haklarını savunmaktır, DSÖ'nün görevi de insan haklarını sağlık perspektifinden savunmaktır. DSÖ'nün erken dönem çalışmaları sağlık bakımının örgütlenmesi ve esas olarak sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi odaklıdır ve yetmişlerin sonlarına kadar küresel sağlık hareketi tasarısı yaratacak bir girişim başlatmamıştır (Piyal B, 2007 içinde: Bengt,{n.d.}).

Dünya Sağlık Genel Kurulu (Asamble) 1977 yılında, DSÖ'ne üye ülkelerin ana hedefinin 2000 yılında insanların ekonomik ve sosyal olarak üretken bir hayatı yaşayabilmelerine olanak tanıyacak olan bir sağlık düzeyine ulaşma olduğu yolundaki kararı benimsemiştir (Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T). Daha sonra "2000 yılında Herkes İçin Sağlık" Belgisi ile özetlenecek olan bu karar 1978 yılında Alma-Ata'da toplanan Konferans'ta ele alınmıştır.

Ottawa Bildirgesi (1986)

DSÖ'nün Herkes İçin Sağlık (HİS) Hareketi Avrupa'da 1984'te, Sağlık Geliştirme Hareketi ve 1986 Ottawa Sözleşmesi İlkelerinin doğuşundan birkaç yıl önce oluşturulmuştur. Ottawa'da sağlığın, bireylerin sağlıkları üzerindeki denetimlerini artırabilecek böylelikle de sağlıklarını geliştirecek şekilde güçlü kılınmaları süreci olarak görülmesi söz konusudur. Sağlık, kişilerin iyi nitelikte bir yaşamın keyfini çıkarabilecekleri, etkin ve üretken bir yaşam sürdürebilecekleri bir süreç olarak görülür. Güçlendirme süreci ve insanın etkin katılımlı bir nesne olarak görülmesi yaşamsal önemdedir. Bu yaklaşım; yeni halk sağlığının özünü oluşturan sağlık bakış açısıyla, sağlığı geliştirme hareketini insan haklarının savunulması ve geliştirilmesine yöneltir (Piyal B, 2007 içinde: Bengt,{n.d.}).



Bir başka anlatımla; sağlığı geliştirme, insanları kendi sağlık belirleyicileri üzerinde kontrol sağlayarak, sağlıklarını iyileştirmeleri ve böylelikle etkin ve üretken bir yaşam sürdürebilmeleri için güçlendirme sürecidir.

Bu süreç üç aşama olarak görülebilir: İlk olarak arka plan tanınır (belirleyiciler), ikinci olarak bir amaç saptanır (etkin, üretken bir yaşam sürdürmek); belirleyiciler amaca ulaşmada insanlar, yerleşim ve güçlendiriciler arasında diyalektik bir ilişki içerisinde ele alınır. Birey, haklarının tümüne saygı duyulan etkin katılımcı bir nesne olarak önemli bir konumdadır (Piyal B, 2007 içinde: Bengt,{n.d.}).

1. Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı (1986) olan Ottawa Konferansında belirtilen sağlığın temel koşulları ve kaynakları (ön koşulları) aşağıda sıralanmıştır:

- Barış
- Barınma
- Gelir

- Gıda
- Eğitim
- Hakkaniyet (equity)
- Sosyal adalet (social justice)
- Sürekliliği olan kaynaklar
- Stabil bir ekosistem

Ottawa Konferansında açıklanan sağlığı geliştirme etkinlikleri ise şunlardır:

- Sağlıklı Kamu Politikaları Oluşturmak,
- Destekleyici Çevreler Yaratmak,
- Toplum Etkinliklerini Güçlendirmek,
- Kişisel Becerileri Geliştirmek,
- Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Düzenlenmesi olarak sıralanabilir

(www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HPR/ottawa_charter.pdf, www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986).

Sağlığı geliştirme açısından en uygun ortam olan birinci basamak sağlık hizmetleri koşullarında, sağlığı geliştirmek amacıyla üç tamamlayıcı yaklaşım vardır:

- Tıbbi yaklaşım,
- Yaşam biçimi yaklaşımı,
- Sosyal ve çevresel yaklaşım.

Bu yaklaşımların ayrıntılarına bu ünite de değinilmeyecektir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ortamında uygulanan sağlığın geliştirilmesi etkinliklerinin başarısı bu güne dek birçok uygulama ile kanıtlanmıştır. Diğer bir anlatımla sağlığın geliştirilmesi programları topluma dayalı sağlık hizmeti ortamında hastane ortamına göre çok daha başarılı ve sonuç vericidir.

Örneğin kalp hastalıklarının ya da tip 2 Diabetes Mellitus'un birincil ve ikincil korunmasında topluma dayalı sağlık hizmetleri ortamında yürütülen sağlığı geliştirme programlarının, ikinci ve üçüncü basamaklarda sağlık profesyonelleri ile sınırlı ortamlarda yürütülen programlardan daha başarılı olduğu gösterilmiştir.



Bu başarı hastalıkların önlenmesi ile sınırlı olmayıp toplumsal müdahalelerin başarısı açısından da geçerlidir.



Örneğin meme kanseri vb. tarama programlarını kullanım buna örnek olarak gösterilebilir (Eser E., 2006).

Sağlığı Geliştirme Uygulamaları



Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimini de içine alacak şekilde, risk altındaki bireylerin ya da herhangi bir grubun davranışının kontrol edilmesinin gerisinde yatan temel bir sorun olduğunda, örgütsel, çevresel ve ekonomik destekleri de içermektedir. Sağlığı geliştirme, halk sağlığı ve koruyucu hekimliğin önemli bir parçasıdır. Bu kavram ile sağlıklı yaşamak için eğitim ve çevre koşullarına göre düzenlenmiş destek eylemlerinden söz edilmektedir (Temel F., Özvarış, Ş. B., 2007 içinde: Özvarış, Ş. B., 2001).

Sağlığı geliştirme stratejileri ve programlarının uygulamaya konulmasında birçok DSÖ programı ve projesi oluşturulmuştur. Bunlar arasında “Sağlıklı Şehirler, Köyler, Belediyeler ve Sağlıklı Adalar” projeleri bulunmaktadır. “Sağlığı Geliştiren Okullar, Sağlığı Geliştiren Hastaneler” bilgi ağları, “Sağlıklı Pazar Yerleri ve Sağlığı Geliştiren İşyerleri” projeleri yanında alkol, tütün, aktif yaşam ve sağlıklı yaşlanma eylem planları da yapılan çalışmalar arasındadır (Temel F., Özvarış, Ş. B., 2007 içinde: Health Promotion Glossary).

Riddle’a göre sağlığı geliştirme hareketi küresel ölçekte genel olarak başarılı değildir. Sağlıkta toplumsal eşitsizlikleri azaltma açısından halk sağlığı, toplum sağlığı, sağlığı geliştirme kavramlarını irdelediği makalede aşağıdaki görüşler yer almaktadır:

Ottawa Sözleşmesi, “*Sağlığı geliştirme, sağlıkta hakkaniyete ulaşılmasına odaklanır. Sağlığı geliştirme eylemi verili sağlık durumundaki farklılıkları azaltmayı amaçlar.*” saptaması yapar (DSÖ, 1986).

DSÖ Genel Direktörü 1988’de “*halk sağlığı toplumsal adalet, toplumsal değişim ve toplumsal reformla özgün bağımlı kaybetti*” açıklaması yapmıştır (Hancockk, Labonte ve ark., 1999). Yirmi yıl sonra bu gerçek değişmemiştir. Daha da ötesinde sağlığı geliştirme özgün işlevini yerine getirmelidir ve sağlıkta toplumsal eşitsizliklerle savaşmalıdır. Taraflar,

sağlık planlamasının yalnızca bir teknik alıştırma olmadığını aynı zamanda toplumsal değişimi sağlayan bir araç olduğunu anlamalıdır- lar (Piyal B, 2007 içinde: Global Programme on Health Promotion Effectiveness).

Öte yandan Ottawa Sözleşmesi'ni "aşırı iyimser" bulanlar olduğu gibi, "Belgenin temel görüşü sağlığın bireysel davranışlara bağlı olduğudur, yani kurbanı suçlamaktadır." vurgusu yapanlar da vardır (Piyal B, 2007 içinde: Health Promotion and Health Education Module). Alanyazında "sağlıkta toplumsal eşitsizliklerle başa çıkılması gereği" yaygın görüş birliği sağlamış öncelikli hedeflerden biri olduğu halde, eşitsizliklerin giderek derinleşmesi konusu üzerinde durulması gereken bir olgudur.

Milano'da (Nisan 1990) yapılan toplantıda sağlığı geliştirme için yapılması gerekenler bir kez daha vurgulanmıştır. Bu toplantı sonucunda çıkan bildirmede aşağıdaki çizelge 2'deki stratejiler ve bunları gerçekleştirmek için yapılması gerekenler sıralanmıştır (Temel F., Özvarış, Ş. B., 2007 içinde: The Milan Declaration on Healthy Cities):

Çizelge 2: Stratejiler ve Yapılması Gerekenler

Stratejiler		Yapılması gerekenler
Herkes için sağlık politikası	→	Toplum katılımı, uygun şartlarda, yerel düzeyde kaynakların ve karar vericiliğin desentralizasyonu
Sürdürülebilirlik	→	Çevre kalitesinin artırılması, doğal kaynakların korunması ve sürekliliğin sağlanması
Hakkaniyet	→	Sağlık alanında eşitsizliğin giderilmesi (Yoksulluk, eğitim, sosyal alanlar)
Sektörlerarası işbirliği, toplum sorumluluğu	→	İşbirliğinin geliştirilmesi, kent planlaması, politikası, programlarında sağlığın geliştirilmesine destek, sağlık sisteminin geliştirilmesi
Uluslararası boyut	→	Yeni halk sağlığı hareketinin geliştirilmesinde ulusal ve uluslararası işbirliğinin sağlanması

Kaynak: Temel F., Özvarış, Ş. B., 2007

Sağlığı Geliştirme Konferanslarının sonuncusu olan 7. Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı 2009 yılında Nairobi'de yapılmıştır. Konferansta aşağıdaki konulara vurgu yapılmıştır (Milestones in Health Promotion):

- Toplumun güçlendirilmesi,
- Sağlık okur-yazarlığı ve sağlığı geliştirme,

- Sağlığı geliştiren sağlık sistemleri,
- Sağlıkta hakkaniyet için harekete geçme,
- Sağlığı geliştirme için kapasite oluşturma.

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 yapıcılarının ilgi alanında olmalıdır. Komisyonun temel itici gücü halk sağlığı bilgilerini politik eyleme dönüştürmektir." (Marmot, M, 2005).

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun alt başlığı "*Açıktı Bir Kuşakta Kapatmak*" olarak çevrilebilecek raporunun (Closing the gap in a generation, 2008) birinci bölümünde irdelemelerini 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.



Temel koruma kavramı kardiyovasküler hastalıkların epidemiyolojisi ile ilgili bilgi birikimi sonucunda tanımlanmıştır.

Koroner kalp hastalığı büyük ölçüde, ancak altında yatan temel neden var olduğunda, yani doymuş hayvansal yağların yüksek oranda kul-

lanıldığı bir diyet varlığında ortaya çıkmaktadır. Çin ve Japonya gibi doymuş hayvansal yağların çok az tüketildiği ülkelerde, sigara içme ve yüksek kan basıncı gibi önemli risk etmenleri prevalansı yüksek olduğu halde, mortalite ve morbidite nedeni olarak koroner kalp hastalığı az görülmektedir. Bununla birlikte Çin ve Japonya'da sigara içmenin başlattığı akciğer kanseri sıklığı giderek artmakta ve yüksek kan basıncının neden olduğu felçler yaygınlaşmaktadır (Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T. içinde: Blackburn s. 94-101).

Temel korumanın amacı, hastalık riskini artırıcı sosyal, ekonomik ve kültürel yaşam özelliklerinin oluşmasını önlemektir. Ne yazık ki, temel korumanın önemi genellikle geç algılanmaktadır. Birçok ülkede, belli bir hastalığın altında yatan temel nedenler varlığını sürdürmektedir ve bu nedenlere bağlı epidemiler gelişmeye devam etmektedir.

Örneğin gelişmiş ülkelerde sigara tüketimi azalırken, gelişmekte olan ülkelerin pek çoğunda sigara içme hızı biçimde artmaktadır. Yoğun sigara satışı reklamlarının etkisinde kalan ülkelerde, akciğer kanseri epidemisinin gelişmesi için yaklaşık 30 yıllık bir süre gereklidir (Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T., s. 94-101).



Bu alandaki etkili temel koruma için güçlü bir hükümet desteğine, yasal düzenlemelere gerek vardır. Sağlıksız yaşam biçimleri ve tüketim eğilimleri, bütün ülkelerde toplum ve kültürlerin içine yerleşmeden önce önlenmelidir (Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T. içinde Manton s. 94-101).

Sigara kullanımı pek çok öldürücü hastalığın meydana gelmesine yol açmaktadır. Dünyada 2005 yılında sigaraya bağlı hastalıklardan yaklaşık 5 milyon kişi, Türkiye'de ise 100.000 kişi hayatını kaybederken, bu sayının 2030 yılına kadar her yıl dünyada 10 milyon kişiye, Türkiye'de ise 240.000 kişiye yükseleceği ön görülmektedir (Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı).

Tütün kullanımı, tüm ülkeler için en önemli ve önlenebilir halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünyada yaşı 15'in üzerinde olan 1.2 milyar kişi (her üç erişkinden birisi) tütün bağımlısı olup bunların % 80'i orta düzeyde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere aittir. Türkiye ise ne yazık ki sigara tüketiminde Avrupa Ülkeleri arasında üçüncü sırada, dünya ülkeleri arasında yedinci sırada yer almaktadır (Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı).

Koroner kalp hastalığının temel korumasında; tarım sektörü, besin endüstrisi ve besin dış alım-dış satımını da içine alan ulusal plan ve programlar geliştirilmelidir. Sigara içmeyi önleyici programlar oluşturulmalıdır. Yüksek kan basıncının kontrol altına alınmasına yönelik programlar uygulanmalıdır ve düzenli fiziksel etkinliği kolaylaştıracak destekleyici çevreler oluşturulmalıdır (Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T. s. 96).



Kalp ve damar hastalıklarına yönelik önleme ve kontrol programının önemli bir bileşeni kronik hastalıkların önlenmesine yönelik, entegre ve toplum tabanlı programlardır. Bu programlar aracılığı ile önde gelen kalp ve damar hastalığı risk etmenlerini ve sosyal ve ekonomik belirleyicileri azaltmak, planın kapsamında en önemli unsurdur (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı).

Kapsamlı bir eylem yaklaşımının, yüksek risk altında olan ya da yerleşmiş hastalığı bulunan bireyleri hedefleyen stratejilerle, tüm toplum katmanlarında riskleri azaltmaya çalışan yaklaşımların tümünü bir araya getirmesi gerekmektedir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı).

Entegre yaklaşımlar ise, kalp ve damar hastalıkları, diyabet ve kanserler gibi bir dizi kronik hastalığın önde gelen ortak risk etmenleri üzerine odaklanan yaklaşımlardır (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı).

Kalp hastalıkları ve inme nedenli erken ölümlerin en az % 80'i, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel etkinlik ve tütün dumanından kaçınma yoluyla önlenmektedir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı).

Bireyler kendi kalp ve damar hastalığı risklerini düzenli fiziksel etkinlik yaparak, tütün kullanımından ve pasif içicilikten kaçınarak, meyve ve sebzeden zengin bir diyet seçerek, yağ, tuz ve şekerden zengin gıdalardan kaçınarak ve sağlıklı bir vücut ağırlığını sürdürerek azaltabilirler (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı).

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı'nın kapsamı, ülkemizde;

- Temel risk etmenleri olan sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımının azaltılması,
- Sağlıksız beslenme alışkanlıklarının ve şişmanlığın (obezitenin) önlenmesi ve
- Fiziksel hareketsizliğin giderilmesi yönünde geliştirilmiştir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı).

Ancak birincil koruma önlemleri ile birlikte temel koruma önlemlerinin de alınması gerektiği anımsanmalıdır. Gerekli yasal düzenlemeler yapılmalı, yasaların uygulanması sağlanmalıdır. Çevresel koşullar (fiziksel hareketlilik, sebze-meyve tüketimi, dumansız hava sahaları vb. açılardan) sağlıklı seçimi kolaylaştırmalıdır. Çevre, sağlıklı seçimi destekleyici nitelikte olmalıdır.

Temel koruma, hava kirliliğinin küresel etkileri (sera etkisi, asit yağmurları, ozon deliği) ve kentsel etkileri (akciğer hastalıkları, kalp hastalıkları) açısından da gereklidir.

Örneğin bazı büyük kentlerde, havadaki sülfür dioksit düzeyi, DSÖ'nün kabul ettiği en yüksek değerin üstüne çıkmıştır.



Bir çok ülkede, sağlığın korunması açısından bu zararlının gelişmesine etkili olan nedenleri önlemeye yönelik "sağlıklı" kamu politikalarının geliştirilmesi gereklidir (Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T. s. 94).

Birincil Koruma

Amacı, nedenleri ve risk etmenlerini kontrol altına alarak, hastalık insidansını sınırlandırmaktır.

HIV enfeksiyonunun önlenmesi için kondom kullanılması, Hepatit B'nin ve HIV enfeksiyonunun yayılmasını önlemek için intravenöz (IV) ilaç bağımlılarına yönelik olarak bir tek kullanımlık enjektörlerin ücretsiz dağıtılması girişimleri de birincil koruma örnekleridir.



HIV enfeksiyonunun nasıl bulaştığı ve yayılmasını engellemek için yapılması gerekenler konusunda bireyleri eğitmek de birincil korumadır. Aşı ile korunulabilen bulaşıcı hastalıklara yönelik olarak yürütülen ulusal bağışıklama programları da klasik birincil koruma uygulamalarıdır. (Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T. s. 96-100).

İkincil Koruma

Amacı, hastaları tedavi etmek ve erken tanı ve tedavi yolu ile daha ciddi sonuçların oluşmasını önlemektir. Erken tanı ve etkili girişimler için hem toplum hem de birey düzeyinde geçerli olan ölçümleri kapsar. Hastalığın başlangıcı ile, normal tanı arasındaki süreye yöneliktir ve hastalığın prevalansını azaltmayı hedefler. İkincil koruma, ancak doğal seyirlerinde, kolaylıkla tanınabilen ve tedavi edilebilen bir erken hastalık dönemi olan hastalıklar için uygulanabilir. Böylece hastalığın daha ciddi, ileri evrelere girmesi önlenmiş olur. Yararlı bir ikincil koruma programı uygulayabilmek için gerekli iki ana koşul, tanı için güvenilir ve doğru bir yöntemin olması ve prelinik dönemde uygulanabilmesi yeğlenen etkili bir girişimin olmasıdır (Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T. s. 100).



Yaygın olarak kullanılan ikincil koruma önlemleri; orta yaş ya da yaşlı grubunda kan basıncı ölçümleri ve hipertansiyon tedavisi, işçilerde işitme kaybının ölçülmesi ve gürültüye karşı koruyucu önerilerin yapılması, tüberküloz için deri testi yapılması ve göğüs filmi çekilmesidir. Bir başka örnek yeni doğanlarda uygulanan fenilketonüri taramalarıdır. Bu durumdaki çocuklar, doğumda tanınırlarsa, kendilerine özel bir diyet verilerek normal gelişmeleri sağlanabilir. Eğer bu özel diyet uygulanmazsa, mental gerilik gelişir ve yaşamları boyunca özel bakım gereksinimi ortaya çıkar. Bu metabolik hastalık çok nadir görülmesine karşın (100 000 doğumda 2-4) ikincil korumaya yönelik tarama programlarının maliyet-etkililiği çok yüksektir (Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T. s. 100).

Üçüncül Koruma

Var olan bir hastalığın komplikasyon geliştirmesini önlemeye yöneliktir. Tedavi edici ve esenlendirici (rehabilitate edici) tıbbın önemli bir getirisi. Poliomyelitli, felçli, kaza geçirip yaralanmış ya da görme engelli bireylerin gündelik toplumsal etkinliklerini sürdürebilmelerini sağlama açısından büyük önemi vardır. Üçüncül korumayı tedaviden ayırt etmek zordur, çünkü kronik hastalıkların tedavisinin önemli bir amacı da, yeni atakların (nükslerin) önlenmesidir (Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T. s. 101).

DSÖ'nün kurulduğu yıllarda sağlığın korunmasına ve hastalıkların önlenmesine odaklı çabalar, günümüzde daha geniş bir bakış açısıyla bunların da ilerisinde sağlığın geliştirilmesi uygulamalarına yönelmiştir. Böylelikle gündelik yaşamın sürdürülmesinde bir kaynak olarak ele alınan sağlık olası en yüksek bir potansiyele ulaştırılabilir



Özet

“Sağlığı geliştirme” koruyucu ve sağaltıcı sağlık hizmetleri alanında çalışanların son yirmi yıldır sık kullandıkları bir kavram olduğu halde, tanımı konusunda henüz bir uzlaşma sağlanamamıştır. Öte yandan “sağlığı geliştirme” düşüncesi yakın dönemlere ilişkin yeni bir düşünce de değildir. Germ teorisi “bakteriyolojik dönem”e geçişi başlatmadan önce; toplum sağlığının XIX. yüzyılda yaygın yöntemleri ve kavramları, o dönemin politik ve ekolojik sağlığı geliştirme öğelerini belirgin olarak içeriyordu. Bu öğelerin bir kısmının tohumları ve düşünsel kökenleri Eski Çin, Babil, İbrani ve Yunan kültürlerinden kaynaklanıyordu. Bu yüzyılın ilk yarısında halk sağlığına, sağlığı geliştirme ve sağlığın ölçülmesi işlevi vermek için bazı girişimler olmuştu. Sağlığı geliştirmenin sağlık politikaları ve uygulamaları içinde kesin bir alan olarak doğması 1974’e dayandırılabilir. Dönemin Kanada Sağlık ve Gönenc Bakanı Marc Lalonde bu tarihte, “Kanadalıların Sağlığı Üzerine Yeni Bir Perspektif” başlıklı bir monograf yayınlamıştır (Piyal B, 2006).

Bu dalga, 1986’da Sağlığı Geliştirme için Ottawa Sözleşmesi’ni yayımlayan Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı ile sonuçlanmıştır. Ottawa Sözleşmesi; Sağlığın bir dizi temel ön koşulunu (gıda, barınma, barış, gelir, stabil ekosistem, sürekliliği olan kaynak kullanımı, toplumsal adalet ve hakkaniyet) belirlemiştir. Daha geniş tanımlanmış “iyilik hali” ne odaklanarak, sağlığı geliştirmeyi açıkça sağlık bakımı ve sağlıklı yaşam biçimlerinden farklı bir dayanağa oturtmuştur ve sağlığı geliştirme için beş anahtar strateji belirlemiştir: Sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, Destekleyici çevreler yaratmak, Toplum eylemini güçlendirmek, Kişisel beceriler geliştirmek, Sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek (Piyal B, 2006).

Sağlığın geliştirilmesinde sosyal adaletin gerekliliği ilk kez, Cenevre’de 1977 Mayıs’ında yapılan 13. Dünya Sağlık Genel Kurulu’nda (Asamble) konulmuştur. Bundan bir yıl sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF’in (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) katılımıyla Alma-Ata’da yapılan konferansta, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sosyal adalet ve gelişmenin bir parçası olarak tüm dünyada istenen sağlık düzeyine ulaşmada anahtar rol oynadığı kabul edilmiştir (Temel F., Özvarış, Ş.B, 2007).

Sonuçta, sağlığı geliştirme; sağlığı hedefleyen herhangi bir sağlık davranışı ve yaşam biçimi için yapılan eğitsel, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin bileşimidir.

Temel koruma, hastalık riskini artırıcı sosyal, ekonomik ve kültürel yaşam özelliklerinin oluşmasını önlemeye yönelik çabaları kapsamaktadır.

Nedenleri ve risk etmenlerini kontrol altına alarak, hastalık insidansını sınırlandırmaya yönelik uygulamalar birincil koruma uygulamalarıdır.

Hastalığın başlangıcı ile normal tanı arasındaki süreye yönelik ve hastalığın prevalansını azaltmayı hedefleyen uygulamalar ikincil koruma uygulamalarıdır. Hastaları tedavi etmek ve erken tanı ve tedavi yolu ile daha ciddi sonuçların oluşmasını önlemek ikincil koruma kapsamındadır.

Üçüncül koruma, var olan bir hastalığın komplikasyon geliştirmesini önlemeye yöneliktir. Tedavi edici ve esenlendirici (rehabilitate edici) tıbbın önemli bir getirisidir.



Gözden Geçir

- Ottawa Sözleşmesi'nde (1986) belirtilen sağlığın ön koşulları (kaynakları) nelerdir, sayınız?
- Ottawa Sözleşmesi'nde (1986) belirtilen sağlığı geliştirme etkinlikleri nelerdir, sayınız?
- Sağlığı geliştirme etkinliklerini birer örnekle açıklayınız.
- Koruma düzeylerini sayınız?
- Koruma düzeylerini birer örnekle açıklayınız.

Sözlük



DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV: Human Immune Deficiency Virus (İnsan İmmun Yetmezliği Virüsü)

UNICEF: United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

Mortalite: Belirli bir dönemde bir hastalıktan ölümler

Morbidite: Hastalık

Kardiyovasküler hastalıklar: Kalp damar hastalıkları

Koroner kalp hastalığı: Kalbi besleyen damarların hastalığı

Monograf: Tek konudan söz eden yazı.

Prevalans: Bir sağlık sorununun, hastalığın yaygınlığı, görülme boyutu.



Değerlendirme Soruları

1. Aşağıdakilerden hangisi Ottawa Sözleşmesine göre sağlığın ön koşullarından biridir?
 - a. Barınma
 - b. Barış
 - c. Hakkaniyet
 - d. Eğitim
 - e. Hepsi
2. Aşağıdakilerden hangisi I. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansında (Ottawa, 1986) tanımlanan sağlığı geliştirme etkinliklerinden biri değildir?
 - a. Sağlıklı kamu politikaları oluşturmak
 - b. Destekleyici çevreler yaratmak
 - c. Sağlık hizmetlerini korumak
 - d. Toplum etkinliklerini güçlendirmek
 - e. Kişisel becerileri geliştirmek
3. Hastalık riskini artırıcı sosyal, ekonomik ve kültürel yaşam özelliklerinin oluşmasını önlemek aşağıdakilerden hangisinin amacıdır?
 - a. Temel korumanın
 - b. Birincil korumanın
 - c. İkincil korumanın
 - d. Üçüncül korumanın
 - e. Tarama programlarının
4. Nedenleri ve risk etmenlerini kontrol altına alarak, hastalık insidansını sınırlandırmak aşağıdakilerden hangisinin amacıdır?
 - a. Temel korumanın
 - b. Birincil korumanın
 - c. İkincil korumanın
 - d. Üçüncül korumanın
 - e. Tarama programlarının

5. Hastaları tedavi etmek ve erken tanı ve tedavi yolu ile daha ciddi sonuçları önlemek aşağıdakilerden hangisinin amacıdır?
- Temel korumanın
 - Birincil korumanın
 - İkincil korumanın
 - Üçüncül korumanın
 - Bağışıklama programlarının
6. Var olan bir hastalığın komplikasyon geliştirmesini önlemek aşağıdakilerden hangisinin amacıdır?
- Temel korumanın
 - Birincil korumanın
 - İkincil korumanın
 - Üçüncül korumanın
 - Tarama programlarının



Kaynaklar

- Eser E.: Temel Sağlık Hizmetleri ve Sağlıkın Geliştirilmesi. Uluslararası Katılımlı "I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi" Özet Kitabı, s. 28-30. 09-12 Kasım 2006 Marmaris-Muğla.
- Özvarış, Ş. B.: Sağlık Eğitimi ve Sağlık Geliştirme, Hacettepe Halk Sağlık Vakfı, 2001 Ankara.
- Piyal B.: Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi: Kavramsal ve Kuramsal Yaklaşım. Uluslararası Katılımlı "I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi" Özet Kitabı, s. 26-27. 09-12 Kasım 2006 Marmaris-Muğla.
- www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HPR/ottawa_charter.pdf Erişim tarihi: 10.08.2010
- www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986 Erişim tarihi: 10.08.2010
- Temel F., Özvarış, Ş.B: Sağlık Geliştirme Halk Sağlıkında Özel Konular No: 4. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlık Anabilim Dalı, Ankara Ekim-2007.
- Health Promotion Glossary, Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR), Health Education and Health Promotion Unit (HEP), World Health Organization, Geneva, 1998.
- Piyal B.: Sağlık Geliştirilmesi ve Bu Alandaki Başarılı Uygulamalar, 11. Ulusal Halk Sağlık Kongresi Bildiri Kitapçığı s., 23-26 Ekim 2007, Denizli.
- Marmot, M: Social determinants of health inequalities, Lancet 2005; 365:1099-104.
- Milestones in Health Promotion, Statements From Global Conferences, WHO. Erişim 01.03.2010: www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf
- 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.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T.: Temel Epidemiyoloji, Dünya Sağlık Örgütü Cenevre 1993, Çeviren: Prof. Dr. Nazan Bilgel,, Nobel & Güneş Tıp Kitapevi, Bursa 1997.
- Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012, T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2008.
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı). T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2008

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri

Çocuk Sağlığı Kontrol Programları

Doç. Dr. Birgül Piyal

4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları
(Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi
ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam
(Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Küresel Bir Çocuk Sağlığı Kontrol Programı
 - > Growth monitoring (Gelişmenin izlenmesi)
 - > Oral rehydration therapy (Ağızdan sıvı tedavisi)
 - > Breast feeding (Emzirme)
 - > Immunization (Bağışıklama)
 - > Family spacing (Aralıklı doğum)
 - > Food entitlement (Gıda desteği)
 - > Female education (Kadınların eğitimi)
- Ulusal Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
 - > Gelişmenin izlenmesi
 - > Ağızdan sıvı tedavisi
 - > Emzirme
 - > Bağışıklama
 - > Aralıklı doğum
 - > Gıda desteği
 - > Kadınların eğitimi

Ünite Hakkında

Bu ünitede, çocuk sağlığı sorunları ile başa çıkma açısından uygulanan küresel stratejiler ve bu stratejilerin ulusal yansımalarına değinilmektedir. Bebek ve çocuk ölümlerini azaltmanın, sağlık sorunlarını önlemenin temellerinin sağlık sektörü dışında sektörleri de ilgilendirdiği açıklanmaktadır.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda,

- UNICEF'in 'Çocuk Yaşatma Seferberliği'nin amacını açıklayabileceksiniz.
- 'Çocuk Yaşatma Seferberliği'nin yedi uygulama alanını sayabileceksiniz.
- 'Çocuk Yaşatma Seferberliği'nin uygulama alanlarının her birini örnekle açıklayabileceksiniz.
- Ülkemizin başlıca çocuk sağlığı sorunlarını sayabileceksiniz.
- Ülkemizin başlıca çocuk sağlığı sorunlarının önlenmesi için yapılması gerekenleri açıklayabileceksiniz.
- Ülkemizin başlıca çocuk sağlığı sorunları ile başa çıkma açısından yapılması gerekenleri açıklayabileceksiniz.
- Ülkemizde uygulanan başlıca çocuk sağlığı programlarını sayabileceksiniz.
- Anne sütünün bebekler için önemini açıklayabileceksiniz.
- Anne sütünün bebekler için neden iyi besin olduğunu açıklayabileceksiniz.
- Anne sütünün bebekleri hangi hastalıklara karşı koruduğunu açıklayabileceksiniz.
- Ülkemizde kronik beslenme yetersizliğinin ilişkili olduğu etmenleri (annenin sosyodemografik ve biyodemografik özellikleri, yaşanılan yer, hane halkı refah düzeyi, aile tipi, yaşanılan konut) açıklayabileceksiniz.

Üniteyi Çalışırken



UNICEF'in 'Çocuk Yaşatma Seferberliği' ya da 'Çocuk Yaşatma Paketi'nin neden oluşturulduğu, yedi uygulama alanının neler olduğu ve bu alanların karşılıklı etkileşimleri iyi irdelenmelidir. Yeni halk sağlığı kavramı ve toplumsal iyilik kavramı anımsanmalıdır. Alma-Ata Bildirgesi'nin (Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi) sağlık sorunlarının üstesinden yalnızca sağlık sektörünün çabaları ile gelinemeyeceğine ilişkin saptaması özümsemelidir. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin sağlık eşitsizliklerini nasıl etkilediği göz önünde tutulmalıdır.

Küresel Çocuk Sağlığı Kontrol Programları

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Temel Sağlık Hizmetleri kavramının çocuk sağlığı yönünden uygulanışı hakkındaki kesin görüşünü 1983 yılında açıklamıştır. Bu görüşe göre dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, çocuk ölümlerinin başta gelen nedenleri; beslenme bozukluğu, ishal ve kızamık, boğmaca, tetanos gibi aşı ile önlenabilen hastalıklardır. Bu sorunların hızla azaltılması için yapılması gereken yedi uygulama belirlenmiştir. Bu uygulamalardan dördü UNICEF'in doğrudan destekleyebileceği alanlardadır. Her birinin İngilizce ilk harfleri dikkate alınarak kısaca 'GOBI-FFF' denilen bu etkinlikler aşağıda sıralanmaktadır:

G rowth monitoring	(Gelişmenin izlenmesi)
O ral rehydration therapy	(Ağızdan sıvı tedavisi)
B reast feeding	(Emzirme)
I mmunization	(Bağışıklama)
F amily spacing	(Aralıklı doğum)
F ood entitlement	(Gıda desteği)
F emale education	(Kadınların eğitimi)

UNICEF bu etkinliklerin tümüne, "Çocuk Yaşatma Seferberliği", "Çocuk Yaşatma Paketi" ya da "Minimum Hizmet Paketi" adını vermiştir. Kurum iyi bir biçimde uygulanmasıyla, çocuk yaşatma seferberliği yoluyla, 1990'lı yılların sonuna doğru amaçlanan hedeflere ulaşmayı ve her gün 20.000 çocuğun yaşamını kurtarmayı tasarlamıştır (RA Cash, J Keusch, J Lamstein., 1987).

Growth Monitoring (Gelişmenin İzlenmesi)

- Bir çocuğun sürekli olarak yetersiz ve dengesiz beslenmesi ve sık sık hastalanması sonucu, büyümesi ve gelişmesi haftalar ve aylar içinde hissedilmeden yavaşlar.
- Çocuğun düzenli olarak tartılarak izlenmesi bu gidişi gözle görülebilir duruma getirecek ve gereken önlemler zamanında alınabilecektir.
- Çocuğun sağlığı ile ilgili risklerin erken saptanmasını sağlayacaktır.
- Özellikle beslenme yönünden riskli grup olan 0-6 yaş grubu çocukları düzenli olarak tartıp gelişmelerini bir grafik üzerinde izlemek gerekmektedir.

- Bu işlem annelere öğretilmeli ve her annenin kendi çocuğunu izlemesi sağlanmalıdır (RA Cash, G Keusch, J Lamstein, 1987).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde annelerin büyük bir kısmının bu izlemi yapamayacakları göz önünde tutularak, öğrenim düzeyi ya da çalışma yaşamına katılım gibi açılardan toplumun daha ileri kadın temsilcilerinden (pazarıcı, terzi gibi) destek alınmalıdır.

Oral Rehydration Therapy (Ağızdan Sıvı Tedavisi)

- Dünyada her yıl milyonlarca çocuk ishale bağlı dehidratasyondan (DH) ölmektedir.
- DH'un tanısı, tedavisi ve önlenmesi kolaydır.
- DH'un intravenöz (iv) sıvı ile tedavisi en uygun yöntem değildir.
- İv sıvı ile tedavi edilme durumuna gelmiş her olgu, ishal tedavisindeki başarısızlığın bir kanıtıdır.
- Ağızdan sıvı tedavisi (AST), ishalleri hastaya, hastalandığı günden başlayarak belli oranlarda tuz, şeker, potasyum gibi maddeler içeren su içirmek demektir.
- Hayat kurtaran bu eriyiğin önemini, hazırlanışını ve kullanımını ailelere öğretmek gerekmektedir.
- UNICEF, ağızdan tedavi yanında çevrenin sağlıklı duruma getirilmesinin önemini de vurgulamaktadır (ME Avery, J Snyder, 1989).

Breast Feeding (Emzirme)

Anne sütü, bebeklere gereksinimi olan tüm besin öğelerini ilk altı ay tek başına sağlayabilen en iyi besindir. Anne sütü ve doğumdan sonra gelen ilk sarı süt, bebek için çok önemlidir, çünkü bebeği hastalıklara karşı korur, bebeğin ilk aşısı olarak değerlendirilebilir. Anne sütü bebekler için yaşamsal öneme sahiptir. Bebeğin annesiyle sevgi bağı kurabilmesi için en iyi iletişim yolu emzirmedir. Ayrıca anne sütü ileriki yaşlarında, diğer besinlerle beslenen bebeklere göre daha zeki olmalarına katkı yapmaktadır.

Anne sütü ile beslenmeyen çocuklarda ölüm oranları beslenenlere göre 4-6 kat daha fazladır. DSÖ'ye göre emziren kadın oranlarının yükseltilmesiyle yılda 1,5 milyon bebeğin yaşamı kurtulabilir.

DSÖ ve UNICEF, anne sütü ile beslenmenin doğumdan hemen sonra başlanmasını, ilk altı ayda yalnızca anne sütü verilmesini ve emzirmenin altı aydan sonra uygun besin destekleriyle iki yaş ve üzerine kadar devam etmesini önermektedir.

Anne sütü ve doğumdan sonra gelen ilk sarı sütün ishal, solunum yolu enfeksiyonu gibi hastalıklardan koruduğu bilinmektedir. Anne sütü ile beslenmiş çocuklar astım, alerji, çocuk diyabeti gibi hastalıklara karşı daha dirençli olmakta ve bu çocuklarda kanser oranının daha düşük olduğu bilinmektedir. Anne sütünün içinde yeterli demir olduğu için, emzirilen bebeklerde kansızlık görülmez. Ayrıca anne sütü alan bebeklerde, pişik, karın ağrısı ve kabızlık daha az görülür.

Emzirme bebekle anne arasında özel sevgi bağı kurulmasını sağlar. Doğumdan hemen sonra emzirme doğum sonrası kanama miktarını azaltır. Bebeğin annesini emmesinin anneyi idrar yolu enfeksiyonlarından, meme ve yumurtalık kanserinden koruduğu bilinmektedir (http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html).

Immunization (Bağışıklama)

Kızamık, difteri, tetanos, boğmaca, çocuk felci ve verem gelişmekte olan ülkelerde yılda ortalama 5 milyon çocuğun ölümüne neden olmakta ve çocuk ölümlerinin üçte birini oluşturmaktadır. Yalnız tetanos yılda bir milyon, boğmaca ise 600.000 çocuğun ölümüne neden olmaktadır. Bu hastalıklar, çok kolay ve çok ucuz olan aşılama yöntemi ile denetim altına alınabilir. Fakat, gelişmekte olan ülkelerde her yıl doğan 80 milyon çocuktan 72 milyonuna hiçbir aşı yapılmamaktadır. Gereken, bağışıklama hizmetlerinin yaygınlaştırılmasıdır. Ancak, bu hizmetlerin topluma mal edilmesi ve onların katılımının sağlanması önemlidir (RA Cash, G Keusch, J Lamstein, 1987).

Family Spacing (Aralıklı Doğum)

Doğum aralığının kısalığı ile çocuk ölümleri arasında ilişki vardır. Doğum aralıklarının uzatılması, çocuk ölümlerinin azaltılmasına katkıda bulunabilir. Bu katkının, örneğin Türkiye'de % 25 dolaylarında olacağı hesaplanmaktadır. Yani, etkili bir aile planlaması hizmeti ile bebek ölüm hızı dörtte bir oranında düşürebilir (RA Cash, G Keusch, J Lamstein, 1987).

Food Entitlement (Gıda Desteği)

Dünya'da, ailelerin üçte biri gündelik enerji gereksinimlerini (gıdalarını) sağlayamayacak kadar yoksuldur. Bu sorunun çözümü zordur. Ancak,

- Ailelerin gelirlerini artırıcı girişimler,
- Gıda üretimine yönelik aile işletmeleri kurulması,
- Ev konserveçiliğinin geliştirilmesi,

- Ailelere toprak sağlanması,
- Kredi yardımları,
- Gıda yardımları gibi önlemler yararlı olabilir (RA Cash, G Keusch, J Lamstein, 1987).

Female Education (Kadınların Eğitimi)

Bilgili annelerin, çocuklarına daha iyi bakım sağlayacakları tartışılmayacak bir gerçektir. Kadınlarda okuryazarlık oranının artırılması, onların özellikle çocuk bakımı konularında bilgilendirilmeleri, çocukların daha sağlıklı olmalarında önemli bir etmendir. Bu konudaki her çaba, çocuk sağlığına katkı sağlayacaktır (RA Cash, G Keusch, J Lamstein, 1987).

Genel olarak eğitim düzeyi daha iyi olan kadınların doğurganlıklarını daha iyi düzenledikleri, statülerinin daha iyi olduğu bilinmektedir. Kadının statüsünün yüksek olması da daha iyi gelir ve bu gelirin çocuklara harcanması anlamında yorumlanabilir.

Ulusal Çocuk Sağlığı Kontrol Programları

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu, 1985 yılı ulusal aşı kampanyası ve 1985’li yıllardan sonra başlayan çocuk yaşatma ve geliştirme seferberliği girişimleri özellikle yenidoğan sonrası bebek ölüm hızını ve enfeksiyon hastalıklarının bebek ölüm nedenleri içindeki payını azaltmıştır. Türkiye’de halen uygulamada olan Çocuk Sağlığı Programları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Genişletilmiş Bağışıklama Programı,
- Polio Eradikasyon Programı,
- Kızamık Eradikasyon Programı,
- Temel Tedavi,
- İshalli Hastalıkların Kontrol Programı,
- Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrol Programı,
- Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı,
- Büyümenin İzlenmesi Programı,
- Demir Gibi Türkiye Projesi
- Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Programı,

- İyot Yetersizlikleri Hastalıklarının Önlenmesi ve Tuzun İyotlanması Programı,
- Fenilketonüri Tarama Programı,
- Ağız Diş Sağlığını İyileştirmede Flor Kullanımı Programı,
- Güvenli Annelik ve Yenidoğan Bakımı Programı,
- Perinatal ve Neonatal Ölümünün Azaltılması Programı,
- Genetik Hastalıklardan Korunma Programı,
- Çocuğun Psikososyal Gelişiminin Desteklenmesi Programı,
- Çocukluk Çağı Hastalıklarına Entegre Yaklaşım Programı,
- Erken Çocukluk Gelişiminin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı,
- Anne ve Çocuk Beslenmesi Programı,
- Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Programı,
- Adolesan Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Özcebe, H. s. 449).

Gelişimin İzlenmesi

Büyüme, çocukluk çağının önemli bir özelliği olup, döllenmeden erişkin döneme kadar sürmektedir. Bebekler, intrauterin dönemdeki büyümeleri sonucunda doğumdaki kilolarına ulaşırlar. Doğum sonrası, erişkin döneme kadar süren büyüme, başlıca iki etmenin etkisi altındadır: genetik ve çevresel etmenler. Çocuğun büyümesini etkileyen en önemli çevresel etmen ise beslenmedir. Dünyada ve Türkiye’de yapılan pek çok çalışma çeşitli sosyodemografik etmenlerin büyümeyi etkilediğini göstermektedir (Bingol, S,2008 içinde: 2,3,4,9-16, 20-28). Türkiye’de yapılan çalışmalarda saptanan risk etmenleri şunlardır;

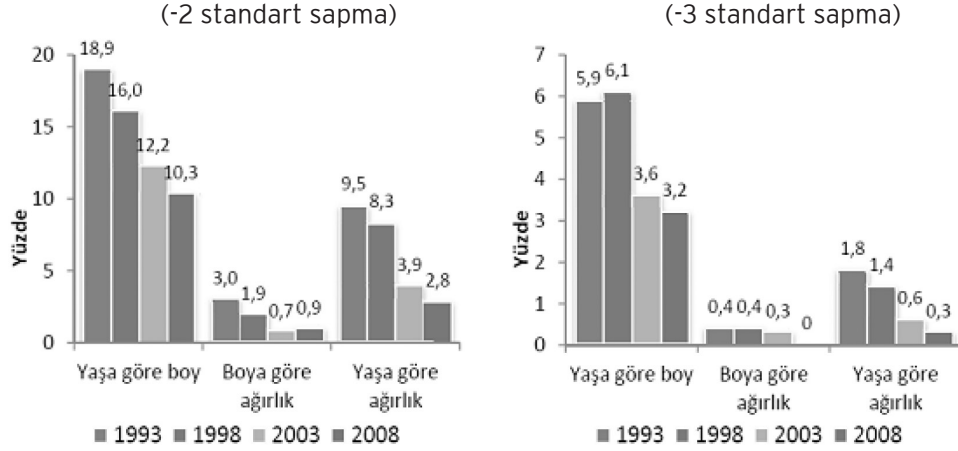
- Erkek cinsiyet,
- Anne ve babanın 31-35 yaş grubunda olması,
- Annenin ve babanın ilköğretim mezunu olması,
- Babanın geliri düşük bir işte çalışması,
- Annenin çalışması,
- Anne sütü almama,
- Düşük doğum ağırlığı,
- Bebeğin 5. ve 6. çocuk olması,

- Evde yaşayan çocuk sayısı ve
- İstenmeyen gebelik sonucu doğum (Bingol, S, 2008 içinde: 2-3, 10-13, 15-16, 20).

Bu çalışmada anne yaşının 35 yaş altında olması bodurlukla, baba öğreniminin ortaokuldan az olması ise aşırı kilolu olmakla ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada elde edilen erkek çocukların ağırlık ortalamalarının kız çocuklarından daha yüksek olmasına ilişkin bulgu, erkek çocuğun beslenmesine aile içinde daha fazla önem verildiğini göstermesi açısından oldukça çarpıcı bir sonuçtur ve cinsiyet ayrımcılığının daha doğumdan başladığının bir göstergesi olarak kabul edilebilir (Bingol, S, 2008).

Yaşa-göre-boy endeksi çocuklarda kronik yetersiz beslenmeyi değerlendiren bir göstergedir. Yaşına göre boyu, referans nüfusun ortancasından 2 standart sapma aşağıda kalan çocuklar *bodur* olarak tanımlanmakta, 3 standart sapma aşağıda kalanlar ise *ciddi olarak kısa boylu* olarak tanımlanmaktadır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008'e göre Türkiye'de beş yaş altı çocukların yüzde 10.3' ü bodurdur. Ciddi olarak kısa boylu olan çocukların oranı ise yüzde 3.2'dir. Kırdaki bodurluğun yaygınlığı, kentten elde edilen değerlerin iki katından fazladır. Bölgesel olarak bakıldığında, kronik yetersiz beslenmenin en az Orta Anadolu bölgesinde (yüzde 4.5), en fazla ise Doğu Anadolu bölgesinde (yüzde 21) sorun olduğu görülmektedir. Kronik beslenme yetersizliği olan çocukların yüzdesi, refah seviyesi en düşük olan hane halklarında yaşayan çocuklar için yüzde 22, en yüksek olanlarda yaşayanlarda ise 2'dir. Buna göre refah seviyesi en düşük olan hane halklarında yaşayan her beş çocuktan birinin bodur olduğu anlaşılmaktadır. Aile tipine göre incelendiğinde geniş ailelerde yaşayan çocukların kronik beslenme yetersizliği açısından daha dezavantajlı olduğu görülmektedir. Hane halkının yaşadığı konutun sıhhi koşulları kötü olduğu durumlarda da bu koşullarda yaşayan her dört çocuktan birinin bodur olduğu görülmektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması).

Şekil 4. Beş yaş altındaki çocukların beslenme durumundaki değişimler, 1993-2008



Kaynak: HÜNEE, 1994, 1999, 2004, 2009

Kaynak: Türkiye'nin Demografik Dönüşümü.

Annenin sosyodemografik ve biyodemografik özellikleri ile çocuklarda kronik yetersiz beslenme durumu ilişkisi incelendiğinde; en yaygın bodurluk anne yaşı 40-44 olan çocuklarda görülmektedir. Sosyal güvencesi olmadan çalışan annelerin çocukları arasında kronik yetersiz beslenme daha yaygındır (yüzde 16,8). Göç durumuna göre incelendiğinde kentli annelerin çocuklarının en avantajlı, kırdaki annelerin çocuklarının ise en dezavantajlı kesimler olduğu ortaya çıkmaktadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması).

Çocukların biyodemografik özelliklerine bakıldığında, kronik yetersiz beslenmenin yaşamın ilk aylarında daha az ortaya çıktığı görülmektedir. Doğum sırası oldukça belirleyici görülmektedir; ilk çocuklarda bodurluk oranı yüzde 7 iken, altıncı ya da daha sonra doğan çocuklarda yüzde 23'tür (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması).

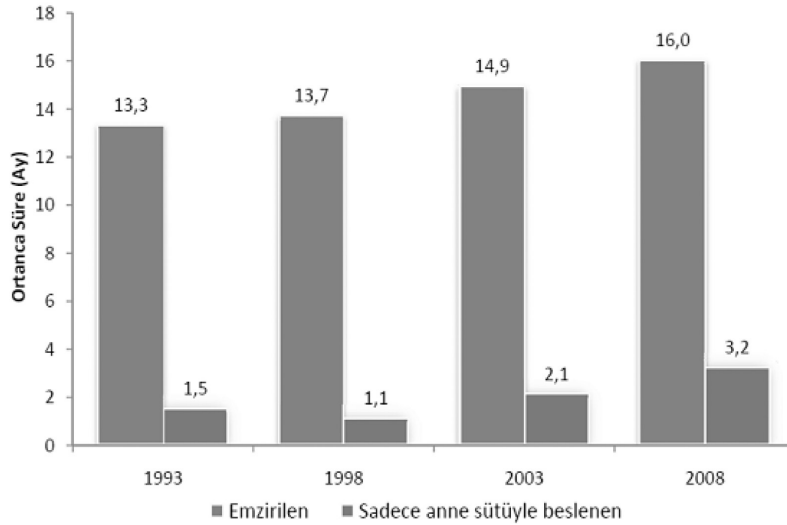
Ağızdan Sıvı Tedavisi

İshale bağlı ölümleri önlemek amacıyla Türkiye'de 1986 yılından bu yana ishallerin kontrolü programı yürütülmektedir. Özellikle ishal mevsimi öncesi, illerde sağlık personelinin konuya ilişkin eğitimleri tazelenmekte, toplum bilgilendirilmektedir. İshalin önlenmesi ve ağızdan sıvı tedavisi konularının tüm anne, babalar ve diğer aile bireyleri tarafından bilinmesi amaçlanmaktadır (İshallerin Kontrolü Programı).

Emzirme

Bebekler ve küçük çocuklar için önemli bir besin kaynağı olan anne sütü, çocukluk dönemi hastalıklarına karşı bağışıklık sağlamakta ve yeni doğan bir bebeğin ilk aylarındaki besin gereksinimini tek başına sağlamaktadır. Bebek büyüdükçe, anne sütü yetersiz kalmakta ve bebeğin doğru beslenmesi için diğer besinlerin de verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008'de bebeklerin ve çocukların emzirilmesi ve aldıkları ek gıda ve bunların zamanlamasına ilişkin bir dizi soru sorulmuştur. Türkiye'de çocukların % 97'si emzirilmektedir. Bu sonuçla tutarlı olarak Şekil 5'te görüldüğü gibi, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetleri programı kapsamında yoğun bir biçimde özendirilmesinin bir sonucu olarak, Türkiye'de ortalama emzirme süresi artış eğilimi içindedir. Ancak yalnızca anne sütü ile beslenme 6 aylıktan küçük çocuklar için bile yüzde 42 düzeyinde kalmaktadır. Bu durum Türkiye'de ek gıdaya başlama yaşının halen oldukça küçük olduğunu göstermektedir. Ortanca anne sütü ile beslenme süresinin 2008 yılında bile yalnızca 3 ay olması bu bulguyu destekler niteliktedir (Türkiye'nin Demografik Dönüşümü).

Şekil 5. Ortanca emzirme süresindeki değişimler, 1993-2008



Kaynak: HÜNEE, 1994, 1999, 2004, 2009

Kaynak: Türkiye'nin Demografik Dönüşümü.

Anne sütünün özendirilmesine ve annelere emzirme konusunda bilgi ve doğru alışkanlıkları kazandırılmasına yönelik Sağlık Bakanlığının

çalışmaları kapsamında, doğum hizmeti veren hastanelerde emzirmenin başarılı ve yerleşik bir uygulama haline gelmesini sağlamak üzere 1991 yılında *Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı* başlatılmıştır.

Doğum hizmeti veren hastanelerden; gebeliklerinden itibaren anne adaylarını anne sütü ve emzirme konusunda bilgilendiren, doğumdan hemen sonra annelerin bebeklerini emzirmesini sağlayan, güncel bilgilerle eğitilmiş sağlık personeli ile annelere bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan hastanelere 'Bebek Dostu Hastane' unvanı verilmektedir.

Bebek dostu il olabilmek için, il merkezindeki doğum yapılan tüm hastanelerin bebek dostu olması ve sağlık ocakları (dönemin sağlık örgütlenmesinde birinci basamak) ile Ana Çocuk ve Aile Planlaması Merkezleri'nin % 20'sinde;

- Emzirme odası bulunması,
- Sağlık personelinin eğitilmiş olması,
- Annelere emzirme konusunda danışmanlık hizmetleri verilmesi,
- Bu sağlık kuruluşlarında ek gıda/mama reklamlarının yapılmaması,
- İlk altı ay ek gıda/mama verilmemesi
- Bölgedeki eczanelerin bilgilendirilmesi gerekmektedir

(http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html).

Bağışıklama

Dünya Sağlık Örgütü, bir yaşın altındaki çocukların aşı ile önlenebilen tüberküloz, difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci ve kızamıktan oluşan altı hastalığa karşı aşılmasını, çocukları hastalık ve ölüme karşı koruyan programların en maliyet-etkilisi olduğunu belirtmektedir (WHO 2010). Türkiye'de uygulanmakta olan Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nın (GBP) kapsamında aşı ile önlenebilen söz konusu altı hastalığın yanı sıra Hepatit-B aşısına da yer verilmektedir (Türkiye'nin Demografik Dönüşümü). Aşı takviminde yer alan aşı antijenlerine, Temmuz 2006 tarihi itibarıyla kabakulak ve kızamıkçık ile Aralık 2006 tarihi itibarıyla hemofilus influenza tip b antijeni, son olarak da konjuge pnömokok aşısı eklenmiştir.

Temel amaç, doğan her bebeğin aşı takvimine uygun olarak yukarıda sayılan hastalıklara karşı bağışık kılınmasıdır. Genişletilmiş deyimi ise aşısız ya da eksik aşıli bebek ve çocukların saptandığı anda aşılama-

sının sağlanması ve bu uygulamanın ülke genelinde her yerde eşit olarak yapılması anlamını vurgulamak için kullanılmaktadır (Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2009).

GBP akademisyenlerden oluşan Bağışıklama Danışma Kurulu'nun (BDK) bilimsel desteği ve önerileri doğrultusunda yürütülmektedir. BDK yılda en az iki kez toplanarak güncel gelişmeleri görüşmekte ve önerilerde bulunmaktadır.

Gbp Hedefleri

- Her bir antijen için etkinliği korunmuş aşı ile ülke genelinde % 95 aşılama hızına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak,
- 12–23 aylık bebeklerin % 90'ını tam aşıli hale getirmek,
- 5 yaş altı (0–59 aylık) aşısız ya da eksik aşıli çocukları saptayıp aşılamak,
- Okul çağı çocuklarının rapel aşılarını tamamlamak,
- Saptanan tüm gebelere uygun tetanos difteri aşısı dozunu uygulamak,
- Ülkenin poliomyelitten arındırılmış durumunu sürdürmek,
- Maternal ve Neonatal Tetanosu elimine etmek,
- Yerli kızamık virüsünü 2010 yılına kadar elimine etmek,
- Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromunu kontrol altına almak,
- Difteri, Boğmaca, Hepatit-B, Tüberküloz, Kabakulak ve Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıkları ve Streptokokus pnömoniya'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıkları kontrol altına almak,
- Aşı güvenliğini sürdürmek,
- Kayıt bildirim sistemini güçlendirmek,
- Toplumun katılımını sağlamak olarak belirlenmiştir.

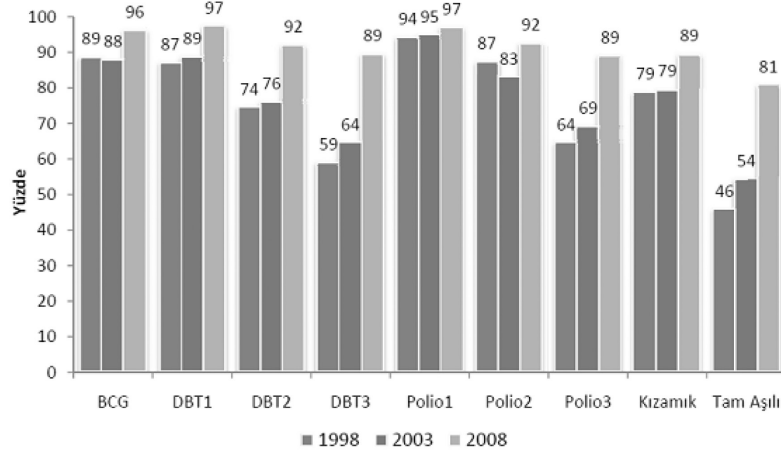
Tam aşıli çocuk, birer doz BCG ve KKK, üçer doz DaBT/DBT, Polio, Hep B, Hib aşılarının tamamını almış çocuk olarak tanımlanmaktadır.



Bu hedeflere ulaşmak için aşılama hizmetleri herkese ulaşabilecek şekilde rutin hizmetler içinde sunulmalı, gerekli durumlarda sabit ve gezici ekipler oluşturularak hızlandırma, yerel aşı günleri, kampanya

gibi destekleyici etkinlikler yapılmalıdır. Biriken duyarlı nüfusları koruma kapsamına almak (özellikle poliomyelit ve kızamıkta) ve salgını önlemek için duyarlı yaş gruplarında yakalama (catch-up) ya da izleme (follow-up) gibi ek aşılama programları yürütülmelidir (Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2009).

Şekil 6. Aşılanma düzeylerindeki değişimler, 1998-2008



Kaynak: HÜNEE, 1999, 2004, 2009

Kaynak: Türkiye'nin Demografik Dönüşümü.

Aralıklı Doğum

Anne ve çocuk sağlığı açısından doğum aralığının 24 aydan kısa olmaması önerilmektedir (HÜNEE, 2009). Bulgular doğum aralığı 24 aydan kısa olan çocuklar arasında kronik beslenme yetersizliğinin de en yüksek düzeyde (yüzde 22.2) olduğunu göstermektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması).

Türkiye'de yürütülen bir çalışmada iki doğum arasında geçen sürenin 24 aydan az olması ve 6 aydan az emzirme zayıflıkla ilişkili bulunmuştur (Bingöl, S, 2008).

Gıda Desteği

Türkiye'de bugüne kadar yapılmış en kapsamlı beslenme, sağlık ve besin tüketimi araştırması "1974 Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması"dır. Daha sonra ülke düzeyinde ve ülkeyi temsil edecek nitelikte örneklem üzerinde yapılmış gıda tüketimi ve beslenme araştırması verisi yoktur.

Devlet Planlama Teşkilatı eşgüdümünde hazırlanan “Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planı”nda da (Mart 2003) ve Türkiye Obezite ile Mücadele Eylem Planı (2009)’nda Ulusal Gıda, Beslenme ve Sağlık Araştırması’nın yapılması öngörülmektedir. Güncel veriler elde etmek için Sağlık Bakanlığı ve işbirliği yaptığı kurumlar tarafından ülke düzeyinde Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)-2010 başlatılmıştır (<http://saglikkurumu.com/pg/bookmarks/hasta/read/121932/2010-turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasinin-saha-uygulamasi-basladi>).

Kadının Eğitimi

Annenin öğrenim durumu bebek ölüm hızını etkileyen önemli etmenler arasındadır. Öğrenimi olmayan anneler ile en az ilkokul mezunu olan annelerin bebeklerinin ölüm olasılıkları arasında büyük bir fark bulunmaktadır. Bebek ölüm hızı; 1998 yılında %0 42.7 iken öğrenim kurumlarına hiç gitmeyen annelerin bebeklerinde ölüm hızı % 0 60.5 ve en az ilkokul mezunu olan annelerin bebek ölüm hızı ise % 0 36.1’dir (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Özcebe, H. s. 436).

Kadınların eğitim düzeylerine göre doğum öncesi bakım alma boyutunda farklılaşma olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanan kadınların payı da artmaktadır. Lise ya da üzerinde eğitim düzeyine sahip kadınlar arasında doğum öncesi bakım almayan neredeyse bulunmazken, eğitimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemiş kadınların yaklaşık beşte biri araştırma tarihinden önceki beş yılda gerçekleşen son doğumları için doğum öncesi bakım almamıştır. Yeterli doğum öncesi bakım dikkate alındığında, eğitimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemiş kadınların yüzde 35’i yeterli bakım alırken, lise ya da üzeri eğitim düzeyinde olan kadınlarda bu oran yüzde 93’e yükselmektedir. Yetersiz doğum öncesi bakım almada ise en düşük eğitim kategorisindeki kadınlar en yüksek kategoridekilerden yaklaşık 7 kat fazladır (sırasıyla yüzde 44 ve yüzde 6) (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması).

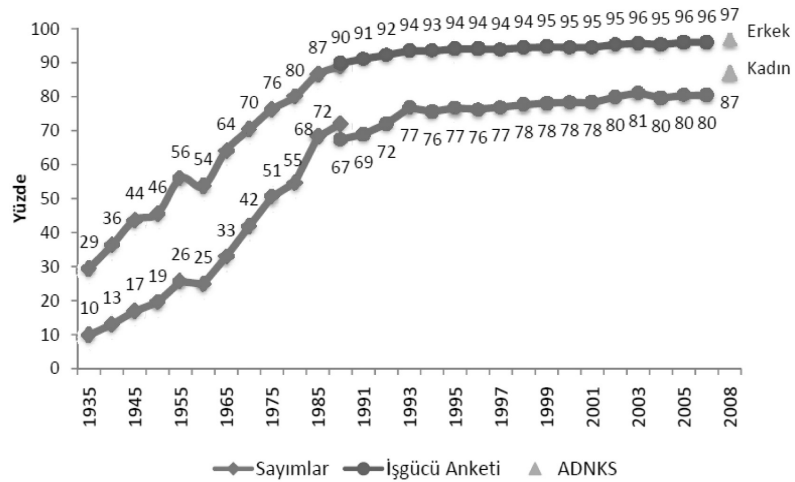
Benzer şekilde eğitim düzeyi ve hane halkı refah düzeyi arttıkça doğum sonrası bakım alma oranları da artmaktadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması).

Türkiye’de Cumhuriyet’in ilanından sonra eğitim alanında köklü düzenlemeler yapılmıştır. Eğitim kurumlarının birleştirilmesine, örgütlenmesine, eğitimin niteliğinin geliştirilmesine ve eğitimin yaygınlaştırılmasına ilişkin bir dizi yasal düzenleme yürürlüğe konulmuştur. Bu dönemde 1924 Anayasası’na konulan hükümler ile ilköğ-

retim parasız ve zorunlu hale getirilmiştir (Toprakçı, 2006). 1928 yılında gerçekleştirilen harf devriminden hemen sonra da Türkiye’de büyük bir okuma yazma seferberliği başlatılmıştır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2010). Cumhuriyet’in ilk yıllarında yaşanan bu gelişmelerin etkisi ile Türkiye’de okuryazarlık düzeyi çok hızlı bir artış içine girmiştir. 1935 yılında kadınlar için yüzde 10; erkekler için yüzde 29 olan okuryazarlık düzeyi, 1980’li yıllarda sırası ile yüzde 55 ve yüzde 80’e; günümüzde ise kadınlar için yüzde 87’ye; erkekler için ise yüzde 97’ye yükselmiştir. Cumhuriyet döneminin en önemli kazanımlarından birisi olan kadınların okuryazarlık düzeyindeki farklılığın zaman içinde azalarak günümüzde 10 puanlık bir farka indiği görülmektedir (Şekil 7. Türkiye’nin Demografik Dönüşümü).

Ancak Türkiye’de okuma-yazma bilmeyenler nüfusun yaklaşık olarak yüzde 8’ini oluşturmaktadır olup kadınlarda bu oranın yüksek olduğu görülmektedir. 6 yaş ve yukarısına bakıldığında okumaz-yazmazlık oranı kadınlarda yüzde 12,3, erkeklerde ise yüzde 3,1’dir. (TÜİK 2008 verileri). Yıllar içinde okuryazarlık oranı sürekli artmasına rağmen henüz hedeflenen noktaya ulaşamamıştır. Halen 4 milyona yakın kadın okuma-yazma bilmemektedir. Okuma yazma bilmeyenlerin 2,5 milyonu 50 ve üzeri yaş grubundadır. 6-24 yaş grubunda ise okuma yazma bilmeyen 220 bin kadın bulunmaktadır (Türkiye’de Kadının Durumu).

Şekil 7. Okuryazarlık düzeyindeki değişimler (6+ yaş nüfusu), 1935-2008



Kaynak: TÜİK 2010e, 2010f, 2010g

Kaynak: Türkiye'nin Demografik Dönüşümü.

Türkiye’de kızların eğitime erişimi yetersizdir. Son 20 yılda Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (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 (Polat, S., 2009).

Uluslararası kuruluşlar, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları işbirliği ile yürütülen “Haydi Kızlar Okula”, “Baba Beni Okula Gönder”, “Kardelenler” gibi kampanyalar ve “Temel Eğitime Destek Projesi” gibi projeler ile kız öğrencilerin okuldan ayrılma oranlarının düşürülmesi, okuldan erken ayrılan kız çocukları ve kadınlar için eğitim programları düzenlenmesi hedeflenmektedir (Türkiye’de Kadının Durumu).

İlköğretim çağında olup herhangi bir nedenle eğitim sistemi dışında kalan, okulu terk eden ya da devamsızlık yapan 6-14 yaş grubundaki tüm çocukların, özellikle kız çocuklarının % 100 okullu olmasını sağlamak amacıyla “Haydi Kızlar Okula Kampanyası” 2003 yılında ilköğretimde okullu olma oranının en düşük olduğu 10 ilde başlatılmıştır. 2005 yılında bitmesi planlanan Kampanya, başarısı nedeniyle uzatılmış ve 2006 yılı itibarıyla Türkiye geneline yaygınlaştırılmıştır (Türkiye’de Kadının Durumu).

“Haydi Kızlar Okula” adı ile 2003 yılında başlatılan ve 2008 yılında 81 İlde yaygınlaştırılan kampanya yoluyla 290.224’ü kız olmak üzere 350.000 çocuk okullu olmuştur. Kampanya başlangıcından itibaren sürdürülen çalışmaları kurumsallaştırmak ve sürdürülebilir hale getirmek amacıyla 2008 yılı itibarıyla yeni yaklaşımlar benimsenmiştir. “Veri tabanlarının kullanılması ve güçlü bir izleme sistemi” (ADNKS, E-okul, İl Durum Raporları) ve “Farklı düzeylerde çalışma yaklaşımı” (Merkez-İl-İlçe-Okul Düzeyi) başlığı altında toplanan bu yeni yaklaşımlar ile birlikte ilköğretimde çağ nüfusunun yüzde 100 okullu olmasını hedefine ulaşılması ve ayrıca okul terklerinin ve devamsızlıkların önlenmesi amaçlanmaktadır (Türkiye’de Kadının Durumu).



Özet

Dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, çocuk ölümlerinin başta gelen nedenleri; beslenme bozukluğu, ishal ve kızamık, boğmaca, tetanos gibi aşı ile korunulabilen hastalıklardır.

Bu sorunların hızla azaltılması için yapılması gereken yedi uygulama belirlenmiştir. Bu uygulamalardan dördü çok önemlidir ve özellikle UNICEF'in doğrudan destekleyebileceği alanlardadır. Her birinin İngilizce ilk harfleri dikkate alınarak kısaca 'GOBI-FFF' denilen bu etkinlikler, **G**rowth monitoring (gelişmenin izlenmesi), **O**ral rehydration therapy (ağızdan sıvı tedavisi), **B**reast feeding (emzirme), **I**mmunization (bağışıklama), **F**amily spacing (aralıklı doğum), **F**ood entitlement (gıda desteği), **F**emale education (kadınların eğitimi) olarak sıralanmaktadır.

Anne sütü, bebeğin ilk altı ay ihtiyacı olan protein, yağ, demir, vitamin gibi her türlü besin değerine içeren ideal besin kaynağıdır. İçindeki koruyucu maddeler nedeniyle bebeği enfeksiyonlardan korur. Anne sütünün hazmı kolaydır, kaynatmak gerekmez. Daima taze, temiz ve bebeğe vermek üzere hazırdır.

Tamamen doğal olan anne sütünde bebeğin büyümesi için gerekli olan maddeler inek sütünden daha fazladır. Anne sütünde yeterli miktarda su ve vitamin bulunduğu için, çok sıcak iklimlerde bile bebeğe su vermeye ve ayrıca ilk altı ayda meyve suyuna gerek yoktur. Anne sütü alan bebekler diğer besinlerle beslenen bebeklerden daha zeki olurlar.

Hamilelik döneminde anne adayını emzirme konusunda bilgilendirilmeli ve bilinçlendirilmelidir. Anne ve bebek yirmi dört saat birlikte olmalıdır. Emzirme doğumdan yarım saat sonra başlamalıdır. Annelere emzirme ve bebeklerinden ayrı olduklarında da sütlerini muhafaza etme yöntemleri öğretilmelidir. Yeni doğmuş bebeklere anne sütü dışında herhangi bir yiyecek ve içecek verilmemelidir. Bebek her isteğinde emzirilmelidir. Yeni doğan bebekler genellikle günde 8-10 öğün emmek isterler.

Bağışıklama hizmetlerinde temel amaç; toplumda, özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile önlenebilen hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçmektir. Temel hedefin aşısız çocuk bırakmamak olduğu unutulmamalıdır.

Annenin öğrenim durumu bebek ölüm hızını etkileyen önemli faktörler arasındadır. Kız çocukların eğitimine önem verilmesi, bebek ölümlerini de azaltacak bir toplumsal kalkınma çabası olarak ele alınabilir.

Gözden Geçir



- 'GOBI-FFF'nin Türkçe açılımı nedir?
- UNICEF'in, 'Çocuk Yaşatma Seferberliği', 'Çocuk Yaşatma Paketi' ya da 'Minimum Hizmet Paketi' adını verdiği bu etkinlikleri birer tümce ile açıklayınız.
- Anne sütü bebekler için neden iyi besindir? Açıklayınız.
- Anne sütü bebekleri hangi hastalıklara karşı korur?
- Bağışıklama hizmetlerinin temel amacı nedir? Açıklayınız.
- Kadının eğitimi ile çocuk sağlığının nasıl bir ilişkisi vardır? Açıklayınız.
- Ülkemizde kronik beslenme yetersizliği hangi sosyodemografik ve biyodemografik özellikler ile ilişkilidir? Açıklayınız.



Sözlük

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

BCG: Verem aşısı (Basil de Calmet et Guerin)

DaBT/DBT: Difteri, aselüler boğmaca, tetanos aşısı.

DaBT-IPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanos, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip B aşısı

Hep B: Hepatit B aşısı.

Hib: Hemofilus influenza tip B aşısı.

HÜNEE: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü

IPA: İnaktif polio aşısı.

KKK: Kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısı.

KPA: Konjuge pnömokok aşısı.

Polio: Çocuk felci aşısı.

R: Rapel (Pekiştirme dozu)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanos aşısı.

OECD: (Organization for Economic Cooperation and Development)
Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

OPA: Oral polio aşısı.

Değerlendirme Soruları



1. UNICEF'in "Çocuk Yaşatma Seferberliği" etkinliklerini tanımlayan "GOBIFFF" kısaltmasında yer almayan hizmet aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Büyüme ve gelişmenin izlenmesi
 - b. Gebelerin izlenmesi
 - c. Ağızdan sıvı tedavisi
 - d. Doğum aralıklarının düzenlenmesi
 - e. Bağışıklama
2. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı açısından anlamı olmayan saptama aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Anne adayı hamilelik döneminde emzirme konusunda bilgilendirilmeli ve bilinçlendirilmelidir.
 - b. Anne ve bebek yirmi dört saat birlikte olmalıdır.
 - c. Bebek Dostu sağlık kuruluşlarında ek gıda/mama reklamları yapılmamalıdır.
 - d. Emzirme doğumdan yarım saat sonra başlamalıdır.
 - e. Doğumdan sonra gelen ilk sarı süt, bebeğe verilmemelidir.
3. Aşağıdakilerden hangisi genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında yürütülen ulusal programlardan biri değildir?
 - a. Kızamık eliminasyon programı
 - b. Maternal ve neonatal tetanosun eliminasyon programı
 - c. Hepatit C kontrol programı
 - d. Aşı sonrası istenmeyen etkileri izleme sistemi
 - e. Kızamıkçık eliminasyonu ve konjenital kızamıkçık sendromunun önlenmesi programı

4. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
- Anne ve çocuk sağlığı açısından doğum aralıklarının 24 aydan kısa olmaması önerilmektedir
 - Annenin öğrenim durumu yükseldikçe bebek ölüm hızı düşmektedir
 - Ülkemizde çocukluk dönemi aşı takvimine son olarak konjuge pnömokok aşısı eklenmiştir
 - Cumhuriyet döneminin en önemli kazanımlarından birisi olarak ülkemizde kadınlarla erkeklerin okuryazarlık düzeyinde farklılık kalmamıştır
 - Hiçbiri

Kaynaklar



Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 13.03.2009/7941.

http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html. Erişim Tarihi: 13.08.10

RA Cash, G Keusch, J Lamstein – 1987, Child health & survival: the UNICEF GOBI-FFF program Erişim Tarihi: 13.08.10

ME Avery, J Snyder - AAP News, 1989 - Am Acad Pediatrics, GOBI-FFF: UNICEF-WHO initiatives for child survival Erişim Tarihi: 13.08.10

Erdal, R. : Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar içinde p:105-7: Anne Sütünün Önemi ve Hekimlerin Öncelmesi Gereken Konular, Mart 2009, Ankara

Özcebe, H. : Türkiye’de Çocuk Sağlığının Durumu. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006. Editörler: Güler Ç, Akın L.

Bingol, S.: Bebeklikte Büyüme Durumu ve Etkileyen Bazı Sosyodemografik Etmenler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Cilt 17, Sayı 7 - 8 (111-117) 2008.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması. Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ISBN 978-975-491-290-6, Temmuz 2010 Ankara.

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.

World Health Organization (WHO) (2010) Global Civil Society Statement of Support for Newborn, Child and Maternal Health Interventions.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Mart 2009.

İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı, İshal Modül Eğitimi Katılımcı Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.

<http://saglikkurumu.com/pg/bookmarks/hasta/read/121932/2010-turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasinin-saha-uygulamasi-basladi>, Erişim 10.12.2010.

Türkiye’de Kadının Durumu, TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ağustos 2010, Ankara.

Polat, S.: Türkiye’de Eğitim Politikalarının Fırsat Eşitsizliği Üzerindeki Etkileri. DPT- Uzmanlık Tezleri, 2009.

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları

Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)

Doç. Dr. Birgül Piyal • Doç. Dr. Deniz Çalışkan

5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Okul Sağlığı
 - > Öğrenci Sağlığı
 - > Okul Çevresi
 - > Sağlık Eğitimi
 - > Okul Çalışanlarının Sağlığı
 - > Gençlikte Riskli Davranışlar Sürveyans Sistemi
 - > Okul Çağındaki Çocuklarda Sağlık Davranışı

Ünite Hakkında

Bu ünite, okul sağlığı kavramı tanımlanmakta, okul sağlığı hizmetlerinin halk sağlığı açısından önemine değinilmektedir. Okul sağlığı uygulamalarının yalnızca öğrencilerin sağlık sorunlarına erken tanı koymak ve bu sorunları çözmek anlamına gelmediği, okul çalışanlarının ve okul çevresinin de bu kapsamda ele alındığı açıklanmaktadır. Öğrenme ortamı olan okulların hem öğrenciler ve aileleri hem de çalışanların sağlığının korunması, geliştirilmesi açısından değerlendirilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır.

Özellikli ve önemli bir dönem olan ergenlik dönemi, bu dönemin sağlık açısından önemi irdelenmektedir. Ergenlik döneminde çekinmeden gerçekleştirilen bazı davranışların o dönem ve yetişkinlik dönemi için oluşturduğu sağlık risklerine değinilmektedir.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda,

- Okul sağlığı hizmetlerinin kapsamını açıklayabileceksiniz.
- Davranışsal risk etmenlerinin tanımını yapabileceksiniz.
- Gençlerin başlıca davranışsal risk etmenlerini sayabileceksiniz.
- Gençlikte riskli davranışları önleme yöntemlerini açıklayabileceksiniz.
- Günümüzde kullanılan başlıca davranışsal risk etmenleri izleme yöntemlerini sayabileceksiniz.

Üniteyi alışırken



Okul sağlığı kavramının ne olduğunu, okul sağlığı hizmetlerinin önemini özümsemeye çalışınız. Ülkemizde okul sağlığı uygulamaları açısından söz konusu olan başlıca sorunları ve bu sorunların çözüm yollarını irdeleyiniz.

Ergenlik döneminin davranışsal risk etmenleri açısından anlamını kavrayınız. Ergenlik dönemini de kapsayan okul sürecinin kendi sağlıklarını denetleme, koruma ve geliştirme açısından olduğu kadar, arkadaşlarının, okul çalışanlarının, yakınlarının sağlığına katkı yapabilmeleri açısından da gençler için önemli bir olanak olduğunu göz önünde tutunuz.

Okul Sağlığı

Türkiye nüfusunun yaklaşık beşte biri öğrenci, öğretmen ve okulda çalışan diğer personelden oluşmaktadır. Bu nedenle okul sağlığı uygulamaları, nüfusumuzun büyük bir bölümünü doğrudan, tamamını ise dolaylı olarak etkileyen önemli bir hizmet alanıdır (Birinci Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, 2010).



Okul sağlığı hizmetleri; büyüme-gelişmenin izlenmesi, ağız-diş sağlığı, beslenme, ruh sağlığının korunması ve şiddetin önlenmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, sağlık eğitimi, çevre sağlığı, okul mimari standartları, okul ergonomisi konularını içeren geniş bir alandır.

Sağlıklı okul kantinleri ve okul çevresi (elektromanyetik alanlar, tehlike oluşturacak ve kötü alışkanlıklara neden olacak işletmeler) ile ilgili konuları da kapsayacak biçimde yasal düzenlemelere gereksinim vardır (Birinci Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, 2010).

Büyüme ve gelişmenin çok hızlı olduğu dönemde, çocuklar ve ergenler, sayılamayacak kadar çok bedensel ve psikososyal riskle karşı karşıyadır. Ancak temel sağlık davranışlarının kazandırılmasında aileden sonra en önemli kurum olan okul, sağlıklı bir toplumun yapılandırılması için büyük olanak sunmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde de uzun yıllardır okul sağlığı hizmetleri, gelişme ve kalkınmanın lokomotifleri olarak ele alınmaktadır. Özellikle çocukların büyüme ve gelişmelerinin aralıklı olarak izlenmesi, sağlıklı kuşaklar için değerli bir yol haritası oluşturmaktadır (Birinci Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, 2010).

Okul sağlığı yaklaşımı erken çocukluk döneminden başlayan ve üniversite öğretiminin sonuna kadar olan süreci kapsamaktadır (Özcebe, H. 2009).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1996'da *Küresel Okul Sağlığı Girişimi*'ni başlattığı açış konuşmasında;

“Okulların öğrenme yerleri olmasını bekliyoruz. Öğrenmeye aktarılanların bireylere, toplumlara ve uluslara kazanım getirmesini bekliyoruz. Okullar, toplumsal ve ekonomik kalkınmaya, artmış üretime ve herkes için daha iyi yaşam kalitesine katkıda bulunabi-

lecek konumdadır. Dünyanın pek çok yerinde bazı okullar belirgin bir ilerleme oluşturuyor. Ancak bütün okullar öğrenmeye yapabildikleri kadar, genç insanların sağlıklı gelişmesine de katkı yapabilseler daha fazlası başarılabilir” denilmektedir.

Bu vurgunun anlamı, okul ve okul-yaşı çocuklar demografisi düşünüldüğünde daha da çarpıcı olmaktadır (Piyal B. 2010 içinde: Green LW., Kreuter MW.).

Bireylerin, ailelerinden sonra sosyal ilişkiler kurdukları ve birbirleriyle etkileşime girdikleri ilk birim olan okullar, toplum yapısı içinde en önemli öğeyi oluşturmaktadır. Okulların çok sayıda bireye aynı anda ulaşabilme ve verilen bilgilerin aileye taşınması ile dolaylı olarak toplumun eğitilmesine olanak tanıma açısından önemli bir sağlık eğitimi hedef grubunu görece uzun bir dönem içlerinde barındırdıkları kabul edilir (Ak Ş, Çelen Ü, Özen Y, Tabak RS, Piyal B, 2006).

Çağdaş okul sağlığı hizmetlerinin öğrenci sağlığı, okul çevresi, sağlık eğitimi ve okul çalışanlarının sağlığı gibi dört temel boyutu vardır (Özcebe, H. 2009).

Öğrenci Sağlığı

Buna yönelik okul sağlığı hizmetleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Sağlık Kontrolleri

- Okula kabul muayenesi (bakısı),
 - > Normal çocuklar,
 - > Gözlem gerektirenler (sık aralıklı muayene/ bakı),
 - > Özel eğitime gereksinimi olanlar (görme-ışitme).
- Dönemsel-Sistemik muayeneler (bakılar)
 - > Erken tanı ve tedavi amacıyla aşağıdaki bakıların en az yılda bir kez yapılması önerilmektedir:
 - > Görme kontrolü (şaşılık, miyopi, hipermetropi vs.),
 - > Ağız ve diş sağlığı kontrolü (diş fırçalama tekniği, çürük diş vs.),
 - > Genel muayene (ilköğretim süresince iki kez, ikinci kademedeki bir kez),
 - > Büyüme gelişme kontrolü (boy uzunluğu, vücut ağırlığı ölçümü, yaşa göre mental gelişim).

Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma

Başta gelen okula devamsızlık nedeni bulaşıcı hastalıklardır.

- Genel Önlemler:
 - > Sınıfların kalabalık ve sıkışık olmaması,
 - > Her öğrencinin ayrı kitabının olması,
 - > Hastalık kuşkusu olanların hızla muayeneye gönderilmesi,
 - > Bulaşıcı hastalığı olanların iyileşinceye kadar okuldan uzaklaştırılması,
 - > Belirli aralıklarla dezenfeksiyon uygulanması,
 - > Çocukların temizlik açısından kontrol edilmesi,
 - > Ağır epidemilerde okulun kurul kararı ile kapatılması.
- Özgün Önlemler:
 - > Düzenli sağlık kontrolleri,
 - > Aşı, serum,
 - > Kritik durumlarda kemoproflaksi (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Pekcan H. s. 458-459).

Yaralanmaları önleme ve ilkyardım

Ruh sağlığı çalışmaları

Beden eğitimi / okul sporları (Özcebe, H. 2009).

Okul ve Çevre Sağlığı

Öğrencilerin sağlıklı olması için okul çevresinin sağlıklı olması açısından yapılması gerekenleri kapsar. Çocuklar fiziksel, biyolojik ve sosyal çevredeki koşullara büyüklere göre daha duyarlıdır (Özcebe, H. 2009).

Sağlık Eğitimi

Her şeyden önce bireyin ve toplumun sağlığını olumsuz yönde etkileyen davranışları ve onların temelinde yatan eğitsel nedenleri ortaya çıkarıp değiştirmeyi, olumlu davranışları pekiştirmeyi ve yeni olumlu davranışlar geliştirmeyi amaçlamaktadır (Ak Ş, Çelen Ü, Özen Y, Tabak RS, Piyal B 2006 içinde: Tabak RS). Bireyleri yaşama hazırlayan ve olumlu davranışlar geliştirmeleri için eğiten okullar, olumsuz davranışların geliştirilmesine de aracılık edebilir. Okulun erken dönemleri pozitif ve negatif çoğu sağlık davranışının geliştirildiği dönemdir. Bu sağlık davranışları kişinin sağlığını ve yaşam kalitesini uzun dönemde güçlü bir şekilde etkiler (Ak Ş, Çelen Ü, Özen Y, Tabak RS, Piyal B 2006 içinde: Sarvela PD, Monge EA, Michael M, Jackson KL, Massie J, Wheaton B, et al.).

Sağlık eğitimi açısından davranış önemli bir değişkendir. Sağlık davranışlarının sağlığı geliştiren ve sağlığa zarar veren davranışlar olarak

ayırt edilmesi yaygındır. Sağlığa zarar verici davranışlar, sağlık üzerinde olumsuz etkileri olan sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi ve fazla yağlı yemekler tüketme vb. davranışları içerir. Sağlığı geliştirici davranışlar ise bireyleri hastalıklardan koruyan, bireyin sağlığının yararına olan davranışlardır. Bunlar; egzersiz, yeterli ve dengeli beslenme gibi davranışları içerir (Ak Ş, Çelen Ü, Özen Y, Tabak RS, Piyal B 2006 içinde: Chew F, Palmer S, Slonska Z, Saubbiah K.).

Okullarda yürütülen sağlığı geliştirme programlarının ve sağlık eğitimi uygulamalarının, öğrencileri sağlığı geliştirici davranışları benimsemeye ve sağlığı tehlikeye sokan davranışlardan kaçınmaya özendirildiği bilinmektedir. "Ergenlerin sağlık davranışı üzerine yapılan araştırmalar, sigara içilmesi (risk etmenleri) gibi maladaptif davranış risklerinin artışı ile ilgili etmenleri ve bu davranış risklerini azaltan değişkenleri (koruyucu etmenler) saptamak ve ayrıca risk etmenlerinin etkisini azaltmak (tampon etkiler) açısından yararlı olabileceğini göstermektedir." (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü içinde: Wills, TA 2001)

Bir okul ortamında sağlığı geliştirme; okulla bağı olanların tümünün sağlığını yoluna koyan ve / ya da koruyan her hangi bir etkinlik olarak tanımlanabilir. Bu sağlık eğitiminden daha geniş bir kavramdır ve sağlıklı okul politikaları, okulun fiziksel ve sosyal çevresi, ders programları, toplum bağları ve sağlık hizmetleri sunma ya da bunlarla ilişkili her türlü etkinliği kapsar (Piyal B. 2010 içinde: Promoting Health in Schools: from Evidence to Action).

Okulların sağlığın geliştirilmesi bakış açısıyla değerlendirilmesi önemli bir gerekliliktir. Eğitim ve sağlık dünya ölçeğinde ayrılamaz şekilde birbirleriyle bağlı alanlardır. Daha basit bir anlatımla:

- Sağlıklı genç insanlar, daha etkili öğrenmeye daha yatkın gibidir;
- Sağlığı geliştirme, eğitime katılmalarıyla gençlerin hedeflerini karşılayabilme açısından okullara yardımcı olabilir ve toplumsal amaçlarını karşılayabilir; okula giden gençlerin sağlıklarının iyi olma olasılığı daha yüksektir;
- Okulu hakkında iyi hisseden ve özellikle yetişkinlerle bağı olan genç insanlar yüksek riskli davranışları yapmaya daha az yatkındır; daha iyi sonuçlar almaya daha çok yatkındır;
- Okullar aynı zamanda çalışanlar için iş ortamlarıdır ve tüm çalışanların ve özellikle de öğrencilerin yararına etkili iş yeri sağlığı geli-

tirme uygulamaları gerçekleştirebilir ve örnek oluşturabilir (PİYAL B. 2010 içinde: Promoting Health in Schools: from Evidence to Action).

Okul Çalışanlarının Sağlığı

Başta öğretmenler olmak üzere bütün okul çalışanlarını kapsar. Okul ortamı, çalışanların sağlığını doğrudan etkiler. Öğretmenlerin sağlık sorunları nedeniyle öğretim verememeleri durumunda olduğu gibi öğrencilerin okul başarılarını da dolaylı olarak etkileyebilir. Öğretmenlerin ve tüm okul çalışanlarının güvenli ve sağlıklı bir ortamda maddi ve manevi doyum içinde çalışmaları, öğrencilerin okul başarılarının yanı sıra ruhsal gelişmeleri üzerinde de olumlu etki yaratır (Özcebe, H. 2009).



DSÖ, 10-19 yaşlar arasını **ergenlik dönemi** olarak tanımlamaktadır.

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'ye göre ulusal yasalarca daha genç bir yaşta reşit sayılma dışında, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayıldığından (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü. içinde: TC Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme), *ergen aynı zamanda çocuktur* denilebilir. Bu konum bir ölçüde gençlerin riskli davranışlar karşısındaki durumunu da açıklamaktadır. Genç, yetişkinlerin pek çok davranışını gerçekleştirerek yetişkinliğini ortaya koymaya çalışırken, çocukluğu onu korumasız bırakmaktadır. Bu nedenle ergenlik dönemi özellikli ve önemli bir dönem kabul edilmektedir.



Bu dönem sağlık açısından da önemlidir: Çocukların daha sonraki yıllardaki gelişmelerini ve sağlıklarını etkileyecek davranış biçimlerini benimseyip içselleştirecekleri "kritik dönem"dir (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü. içinde: Hastalık İstatistikleri. DİE yayınları, 2001). Ergenlik döneminde çekinmeden gerçekleştirilen bazı davranışlar sağlık açısından ciddi tehlikeler oluşturmaktadır. Ayrıca yetişkinlikte kronik hastalık riskinin artmasına yol açan ve kolaylıkla denetlenebilen etmenlerin başında davranışsal risk etmenleri gelmektedir.

Kişinin hastalık, yaralanma ya da ölüm riskini artıran, sık olarak ya da belirli durumlarda gerçekleştirdiği davranışlar “davranışsal risk etmenleri” olarak tanımlanmaktadır.



Yukarıda değinilen stratejiler doğrultusunda bazı ülkeler “davranışsal risk etmenleri izleme sistemleri” oluşturmuşlardır. Bu ülkelerde sağlık eğitimi uygulamaları, kitle iletişimi araçlarını da kapsayacak şekilde bu izleme sisteminin göstergeleri ışığında yürütülmektedir ve sağlığı geliştirme yaklaşımının yansımalarıdır. Türkiye’de ergenlik dönemi temel ölüm nedenleri içinde, riskli davranışlar nedeniyle gerçekleşen ölümlerin önemli bir payı vardır ve bu pay genel olarak artış göstermektedir (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü. içinde: Hastalık İstatistikleri. DIE yayınları, 2001). Ancak hareketsizlik, yetersiz ve dengesiz beslenme gibi davranışların yol açtığı yetişkinlik dönemi sağlık sorunları konusu henüz iyi incelenmiş değildir.

Erişkin yaşama geçiş sürecinde *adolesan* genel olarak başlıca aşağıdaki konularda sorunlarla karşılaşır:

- *Cinsel kimliğini kabullenme*; Ergen bedeninde meydana gelen fiziksel değişiklikleri psikolojik olarak da benimsemek zorundadır.
- *Kimlik edinme*; Çocuk olmaktan çıkıp yeni kimlik ve toplumsal işlevini belirlemek ergen için oldukça duyarlı konulardan biridir.
- *Toplumsallaşma*; Ergen oluşmaya başlayan kişiliği ışığında toplumun moral ölçülerini düşünür, tartışır, değerlendirir. Toplumsal değerlerin bazılarını benimser, bazılarına karşı çıkar.
- *Geleceğini biçimlendirme*; Erişkin dönemine biçim vermek üzere, meslek seçme, evlilik, askere gitme, işe girme gibi konularda önceliklerini belirlemek, karar vermek zorunluluğu vardır (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Pekcan H. s. 483-484).

Sağlıklı olmayı sağlayan yaşam koşullarına ve eylemlerine çevresel ve eğitsel desteğin bileşimi olarak da tanımlanan sağlıklı geliştirme yaklaşımı, sağlıklı yaşam için risk etmenlerinin önceden bilinip önlem alınmasına yönelik proaktif davranışların benimsenmesini, uygulanmasını ve yaygınlaştırılmasını öncelikli eylemler olarak değerlendirmektedir (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü. içinde: Green, LW, Kreuter, MW (1999).



DSÖ tarafından Ottawa'da gerçekleştirilen 1. Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı'nın temel düşüncesini oluşturan sağlık geliştirme kavramı, sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından *birey sorumluluğuna* vurgu yapmaktadır (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü. içinde: Murard, LL., Zylberman, P., 2001). Buna karşılık, Jakarta 21. Yüzyılda Sağlık Geliştirme Bildirgesi'nde (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü. içinde: Dünya Sağlık Örgütü (1997) Jakarta Deklarasyonu) ise önceliğin sağlık için *toplumsal sorumluluğu* geliştirmek olduğu açıklanmaktadır.

Gençlikte Riskli Davranışlar Sürveyans Sistemi

Gençlikte Riskli Davranışlar Sürveyans Sistemi (YRBSS) ile Hastalıklardan Korunma ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde, 9-12. sınıf öğrencilerini temsil eden örneklemden düzenli veri toplanmaktadır. İlk kez 1990 yılında yapılandırılan ve 1991 yılından itibaren iki yılda bir yinelenen bu tarama ile riskli davranışların dağılımı ve süreç içinde değişimi incelenmektedir.

YRBSS ile başlıca aşağıdaki altı alana ilişkin veri toplanmaktadır:

- İstenmeyen kazalar ve şiddete yardım eden davranışlar,
- Tütün kullanımı,
- Alkol ve madde kullanımı,
- İstenmeyen gebeliklere ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yol açan cinsel davranışlar,
- Sağlıksız beslenme davranışları,
- Fiziksel hareketsizlik.

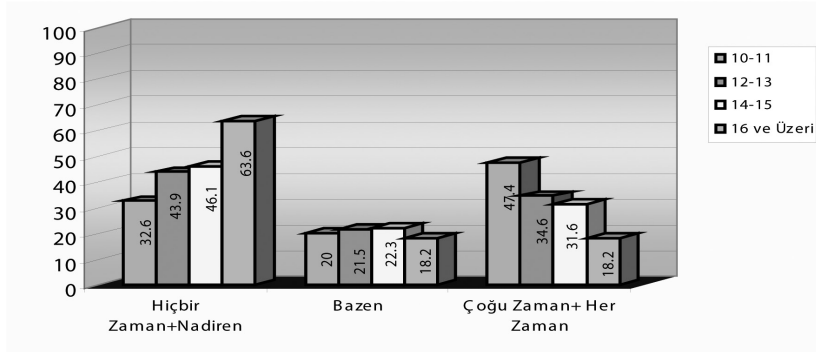
Bu konuda yapılan araştırmada sağlıkta riskli davranışlar açısından ortaokul öğrencilerine dikkat çekilmektedir (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü. içinde: Fetro, J.V., Coyle, K. K., Pham, P. 2001). Bu araştırmada, erken ergenlik dönemindeki (11-14 yaş arası) öğrencilerin birden fazla riskli sağlık davranışı içine girdiği örneğin son bir yılda % 24.4' ünün intihara kalkıştığı, % 53.3' ünün fiziksel bir kavga içinde bulunduğu, % 50.2'sinin alkollü içki içmeyi denediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca bazı davranışların eğitim başarısı ve sağlık statüsü ile ilgili ciddi sonuçlara yol açabilme olasılığı vurgulanmakta, bu nedenle 6. ve 8. sınıfa giden öğrencilerin de tarama kapsamına alınması önerilmektedir.

Ankara Merkez İlçeleri ilköğretim okullarının ikinci kademesi ve orta-öğretim okullarındaki öğrencileri temsil eden bir örneklemede 2002-2003 öğretim yılında yürütülen “Gençlikte Riskli Davranışlar” araştırmasında ulaşılan bazı bulgular aşağıda sunulmaktadır.

Gençlikte Riskli Davranışlar Taraması-Ortaokul Formu 6. 7. ve 8. sınıflarda öğrenim gören öğrenciler için hazırlanmıştır ve CDC'nin Gençlikte Riskli Davranışlar tarama formunun uyarlanmış bir çevrimidir (Piyal B, Tabak R S, Karakoç Ş, Çelen Ü: 2005).

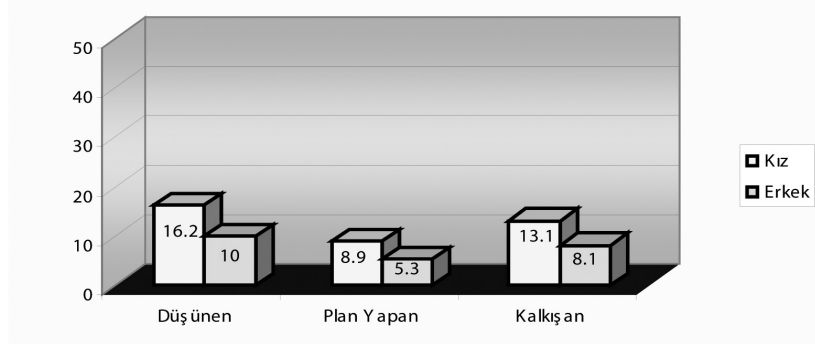
Şekil 8’de görüldüğü gibi başkasının kullandığı arabaya bindiğinde kemer takma davranışı açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($\chi^2=47,99$, $p<0,05$). Başkasının kullandığı arabaya bindiğinde hiçbir zaman kemer takmadığını ya da nadiren kemer taktığını belirtenler 16 yaş ve üzeri grupta % 64’e yakındır (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü., 2005).

Şekil 8. Başkasının Kullandığı Arabaya Bindiğinde Kemer Takma Davranışının Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılması (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü: 2005)



Şekil 9’da görüldüğü gibi Ankara Merkez İlçeleri ilköğretim okullarının ikinci kademesi ve ortaöğretim okullarındaki kız ve erkek öğrenciler arasında son 12 ayda ciddi olarak intihar girişiminde bulunmayı düşünme, plan yapma ve intihara kalkışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($\chi^2=47,99$, $p<0,05$). Son bir yıl içinde intihar etme girişiminde bulunduğunu belirten kız öğrenci boyutu (% 13,1) azımsanamayacak bir düzeydedir (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü: 2005).

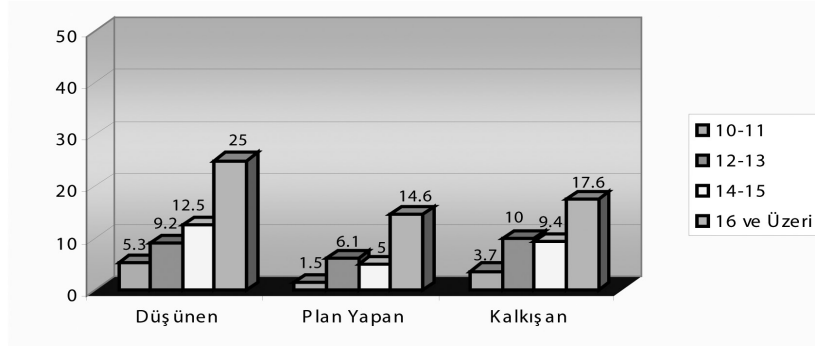
Şekil 9. Son 12 Ayda Ciddi Olarak İntihar Girişiminde Bulunmayı Düşünme, Plan Yapma ve İntihara Kalkışma Durumlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü: 2005).



(χ^2 , p 6.64, p<0.05 • 4.00, p<0,05 • 5.46, p<0.05)

Şekil 10'da görüldüğü gibi Ankara Merkez İlçeleri ilköğretim okullarının ikinci kademesi ve ortaöğretim okullarındaki öğrenciler arasında son 12 ayda ciddi olarak intihar girişiminde bulunmayı düşünme, plan yapma ve intihara kalkışma durumu açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (χ^2 p sırasıyla: 35.00, p<0,05, 25.19, p<0.05, 17.54, p<0.05). Son bir yıl içinde intihar girişiminde bulunmayı düşünme, plan yapma ve intihara kalkışma boyutu 16 ve üzeri yaş grubunda azımsanamayacak düzeylerde. Bu bulgunun yılda yalnızca bir kez yapılan öğrenci seçme sınavı ile ilişkili olup olmadığı incelenmelidir (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü: 2005).

Şekil 10. Son 12 Ayda Ciddi Olarak İntihar Girişiminde Bulunmayı Düşünme, Plan Yapma ve İntihara Kalkışma Durumlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü: 2005)



(χ^2 , p, 35.00, p<0,05 • 25.19, p<0.05 • 17.54, p<0.05)

Ankara Mamak'ta dört ayrı lisenin ikinci sınıf öğrencileri (n=352) arasında yürütülen bir yüksek lisans tez çalışmasında, son 12 ay içerisinde günlük etkinliklerden vazgeçecek kadar kötü hissetme boyutu kızlar tarafından % 73.6, erkekler tarafından % 58.1 olarak yine son 12 ay içerisinde intiharı etmeyi ciddi olarak düşünme boyutu da kızlar tarafından % 33.5, erkekler tarafından % 18.1 olarak bildirilmiştir (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü. içinde: Kaptanoğlu, S.).

Okul Çağındaki Çocuklarda Sağlık Davranışı

Okul Çağındaki Çocuklarda Sağlık Davranışı "Health Behaviour in School aged Children (HBSC)" çalışması, 1982 yılında üç ülkenin inisiyatifiyle başlatılan, Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile çokuluslu bir araştırma ekibi tarafından yürütülen ve her 4 yılda bir yinelenen kesitsel bir araştırmadır. Araştırmaya Dünya Sağlık Örgütü Kuzey Amerika ve Avrupa Bölgelerini de içeren 43 üye ülke katılmaktadır. Uluslararası araştırma sosyal eşitsizlik, pozitif sağlık, beden algısı ve ağırlık denetimi davranışları, kazalar ve yaralanmalar, şiddet ve zorbalık, yeme alışkanlıkları, akran kültürü, aile kültürü, okul ortamı, fiziksel etkinlik, boş zaman etkinlikleri, madde kullanımı (sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı diğer maddeler) ve cinsel sağlık başlıkları altında toplanmış zorunlu sorulardan ve kullanımı ülkelere bırakılmış seçmeli sorulardan oluşmaktadır (Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-Aged Children International Report From The 2005/2006 Survey).

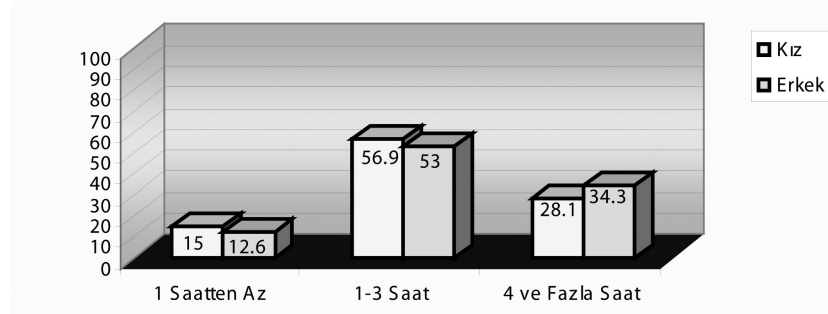
Türkiye bu çalışmaya 2005-2006 öğretim yılında katılmıştır. Türkiye nüfusunun büyük bir bölümünü oluşturan ergenler arasında sağlıksızlığa neden olan davranışları belirlemeye yönelik olarak gerçekleştirilen çalışmalar arasında en kapsamlısı; 9388 öğrencinin örnekleme alındığı ve okula giden 11, 13 ve 15 yaş grubunu temsil eden bu "*Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışları Araştırması*"dır. Ancak madde bağımlılığı ve cinsel sağlıkla ilgili zorunlu sorular Milli Eğitim Bakanlığı tarafından onaylanmadığı için soru formunda yer almamıştır. Moral bozukluğu için öğrencilerin % 23'ü hemen her gün, % 20,5'i haftada bir kereden fazla, % 18,8'i hemen her hafta, % 16,1'i hemen hemen her ay, % 21,5'i nadiren ya da asla seçeneğini işaretlemiştir. Haftada bir kereden fazla moral bozukluğu bildiren kızların oranı her yaş grubunda erkeklerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (tüm yaş gruplarında $p < 0,00001$). 11, 13 ve 15 yaşındaki erkeklerin en az 60 dakika fiziksel etkinlikte buldukları gün sayısı aynı yaş grubundaki kızlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla: $p=0,002$, $p=0,012$, $p < 0,0001$) (Mann Whitney U testi). Son yedi gün içinde her

gün, günde en az 60 dakika fiziksel etkinlikte bulunan hem erkek hem de kız öğrencilerin oranının 11 yaşından 15 yaşına doğru anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (sırasıyla: $p < 0,00001$, $p < 0,0001$) (Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışları Araştırması Türkiye 2006 Raporu).

Araştırmaların çoğu ergenlerin televizyon önünde uzun saatler geçirmesi ve bunun fiziksel etkinlik düzeyine etkisine odaklanmıştır. Günümüzde ergenler arasında çok popüler olan diğer bir oturarak yapılan (sedanter) davranış tipi ise bilgisayar ya da oyun aletlerinin karşısında uzun süre zaman geçirmektir. Oturarak yapılan (sedanter) davranışların sıklığının ve süresinin artması, enerji alımı değişmese bile enerji tüketiminde azalmaya ve şişmanlığa yol açabilmektedir (Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışları Araştırması Türkiye 2006 Raporu).

“Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışları Araştırması”nda örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin % 75,6’sının hafta sonu günlerinde, günde en az iki saat, % 40,4’ünün ise en az dört saat televizyon (video ve DVD) izlediği, bu süreyi yedi ya da daha fazlaya çıkaranların oranının da azımsanmayacak (% 10,7) boyutta olduğu belirlenmiştir (Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışları Araştırması Türkiye 2006 Raporu). Cebeci semtindeki bir ilköğretim okulunda 11-12 yaş grubundaki 198 öğrenci ile yapılan bir çalışmada (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü. İçinde: Kudaş S., Ulkar B. 2004) öğrencilerin % 53’ünün günde iki saatten daha fazla zamanını bilgisayar-video oyunu oynayarak geçirdiği; % 44’ünün günde iki saat ve üzerinde bir süre televizyon izlediği bulgularına ulaşılmıştır.

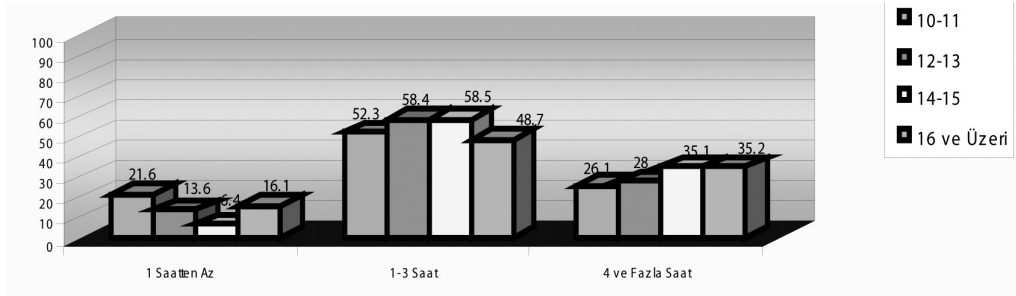
Şekil 11. Hafta İçi Günlerde Günlük Televizyon İzleme Durumunun Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü: 2005)



$\chi^2 = 3.96$, $p > 0.05$

Şekil 11’de Ankara Merkez İlçeleri ilköğretim okullarının ikinci kademesi ve ortaöğretim okullarındaki kız ve erkek öğrenciler arasında hafta içi günlerde günlük televizyon izleme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamadığı görülmektedir (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü: 2005). Benzer şekilde ulusal ölçekte yürütülen bir başka çalışmada da 11, 13 ve 15 yaşındaki erkeklerin ve kızların hafta içi günlerde en az iki saat ve daha fazla televizyon izleme oranları arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla: $p=0,096$, $p=0,742$, $p=0,692$) (Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışları Araştırması Türkiye 2006 Raporu).

Şekil 12. Hafta İçi Günlerde Günlük Televizyon İzleme Durumunun Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılması (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü: 2005)



$\chi^2 = 21.43$, $p < 0.05$

Ögel’in yönlendiriciliğinde Adana, Diyarbakır, Eskişehir, Mersin, İstanbul, İzmir, Kocaeli, Sivas ve Trabzon’da 6. Sınıf ve 10. Sınıf öğrencilerinden seçilen grup üzerinde yürütülmüş sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığının değerlendirilmesi araştırmasıdır (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü. İçinde: Ögel, K. 2001). Çalışmada, ortaöğretim öğrencileri arasında çok yüksek boyutta sigara kullanımı saptanmıştır. Gençler arasında alkol kullanımı da, sigara kullanımı kadar yaygındır (ortaöğretimde % 45.0, ilköğretimde % 15.4). Sigara ve alkolden sonra en sık kullanılan maddeler uçucu maddelerdir. İlköğretimde uçucu madde kullanım sıklığı % 3.2, ortaöğretimde % 5.1 olarak bulunmuştur.

Gençlerin riskli davranış türlerinin ve bu davranışların yaygınlığının ulusal ölçekte düzenli aralıklarla belirlenmesi ülkemiz için ertelenemez bir gerekliliktir. Bulgular doğrultusunda özellikli grupların farklı gereksinimlerini karşılayacak sağlık eğitimi uygulamaları, çevresel ve yasal destek yöntemleri geliştirilmelidir (Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü.).

Gençlere,

- “Sağlığınızı kendinizi gerçekleştirmeniz, mutlu olmanız için en önemli kaynağınızdır.
- Bu kaynağı en çok siz - sizin davranışlarınız - alışkanlıklarınız - yaşam biçiminiz etkiler.
- Bu kaynağı korumak - geliştirmek büyük ölçüde sizin elinizdedir.
- Bu kaynak her yaşta - ama en çok çocukken ve gençken - korunabilir ve geliştirilebilir.” önerileri yapılabilir.

Bu önerilerin yapılabilirliği ise, sağlıkları açısından bireysel sorumluluk üstlenebilmelerinin ön koşullarının gençlere sunulması ile sıkıca ilişkilidir. Bazı ülkeler insanın en önemli ulusal - küresel kaynak olduğunun bilincindedir; bazı ülkeler ise, ulusal hastalık yükünün azaltılmasında gençlerin sağlık bilincinin geliştirilmesi böylelikle sağlıklarının korunup geliştirilmesinde öz sorumluluklarının artırılması stratejisi izlemektedir.

Türkiye’de okul sağlığı kavramının yeterince yerleşmemiş olması ve bu konuda farkındalığın olmaması, büyük bir toplumsal yük oluşturmaktadır. Ayrıca, okul sağlığı hizmetlerinin yapılandırılmamış olması da sağlık eğitiminin tüm topluma ulaşmasının sağlanamamasına neden olmaktadır (Birinci Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, 2010).

Okul; öğrenci, öğretmen ve diğer çalışanları ile bir bütündür. Bu nedenle okul sağlığı hizmetleri okulda bulunan her bireyi hedefleyerek planlanmalıdır (Birinci Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, 2010).

Okul sağlığı alanı; sağlıkçılar, eğitimciler ve yöneticiler boyutu olan çok disiplinli bir alandır. Dolayısıyla okul sağlığı konusunda yapılacak çalışmalarda, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının yanı sıra, akademisyenler, yerel yöneticiler, psikolojik danışmanlık ve rehberlik uzmanları, birinci basamak sağlık çalışanları, öğretmen öğrenci ve okul aile birliği görevlilerinin de olduğu geniş tabanlı işbirliği bir kaçınılmazlıktır (Birinci Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, 2010).

Türkiye koşullarına ve ihtiyaçlarına uygun; erişilebilir, nitelikli, sürdürülebilir ve kapsamlı bir okul sağlığı hizmet modelinin geliştirilmesi ve yaşama geçirilmesine şiddetle ihtiyaç vardır. Hizmet modelinde; hekim, psikolojik danışmanlık ve rehberlik uzmanı, psikolog, hemşire ve öğretmenin görev tanımları yapılmalı ve toplum sağlığının geliştirilmesi için yapılan bu müdahalede ortak bir bakış açısı ve algı oluşturmalıdır (Birinci Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, 2010).



Özet

Temel sağlık davranışlarının kazandırılmasında aileden sonra en önemli kurum olan okul, sağlıklı bir toplumun yapılandırılması için büyük olanak sunmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde de uzun yıllardır okul sağlığı hizmetleri, gelişme ve kalkınmanın lokomotifi olarak ele alınmaktadır.

Okul sağlığı, öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitimi verilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır (Özcebe, H., 2009).

Okul sağlığı hizmetleri ise, öğrenciler ile okul personelinin ve ailelerinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye, okula ve dolayısıyla çocuklar ve ailelerinden oluşan toplum kesimine sağlık eğitimi verilmesini kapsamaktadır (Özcebe, H., 2009).

Okul sağlığı hizmetlerinin amaçları, toplumda okul çağındaki bütün çocukların olanaklı olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmasını sağlamak ve sürdürmek, okul çocuklarının sağlıklı bir çevrede gelişmesini sağlamak ve çocukların, ailelerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (Özcebe, H., 2009).

Ülkemizin koşullarına ve gereksinimlerine uygun; erişilebilir, nitelikli, sürdürülebilir ve kapsamlı bir okul sağlığı hizmet modelinin geliştirilmesi ve yaşama geçirilmesi çok önemlidir.

Gençlikte Riskli Davranışlar Sürveyans Sistemi ile Amerika Birleşik Devletleri'nde istenmeyen kazalar ve şiddete yardım eden davranışlar, tütün kullanımı, alkol ve madde kullanımı, istenmeyen gebeliklere ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yol açan cinsel davranışlar, sağlıksız beslenme davranışları, fiziksel hareketsizlik olmak üzere sağlık açısından riskli altı grup davranış izlenmektedir.

Okul Çağındaki Çocuklarda Sağlık Davranışı, "Health Behaviour in School aged Children (HBSC)" çalışması ile sosyal eşitsizlik, pozitif sağlık, beden algısı ve ağırlık denetimi davranışları, kazalar ve yaralanmalar, şiddet ve zorbalık, yeme alışkanlıkları, akran kültürü, aile kültürü, okul ortamı, fiziksel etkinlik, boş zaman etkinlikleri, madde kullanımı ve cinsel sağlık konularına ilişkin davranışlar izlenmektedir. Bu çalışma Dünya Sağlık Örgütü Kuzey Amerika ve Avrupa Bölgelerinin de içeren 43 üye ülkede yürütülen çokuluslu bir araştırmadır.

Son yıllarda Türkiye nüfusunun büyük bir bölümünü oluşturan ergenler arasında sağlıksızlığa neden olan davranışları belirlemeye yönelik değişik çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Ancak; gençlerin riskli davranış türlerinin ve bu davranışların yaygınlığının ulusal ölçekte düzenli aralıklarla belirlenmesi önemli bir gereksinimdir.



Gözden Geçir

- Okul sağlığı hizmetlerinin halk sağlığı açısından önemi nedir? Açıklayınız.
- Okul sağlığı hizmetlerinin (uygulamalarının) kapsamı nedir? Açıklayınız.
- Ergenlik dönemi davranışsal risk etmenleri ilişkisini açıklayınız.
- Davranışsal risk etmenlerinin ergen sağlığı açısından önemini açıklayınız.
- Başlıca riskli davranış alanlarını sıralayınız.

Sözlük

CDC: Centers for Disease Control (Hastalıklardan Korunma ve Kontrol Merkezi)

YRBSS: Youth Risk Behavior Surveillance System Gençlikte Riskli Davranışlar Sürveyans (İzleme) Sistemi





Değerlendirme Soruları

1. Aşağıdakilerden hangisi çağdaş okul sağlığı hizmetlerinin dört temel boyutundan biri değildir?
 - a. Öğrenci sağlığı
 - b. Okul çevre sağlığı
 - c. Sağlık eğitimi
 - d. Doğum aralıklarının düzenlenmesi
 - e. Okul çalışanlarının sağlığı
2. Aşağıdakilerden hangisi erişkin yaşama geçiş sürecinde adolesanın genel olarak sorunlarla karşılaşmadığı bir alandır?
 - a. Cinsel kimliğini kabullenme
 - b. Kimlik edinme
 - c. Televizyon izleme
 - d. Toplumsallaşma
 - e. Geleceğini biçimlendirme
3. Aşağıdakilerden hangisi “davranışsal risk etmenleri” ile ilişkili değildir?
 - a. Kişinin hastalık, yaralanma ya da ölüm riskini artıran, sık olarak ya da belirli durumlarda gerçekleştirdiği davranışlardır.
 - b. Amerika Birleşik Devletleri’nde Gençlikte Riskli Davranışlar Sürveyans Sistemi (YRBSS) oluşturulmuştur.
 - c. Ülkemizde gençler arasında alkol kullanımı da, sigara kullanımı kadar yaygındır.
 - d. Ülkemizde gençler arasında bilgisayar-video oyunu oynayarak ve televizyon izleyerek zaman geçirme süreleri uzamaktadır.
 - e. Ülkemizde gençlerin riskli davranış türleri ve bu davranışların yaygınlığı ulusal ölçekte düzenli aralıklarla belirlenmektedir.

4. Aşağıdakilerden hangisi Gençlikte Riskli Davranışlar Sürveyans Sistemi ile izlenen sağlık açısından riskli altı grup davranıştan biri değildir?
- İstenmeyen kazalar ve şiddete yardım eden davranışlar
 - Fiziksel hareketlilik
 - Tütün kullanımı
 - Alkol ve madde kullanımı
 - İstenmeyen gebeliklere ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yol açan cinsel davranışlar



Kaynaklar ve Daha Fazla Bilgi

- Pekcan H. : Adolesan (Delikanlı) Sağlığı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006. Editörler: Güler Ç, Akın L.
- Pekcan H. : Okul Sağlığı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006. Editörler: Güler Ç, Akın L.
- Piyal B, Tabak RS, Karakoç Ş, Çelen Ü.: Gençlikte Riskli Davranışlar, Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, "Popüler Kültür ve Çocuk", 12-14 Ekim 2005, Dip Not Yayınları, s. 195-208, Ankara.
- Green M, Palfrey Js, Eds 2002. Bright Futures, Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents (2nd ed., rev.). Arlington, VA; National Center for Education in Maternal and Child Health. Nelson Textbook of Pediatrics, chapter 13, middle childhood p 51–53.
- TC Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. Ankara, 1996.
- Dünya Sağlık Örgütü (1998). Dünya Sağlık Raporu: 1998. Geneva. T.C. Başbakanlık, Devlet İstatistik Enstitüsü (2001). Hastalık İstatistikleri. DIE yayınları, Ankara.
- Green, L. W., Kreuter, M. W. (1999). Health promotion planning: An educational and ecological approaches. Mayfield: Mountain View.
- Murard, L. L. Zylbernan, P. (2001). Public health. Encyclopedia of the Social and Behavioral Science, Elsevier Science Ltd.
- Dünya Sağlık Örgütü (1997) Jakarta Deklarasyonu, http://www.un.org.tr/doc_pdf/jakarta_dec.pdf (Erişim tarihi 11.10.2005).
- United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA, www.cdc.gov/yrbs.
- Çeviren, S. "Keçiören'de Üç Farklı Lisede 2. Sınıf Öğrencilerinde Gençlikte Riskli Davranışlar Araştırması" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitimi Bölümü.
- Kaptanoğlu, S. "Gençlikte Riskli Davranışlar Araştırma Formunun, Uyarılma, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitimi Bölümü.
- Wills, T A: (2001) Adolescent health and health behavior. Encyclopedia of the Social and Behavioral Science, Elsevier Science Ltd.
- Fetro, J.V., Coyle, K. K., Pham, P. (2001). Health risk behaviors among middle school students in a large majority-minority school districts. Journal of School Health. 71(1): 30-37.

- Öğel, K. (2001) Gençler arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı ile özelliklerinin değerlendirilmesi (Taslak Rapor).
- Kudaş S., Ulkar B. (2004), I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu, Spor ve Sağlık Eğitim Paneli, Ankara.
- Birinci Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, Mersin, 21-22 Mayıs 2010. <http://www.okulsagligi.org/anasayfa>, (Erişim tarihi:15.07.2010).
- Green LW., Kreuter MW.: Applications in School Settings: Health Promotion Planning An Educational and Ecological Approach, Mc Graw- Hill Higher Education, 3rd Edition.
- Promoting Health in Schools: from Evidence to Action http://www.iuhpe.org/index.html?page=516&lang=en#sh_adveid,(Erişim tarihi:11.04.2010).
- Piyal B: Temel Sağlık Davranışlarının Kazandırılması Açısından Okullarda Sağlığı Geliştirme. Birinci Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Kitapçığı s. 69-74. Mersin, 21-22 Mayıs 2010.
- Ak ř, elen Ő, Özen Y, Tabak RS, Piyal B: Ankara Merkez İlçeler İlköğretim Okulları alışanlarının Sağlık Davranışları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006: 5 (2).
- Özcebe, H. : Okul Sağlığı, Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar, Ankara Tabip Odası Yayını, Mart 2009, Ankara.
- Okul ağı Çocuklarının Sağlık Davranışları Araştırması Türkiye 2006 Raporu. ISBN: 978-605-89294-0-1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları, Biyoistatistik Bilim Dalı, Boęaziçi Üniversitesi Eğitim Fakóltesi, İstanbul 2009.
- Inequalities in Young People’s Health. Health Behaviour in School-Aged Children International Report From The 2005/2006 Survey. ISBN 978 92 890 7195 6, WHO Regional Office for Europe, 2008.

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)

Kadın Sağlığı

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Giriş
- Kadın Sağlığının Dünya'da ve Türkiye'de Durumu
- Anne Ölümleri
- Güvenli Annelik Programı
- Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık Kavramları
 - › Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Amaçları
 - › Üreme Sağlığı Kapsamında Sunulan Hizmetler
- Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TUSP)
- Toplumsal Cinsiyet (Gender)
 - › Kadının Statüsünü Belirleyen Faktörler
 - › Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Sağlık İlişkisi
 - › Dünya'da Kadın Erkek Eşitliği ve Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığının Önlenmesi ile İlgili Bazı Gelişmeler
 - › Türkiye'de Kadın Erkek Eşitliği ve Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığının Önlenmesi Konularında Yapılanlar

Ünite Hakkında

Bu ünite de sağlık hizmetlerinde öncelikli-riskli olan grupların başında yer alan kadınların sağlığı üzerine bazı temel bilgiler verilmiştir. Sağlık hizmetlerinde AÇSAP (Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) klasik yaklaşımımızın 90'lı yılların başında yerini CS&ÜS'ye (Cinsel Sağlık & Üreme Sağlığı) bıraktığını ve tüm sağlık sorunlarının "Toplumsal Cinsiyet-Gender" temelinde ele alındığını görmekteyiz. Kadın sağlığının temel belirleyicilerinin başında sağlık hizmetleri yer alması kaçınılmazdır. Ancak sağlık hizmetlerine erişim ve yararlanmada da, temel belirleyicinin kadının sosyal statüsü (kadının eğitim durumu, mesleği, istihdamı, kadına verilen toplumsal değer vb.) olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Öğrenme Hedefleri



Tıbbi Sekreterlik ve Dokümantasyon Bölümü öğrencileri bu üniteyi tamamladığında, kadın sağlığının durumu, belirleyicileri gibi temel kavramları tanıması amaçlanmıştır.

Bu üniteyi tamamladığınızda;

- Kadın sağlığının, Dünya’da ve Türkiye’de durumunun farkına varabileceksiniz.
- Üreme sağlığı ve toplumsal cinsiyet gibi temel kavramları tanımlayabileceksiniz.
- Anne ölümü ve nedenlerini tanımlayabileceksiniz.
- Güvenli annelik programının öğelerini sıralayabileceksiniz.
- Türkiye üreme sağlığı programının ögelerini sıralayabileceksiniz.

Üniteyi Çalışırken



Üniteyi çalışırken kadın sağlığının öncelikli bir sağlık sorunu olup olmadığı sorusunu halk sağlığı bakış açısı ile yanıtlamanız, konuyu özümsemenizi kolaylaştıracaktır. Bu üniteye yer alan temel konu başlıkları ve kavramlarının günlük yaşamınızda, yazılı ve görsel başında ele alınış biçimi ve sıklığını da belirlemeniz, farkındalığınızı artıracaktır. Üreme Sağlığı ve Toplumsal cinsiyet kavramının sağlık hizmetlerine olası etkilerini tartışınız. Eşitlik, Hakkaniyet ve Pozitif Ayrımcılığın Kadın Sağlığı üzerine etkilerini irdeleyiniz.



Bireyin sağlığını korumak için sağlık hizmetleri sunulmaya ne zaman başlanırsa daha etkili olur?

Çocukluk döneminde, bebek doğar doğmaz, gebelikte, gebelik öncesinde vs. Yanıtlar artırılabilir. Bu sorunun gerçek yanıtı “bir kız çocuğu doğduğu zaman”dır. Bu yanıtı nasıl ulaştığımızı isterseniz somutlayalım.



Bir kız çocuğu dünyaya geldiğinde onu hangi sağlık riskleri kuşatmaktadır?



Özellikle gelişmekte olan ülkelerde doğan kız çocuklarını örnekleyebiliriz.

Türkiye’de bir söz vardır, bir grupta bir süre sessizlik olduğunda, ne denilir bilirsiniz: “Kız doğdu!” Bu söz toplumumuzda kız çocuklarına verilen değer en somut göstergesidir. Yirmi birinci yüzyılın başında bile hâlâ ülkemizde kız çocuklarına yönelik olumsuz tutum ve davranışları görmekteyiz. Kız çocukları, ne yazık ki, birçok ailede istenmeyen çocuk olma özelliğini korumaktadır. Soy isminin devamını sağlayacak erkek çocuk motivasyonu özellikle kırdı, iç, doğu, güney ve kuzey bölgelerimizde devam etmektedir. Şairimizin dediği gibi “sofradaki yeri öküzümüzden sonra gelen” kadınlarımız, bu bakış açısı nedeniyle birçok sosyal sorunla da baş etmek zorundadır (beslenme yetersizliği, sağlık hizmetlerine ulaşamama, eğitimsizlik, beşik kurtmesi, berdel, erken evlenme/dirilme, şiddet, aile planlaması hizmetlerine ulaşamama, erken yaşta gebelikler, düşükler, ölümler.....). Bu kısır döngüyü kırmada sağlık hizmetlerine ulaşma bir anahtar olarak düşünülmelidir. Bu kız çocuğu eğer sağlık hizmetlerine yeterince ulaşabilirse, beslenmesi iyileştirilir, eğitim olanaklarından yararlanabilir, bedensel, sosyal, ruhsal gelişimi desteklenir ise, sağlık evlilik-gebelik yaşı sağlanabilir ise istediği planladığı zaman gebe kalabilir ise bu kız çocuğundan dünyaya gelen bebeğin sağlıklı olması sağlanacaktır.

Kadın Sağlığı, Dünya'da ve Türkiye'de Durumu

Sağlık DSÖ'nün klasik tanımı ile bireyin hastalık ya da sakatlığının olmaması değil, bedensel, ruhsal sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır.



Bu tanımla, bireyi ve toplumları sağlık açısından değerlendirmek tam iyilik halini ölçmek oldukça güçtür. Bu noktada sağlığı belirlemede genellikle morbidite (hastalık) ve mortalite (ölüm), fertilitate (doğurganlık) ile ilgili ölçütler kullanılmaktadır. Yaş gruplarına ve cinsiyete göre karşılaştırma yapıldığında toplumda her bireyin hastalanma potansiyelinin, riskinin eşit olmadığı görülmektedir.

Toplumda hastalanma potansiyeli yüksek olan gruplara **risk grupları** denilmektedir.



Bu grupların başında hızlı büyüme ve gelişme döneminde olan 0-6 yaş grubu çocuklar, gebelik riski altında olan reproduktif (doğurgan) çağdaki kadınlar, gelmektedir. Klasik AÇSAP (Anne çocuk sağlığı ve aile planlaması) yaklaşımı doğrultusunda annenin sağlığı çocuğun sağlığını etkilemekte, aile planlaması hizmetleri ise hem anneyi hem de bebeği etkilemektedir. Ülkelerin sağlık düzeyi tespit edilirken veya karşılaştırılırken kadın ve çocukların sağlık düzey ölçütleri kullanılmaktadır (Akın A, Özvarış ŞB, 2006, Akdur R ve ark, 1996, Baltaş ve arkadaşları, 2008, Dirican R ve Bilgel N, 1993, Tümerdem Y, 1992., Wang S ve arkadaşları, 2002). Bazı kadın sağlığı göstergeleri ve nasıl hesaplandıkları bölüm sonunda yer alan terim ve kriterlerde ele alınmıştır.

Bu bağlamda kadınların sağlığını ele alacak olursak, dünya nüfusunun (6.9 milyar) yarısını kadınlar ve kız çocukları oluşturmaktadır. Pek çok araştırma kadınların erkeklere göre daha uzun yaşadıklarını ancak yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu, daha fazla hastalık yaşadıklarını göstermektedir.

Çizelge 3. Dünya Sağlık Örgütü 2009 verilerine göre kadın sağlığı göstergeleri

	Dünya Sağlık Örgütü'ne Bağlı Bölgeler						Gelir Grupları				Toplam
	Afrika	Amerika	Güney-Doğu Asya	Avrupa	Akdeniz	Pasifik	Çok Düşük	Düşük	Orta	Yüksek	
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl) Erkek-Kadın-Toplam											
1990	49-53-51	68-74-71	57-58-58	68-75-72	59-61-60	68-71-69	52-55-53	62-64-63	64-72-68	72-79-76	62-66-64
2007	51-54-52	73-78-76	63-66-65	70-78-74	63-66-64	72-77-74	55-58-57	67-70-68	67-74-70	77-82-80	65-70-68
Sağlıklı Ayarlanmış Yaşam Beklentisi (HALE) (yıl) Erkek-Kadın-Toplam											
2007	45-46-45	65-69-67	56-57-57	64-70-67	55-57-56	65-69-67	48-49-49	60-62-61	58-63-61	68-72-70	58-61-59
Adolesan Doğurganlık Hızı (1000 kadın başına düşen)											
2000-2007	117	61	56	24	35	11	98	33	50	21	48
Temel Eğitime Katılım (%) Erkek-Kadın											
1990-1999	63-57	94-94	..-..	97-97	87-78	..-..	..-..	..-..	95-95	96-96	..-..
2000-2007	76-71	94-94	91-88	95-94	82-69	..-..	78-70	91-88	94-94	95-95	88-84
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın başına düşen)											
1990	6.2	2.7	3.8	1.9	5.5	2.3	5.7	3.1	2.7	1.8	3.2
2007	5.1	2.2	2.7	1.6	3.4	1.8	4.2	2.3	2.0	1.7	2.6
Kontraseptif Kullanımı (%)											
2000-2006	24.4	70.0	57.2	..	43.0	85.5	35.2	71.0	..	69.7	63.3
Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi (%)											
2000-2006	24.4	..	12.4	..	..	..	20.4	12.4	..	..	..
Doğum Öncesi Bakım Alma Oranı (%) En az 4 izlem											
2008	45	83	42	..	45	..	38	51	76	..	48
Sağlık Personeli Yardımı ile Doğum (%)											
1990-1999	48	87	40	95	42	85	39	62	90	98	61
2000-2008	46	92	48	96	59	92	41	70	95	99	65
Sezaryen doğumları (%)											
2000-2003	3.3	31.3	7.5	19.0	11.9	34.1	3.5	18.9	29.9	26.8	15.9
Anne Ölüm Hızı (100.000 canlı doğumda)											
2005	900	99	450	27	420	82	650	180	91	9	400

..verilerin uygun olmadığı ya da veri olmadığı durumları belirtmektedir.

Doğumda beklenen yaşam süresi (DBYS) açısından kadın ve erkekler ele alındığında kadınların ortalama 2-4 yıl erkeklerden daha uzun yaşadığı görülmektedir. DSÖ'nün 2009 verileri ile erkeklerde ortalama DBYS 65 kadınlarda 70 yıldır. HALE (Health Adjust Life Expectancy-Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Beklentisi) ise erkeklerde 58, kadınlarda 61 yıldır. Türkiye için 2007 yılında DBYS erkeklerde 71, kadınlarda 76 yıl, HALE erkeklerde 64, kadınlarda 67 yıldır (Bakınız Çizelge 3, WHO, 2009).

Türkiye'de kadın sağlığı ile ilgili Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, Ulusal Anne Ölüm Çalışması 2005 verileri Çizelge 4'de özetlenmiştir (TUİK, 2009, Sağlık Bakanlığı, 2010, TNSA 1998,2003, Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005). Yıllar itibari ile kadın sağlığı göstergelerinde bir gelişme, iyileşme söz konusudur. Ancak Doğum öncesi bakım almayan gebe kadınlar ve sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleşen doğumların yüzdesi 8'in yaklaşık yüz bin kadını işaret ettiği unutulmamalıdır.

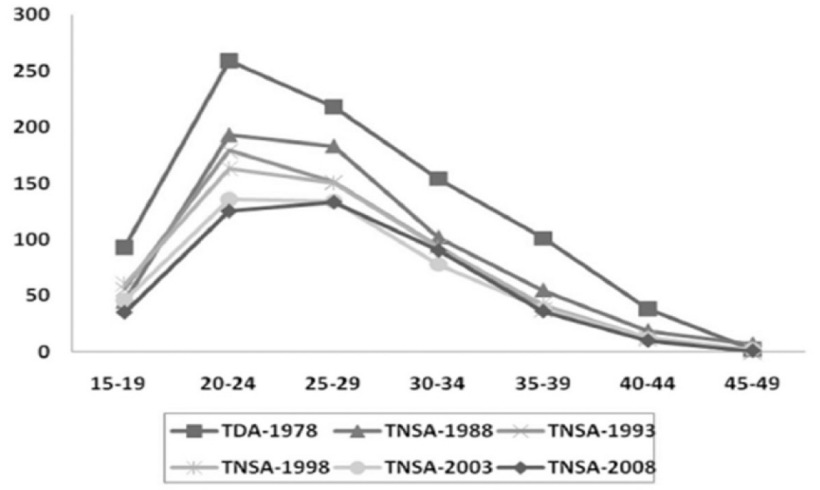
Çizelge 4. Türkiye'de kadın sağlığı ile ilgili göstergeler

Toplam Nüfus (ADNKS 2009)	72.5 milyon
15-49 Yaş Grubu Kadın Nüfusu (ADNKS 2009)	18.2 milyon (% 25.1)
Anne Ölüm Hızı (1982) (Yüz bin canlı doğumda)	132
Anne Ölüm Hızı (1997) (Türkiye, 53 il 615 hastanede) (yüz bin C.D.)	49.2
Anne Ölüm Hızı (2005) (HÜNNE) (yüz bin C.D.)	28.5
Okur-Yazar Kadın Yüzdesi (TNSA 1998-2008)	74.6-89.1
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın başına) (TNSA 1998-2008)	2.65-2.16
Doğum Öncesi Bakım Alan Gebe Oranı(%) (TNSA 1998-2008)	67.0-92.0
Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı (SB, 2008)	3.3
Loğusa Başına Ortalama İzlem Sayısı (SB, 2008)	1.2
Sağlık Personeli Yardımı ile Doğum Oranı(%) (TNSA 1998-2008)	81.0-91.3
İsteyerek Düşük Hızı (100 gebelikte) (TNSA 1998-2003-2008)	14.5-10.0
Kendiliğinden Düşük Hızı (100 gebelikte) (TNSA 1998-2003-2008)	8.7-10.5

Kaynaklar: Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi -ADNKS Sonuçları 2009, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA) 1998-2008. Hastane Kayıtlarından Türkiye'de Anne Ölümleri Nedenleri Araştırması 1997, Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005

Yaşa özel doğurganlık hızları karşılaştırıldığında (1978-2008), son otuz yılda belirgin bir azalmanın olduğu görülmektedir (Bakınız Şekil 13, TNSA, 2008) Toplam Doğurganlık Hızının 15-49 yaş Grubunda 1978'de 4.33, 1988'de 3.02, 1993'de 2.65, 1998'de 2.61, 2003'de 2.23, 2008'de ise 2.16'ya gerilediği görülmektedir.

Şekil 13. Yaşa Özel Doğurganlık Hızları (1978-2008)



Doğumda cinsiyet dağılımına bakıldığında kabaca birbirine yakın olduğu görülmektedir. Erkek fetüslerde kendiliğinden düşük ve ölü doğum daha sık görülür. Bu mortalite modeli yaşamın ilk 6 ayında da belirgin şekilde devam eder. Adolesan dönemi tüm yaşam dönemleri içerisinde en sağlıklı olunan dönemdir. Bu dönem de kızlar için erken gebelikler, güvensiz düşükler gibi nedenlerle, erkeklerde de kasıtlı, kasıtsız hasara bağlı yaralanmalar nedeniyle ölümler görülmektedir. Üreme döneminde kadınlar, menopoz dönemine dek biyolojik avantajı sahiptir ve kadın cinsiyet hormonları kadınları, iskemik kalp hastalıklarından korurken, sonrası dönemde, osteoporoz, diyabet, hipertansiyon, artrit ve bazı immün bozukluklar kadınlarda daha sık görülür Reprodüktif (Doğurgan) çağda maternal sorunlar nedeniyle olan anne ölümleri (gebelik, doğum ve lohusalık döneminde olan ölümler) ve doğurganlık ile ilişkili diğer sağlık sorunları (genital kanserler vb.) sadece kadın cinsiyette görülmektedir ve bu döneme ait hastalık yükünün önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Akın A., Özvarış ŞB., 2006).

Anne Ölümleri

Anne ölümü, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan bir nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür.



- *Doğrudan anne ölüm nedenleri*, gebelikle birlikte ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik durumlara direkt olarak bağlı olan nedenlerdir. En belirgin olanlar, hemoraji (kanama), puerperal sepsis (lohusalık humması, enfeksiyonu), eklampsi (gebelik toksemisi zehirlenmesi), emboli (pıhtı), sezaryenle doğum sırasındaki cerrahi ya da anestezi komplikasyonlarıdır.
- *Dolaylı anne ölüm nedenleri*, önceden var olan veya gebelik sırasında ortaya çıkan ve bu dönemde meydana gelen fizyolojik değişimlerin şiddetlendirdiği nedenlerdir.

Örneğin diyabet (şeker hastalığı), HIV/ AIDS, anemi, kalp rahatsızlığı, intihar.



- *Tesadüfi nedenler*, bir kadının gebe olmasa bile ölümüne neden olabilecek olaylar olarak tanımlanmaktadır.

Örneğin trafik kazası. Kazalar ve tesadüfi nedenlere bağlı ölümler, anne ölümüne yönelik hesaplamaların dışında tutulmuştur.



Ancak, tesadüfi nedenler ile dolaylı anne ölümü nedenlerinin birbirinden ayırt edilmesi her zaman kolay olmamaktadır. Ölüm nedeninin belirsiz olduğu durumlarda, anne ölümlerinin tespit edilmesinde yanlışlığa yol açmamak amacıyla ICD-10'da yeni bir gösterge olarak *gebeliğe bağlı ölüm* kavramı geliştirilmiştir. Uluslararası yayınların kullandıkları tanımların çok olmaması nedeniyle ve karşılaştırmanın yapılabilmesi amacıyla bu çalışmanın sonuçlarının sunulduğu tablolarda iki farklı sınıflamaya ilişkin değerler (gebeliğe bağlı ölümler ve anne ölümleri) sırasıyla verilerle bunların kolay ayırt edilebilir olması sağlanmıştır (HÜNEE, 2005). Bu çalışmaya kadar anne ölüm hızı/

oranı hesaplamalarında olası tespit eksiklikleri göz önüne alınarak tesadüfi nedenler dahil, herhangi bir nedenle olan tüm anne ölümleri ele alınmıştır.



Gebeliğe bağlı ölüm, ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır.

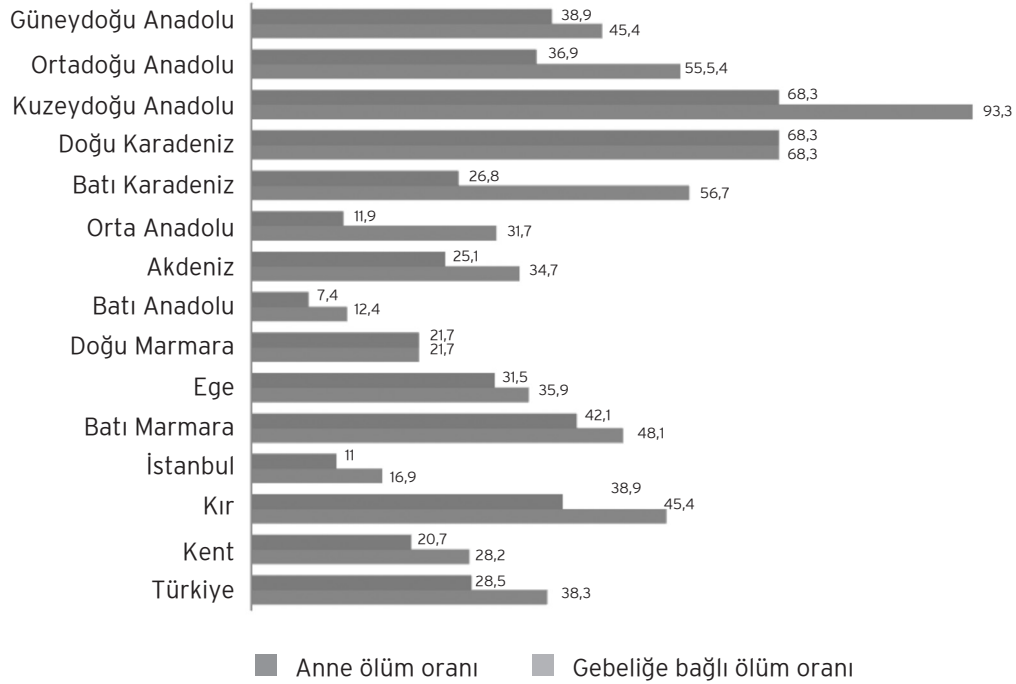
Gebeliğe bağlı komplikasyonlar nedeniyle yılda 528 bin anne ölmekte olup, bunun; % 99'u gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. Birleşmiş Milletler, Milenyum Binyıl Kalkınma Hedeflerinin başında, anne ölüm oranının düşürülmesi gelmektedir.

Dünyada her 1 dakikada,

- 380 kadın gebe kalmakta,
- 190 kadın istenmeyen veya planlanmamış gebelikle karşı karşıya kalmakta,
- 110 kadın gebeliğe bağlı bir komplikasyon yaşamakta,
- 40 kadın güvensiz düşük yapmakta,
- 1 kadın gebeliğe bağlı bir komplikasyon nedeniyle ölmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından yürütülen Anne Ölümleri 2005 çalışması verilerine göre, gebeliğe bağlı ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 38.3 olarak bulunmuştur. Batı Anadolu Bölgesi'nde (12.4) en düşük, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde (93.3) ise en yüksek seviyededir. Gebeliğe bağlı ve anne ölüm oranları, 35 yaş üstü kadınlarda, özellikle de 40-49 yaş grubunda hızla artmaktadır.

Şekil 14. Gebeliğe Bağlı Anne Ölüm Oranları, Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005



Anne ölüm oranı Türkiye için 100.000 canlı doğumda 28,5'tir.

- En düşük seviyeye Batı Anadolu (7,4) ve en yüksek seviyeye Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu (68,3) bölgeleri öne çıkmaktadır.
- Gebe kadınların yüzde 58,4'ü doğrudan, 15,8'i ise dolaylı nedenlerden dolayı ölmüştür.
- Anne ölümüne yol açan nedenlerin dörtte biri doğumdan hemen önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra başlayan kanamalardan kaynaklanmaktadır.
- Anne ölümlerinin yüzde 15,7'si post-partum hemorajiden kaynaklanmakta olup bu ölümler de post-partum (doğumdan sonra) ölümlerinin yüzde 50'sinden fazlasını oluşturmaktadır.
- Bu ölümlerin de üçte biri doğum sonrası ilk 12 saat içerisinde gerçekleşmiştir.
- Atonik uterus (Doğum sonrası rahmin toparlanamaması) ve plasentanın (tamamının veya bir kısmının) içeride kalması temel nedenler olarak öne çıkmıştır.

- Doğrudan anne ölüm nedenleri arasında ön plana çıkan ikinci önemli neden, ödem, proteinüri (idrarda protein varlığı), hipertansiyon ve konvülsiyon (sara benzeri nöbet geçirme) ile desteklenen eklampsi (gebelik toksemisi/zehirlenmesi) olarak belirlenmiştir (anne ölümlerinin yüzde 18.4'ü; gebeliğe bağlı ölümlerin ise yüzde 13.7'si).
- Eklampsi önceden varolan hipertansif bozukluklara bağlı, ya da bundan bağımsız olarak ortaya çıkmıştır.
- Diğer obstetrik nedenli anne ölümlerinin oranı yüzde 15.7'dir. Bu ölümler, genellikle sezaryen sonrasında ve aynı zamanda anestezi ve cerrahi işlemlere bağlı olarak kalbin, akciğerlerin ya da beynin fonksiyonlarını yerine getirememesi sonucu gelişen emboliden (yüzde 7.8) kaynaklanmaktadır.
- Zor doğumlarda müdahalenin geç yapılması nedeniyle ortaya çıkan uterus rüptürünün anne ölümleri içindeki payı yüzde 1.4'tür.
- Gebeliğe bağlı enfeksiyonlar, yoğun olarak puerperal sepsis, anne ölümlerinin yüzde 4.6'sına neden olmaktadır.
- Kadınların yüzde 1.8'i de septik abortus ya da ektopik (dış) gebelik nedeniyle ölmektedir.
- Anne ölümlerinin yüzde 10.1'i için ayrıntılı ölüm nedeni, hasta dosyalarından ve/veya ölen kadının yakınlarından detaylı bilgi alınamadığı için belirlenememiştir (HÜNEE, 2005).

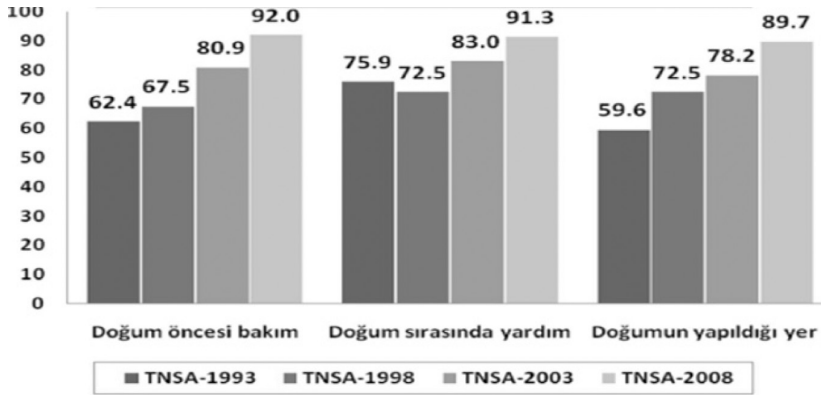


Anne ölümlerinin hemen hemen tamamı önlenabilir ölümlerdir. Anne ölümlerinin önemli bir kısmı doğumdan hemen önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra obstetrik hemoraji ve eklampsiden dolayı meydana gelmektedir. Bu nedenle gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde sunulacak hizmetlerle bu ölümlerin önlenmesi mümkündür.

TNSA verilerine göre Türkiye'de obstetrik (gebelik ve doğum) hizmetleri ile ilgili mevcut durum verilmektedir. (Bakınız Şekil 15, TNSA, 2008). Doğum öncesi bakım alma, doğum sırasında sağlık personelinin yardım alma ve sağlık kuruluşunda olan doğumların oranı son yirmi yılda artış göstermektedir. Ancak bu hizmetlerden yararlanmayan kabaca % 10'un sayıca değerinin yaklaşık 130.000 kadın olduğu unutulmamalıdır. Her yıl yüz binin üzerinde sayıda

gebe kadın doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanmamakta ve ev koşullarında sağlık personeli yardımı almadan ebe nine adı verilen sağlık eğitimi almamış kişiler tarafından kötü hijyenik koşullarda doğum yapmaktadır.

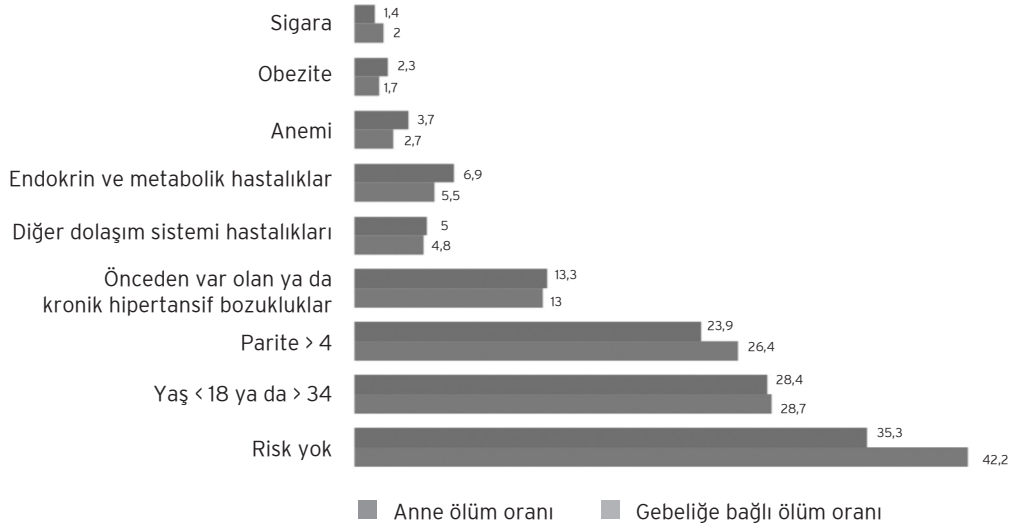
Şekil 15. Türkiye’de obstetrik hizmetlerin durumu (TNSA, 2008)



Bu noktada Güvenli Annelik Programının yeri ve önemi daha da artmaktadır. Gebelik fizyolojik bir süreçtir; kadınlar için, gebe olmayan bir kadınla karşılaştırıldığında gebe kadın daha risklidir. Gebelikte görülen fizyolojik değişiklikler (kan volümü artışı, kısa sürede alınan kilo) intrauterin fetusun gelişiminin desteklenmesi için annenin kemik ve kan depoları kullanmaktadır. Hele annede anemi, adolesan gebelik (<18 yaş gebelikler) gibi mevcut depoları ile ilgili yetersizlikler, fiziksel, mental, sosyal yönden gelişimsel olarak maturasyonunu tamamlamama gibi bir zemin var ise bu fizyolojik değişiklikler annede ve bebeğinde yaşamı tehdit eden sorunlara yol açabilmektedir.

Gebelikler kendi içinde ele alındığında her beş gebeden üçü normal, rutin gebedir, ancak geriye kalan iki gebeden biri riskli biri çok risklidir. Sağlık hizmetlerinde bu nedenle 15-49 yaş kadın izlemleri, gebeliklerin istenen planlanan gebelikler olmasını sağlamada ve erken dönemde gebeliklerin tespit edilmesinde anahtar bir role sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde 15-49 yaş kadın izleminin yılda en az iki kez olması gerektiği belirtilmektedir (Aile Hekimliği Rehberi, 2010). Ancak gebeliğin erken dönem de özellikle ilk trimestrede (ilk 3 ay) saptanması için bu hizmetin 3 ayda bir gerçekleştirilmesi anne ve çocuk sağlığı açısından önemlidir. Anne ölümlerinin % 35.3'ünde gebelikle ilgili herhangi bir risk faktörünün tespit edilmediği de göz önünde bulundurulmalıdır. Şekil 16'de anne ve gebeliğe bağlı ölümlerin gebelikte risk durumuna göre dağılımı görülmektedir.

Şekil 16. Anne ve gebeliğe bağlı ölümlerde risk durumu varlığı (Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005)



Güvenli Annelik Programı

1987 yılında DSÖ öncülüğünde Nairobi’de yapılan uluslararası bir toplantı ile, temel amacı anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmak olan “Güvenli Annelik” programı başlatılmıştır. Günümüzde 100’den fazla ülkede uygulanan bu program Türkiye’de 1994 yılında pilot uygulamalar şeklinde başlatılmış, halen tüm illerde uygulanmaktadır.

Anne ve yenidoğan bebek ölümlerinin önlenmesi genellikle pahalı ilaç ve araç-gereç ya da yüksek teknoloji gerektirmemektedir. Anne ölüm nedenlerinin başında şunlar gelmektedir;

- Kanama
- Enfeksiyon
- Eklampsi (gebelik zehirlenmesi - toksemisi)
- Zor doğum eylemi
- Sağlıksız düşük

Yenidoğan bebek ölüm (0-28 gün) nedenlerinin başında ise şunlar yer almaktadır:

- Gebelikte yetersiz bakım alma
- Doğumda yanlış yaklaşımlar
- Bebeğin doğum sırasında oksijensiz kalması (asfiksi)

- Bebeğin vücut ısısının düşmesi (hipotermi)
- Enfeksiyonlar

Anneler ve bebekleri kolayca önlenebilir nedenlerle ölmektedir.

Anneliği güvenli (Safely motherhood) yapmak demek; Kadına, ailelere gebelik zamanlamasını, sayısını, aralığını uygun şekilde ayarlayabilmeleri için gereken hizmetin verilmesi ve gebelerin, temel hizmetlere ulaşmalarının sağlanmasıdır. Yeni doğanın yaşatılması ve sağlıklı olması ise, gereksinimlerinin farkında olarak yaşamının en önemli olan ilk dakikalarında gereken hizmetin verilmesidir (c, Güvenli Annelik, 2005).

Dönemler	Yapılması Gerekenler
Gebelikten Önce ve Gebelikte:	<ul style="list-style-type: none"> - Aile Planlaması danışmanlığı ve hizmetleri, - CYBE/HIV'in önlenmesi, - Tetanosa karşı bağışıklama, - Gebeliğin tespiti ve izlenmesi (izlem en az 6 kez olmalıdır), - Gebede mevcut hastalıkların (Anemi, Hipertansiyon, Diyabet, Tüberküloz, Sıtma vb.) tespiti ve tedavisi için girişimler, - Beslenme ve diyetle ilgili öneriler, - Demir ve folat verilmesi, - Gebelik komplikasyonlarının (Preklampsi/eklampsi, kanama, abortus, anemi gibi) zamanında tespiti ve tedavisi için girişimler.
Doğum Sırasında	<ul style="list-style-type: none"> - Temiz, güvenli (travmasız), sağlık personeli yardımı ile doğumun sağlanması, - Komplikasyonların (örneğin kanama, gebelik zehirlenmesi, uzamış eylem, engellenmiş doğum gibi) erken fark edilerek saptanması ve sağlık ocağı veya hastane düzeyinde uygun müdahale ve yaklaşımların uygulanması.

Doğum Sonrası Anne:	<ul style="list-style-type: none"> - Doğum sonu komplikasyonların (örneğin kanama, enfeksiyon, gebelik zehirlenmesi gibi) erken fark edilerek saptanılması ve sağlık ocağı veya hastane düzeyinde gerekli müdahale ve yaklaşımların uygulanması, - Doğum sonu bakım (izlem en az 4 kez olmalıdır, ilk sütün (kolostrum-ağız) önemi ve ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslemenin, emzirmenin teşviki, meme sorunlarında uygun yaklaşım, loşi takibi, doğum sonrası depresyon, bebek bakımı vb. konularda eğitim verilmesi), - Aile planlaması ile ilgili bilgilendirme, danışmanlık ve yöntem sunum hizmetinin verilmesi, - CYBE, HIV/AIDS'in önlenmesi, - Tetanosa karşı bağışıklama.
Doğum Sonrası Bebek:	<ul style="list-style-type: none"> - Canlandırma, - Hipotermi (düşük vücut ısısı) önlenmesi, - Erken (ilk 30 dakika içinde) ve sadece anne sütünün verilmesi, - Enfeksiyonun önlenmesi ve gerekli yaklaşımın uygulanması (kordon ve yenidoğan göz enfeksiyonu gibi).

Güvenli annelik programının uygulanması ile elde edilen deneyimler, programın başarısı için;

- Kadınların güçlendirilmesi,
- Her gebeliğin en sağlıklı ve eğitimli gruplarda bile risk taşıdığı,
- Doğumun mutlaka eğitimli personel tarafından yaptırılması,
- Nitelikli doğum bakım hizmetlerine ulaşılabilmesi,
- İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi
- Sağlıksız düşüklerde gerekli hizmetin verilmesi,
- Acil doğum hizmetlerinde iyi işleyen bir sevk sisteminin olması
- Mutlaka programla ilgili gelişmelerin bilimsel yöntemlerle değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur.

Sağlık çalışanları şunları dikkate almalı ve yapmalıdır:

- Her gebeliği riskli kabul etmelidir.
- Gebeliklerin erken tespit edilebilmesi için 15-49 yaş kadın izlemelerine önem vermelidir.

- Gebe kadın uygun-yeterli aralıklarla izlenmelidir (İlk tespit gebeliğinin ilk 16 haftası içinde olmalı sonrasında, 20-22., 30-32. ve 36-38. haftalar arasında olmak üzere bir gebe, gebeliği boyunca en az 4 kez izlenmelidir, riskli olan gebeler daha sık izlenmelidir).
- Gebe kadına en az 2 doz tetanos aşısı yapılmalı ve demir profilaksisi başlanmalıdır.
- Doğumlar bir sağlık kuruluşunda ve sağlık personeli yardımı ile gerçekleşmelidir.
- Bebek doğar doğmaz hemen (ilk 30 dakika içinde) emzirilmelidir.
- Çocuk doğduktan 1 hafta sonra Fenilketonüri, Konjenital hipotirodi ve Biotidinaz eksiliği taraması amacı ile topuktan kan alınmalıdır.
- Doğumdan sonraki 42 günlük lohusalık döneminde, her loğusa en az 4 kez (ilki 24-48 saatte, 5. 15. ve 42. günde olmak üzere) izlenmelidir, riskli olan lohusalar daha sık izlenmelidir.
- Doğumdan sonra en az iki yıl süre ile gebe kalınmamalı, istenmeyen gebelikler önlenmelidir. Bunun için etkili bir doğum kontrol yöntemi kullanılmalıdır (Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Yönetimi Rehberi, 2010).

Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Kavramları

Klasik AÇSAP yaklaşımı ile yirminci yüzyılın ikinci yarısında kadın ve çocuk sağlığında çok önemli mesafeler kat edilmiştir (Cross AW, 1998). 1994 yılına gelindiğinde Kahire'de yapılan Birleşmiş Milletler Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda artık geleneksel AÇSAP yaklaşımının varolan veya yeni ortaya çıkan kadın ve çocuk sağlığı sorunlarını çözmede sınırlılıkları olduğu dile getirilerek yeni bir yaklaşım olan "Üreme Sağlığı, Cinsel Sağlık ve Üreme Hakkı" kavramları tanımlanmış ve hizmet modelinin anne ve çocuk merkezinden üreme sağlığı merkezine odaklanması planlanmıştır.

Üreme Sağlığı, yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın bulunmayışı değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde tamamlanmasıdır şeklinde tanımlanmıştır (Türmen, Akın A, Özvarış ŞB, 2006).



Üreme sağlığı kavramının temel öğeleri şunlardır:

- Bireylerin üreme organlarının normal işlev görmesi
- Sağlıklı, mutlu, güvenli, sorumlu bir cinsel yaşamlarının olması
- Cinselliğin ve doğurganlığın zorlamalar olmadan yaşayabilmesi
- Çocuk sahibi olup olmama ya da ne zaman ve kaç çocuk sahibi olacağına karar verebilme
- Bu kararı istediği gibi uygulayarak planlanmış gebelikler sonucu sağlıklı çocuklara sahip olabilme
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon etkenlerinden korunabilme ve gerektiğinde tedavi olabilme



Üreme sağlığı, bireylerin tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman ve nasıl olması gerektiğine karar verme özgürlüğüne sahip olmasıdır.

Mutlu ve güvenli bir cinsel yaşam, üreme yeteneğini koruma, bu yeteneği kullanma zamanı ve sıklığı konusunda karar verme özgürlüğü, kadın erkek, genç yaşlı tüm bireyler için cinselliği de kapsayan bir bütün ve temel bir haktır. CS/ÜS hizmetleri kapsamında bireylerin üreme-cinsel hakları gözetilmelidir. Herkes için şiddet, baskı, ayrımcılığın olmaması, bilgilenme, bilgi, yöntem, teknik ve hizmetlere ulaşabilme, gebelikten korunma yöntemi seçme, güvende olma ve güven duyma, mahremiyetinin korunması, gizlilik, onurun korunması, hizmet alırken rahatlık, hizmette süreklilik ve görüş bildirme hakkı korunmalıdır.

Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Amaçları

- Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili gereksinimlerin karşılanması,
- İstenmeyen gebelikleri önlemek; yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak,
- Erkeklerin katılımını artırmak,
- Emzirmeyi teşvik etmek,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkları, komplikasyonlarını önlemek ve tedavi yöntemleri bulmak,

- Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin, yeterince gelişmesini sağlamak,
- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,
- Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirmek, hizmet ve danışmanlık sağlamak,
- Erken yaştaki gebelikleri azaltmaktır.

Üreme Sağlığı Kapsamında Sunulan Hizmetler

- Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme, eğitim, iletişim,
- Yaygın aile planlaması hizmetleri, eğitim, bilgilendirme, danışmanlık,
- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; Doğum Öncesi Bakım, sağlıklı doğum, Doğum Sonrası Bakım, Yeni doğanın canlandırılması hizmetleri,
- Genital Yol Enfeksiyonlarının etkin kontrolü,
- Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların önlenmesi,
- İnfertilitenin önlenmesi,
- Güvenli olmayan düşüklerin önlenmesi,
- Üreme organ malignitelerinin önlenmesi,
- Beslenmenin geliştirilmesi,
- Bebek ve çocuk sağlığı,
- Ergen sağlığı ve cinselliği,
- Çevresel faktörlerin düzenlenmesi,
- Sosyal kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenleneme hizmetleridir.

Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TUSP)

TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından, üreme sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilirliğini, kalitesini artırmak ve bu hizmetlerin kullanımının sağlanması için "Türkiye Üreme Sağlığı Programı" 2003 yılında başlamıştır.

TUSP'nın amacı Türkiye'de, başta kadınlar olmak üzere hedef grupların sağlık statüsünü iyileştirmektir. Toplumda üreme sağlığı hakları bilincinin yerleştirilmesi ile hizmet kullanımının yaygınlaştırılması ve hizmet sunumunu daha iyi hale getirmek için altyapı özelliklerinin gereksinimlere uygun olarak geliştirilmesidir. Hedef, tüm nüfus, özellikle kadın ve gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) durumunun geliştirilmesidir (TUSP, 2010).

Toplumsal Cinsiyet (Gender)

Kısaca "Gender" sözcüğü ile ifade edilen ve her iki cinsiyet açısından da ele alınması gereken *toplumsal cinsiyet rolleri*, yani toplumun bireyin cinsiyeti nedeni ile ona biçtiği rol ve beklentileri, buna bağlı olarak yapılan *toplumsal cinsiyet ayrımcılığı*, her iki cinsiyetin sağlığını da olumsuz etkileyebilmektedir.



Sosyal statü; toplumun ve çevrenin bireye atfettiği "sosyal değer" olarak tanımlanır.

Bir çok psikososyal faktörün etkileşmesi ile ortaya çıkan bir **sonuçtur**. Kadının genel sağlık durumu, toplum içindeki statüsü ile yakından ilgilidir. Kadın sağlığı ile ilgili pek çok olumlu ya da olumsuz durumun hazırlayıcı nedenidir (Akın A, Demirel S, 2003, Akın A, 2007, Türmen T, 2003, KSGM, 2008, 2010).

Kadının Statüsünü Belirleyen Faktörler

- Toplumsal cinsiyet rolü,
- Toplumsal cinsiyet eşitliği,
- Toplumsal cinsiyette hakkaniyet,
- Eğitim ve çalışma yaşamında fırsat eşitliği,
- Ekonomi (Çalışma yaşamına katılım ve kazanç),
- Siyasi alanda eşit katılım ve söz hakkı,
- Sosyal engellerdir.
- *Toplumsal cinsiyet (gender)*; biyolojik farklılıklardan dolayı değil, ait olduğumuz toplumun yapısal özelliklerinden dolayı sahip olduğumuz imaj ve birer kadın\erkek gibi düşünüp davranmamızın beklentileriyle ilgilidir.
- *Toplumsal cinsiyette eşitlik (gender equality)*: Yasalar önünde eşit olma, aile ve toplum içinde kaynaklardan, imkânlardan ve hizmetlerden eşit yararlanmadır.

- **Toplumsal cinsiyette hakkaniyet (gender equity):** Fırsat ve sorumlulukların adil biçimde dağıtılması, Farklı gereksinimler ve güç, İki cinsiyet arasındaki dengeyi düzeltecek şekilde genellikle kadına özel program ve politikalar yürütülmesi (pozitif ayrımcılık) ise, kadının ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rollerini ve sorumluluklarını ifade eder.

Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Sağlık İlişkisi

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı nedeniyle kadınların bazı insan haklarını kullanamamaları sağlıklarını da olumsuz etkilemektedir. Bu etkileşim genellikle "gender" cinsiyet ayrımcılığının kaçınılmaz bir sonucu olan "kadının düşük toplumsal statüsü" nedeni ile ortaya çıkmaktadır.

Bu duruma birkaç örnek vermek gerekirse, Dünyada, gelişmekte olan 99 ülkede yapılan bir araştırmaya göre; kadının toplumsal statüsü ve doğurganlığı arasında doğrudan bir ilişki vardır ve kadının statüsü iyileştikçe sahip olduğu çocuk sayısı azalmaktadır. Aynı şekilde, kadının statüsü iyileştikçe obstetrik hizmetlerden yararlanma oranı da artmaktadır. Buna Türkiye'den örnekler verilecek olursa, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçlarına göre, kadının öğrenim düzeyi yükseldikçe doğum öncesi bakım alma ve sağlıklı koşullarda doğum yapma oranlarının arttığı görülmektedir (Çizelge 5).



Çizelge 5. Kadının öğrenim düzeyine göre obstetrik hizmetlerden yararlanma durumu

Kadının Öğrenim Düzeyi	Doğum öncesi bakım alanların oranı (%)	Sağlıklı doğum oranı (%)
Yok/İlkokulu bitirmemiş	37.6	54.8
İlkokul mezunu/Ortaokulu bitirmemiş	76.2	89.8
Ortaokul ve +	96.0	99.7

Kaynak: 1998 TNSA İleri Analiz Sonuçları

Eğitim düzeyi çok düşük olanlar arasında doğum öncesi bakım alma % 37.6, sağlıklı doğum oranı % 54.8 iken ortaokul ve üzerinde öğrenim görmüş olanlarda bu oranlar sırası ile % 96.0 ve % 99.7'dir (Bahar Özvarış Ş, Akın A, 2002).

Günümüzde Dünya’da, 45 milyon insan HIV enfeksiyonu ile, 330 milyon ise tedavi edilebilir cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) ile yaşamaktadır. Bilindiği gibi geçmişte HIV prevalansı erkeklerde daha yüksek iken, bu fark kadınların aleyhine giderek azalmaktadır. Burada etkili olan faktör, kadının biyolojik duyarlılığındaki farklılığın bulaşmayı kolaylaştırmasıdır; cinsel ilişkide enfeksiyonun bulaşması kadınlarda iki misli daha fazladır. Ancak kadının sosyal konumundan, düşük statüsünden kaynaklanan sosyal duyarlılığı da bulaşmayı kolaylaştıran, belki de biyolojik duyarlılığından daha fazla etkili olan bir faktördür. Kadının ekonomik bağımlılığı, karşı gelememesi, “hayır” diyememesi ve bazı Afrika ülkelerinde olduğu gibi kadına yapılan zararlı geleneksel uygulamalar bulaşmayı daha da artırarak kadınlardaki HIV dahil bütün CYBE’leri artıran ciddi bir etkidir.

Dünya’da Kadın Erkek Eşitliği ve Toplumsal Cinsiyet Ayırmacılığının Önlenmesi ile İlgili Bazı Gelişmeler

- Uluslararası gündemin önemli bir konusu olan *Toplumsal cinsiyet ayırmacılığının önlenmesi* ile ilgili Birleşmiş Milletler (BM) öncülüğünde yapılan bazı temel aktiviteler ve oluşturulan mekanizmalar, kadın erkek eşitliği ve kadının statüsünü iyileştirmede önemli adımlardır.
- 1945 yılında BM’nin kuruluşuna ilişkin Taslak BM Anlaşmasının ele alındığı konferansta, anlaşmada geçen “erkekler arasında eşitlik” maddesi “kadınlar ve erkekler arasında eşitlik” olarak değiştirilmiştir.
- 1946 yılında kurulan, “BM Kadının Statüsü Komisyonu- BM, KSK” kadın-erkek eşitliği ve kadının toplumsal konumunun yükseltmesi ile ilgili halen işlevini sürdüren bir komisyondur.
- 1948 yılında kabul edilen “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”nin 1. ve 2. maddelerinde, bütün insanların eşit doğdukları ve herkesin ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka bir görüş, ulusal ve toplumsal köken, doğuş ya da benzeri başka bir statü gibi herhangi bir ayırım gözetilmeksizin, bu bildirmede belirtilen tüm hak ve özgürlüklere eşit biçimde sahip olduğu vurgulanmaktadır.
- Birleşmiş Milletler 1975-1985 yılları arasını “Dünya Kadın On Yılı” olarak ilan etmiş olup bu on yılın en önemli çıktısı 1979 yılında BM Genel Kurulunda kabul edilen “Kadına Karşı Her Türü Ayırmacılığın Önlenmesi Sözleşmesi”dir (CEDAW). Uluslararası yasa niteliğinde olan bu sözleşme 1980 yılında üye ülkelerin imza-

sına açılmış olup, 18 Mart 2005 tarihi itibarıyla 180 ülke sözleşmeyi imzalayarak parlamentolarında onaylamış, 98 ülke ise sadece imzalamıştır.

- 1994 yılında Kahire’de BM tarafından düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD), özellikle “Üreme Sağlığı ve Üreme Hakları” konularını tanımlayarak vurgulaması yönünden son derece önemlidir.
- Birleşmiş Milletler Milenyum, Yeni Bin Yıl Kalkınma Hedefleri Bildirgesi 2000 yılında kabul edilmiştir. Bildirgede 8 hedef belirlenmiş olup 3. hedef, “Toplumsal cinsiyet eşitliğini teşvik ederek kadının durumunun güçlendirilmesi” olarak ifade edilmektedir.
- Kurulduğu 1946 yılından beri düzenli olarak yıllık genel kurul toplantıları, ara ara da özel oturumlar yapan Birleşmiş Milletler Kadının Statüsü Komisyonu’nun Türkiye’nin de katıldığı 51. Dönem Toplantısı 26 Şubat-9 Mart 2007 tarihleri arasında New York’ta gerçekleştirilmiştir. Toplantının ana temaları “kız çocuklarına karşı her türlü ayrımcılığın ve şiddetin önlenmesi” olup “sonuç belgesinin uygulanması sürecinin değerlendirilmesinde, erkeklerin ve erkek çocuklarının cinsiyet eşitliğine ulaşmadaki rolü” olarak belirlenmiştir.
- DSÖ’nün 2005 yılında yayınladığı bir monograf, “toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en açık sonucu olan kadına karşı şiddetle mücadele edilmez ise” pek çok bin yıl kalkınma hedefine ulaşamayacağı sonucuna varmaktadır.

Türkiye’de Kadın Erkek Eşitliği ve Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığının Önlenmesi Konularında Yapılanlar

Türkiye’de pek çok konuda olduğu gibi, kadın-erkek eşitliğinde de devrim niteliğindeki en olumlu adımlar Büyük Atatürk’ün önderliğinde Cumhuriyet döneminde atılmıştır.

1926:	Türk Medeni Kanunu'nun kabulü ile tek eşlilik zorunlu hale getirildi. Kadınlar boşanma hakkı, velayet hakkı ve malları üzerinde tasarruf yetkisine sahip oldular.
1934:	Anayasa değişikliği ile kadınlara seçme ve seçilme hakkı tanındı.
1935:	Kadınların seçme ve seçilme hakkını ilk kez kullandığı seçimlerde Parlamento'daki kadın üye sayısında % 4,6'ya ulaşıldı.
1965:	Nüfus Planlaması Hakkında 557 Sayılı Yasa çıkarıldı. Bu yasa ile geriye dönüşümlü aile planlaması yöntemlerinin serbest bırakılması bireylerin üreme haklarını kullanabilmeleri ve özellikle kadın sağlığı yönünden son derece önemlidir.
1983:	Kadının üreme hakkına daha duyarlı olan ve ona istemediği gebeliğini sonlandırmada karar yetkisi veren Nüfus Planlaması hakkında 2827 Sayılı Yasa kabul edildi.
1985:	Türkiye, "Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi"ni (CEDAW) imzaladı.(Sözleşme, 1986'da TBMM tarafından onaylandı.)
1990:	Türkiye "Çocuk Hakları Sözleşmesi"ni imzaladı (1994'te TBMM tarafından onaylandı).
	Daha sonra adı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) olarak değiştirilen kadın-erkek eşitliği ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığının önlenmesi konularında savunuculuk ve uygulamaları izlemede önemli bir mekanizma olan "Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü" (KSSGM) kuruldu.
1997	yılı kadının statüsü ile ilgili önemli ilerlemeyi sağlayabilecek bir adımın atıldığı yıl olup, zorunlu temel eğitimi beş yıldan sekiz yıla çıkaran 4306 Sayılı Kanun yürürlüğe girdi.
1998:	Aile içi şiddete uğrayan kişilerin korunması için gerekli tedbirlerin alınmasını düzenleyen 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun yürürlüğe girdi.
2002:	Kadın-erkek eşitliğinde önemli maddeler içeren yeni Medeni Kanun yürürlüğe girdi.
2005:	Yeni Türk Ceza Kanunu 1 Haziran 2005'te yürürlüğe girdi.
	Büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 50.000'i geçen belediyelerin kadınlar ve çocuklar için koruma evleri açmalarının belediyelerin görev ve sorumlulukları arasında olduğuna ilişkin düzenlemenin bulunduğu Belediyeler Kanunu yürürlüğe girdi.
	Töre ve namus cinayetleri ile kadınlara ve çocuklara yönelik şiddetin sebeplerinin araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu çalışmalarına başladı.
2006:	"Çocuk ve Kadınlara Yönelik Şiddet Hareketleriyle Töre ve Namus Cinayetlerinin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirler" konulu Başbakanlık Genelgesi yayımlandı.

Özet



Kadın sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmeti anlayışımız doğrultusunda önemli ve öncelikli hizmetlerin başında gelmektedir. Klasik AÇSAP Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri ile hem kadın hem de çocuk sağlığında somut pek çok gelişme yaşanmıştır. Yirminci yüzyılın sonunda klasik AÇSAP yaklaşımındaki kadının sadece anne rolü ile ön plana çıkarılmasının yerine Üreme Sağlığı, Üreme Hakkı, Cinsel Sağlık, Toplumsal Cinsiyet gibi görece yeni kavramlar kadın sağlığının sosyal belirleyicileri ele alınmaya başlanmıştır. Kadının sağlığı multifaktöriyel bir bileşkenin sonucudur. Bu faktörlerin başında kadının eğitim durumu, çalışma durumu, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu, yaşadığı yer, ekonomik durumu, vb. gelmektedir. Bu ünite de kadın sağlığı ile ilgili temel kavramlar, sağlık düzey göstergeleri, ülkemizde ve dünyada kadın sağlığının durumu kısaca ele alınmıştır.



Gözden Geçir

- Kadın sağlığını hangi göstergeler, ölçütleri kullanarak değerlendirebilirsiniz?
- Anne Ölümü nedir? Tanımlayınız.
- Anne ölüm nedenlerini gruplandırarak sıralayınız.
- Güvenli Annelik Programının Doğum öncesi, doğum, doğum sonrası ve bebeğe yönelik ögelerini sıralayınız.
- Üreme Sağlığı kavramını tanımlayınız.
- Toplumsal Cinsiyet nedir, tanımlayınız.
- Toplumsal cinsiyette eşitlik ve hakkaniyet nedir? Tanımlayınız.
- Türkiye'de ve Dünya'da kadın sağlığının mevcut durumunu tartışınız.

Sözlük



Perinatal Ölüm Hızı (PÖH): Bir toplumda, bir yılda, gebeliğin 22. haftasından sonra olan ölü doğumlar ile canlı doğup da yaşamının ilk 0-7 günü içinde ölen bebek sayısının, toplam doğumlara (canlı ve ölü) bölünmesi ile elde edilir, k sabit sayısı bindir, PÖH 1.000 toplam doğumda ifade edilir. Hem kadın hem çocuk sağlığı hizmetlerinin durumunu gösterir.

Toplam Doğurganlık Hızı (TDH): Bir kadının doğurganlık dönemi (15-49 yaş grubu olarak ele alınmaktadır) boyunca sahip olacağı çocuk sayısını ifade eder, yaşa özel doğurganlık hızlarının toplamıdır.

Toplam Düşük Hızı (TDH): Bir toplumda, bir yılda, isteyerek veya kendiliğinden olan düşüklerin (gebeliğin 22.haftasından önce sonlanması), toplam gebelik sayısına bölünmesi ile elde edilir, k sabit sayısı yüzdür, TDH 100 gebelikte ifade edilir. Aile planlaması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ile ilgili hizmetlerin durumunu gösterir.



Değerlendirme Soruları

- Aşağıdakilerden hangisi kadın sağlığı göstergesi olarak kullanılan ölçütler için yanlış olan seçenektir?
 - Erken yenidoğan ölüm hızı
 - Perinatal ölüm hızı
 - Anne ölüm oranı/hızı
 - Sağlık personel yardımı ile olan doğum oranı
 - Toplam doğurganlık hızı
- Perinatal ölüm hızı için doğru olan seçenek aşağıdakilerden hangisidir?
 - Anne ve bebek ölümlerini kapsar.
 - Kadın ve çocuk sağlığı hizmetlerinin durumunu gösterir.
 - 1000 canlı doğumda ifade edilir.
 - Kendiliğinden ve isteyerek düşük hızının toplamıdır.
 - Doğum öncesi, sırası ve sonrasında olan anne ölümlerini kapsar.
- Direk anne ölüm nedeni aşağıdakilerden hangisidir?
 - Diyabet
 - HIV/AIDS
 - Anemi
 - İntihar
 - Kanama
- Dolaylı anne ölüm nedeni aşağıdakilerden hangisidir?
 - Kanama
 - Puerperal Sepsis
 - Diyabet
 - Eklampsi
 - Güvensiz Düşükler

5. Aşağıdakilerden hangisi tesadüfi anne ölüm nedenlerinden biridir?
- Eklampsi
 - Kanama
 - Kazalar
 - Güvensiz Düşükler
 - Diyabet
6. Türkiye Üreme Sağlığı Programı TUSP kapsamında öncelikli hedef grup aşağıdakilerden hangisidir?
- Çocuklar
 - Gençler
 - Gebeler
 - Yaşlılar
 - Erkekler
7. Aşağıdakilerden hangisi kadının toplumsal statüsünü yükselten faktörlerden biridir?
- Aşırı doğurganlık
 - Eğitimsizlik
 - Cinsiyet ayrımcılığı
 - Yönetime katılım
 - Sosyal engeller
8. Yasalar önünde her iki cinsiyetin eşit olması aşağıdaki terimlerden hangisi ile ifade edilir?
- Gender-Toplumsal cinsiyet
 - Gender Equality- Toplumsal cinsiyet eşitliği
 - Gender Equity- Toplumsal cinsiyette hakkaniyet
 - Positive discrimination- Pozitif Ayrımcılık
 - Social Status Promotion- Sosyal Statünün İyileştirilmesi



Kaynaklar

- Akın A, Demirel S. (2003) Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki
- Akın A. (2007). Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayırıcılığı ve Sağlık Toplum Hekimliği Bülteni Cilt 26, Sayı 2, Mayıs-Ağustos
- Akın A., Özvarış ŞB. (2006), Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. İçinde, Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara.
- Bahar Özvarış Ş, Akın A. (2002), Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım». Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları (Ed. A. Akın), Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı ve UNFPA, Ankara.
- Baltaş Z. ve arkadaşları (2008). Halk Sağlığı Ders Kitabı, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No:4747, İstanbul.
- Cross AW. (1998). Maternal and Child Health. İçinde Maxcy-Rosenau-Last, “Public Health & Preventive Medicine”, (edited by) Robert B.Wallece, Fourteenth Edition, Appleton&Lange
- Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993, Bursa
- TC., Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) (2008) Politika Dokümanı, Kadın ve Sağlık, Ankara.
- TC., Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) (2010), Türkiye’de Kadının Durumu, Ankara.
- TC.,Sağlık Bakanlığı (2003). Gebelik İzlemi. İçinde Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi, Ankara.
- TC.,Sağlık Bakanlığı (2005), Güvenli Annelik Katılımcı El Kitabı http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/03_GA.pdf (erişim tarihi: 13.08.2010)
- TC.,Sağlık Bakanlığı (2010), Aile Hekimliği Rehberi, Ankara.
- TC.,Sağlık Bakanlığı (2010), Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Yönetimi Rehberi, Ankara.
- TC.,Sağlık Bakanlığı (2010), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Nisan 2010.

- TC.,Sağlık Bakanlığı TUSP, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, <http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/index.asp> (erişim tarihi:13.08.2010)
- Tümerdem Y. (1992). Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği) - İstanbul: İÜ Basımevi ve Film Merkezi.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008), HÜNNE, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. (2005), HÜNNE, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- Türmen T. (2003) Toplumsal cinsiyet ve Kadın (toplumsal_cinsiyet_ve_kadin.pdf (Erişim tarihi: 01.08.2010)
- Wang S., An L., Cochran SD. (2002) Women. İçinde Oxford Text Book of Public Health, Fourth Edition. Eds.Detels R., McEven J., Beaglehole R., Tanaka H. Oxford University Press.
- WHO (2009), World Health Organization, World Health Statistics 2009, Geneva.

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı

Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması

Yrd. Doç. Dr. M. Esin Ocaktan

7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Doğurganlık ve Doğurganlığın Düzenlenmesi
- Doğurganlığı Etkileyen Etmenler
- Doğurganlık Durumu ve Sağlık İlişkisi
 - › Anne Sağlığına Etkileri
 - › Çocuk Sağlığına Etkileri
- Türkiye’de Doğurganlığın Düzenlenmesi Politikaları
- Aile Planlaması Tanım ve Amaçları
- Kontraseptif Yöntemler
 - › Modern Yöntemler
 - Hormonal Kontraseptifler
 - Bariyer Yöntemler
 - Rahim İçi Araçlar
 - Cerrahi sterilizasyon
 - › Geleneksel Yöntemler
 - Geri Çekme Yöntemi
 - Periyodik Kaçınma Yöntemleri
 - Emzirme
 - Vajinal duş
- Türkiye’de Kontraseptif Yöntem Kullanım Durumu

Ünite Hakkında

- Bu ünite de doğurganlık ve doğurganlığın düzenlenmesi tanımlanmakta, doğurganlığın hangi etmenlerden etkilendiği ve aşırı doğurganlığın anne ve çocuk sağlığına etkileri ile ilgili bilgilere yer verilmektedir.
- Türkiye’de doğurganlığın düzenlenmesi politikaları ele alınmaktadır.
- Aile planlaması tanımlanmakta, amaçları ile ilgili bilgiler bulunmaktadır.
- Doğum kontrol yöntemleri modern ve geleneksel yöntemler başlığı altında sınıflandırılarak ayrı ayrı tanıtılmaktadır.
- Türkiye’de kontraseptif yöntemlerin kullanım durumlarına değinilmektedir.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladıңызda,

- Doğurganlığın ve doğurganlığın düzenlenmesinin tanımını, toplum için önemini, nelerden etkilendiğini ve sağlığı nasıl etkilediğini öğrenmiş olacaksınız.
- Aile planlaması yaklaşımını tanıyacak, amaçları hakkında bilgi edineceksiniz.
- Kontraseptif yöntemlerin sınıflandırılmasını ve yöntemlere ilişkin temel özellikleri kavrayacaksınız.
- Türkiye’de kontraseptif yöntemlerin kullanılma durumu hakkında bilgi sahibi olacaksınız.

Üniteyi Çalışırken



- Doğurganlığın düzenlenmesini tanımlayıp, etkilendiği etmenleri ve sağlığa etkilerini sıralayınız.
- Aile planlamasını tanımlayıp, önemini düşünün ve amaçlarını sesli olarak anlatınız.
- Kontraseptif yöntemleri sınıflandırarak sayın ve genel özelliklerini anlatınız.
- Türkiye’de kontraseptif yöntem kullanım durumunu anımsayın ve geliştirilmesi için neler gerektiğini tartışınız.

Doğurganlık ve Doğurganlığın Düzenlenmesi



Doğurganlık kadının üreme deneyimleri ile ilgili olan ve nüfusun büyüklüğü, artışı ve kompozisyonunu belirleyen, kadının statüsünü ve toplumun sağlık düzeyini etkileyen bir kavramdır.



Doğurganlığın düzenlenmesi ise çiftlerin üremeleri konusunda bilinçlendirilerek, kendi kararlarını verebilmeleri ve kendi seçecekleri etkili, güvenilir, ödenebilir ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını riske atmadan doğurganlıklarını zamanı, aralığı ve sayısı yönünden düzenleyebilmeleridir (Çilingiroğlu N. Doğurganlık S:68-71. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Editörler: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara, 2006., Akın A, Bahar-Özvarış Ş. Kadın Sağlığı/ Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması S:188-314 Editörler: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006 Ankara ISBN:975-491-214-9, Bahar-Özvarış Ş. Üreme Sağlığı Aile Planlaması S:1-5. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997).

Doğurganlığı Etkileyen Etmenler

- **Menarş ve menopoz yaşı:** Kadın yaşamındaki bu iki dönüm noktası arasında geçen süre doğurgan çağ olup, yaklaşık 35 yıllık bir döneme yayılmakta, ancak toplumdan topluma çeşitli genetik, çevresel vb. etkilerle değişiklik göstermektedir. Bu durum doğurganlığın da toplumdan topluma değişmesine yol açar.
- **Evlilik ve ilk evlenme yaşı:** Toplumlar arasında farklılık gösteren bir durumdur. Cinsel aktiviteye başlama yaşı, evlenme oranı, ilk evlilik yaşı, boşanma oranı, yeniden evlenme oranı değiştikçe doğurganlık da bunlardan etkilenmektedir.



Örneğin evlilik yaşı ileri kaydıkça talep edilen ve toplam sahip olunan çocuk sayısını azaltmaktadır.

- **Doğum aralığı:** Doğumlar arasındaki ortalama süre ve bu süreyi etkileyen emzirme, cinsel ilişki sıklığı, yöntem kullanımı, düşük yapma gibi nedenler doğurganlığı etkilemektedir.
- **Kontraseptif yöntem kullanımı:** Toplumda kullanımın yaygınlığı, yöntem çeşitliliği, yöntemlere ilişkin önyargılar ve yanlış kanılar, yöntemlerin başarı yüzdesi, yan etkileri, komplikasyonları, kullanım kolaylığı, eşlerin katılımı, olumlu/olumsuz yönleri, aile planlaması hizmetlerinin sunumu ile ilgili yetersizlikler de doğurganlık üzerine etkilidir.
- **İstenmeyen gebelikler ve istemli düşükler:** Çocuk sahibi olmak istemediği halde çeşitli nedenlerle herhangi bir kontraseptif kullanılmaması gelişmekte olan çoğu ülkede bir sorundur ve bu sorunu kimi zaman planlanmamış doğumlara neden olurken, kimi zaman isteyerek düşükler yolu ile giderilmeye çalışılmaktadır. Tüm bunlar doğurganlığı etkilemektedir.
- **Cinsel yolla bulaşan hastalıklar:** Fötüs kaybı ya da infertilite nedeni olmaları ile yaygın olduğu toplumlarda doğurganlık etkilebilir.
- **Sosyoekonomik ve kültürel etmenler:** Aile yapısının çekirdek ya da geniş aile olması, ekonomik durum, kadının statüsü yani eğitim, çalışma, gelir getirme ve söz sahibi olma durumu, çocuğun o toplumda maliyeti ve ekonomik yararı, cinsiyet tercihi gibi kültürel faktörler aile kararlarını etkilemektedir.
- **Bebek ve çocuk ölümlülüğü:** Toplumun bu sağlık düzey ölçütleri doğurganlık tercihlerini ve davranışlarını etkilemektedir.
- **Emzirme:** Emzirmenin bir doğum kontrol yöntemi olarak etkisinin ortaya çıkabilmesi için belli kurallar vardır. Doğumdan sonra 6 ay süreyle, gece de dahil, günde 10-12 kez her iki memeden emzirmek, ek gıdaya başlamak ve annenin hiç âdet görmemiş olması yüksek düzeyde koruyuculuk sağlar. Ancak emzirme uzun sürdürülse bile bu kurallara sıkı bağlı kalınmaması doğurganlığı etkilemektedir (Bahar-Özvarış Ş. Üreme Sağlığı Aile Planlaması S:1-5. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, Çilingiroğlu N. Doğurganlık S:68-71. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Editörler: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara, 2006, Kontraseptif yöntemler Uluslararası Basım Editör: Akın A. Çeviren Şenlet P. Demircioğlu Matbaacılık 1990 Ankara).

Doğurganlık Durumu ve Sağlık İlişkisi

Anne ve çocuğun hastalık ve ölümü yönünden aşağıdaki maddeler yüksek risk yaratmaktadır;

- Doğurganlığın aşırı olması (4 ve daha fazla doğum),
- Çok genç yaşta (18 yaş altı) olması,
- Çok geç yaşta olması (35 yaşından sonra) ve
- Çok sık olması (2 yıldan kısa aralıkla)

Diğer yandan gebelik ve doğumun risk yaratabileceği sağlık sorunları ve hatta sosyal engeller değerlendirilmelidir (Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Rehberi. Türk Silahlı Kuvvetleri, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Damla Yayıncılık, 2005).

Riskli Gebeliklerin Kadın Sağlığına Etkileri

- **Anne ölümleri:** Olumsuz doğurganlık özellikleri mevcut tıbbi sorunları ağırlaştırmaktadır.
- **Gebelik ve doğum komplikasyonları:** Düşükler, kanama, gebeliğe bağlı hipertansiyon, enfeksiyonlar başta gelmektedir.
- **Anemi:** Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşayan doğurgan çağ kadınlarda sıklığı fazla olan bu durumun gebelikte daha da artması ve sık gebe kalındığında kayıpların hiç yerine konamaması nedeniyle ağırlaşması söz konusu olabilir.
- **Annenin tükenme sendromu:** Gebelik ve emzirme sırasındaki kayıplar yerine konmadığında beslenme her gebelikte kötüye gider ve protein, kalori yetmezliği, demir eksikliği anemisi ve iyot eksikliği guatrı gibi sorunlar ortaya çıkar. Bu durum gebeliğin devamını ve anne karnındaki bebeğin gelişimini de etkiler.

Riskli Gebeliklerin Çocuk Sağlığına Etkileri

- **Bebek ölümleri:** Doğum yaşı ile bebek ölümleri arasında pozitif ilişki dünyada pek çok çalışmada gösterilmiş, aynı şekilde kısa doğum aralığından sonra doğan ya da kısa bir süre sonra kardeşleri olan bebekler daha yüksek ölüm riski altında bulunmaktadır.
- **Düşük doğum ağırlığı:** Annenin yaşı, doğum sayısı, doğum aralığı bebeğin doğum ağırlığını etkiler. Düşük doğum ağırlığı ise normal beklere göre kaybedilme olasılıklarını iki katı artıran bir durumdur.

- **Anemi ve Malnütrisyon:** Annenin doğum aralığı ve yaşı gibi faktörlerden etkilenen bir durumdur.
- **Enfeksiyona bağlı hastalıklar:** Bozuk hijyen koşulları, sağlıksız içme suyu gibi etmenler yanında aile büyüklüğü, ekonomik durum, eğitim durumu ve koruyucu sağlık hizmetlerinin niteliği rol oynamaktadır.
- **Büyüme ve gelişme:** Annenin yaşı, doğum sayısı ve doğum aralıkları ile doğrudan ilişki pek çok çalışmada gösterilmiştir.
- **Doğumsal anomaliler:** Özellikle annenin doğum yaşı ile ilişkili Down sendromu gibi kromozomal anomaliler iyi bilinmektedir.
- **Zekâ düzeyi ve akademik başarı:** Aile büyüklüğü ve doğum sıralamasının zekâ düzeyini ve akademik başarıyı etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
- **Çocuklar Arası Rekabet:** Sık gebelik önce doğan çocuğu sütünün kesilmesine neden olabilir. Beslenme, barınma, giyinme, ilgi, sevgi, bakım, eğitim yönünden çocuklar arası rekabet söz konusudur (Bahar-Özvarış Ş. Üreme Sağlığı Aile Planlaması S:1-5. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, Akın A, Bahar-Özvarış Ş. Kadın Sağlığı/ Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması S:188-314 Editörler: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006 Ankara ISBN:975-491-214-9).

Türkiye’de Doğurganlığın Düzenlenmesi Politikaları

Türkiye’de Cumhuriyetin kurulmasından sonra, ilk nüfus sayımının yapıldığı 1927 yılında nüfus 13 648 278 idi. Nüfus sayımı, 1935’deki sayımdan sonra her beş yılda bir yapılmış, 1990 yılından sonra ise 10 yılda bir yapılmasına karar verilmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti kuruluşundan bu yana nüfusa iki politika yön vermiştir;

- Bunlardan ilki 1965’e kadar doğumları teşvik edici ve nüfusu arttırmaya yönelik *pronatalist politikalar*dır. 1920 yılında nüfus konusu Atatürk tarafından bir politika olarak ele alınmış ve o günün

koşulları gereği pronatalist politika benimsenmiştir. Savaştan yeni çıkmış, tifüs, sıtma gibi hastalıklar nedeniyle büyük nüfus kaybına uğramış olan ülkede hem askeri güç için, hem insan gücüne dayanan tarım için nüfusun artmasına gerek vardı. Pronatalist politika, isteğe bağlı çocuk düşürmenin, gebeliği önleyici ilaç ve araç satılmasının, kullanılmasının, bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, altıdan fazla çocuğu olan ailelere ikramiye verilmesi, çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muafiyeti gibi önlemleri kapsayan yasalarla yürütülmesi söz konusu olmuştur.

- Nüfus artışı ülke kaynaklarının artan nüfusun gereksinimlerini karşılayamaması ile birlikte 1950'li yıllarda sorun olmaya başlamış, 1962'de Türkiye Büyük Millet Meclisi Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik kalkınma Planı'nda *antinatalist politikayı* kabul etmiştir. 1965 yılı sonrasında Nüfus Planlama Yasasında yer verildiği üzere, doğumları sınırlayıcı antinatalist politikalar benimsenmiştir. 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile gebeliği önleyici ilaç ve araç gerecin satışı, dağıtımı, kullanımı, eğitimi ve propagandası serbest bırakılmış, ancak iki önemli konu kapsam dışında bırakılmıştır. Bu konular isteğe bağlı cerrahi sterilizasyon (kısırlaştırma) ve isteğe bağlı düşüklerdir.

Sonraki süreçte nüfus sorunu önceleri ekonomik bir sorun olarak kabul edilmiş, daha sonraları ana ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmenin sağlık için önemi ve ekonomiye katkısı ile *Aile Planlaması* teriminin ele alınması gelişmeleri yaşanmıştır. 557 sayılı kanunda kapsam dışı bırakılan konular anne ve çocuk sağlığı açısından göstergeleri olumsuz etkilemiştir. Şöyle ki, yasal olmayan düşük ve cerrahi sterilizasyon yaygınlıkla uygulanmış, kişiler uygun olmayan yöntemlerle kendi kendilerine düşük yapmaya çalışmış, tüm bunlar çok sayıda anne ölümünü beraberinde getirmiştir.

Aile planlaması ile ilgili ikinci yasal düzenleme 1983 yılında 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un yayımlanması ile önceki yasaya ilave olarak gönüllü cerrahi kısırlaştırma ve on haftaya kadar gebeliklerde isteğe bağlı çocuk düşürmenin serbest bırakılmasının yanısıra, sektörler arası işbirliği ve uygulamalarda hekim dışı sağlık personelinin yararlanması gibi yenilikler yer almıştır (Çalı Ş., Nüfus ve Nüfus Sorunları. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997,

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt I Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2. basım 1995).

Aile Planlaması Tanım ve Amaçları

Aile planlaması, ailelerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda ve olanakları çerçevesinde çocuk sahibi olabilmeleri için sunulan hizmetlerin tümüne verilen isimdir.



Temel sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü olan Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri içinde ele alınır. Bireyleri bilinçlendirerek, kendi kararları ve tercihleri doğrultusunda, gönüllü bir şekilde bu hizmetlerden yararlanmasını sağlamaya çalışır. Böylece temel olarak, doğurganlığın düzenlenmesi konusunda daha önce sayılan riskli durumların önlenmesi çiftlerin istedikleri zamanda, istedikleri büyüklükte sağlıklı ve mutlu bir aile kurması amaçlanır.

Aile Planlaması hizmetlerinin amaçları aşağıda sıralanmıştır:

- Çiftlere gebeliği önlemede etkili olan yöntemler hakkında bilgi vermek ve bunların uygulanmasını sağlamak,
- Çok erken yaşta (18 yaşından önce) gebelikleri önlemek,
- Çok geç yaşta (35 'den büyük) gebelikleri önlemek,
- Sık doğum yapmayı önlemek,
- Çok sayıda (4 ve üzeri) doğumu önlemek,
- İstenmeyen gebelikleri önlemek,
- Riskli gebelikleri önlemek,
- Çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere yardımcı olmak,
- Topluma bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı bireylerin kazandırılmasını sağlamak,
- Hızlı nüfus artışını önleyerek toplumumuzun sağlıklı, mutlu, iyi eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli kişilerden oluşmasını sağlamak (Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Rehberi. Türk Silahlı Kuvvetleri, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Damla Yayıncılık, 2005; The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World health

Organization,USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997; Özyurda. F., Aile Planlaması Ders Kitabı, Hacettepe Taş Kitapçılık Ltd. Şti. Ankara 1992).

Kontraseptif Yöntemler

Bugün için bilinen ve kullanılan doğum kontrol yöntemleri iki ana başlıkta ele alınır. Modern (Etkili) yöntemler ve Geleneksel (Etkisi sınırlı) yöntemler.

Bu yöntemler mutlaka bir hekim ve/veya hemşireden alınan danışmanlık sonrası kullanılmalı, kişi rastgele kendi başına eczaneden alıp ve/veya kulaktan dolma bilgilere dayalı olarak kullanmamalıdır.



Danışmanlık, kişilerin kendilerine en uygun aile planlaması yöntemini bilinçli ve gönüllü olarak seçmelerine ve bunu doğru ve sürekli kullanmalarına yardımcı olmaktır.

Bu hizmet başvuran kişi ve olası ise eşi ile birlikte konuşarak, karşılıklı görüş ve fikir alışverişinde bulunarak gerçekleşir. Hangi yöntemin seçileceğine karar vermeden önce ön danışmanlık, karar verdikten sonra ve uygulanmadan önce yönetime özel danışmanlık, kullanım sırasında sorun varsa saptamaya ve çözmeye yönelik izlem danışmanlığı olmak üzere üç çeşit danışmanlık vardır (Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 1995, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II: Kontraseptif Yöntemler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000).

Doğum kontrol yöntemleri olan modern ve geleneksel yöntemlerin neler olduğuna ve ardından tek tek özelliklerine aşağıda yer verilmektedir.

Modern Yöntemler

Hormonal Kontraseptifler

- **Oral Kontraseptifler**

Kombine Oral Kontraseptifler: Toplumda bilinen adıyla doğum kontrol hapları sentetik östrojen ve progesteron içeren haplardır.

Ana etki mekanizması ovulasyonu inhibe etmek olup, kısmen de servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini ve endometrium mukozasını incelterek implantasyonu önler. Düzenli ve uygun biçimde kullanıldığında başarısızlık hızı 100 kadın yılında 0,2-1'dir (bir yıl boyunca düzenli kullanan 100 kadında 0,2-1 gebelik).

Yeni doğum kontrol hapları düşük doz östrojen ve değişen dozda progestinler içermektedir. Bir kutuda 21 tablet içermekte, âdetin ilk beş günü içinde başlanmakta ve kullanımın ilk ayında kondom gibi bir ek yöntemle koruyuculuğu garanti altına alınmaktadır. İkinci aydan itibaren tek başına verilebilir. Bir kutu bittiğinde diğer kutuya geçmeden 7 gün ara verilmelidir.

Bu yöntemin yan etkileri ve komplikasyonları toplumda daha iyi bilinmekte, doğum kontrolü dışı kadın sağlığına yararları daha az bilinmektedir.

- > Endometrium ve over kanserinden koruyuculuk,
- > Adet öncesi gerginliği yok etme,
- > Ağrılı âdet görmeyi ortadan kaldırma,
- > Adetle kaybedilen kan miktarını azaltma
- > Anemiyi önleme,
- > Fonksiyonel over kistlerini önleme ve tedavi etme,
- > Pelvik inflamatuvar hastalığa yakalanmayı azaltma,
- > Dış gebelikten korunma,
- > Endometriyozisi tedavi etme,
- > Akne ve hirsütizmi tedavi etme,
- > Miyom rastlanma sıklığını azaltma doğum kontrolü dışındaki olumlu yönleri arasındadır.

Ayrıca cinsel ilişkiyi etkilemez. En önemlisi de istenen yüksek oranda koruyuculuğu sağladığı için ve geri dönüşlü bir yöntem olduğu için güven verir.

Bugünkü mevcut bilgilere dayalı olarak düşük doz hormon içeren oral kontraseptiflerin meme ve serviks kanserine doğrudan etkisi olmadığı belirtilmektedir. Olumsuz yönleri ise yan etkilerinin olması, her gün hatırlamayı gerektirmesi, emzirme döneminde kullanılamaması, ilaç etkileşimlerinin olması ve bazı risk gruplarında özellikle damarsal komplikasyonları (kalp, akciğer, santral sinir sistemi, ekstremiteler vb.) nedeniyle kullanılamamasıdır. En

sık görülen yan etkiler baş ağrısı, bulantı, çeşitli kanama düzensizlikleri, akne ve kilo artışı olup bunlar yöntemin kullanıldığı ilk üç aydan sonra yüksek olasılıkla gerilemektedir (Ortaylı N.Hormonal Kontrasepsiyon s. 145-165. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World health Organization, USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997, Medical Eligibility Criteria for contraceptive Use. Third Edition. WHO Geneva 2004, Selected Practice Recommendations for contraceptive use. Second Edition. WHO Geneva, 2004, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II: Kontraseptif Yöntemler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara,2000, Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 1995).

Minihaplar: Yalnız progesterin içeren ve hiç ara vermeden kullanılan haplardır. Öncelikle servikal mukus kalınlaşması mekanizması ile gebeliği önlerken, endometriyumun incelenmesi ve ovulasyonun inhibisyonu sırasıyla onu takip eder. Minihapların başarısızlık hızı % 1.1 ile % 9.6 arasında bildirilmektedir. Kullanımına âdetin ilk günü başlanır ve ilk yedi gün ek bir korunma yöntemi kullanılır. Her gün düzenli ve aynı saatte alınması koruyuculuk açısından önemlidir. Minihaplar östrojen içeren preparatların kontrendike olduğu durumlarda ve emzirme döneminde kullanılabilir. En sık görülen yan etkisi kanama düzensizlikleridir. Bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner (Ortaylı N.Hormonal Kontrasepsiyon S:145-165. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World health Organization,USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997, Medical Eligibility Criteria for contraceptive Use. Third Edition. WHO Geneva 2004, Selected Practice Recommendations for contraceptive use. Second Edition. WHO Geneva,, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II: Kontraseptif Yön-

temler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000, Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 1995).

- **Enjekte Edilen Kontraseptifler**

Sadece Progesteron İçerenler: Kullanım kolaylığı, yüksek düzeyde koruyuculuğu ve kabul edilirliliği nedeniyle popüler yöntemlerdendir. DMPA (depo medroksiprogesteron asetat) üç ayda bir kas içine derin enjeksiyon yapmak yolu ile uygulanır. Başarısızlık hızı birinci kullanım yılının sonunda % 0,1'dir. Servikal mukusu kalınlaştırır ve ovulasyonu engeller. Östrojen içermediği için östrojene bağlı riskleri içermez.

- > Her gün hatırlamanın gerekmemesi,
- > endometriyum ve over kanseri riskini azaltması,
- > Âdet kanamasını ve anemiyi azaltması,
- > Emdometriyozis ve uterus miyomlarının görülme sıklığını azaltması,
- > Emzirmeyi etkilememesi,
- > Cinsel ilişkiyi etkilememesi
- > Elbette yüksek koruyuculuk yüzdesi olumlu yönleri arasındadır.

Özellikle ileri yaş ve emzirme dönemindeki kadınlarda uygun bir seçenek olabilir. En sık görülen yan etkisi âdet kanama düzensizlikleri, kilo artışı ve doğurganlığın geri dönüşünde birkaç aya varan gecikmedir

Kombineler: Ayda bir kez derin kas içine uygulanan bu kontraseptifler östrojen ve progesteron içerir. Olumlu yönleri, bu yöntemin başarı oranlarının yine yüksek olmasının yanı sıra, sadece progesteron içerenlere göre kanama düzensizliklerine daha az rastlanır olması ve kullanıcılarda doğurganlığın daha çabuk geri dönmesidir. Ancak östrojen kullanımının kontrendike olduğu kadınlarda kullanılamazlar ve her ay enjeksiyonu tekrarlama zorunluluğu kullanımı güçleştirebilir (Ortaylı N.Hormonal Kontrasepsiyon S:145-165. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kay-

nağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World health Organization, USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997, Medical Eligibility Criteria for contraceptive Use. Third Edition. WHO Geneva 2004, Selected Practice Recommendations for contraceptive use. Second Edition. WHO Geneva, 2004, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II: Kontraseptif Yöntemler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000 Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 1995).

- **Deri Altı İmplantlar**

Progesteron içeren kapsüllerin deri altına yerleştirilmesi ile günlük hormon salınımı ve günlük kan düzeyi sağlanması yoluyla etki eder. İmplantın tipine göre üç ya da beş yıl süren koruyuculuğu vardır. Ana etki mekanizması servikal mukusun sperm geçiriciliğini azaltmasıdır. Yanı sıra ovulasyonu da yüksek oranda inhibe eder. Ayrıca endometriumu incelterek implantasyonu engeller. Bilinen en etkili geri dönüşümlü yöntemdir. Cinsel ilişkiyi etkilemez, çıkarıldığında doğurganlık hemen geri döner. Emzirme döneminde kullanılabilir. Östrojen içermediği için buna bağlı kontrendikasyonlardan ve yan etkilerden korunulur. Eğitim görmüş sağlık personeli tarafından takılır ve çıkarılır. En önemli yan etkisi kanama düzensizlikleridir. Genital organ ya da meme kanseri varlığı ya da kuşku durumunda, akut karaciğer hastalığında, tromboembolik hastalık durumunda kullanılmamalıdır (Ortaylı N. Hormonal Kontrasepsiyon S:145-165. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World health Organization, USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997, Medical Eligibility Criteria for contraceptive Use. Third Edition. WHO Geneva 2004, Selected Practice Recommendations for contraceptive use. Second Edition. WHO Geneva, 2004, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II: Kontraseptif Yöntemler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı

ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000, Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 1995).

- **Vajinal Halkalar**

İlk geliştirilen vajinal halkalar sadece progesteron içermektedir, daha sonra hem östrojen hem progesteron içeren vajinal halkaların geliştirilmesi daha iyi bir kanama kontrolü sağlayarak, kabul edirliliği artırmıştır. Kontraseptif vajinal halkalar dimetilpolisiloksan dan yapılmıştır. Vajen içinde herhangi bir pozisyonda bulunabilir, salınan hormon vajen epitelinden sistemik dolaşıma karışır. Âdet kanamasının beşinci gününde uygulanır, 3 hafta kalır ve bir hafta ara verilir. Kullanım süresi 3-6 aydır. Kullanıcının istediği zaman bırakabileceği ve yeniden başlayabileceği bir yöntem olması, karaciğerden geçiş olamaması nedeniyle kanda sabit düzeyin sağlanabilmesi ve karaciğer proteinlerine daha az etkide bulunması, yüksek etkili olması ve bırakıldığında doğurganlığın hemen geri dönmesi olumlu yönlerdir, yan etkileri arasında mekanik irritasyona bağlı vajinal akıntı ve yerinden oynayıp düşebilmesi en önemlileridir (Ortaylı N. Hormonal Kontrasepsiyon S:145-165. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPI-EGO Corporation. İstanbul, 1997).

Bariyer Yöntemler

- **Kondom**

Kondom cinsel ilişki sırasında penise geçirilen poliüretan ya da lateks yapısında bir kılıftır.



İdeal kullanımda başarısızlık hızı % 3'tür. AIDS de içinde olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu çeşitli laboratuvar ve klinik çalışmalarda kanıtlanmıştır. Öte yandan Human Papilloma Virus geçişini ve buna bağlı serviks kanseri riskini azaltmakta, pelvik inflamatuvar hastalık ve buna bağlı infertilite riskini de azaltmaktadır. Diğer olumlu yönleri ise aile planlamasına erkeğin katılımını sağlaması, kolay temin edilebilir olması, tıbbi denetim gerektirmemesidir. Olumsuz yönleri arasında her

ilişkiden önce temin etmenin gerekmesi, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratması, bazı çiftlerde duyarlılık azalması sayılabilir. Özellikle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma riski yüksek olanlar, bu hastalıklardan korunmak isteyenler, doğumlar arasında kısa süre ara vermek isteyenler, diğer modern yöntemleri çeşitli nedenlerle kullanamayan ya da tercih etmeyenler, seyrek cinsel ilişkisi olanlar kondomu tercih edebilirler. Lateks alerjisi dışında bir yan etkisi yoktur. Önemle vurgulamak gereken nokta kondomun başarısının kullanım kurallarına tam uymakla sağlanabileceğidir. Kullanım kuralları şunlardır. Erekte olmuş penise takılmalı, her ilişkide bir kondom kullanılmalı, uçta 1-1,5 cm. rezervuar bırakılmalı, kullanımdan sonra delinme vb. kontrol edilmeli, paketdeki kullanım süresi kontrol edilmeli, kayganlaştırıcı amaçlı K jel, doğal vücut sıvıları ya da spermisitler dışında madde kullanılmamalıdır.

Kadın kondomları daha yeni olup, cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlara cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma şansı vermektedir. Lateks ya da poliüretan yapıda olup, erkek kondomu gibi semenin vajene dökülmesini engeller. İdeal kullanımda başarısızlık hızı % 5 dolayındadır. Özellikle HIV virüsünün yaygın olduğu toplumlarda erkek kondomuna iyi bir alternatiftir (Tomruk D.G. Bariyer Yöntemler S:131-143. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World health Organization, USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997, Medical Eligibility Criteria for contraceptive Use. Third Edition. WHO Geneva 2004, Contraceptive Technology 1990-1992. 15th Revised Edition. Irwington Publishers. New York, 1992, Hoffman S, Mantell J, Exner T, Stein Z. The future of the female condom. International family Planning Perspectives 30(3):139-145, 2004).

- **Diyafram**



Diyafram, kauçuktan yapılmış, kubbe biçiminde, kenarları esnek bir araçtır.

Cinsel ilişkiden önce serviksi örtecek şekilde vajinaya yerleştirilir. Spermisitlerle birlikte kullanılması etkililiğini artırır. Spermisitler

serviks yüzüne uygulanır. Düz yaylı, halka yaylı ve eğri yaylı tipleri vardır. Ayrıca servikal başlık olarak adlandırılan daha sert, yüksek kubbeli ve küçük özel bir diyafram çeşidi vardır.

Geçici olarak bir yönteme gereksinim duyan, cinsel ilişkisi sık olmayan ve başka bir yöntem kullanamayanlar için uygundur. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kısmen koruyucu, serviks kanserinin önlenmesine yardımcıdır. Başarısızlık hızı ideal kullanımda % 6'dır. Kauçuk alerjisi, uterus şekil bozuklukları, toksik şok sendromu öyküsü, sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olanlarda ve doğumdan ve ikinci trimester düşükten sonraki ilk altı ay içinde kullanılmamalıdır. İlk uygulama ve doğru boyutun seçimi sağlık personeli tarafından yapılmalıdır. Cinsel ilişkiden altı saat önce konmalı, 24 saatten fazla bırakılmamalıdır. Her kullanımdan sonra sabunlu su ile yıkanıp kurulanmalıdır (Tomruk D.G. Bariyer Yöntemler S:131-143. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World health Organization, USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997, Medical Eligibility Criteria for contraceptive Use. Third Edition. WHO Geneva 2004, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II: Kontraseptif Yöntemler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000, Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 1995).

• Spermisitler

Spermisitler, spermilerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmeleri için vajinaya yerleştirilen kimyasal maddelerdir.



Tek başlarına ya da kondom ve diyaframla birlikte kullanılabilir. Etken madde nonoksinol-9'dur. Temel olarak dört formda bulunmaktadır. Suda eriyebilen tablet ya da ovül, krem ya da jel, köpük, suda eriyebilen film formları vardır. Spermileri etkisiz hale getirerek serviksten geçmesine engel olurlar. Başarısızlık hızı ideal kullanımda % 6'dır. Spermisitler sistemik dolaşıma geçmez, reçete

gerektirmez, kimyasal madde alerjisi dışında yan etkisi yoktur ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kısmi koruyucudur. Cinsel ilişkiden 10 dk. önce uygulanmalıdır, etkisi bir saat sürer. Altı saat süreyle vajen yıkanmamalıdır. Maliyetinin yüksek olması, yanma tahriş yapabilmesi ve rahim içi araç ve hormonal kontraseptifler kadar etkili korumaması olumsuz yönleridir (Tomruk D.G. Bariyer Yöntemler S:131-143. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World health Organization,USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997,. Medical Eligibility Criteria for contraceptive Use. Third Edition. WHO Geneva 2004, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II: Kontraseptif Yöntemler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000, Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 1995).

Rahim İçi Araçlar (RİA)

1960'lı yıllarda kullanılan RİA'lar baryum sülfat emdirilmiş inert polietilen yapıda idi. 1980'lerde halen kullanımı yaygın olan bakırlı RİA'lar (TCu380A, TCu220C, MLCU250 ve 375 gibi) geliştirilmiştir. TCu 380 A Türkiye'de en yaygın olarak kullanılan RİA tipidir. Koruyuculuk süresi on yıldır. Koruyuculuk oranı ise % 99'dur. Ayrıca progesteron ve levonorgestrel içeren RİA'lar daha yüksek etkili, düşük yan etkili, kullanım süresi daha az ancak maliyeti yüksek araçlardır. Eğitimle yetkilendirilmiş sağlık personeli tarafından uygulanır. Uterusun fundus kısmına yerleştirilir ve oluşturduğu lokal steril inflamatuvar reaksiyonla spermisit etki oluşturur, fertilizasyonu önler. İmplantasyonu önleyici etkisi de söz konusudur. Progestin içeren RİA'lar ise servikal mukusun geçirgenliğini azaltarak sperm geçişini engeller. Menstrüasyon sırasında uygulanması gebelik olmadığından emin olmak ve uygulamanın kolay olması nedenleri ile tercih edilmekle birlikte, gebelik olmadığından emin olunan herhangi bir dönemde de uygulama yapılabilir. Uygulandığı günden itibaren tek başına koruyucudur, ek bir yöntem gerekmez. Düşük sonrası hemen uygulanabilir. Normal vajinal doğum sonrasında 6 hafta, sezaryen sonrasında 8 hafta involusyon (uterusun küçülerek pelvis içine geri dönmesi) döneminin tamamlanması beklenmelidir.

RİA uzun süre gebelik istemeyen, gebelik hiç düşünmese bile sterilizasyon tercih etmeyen, her gün hatırlanması gerekli yöntem istemeyen, emziren, östrojen içeren preparat kullanamayan, genital yol enfeksiyonu ve cinsel yolla bulaşan hastalık riski düşük olan kadınlar için uygundur. Kullanmaması gereken gruplar ise gebelik şüphesi, son üç ayda ya da şu anda PİD öyküsü, tanı konmamış anormal vajinal kanama, uterus anomalileri, miyom, genital organ kanserleri, âdetleri uzun süren, fazla miktarda olan kadınlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riski artmış olan durumlar, doğum sonrası involusyon döneminde olanlardır.

Olumlu yönleri; hemen etkili olması, uzun süreli ve yüksek oranda başarı sağlaması, çıkarılınca doğurganlığın hemen geri dönmesi, emzirenler için uygun olması, cinsel ilişkiyi etkilememesidir. Uygulamanın biraz ağrılı olması, ilk üç ay kanamada ve âdet ağrılarında artış, enfeksiyonlardan korumaması, yardımsız takılıp çıkarılamaması ise olumsuz yönleridir. RİA kullanılırken âdet gecikmesi, aşırı kanama, akıntı ve bel ağrısı, iplerin eline gelmemesi gibi semptomlar kişinin hemen başvurmasını gerektirir. Onun dışında rutin kontrol ziyaretleri aksatılmamalıdır (Yıldırım A. Rahim içi araçlar S:167-180. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World health Organization, USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997, Medical Eligibility Criteria for contraceptive Use. Third Edition. WHO Geneva 2004, Selected Practice Recommendations for contraceptive use. Second Edition. WHO Geneva, 2004, Contraceptive Technology 1990-1992. 15th Revised Edition. Irwington Publishers. New York, 1992, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II: Kontraseptif Yöntemler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000, Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 1995).

Cerrahi Sterilizasyon

Geri dönüşsüz olan bu yöntemlerden tüp ligasyonu kadınlarda fallop tüplerinin mekanik olarak tıkanması, dolayısıyla sperm ve yumurtanın karşılaşmasının önlenmesi esasına dayanmaktadır. Erkeklerde ise vaskotomi vaz deferenslerin iki taraflı kapatılmasıdır. Yönteme bağlı

başarısızlık oranı her iki yöntem için de % 0,1 dolayındadır. Eşlerin doğurganlıkla ilgili kaygılarını ortadan kaldırır. Geri dönüşümü yoktur ve cinsel ilişkiyi etkilemez. Cerrahi bir girişim gerektirdiğinden buna bağlı riskler olabilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamaz. Sezaryen sırasında tüp ligasyonu yapılabileceği gibi, normal doğumdan altı hafta sonra ya da düşük sonrası dönemde mini laparotomi ya da laparoskopi tekniğiyle uygulanabilir.

Vasektomi hastanede yatmayı dahi gerektirmeyen daha kolay ve ucuz bir yöntemdir. Ancak her iki yöntemin de iyi düşünülerek eşlerin ortak karar almış olarak uygulanması doğrudur. Genç olmak, bekar olmak, çocuksuz olmak, psikolojik sorunlar, evlilik sorunları, olağan dışı koşullarda yaşıyor olmak, baskı altında olmak gibi sonradan pişmanlığa neden olabilecek durumlar iyi değerlendirilmelidir. Ayrıca cerrahi bir işlem uygulamanın uygun olmadığı sağlık sorunları çözümlenene kadar işlem ertelenmelidir. Cerrahi sterilizasyonda bir hafta cinsel ilişki yasaklanmalıdır. Vasektomide işlem sonrası üçüncü gün cinsel ilişkide bulunulabilir ancak laboratuvar testlerle azospermi kanıtlanana dek ek bir yöntem kullanılmalıdır. Girişim sonrası cerrahi riskler hakkında kişiler uyarılmalıdır (Urman B, Harmancı H.G. Gönüllü cerrahi sterilizasyon S:181-189. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation, İstanbul, 1997, The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World health Organization, USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997, Medical Eligibility Criteria for contraceptive Use. Third Edition. WHO Geneva 2004, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II: Kontraseptif Yöntemler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000, Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 1995.

Geleneksel Yöntemler

Bu yöntemlerin etkililiği sınırlı olup, en yoğun ve uzun danışmanlık süreci gerektiren yöntemlerdir. Çiftlerin doğurganlık bilinci ile gebeliği önlemeyi ya da oluşturmayı sağlayan bazı kuralları birlikte uygulamasıdır. Menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerinin takvim yöntemindeki gibi aritmetiksel olarak takvim üzerinden hesaplanması ile ya da doğal belirtilerin gözlenmesi yoluyla fertil günlerde cinsel

ilişkiden kaçınma ile gebeliğin önlenmesidir. Modern yöntemlerin kullanımı daha uygun olmakla birlikte çeşitli nedenlerle bu yöntemleri seçenlerin, yöntemin başarısızlık hızlarının yüksek olduğunu öğrenmesi, kullanım koşulları açısından kendi uygunluğunu değerlendirilmesi, kesinlikle karar bu yönde ise doğru uygulamanın öğretilerek başarı şansının artırılması gibi amaçlarla mutlaka ele alınması ve iyi açıklanması gereken yöntemlerdir.

Koitus interruptus (Geri çekme)

Türkiye’de en sık kullanılan bu yöntem, geleneksel yöntemlerden biri olup, kullanım sıklığı % 26.3’tür. Etki mekanizması ejakülat gelmeden penisin vajinadan çıkarılmasıdır. Başarısızlık hızı yüksektir (% 5-25). Çiftlerin motivasyonu, deneyimi başarı hızını artıran faktörlerdir.

Periyodik Kaçınma

Servikal Mukus yöntemi, Servikal Palpasyon Yöntemi, Bazal Vücut Isısı yöntemi ve hepsinin bir arada kullanımı olan Semptotermal Yöntem bu başlık altındadır. Her birinde menstrüasyon dönemindeki hormonal değişimlere koşut olan, fertiliteye özgü bir belirtiyeye dayanarak farklı düzende cinsel ilişkiden kaçınma esastır. Takvim Yöntemi ise menstrüasyonu düzenli bir kadının takvim üzerinden bir sonraki menstrüasyon başlangıcı ve ovulasyon tarihlerini hesaplayarak, sperm ve ovumun canlı kalma sürelerini olası ovulasyon tarihlerinin önüne ve arkasına ekleyerek yaklaşık 9 gün gibi bir süre cinsel perhiz uygulanması esasına dayanır. Periyodik Kaçınma yöntemleri ve takvim yönteminde menstrüasyonun düzenli olması ve eşlerin işbirliği kurabilmesi ön koşuldur. Bu yöntemler gebeliği önlemek ya da oluşturmak için kullanılabilir. Ayrıca çiftlerin üreme fizyolojisini kavramalarına yardımcı olur. Yan etkisi, kontrendikasyonu, maliyeti yoktur. Gebeliğin tıbben ya da sosyal açıdan kontrendike olduğu kadınlar, birden fazla cinsel eşi olanlar, âdetleri düzensiz olanlar, cinsel konularda iletişim kuramayan çiftler, emzirenler, premenapozda olanlar, fertilité belirtilerini maskeleyecek vajinal enfeksiyon, ateşli hastalık gibi sağlık sorunları olanlar kullanılmalıdır. Etkililiğinin düşük olması stres yaratabilir, ancak danışmanlık alınarak uygulanması başarı şansını artırır (Tomruk D.G. Doğal aile Planlaması Yöntemleri S:113-122. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, Selected Practice Recommendations for contraceptive use. Second Edition. WHO Geneva, 2004, Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı

ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 1995).

Emzirme



Emzirme durumunda ek gıda verilmiyorsa menstrüasyon baskılanır, buna **Laktasyon Amenoresi** denir.

Prolaktin hormonunun ovulasyonu baskılaması etki mekanizmasına dayanır. Emzirmenin gebelikten koruyuculuğunu şu etmenler belirler:

- Bebeğin altı aydan küçük olması,
- Emziren kadının hiç âdet görmemiş olması,
- Bebeğe hiç ek gıda verilmemiş olması,
- Bebeğin gece de dahil 6-10 kez her iki memeden emziriliyor olması.

Yukarıdaki koşullar sağlanamadığında emzirme bebeğin sağlığı açısından devam etmeli, ancak bu döneme uygun bariyer yöntemler, minihap, RİA, sadece progesteron içeren enjekte edilenler gibi bir yöntem eklenmelidir (Özek B. Emzirme ve gebeliğin önlenmesi S.123-130. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World Health Organization, USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997, Medical Eligibility Criteria for contraceptive Use. Third Edition. WHO Geneva 2004, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II: Kontraseptif Yöntemler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000).

Vajinal Duş

Cinsel ilişkiden sonra vajinayı yıkamanın gebeliği önlediğine yaygın olarak inanılır, ancak tamamen etkisizdir (Tomruk D.G. Doğal aile Planlaması Yöntemleri S:113-122. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997).

Türkiye'de Aile Planlaması Yöntem Kullanım Durumu

2008 yılında dokuzuncusu yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2008) ulusal düzeyde sürekli ve nitelikli bilgi sağlayan nüfus ve üreme sağlığı alanlarında çok sayıda göstergenin ülke çapında üretildiği tek kaynaktır. Temel amacı, doğurganlık, ölümlülük, gebeliği önleyici yöntemler, ana ve çocuk sağlığı ile üreme sağlığı konularında veri sağlamaktır. Doğurgan çağda (15-49 yaş) ve en az bir kez evlenmiş kadınlara sorulan sorulara göre bilgilere ulaşılmıştır. Gebeliği önleyici yöntemleri bilme, duyma ve kullanma davranışları araştırılmıştır. Sonuçlara göre en az bir yöntemi kadınların % 99,8'i duymuştur. Halen evli olan kadınların % 46'sı modern % 27'si ise geleneksel bir yöntem kullanmaktadır. Çizelge 6'da gebeliği önleyici yöntemleri duyma, en az bir kez kullanma ve halen kullanma oranları görülmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008).

Çizelge 6. Evlenmiş ve halen evli kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntemleri duyan, en az bir kez kullanan ve halen kullananların dağılımı-TNSA 2008

Gebeliği Önleyici Yöntem	Duyan		En az bir kez kullanan		Halen kullanan
	Tüm Evlenmiş Kadınlar	Halen Evli Kadınlar	Tüm Evlenmiş Kadınlar	Halen Evli Kadınlar	Halen Evli Kadınlar
Herhangi bir yöntem	99.7	99.8	90.5	91.3	73.1
Herhangi bir modern yöntem	99.5	99.6	76.8	77.6	46.0
Tüplerin bağlanması	91.5	91.6	8.2	8.3	8.3
Vasektomi	43.0	42.6	0.1	0.1	0.1
Hap	97.9	98.0	34.3	34.2	5.3
RIA	97.9	98.0	40.8	40.7	16.9
Enjeksiyon	84.4	84.9	7.5	7.5	0.9
İmplant	41.2	41.1	0.2	0.2	0.1
Kondom	92.1	92.3	42.6	43.6	14.3
Kadın kondomu	17.1	17.0	0.2	0.1	0.0
Diyafram/köpük/jel	34.7	34.8	3.6	3.6	0.1
Acil korunma hapi	29.2	29.2	2.3	2.2	-
Herhangi bir geleneksel yöntem	93.4	93.6	62.9	63.8	27.1
Takvim	42.9	42.7	7.1	7.3	0.6
Geri çekme	92.0	92.4	60.8	66.8	26.3
Diğer	8.3	8.3	1.2	1.1	0.2
Toplam kadın sayısı	7405	7000	7405	7000	7000

TNSA 2008’de yöntem kullanım sıklığının çeşitli etmenlere göre değişimi incelenmiş ve kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlarda, kırsal yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça gebeliği önleyici yöntem kullanımları artmaktadır. Yaşayan çocuk sayısının artması yöntem kullanımını artıran bir diğer etmendir. Geline nokta önceki yıllara göre daha olumlu olsa da genel olarak yetersizdir ve konu ile ilgili uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekli görünmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ankara).

Özet



Çiftlerin üremeleri konusunda bilinçlendirilerek, kendi kararlarını verebilmeleri ve kendi seçecekleri etkili, güvenilir, ödenebilir ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını riske atmadan doğurganlıklarını düzenleyebilmeleri anne, çocuk ve aile sağlığı açısından önemli bir konudur. Doğurganlığın düzenlenmesi; toplumdan topluma payı değişebilen menarş ve menopoz yaşı, evlilik ve ilk evlenme yaşı, doğum aralığı, kontraseptif yöntem kullanımı, istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kültürel faktörler, bebek ve çocuk ölümlülüğü, laktasyon gibi etmenlerden etkilenebilmektedir.

Bugün için bilinen ve kullanılan doğum kontrol yöntemleri modern (etkili) yöntemler ve geleneksel (etkisi sınırlı) yöntemler olarak iki başlıkta ele alınmaktadır. Modern yöntemler; hormonal kontrasepsiyon, bariyer yöntemler, rahim içi araçlar, cerrahi sterilizasyon yöntemleri olup, geleneksel yöntemler arasında ise; koitus interruptus, periyodik kaçınma yöntemleri ve emzirme yer almaktadır. Kişinin sağlık durumu, önceki deneyimleri ve doğurganlık hedeflerine göre bu seçenekler arasından kendine en uygununu danışmanlık alarak seçmesi yöntemin doğru kullanımını ve benimsenmesini artırmaktadır.

Türkiye’de Aile planlaması ile ilgili ikinci yasal düzenleme olan 1983 tarihli 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’un yayımlanması ile aile planlaması hizmetlerinin çeşitlenmesi ve yaygınlaşması söz konusu olmuştur. En son yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre (2008), en sık kullanılan kontraseptif yöntem koitus interruptus olup, evli kadınların herhangi bir yöntem kullanımı % 73.1, herhangi bir modern yöntem kullanımı % 46’dır. Aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaşması ile daha iyi göstergelere ulaşılması toplumun istenerek dünyaya gelmiş, sağlıklı, eğitilmiş ve yeterli olanaklarla yetişmiş bireylere sahip olmasını, böylece aile sağlığı ve giderek toplum sağlığı açısından yararları beraberinde getirecektir.



Gözden Geçir

- Doğurganlığın düzenlenmesini açıklayınız.
- Doğurganlığı etkileyen faktörleri sıralayınız.
- Doğurganlık ve sağlık ilişkisini birey ve toplum sağlığı açısından açıklayınız.
- Kontraseptif yöntemleri alt başlıkları ile sınıflandırınız.
- Türkiye’de gebeliği önleyici yöntem kullanım durumu nasıldır?

Değerlendirme Soruları



1. Aşağıdakilerden hangisi riskli gebeliklerin anne sağlığına yönelik etkisidir?
 - a. Düşük doğum ağırlığı
 - b. Doğumsal Anomaliler
 - c. Çocuklar arası rekabet
 - d. Zekâ ve akademik başarı
 - e. Tükenme sendromu
2. Aşağıdakilerden hangisi modern yöntemler arasında yer alır?
 - a. Takvim yöntemi
 - b. Servikal mukus yöntemi
 - c. Kadın kondomu
 - d. Bazal vücut ısısı yöntemi
 - e. Laktasyon amenoresi
3. Aşağıdaki yöntemlerden hangisi geri dönüşümsüzdür?
 - a. Takvim yöntemi
 - b. Kombine oral kontraseptifler
 - c. Vasektomi
 - d. Deri altı implant
 - e. Depo enjeksiyonlar
4. TNSA 2008'e göre Türkiye'de en sık kullanılan modern yöntem aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Cerrahi sterilizasyon
 - b. Kondom
 - c. Koitus interruptus
 - d. Rahim içi raç
 - e. Kombine oral kontraseptif

5. En etkili geri dönüşümlü yöntem aşağıdakilerden hangisidir?
- a. Rahim içi araç
 - b. Deri altı implant
 - c. Kondom
 - d. Kombine oral kontraseptifler
 - e. Depo enjeksiyonlar

Kaynaklar ve Daha Fazla Bilgi



- Çilingiroğlu N. Doğurganlık S:68-71. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
Editörler:Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara, 2006.
- Akın A, Bahar-Özvarış Ş. Kadın Sağlığı/ Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması
S:188-314 Editörler: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler
Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006 Ankara ISBN:975-491-214-9
- Bahar-Özvarış Ş. Üreme Sağlığı Aile Planlaması S:1-5. Aile Planlamasında
Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, JHPIEGO
Corporation. İstanbul, 1997.
- Tomruk D.G. Doğal aile Planlaması Yöntemleri S:113-122. Aile Planlamasında
Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO
Corporation. İstanbul, 1997.
- Özek B. Emzirme ve gebeliğin önlenmesi S.123-130. Aile Planlamasında
Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO
Corporation. İstanbul, 1997.
- Tomruk D.G. Bariyer Yöntemler S:131-143. Aile Planlamasında Temel Bilgiler.
Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel
Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO
Corporation. İstanbul, 1997.
- Ortaylı N.Hormonal Kontrasepsiyon S:145-165. Aile Planlamasında Temel
Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel
Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO
Corporation. İstanbul, 1997.
- Yıldırım A. Rahim içi araçlar S:167-180. Aile Planlamasında Temel Bilgiler.
Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel
Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı, JHPIEGO
Corporation. İstanbul, 1997.
- Urman B, Harmancı H.G. Gönüllü cerrahi sterilizasyon S:181-189. Aile
Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve
Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp
Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını geliştirme
Vakfı, JHPIEGO Corporation, İstanbul, 1997.

- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008.
- Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Rehberi. Türk Silahlı Kuvvetleri, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Damla Yayıncılık, 2005
- Contraceptive Technology 1990-1992. 15th Revised Edition. Irwington Publishers. New York
- Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 1995.
- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II: Kontraseptif Yöntemler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000
- Selected Practice Recommendations for contraceptive use. Second Edition. WHO Geneva, 2004.
- Medical Eligibility Criteria for contraceptive Use. Third Edition. WHO Geneva 2004
- Aile Planlaması Hizmetlerinde Güncel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Johns Hopkins Üniversitesi Nüfus İletişim Servisi Tisamat basım sanayi. Ankara, 1997.
- The Essentials of Contraceptive Technology. A handbook for Clinic Staff. John Hopkins University, World health Organization, USAID. Population information Program Center for Communication Program, Baltimore, 1997.
- Kontraseptif yöntemler Uluslararası Basım Editör: Akın A. Çeviren Şenlet P. Demircioğlu Matbaacılık 1990 Ankara
- Özyurda.F. Aile Planlaması Ders Kitabı, Hacettepe Taş Kitapçılık Ltd. Şti. Ankara 1992.
- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt I Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara,2000
- Çalı Ş. Nüfus ve Nüfus Sorunları. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation. İstanbul, 1997, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt I Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2. basım 1995
- Hoffman S, Mantell J, Exner T, Stein Z. The future of the female condom. International Family Planning Perspectives 30 (3):139-145, 2004

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması

Çalışan Sağlığı

Yrd. Doç. Dr. M. Esin Ocaktan

8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Çalışma ve İnsan Yaşamı
- Çalışan Sağlığı Kavramının Tarihsel Gelişim Süreci
- Çalışan Sağlığı ile İlgili Kavramların, Tanımı ve Kapsamı
- Çalışan Sağlığının Önemi
- Çalışan Sağlığında İki Önemli Sorun Alanı
 - > İş Kazaları
 - > Meslek Hastalıkları
 - > İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarından Korunma
- Türkiye’de Çalışan Sağlığının Durumu ve Yasal Düzenlemeler

Ünite Hakkında

- Bu ünite, çalışmanın insan yaşamındaki yeri ele alınmaktadır.
- Çalışan sağlığı hakkında önemli kavramlar tanımlanmakta, kapsamı tanıtılmakta ve önemi vurgulanmaktadır.
- Çalışan Sağlığını ilgilendiren iki temel sorun alanı olan iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili genel bilgiler verilmektedir.
- Türkiye’de Çalışan Sağlığının durumu ve belli başlı yasal düzenlemeler ele alınmaktadır.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda,

- Çalışmanın insan yaşamındaki yeri ve önemini kavrayacaksınız.
- Çalışan sağlığı ile ilgili temel kavramların tanım, kapsam ve önemini öğrenmiş olacaksınız.
- Çalışan Sağlığında temel sorun alanları olan iş kazaları ve meslek hastalıkları hakkında bilgi edineceksiniz.
- Türkiye’de Çalışan Sağlığının durumunu, temel sorunları ve yasal düzenlemelerle ilgili durumu öğrenmiş olacaksınız.

Üniteyi Çalışırken



- Çalışan Sağlığı ve ilgili kavramları tanımlayıp, kapsamını ve önemini anlatınız.
- İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarını tanımlayarak, anlatınız.
- İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarını önlemek için yapılması gerekenleri sıralayınız.
- Türkiye’de Çalışanların Sağlığının durumunu anlatarak, yorumlayınız.
- Çalışan sağlığının geliştirilebilmesi için yapılması gerekenleri tartışınız.

Çalışma ve İnsan Yaşamı

Çalışma ve iş kavramları birbirini tamamlayan, iç içe girmiş etkinlik alanlarıdır. Çalışmak, insan için fizyolojik anlamda insanın doğası ve canlılığının göstergesidir. Ekonomik anlamda ise yaşamın bir sorumluluğudur. Çalışma üretim ve hizmete yönelikse iş olmaktadır. İşin doğru yapılması onu verimli kılmaktadır. Çalışanların doğru işe yönltilmesi ve yeteneklerine uygun yerleştirilmesi onların etkililiğini artırır. Çalışmak çalışan, işveren ve ülke açısından yarar sağlayan ekonomik bir aktivitedir. Ancak tüm çalışanlar için temel amaç yaşamak için gerekli geliri sağlamak değildir. Çalışmak bireylerin prestij, kimlik, statü ve belirli çevreye ait olma duygularının da etkisinin olduğu bir kavramdır (Silah M. Endüstride Çalışma Psikolojisi. Seçkin yayıncılık 2. baskı Ankara, 2005).

Çalışan Sağlığı Kavramının Tarihsel Gelişim Süreci

İnsanlar tarih boyunca çalışmak zorunda olmuşlardır. İnsanların var oluşlarının ilk zamanlarında yaşamaları için zorunlu gereksinimlerini karşılamaya yönelik çalışmışlardır. Yiyecek bulmak, yetiştirmek, barınak oluşturmak gibi işler, zamanla çeşitli aletlerin ve hayvanların kullanılmasıyla çeşitlilik kazanmıştır. Madencilikğin başlamasıyla bunlardan yararlanarak yapı işleri, çeşitli alet, araç-gereç yapımı ortaya çıkmıştır. Zamanla maden ocaklarının derinleşmesiyle madencilik beceri gerektiren bir iş haline gelmiş ve kaza ya da hastalık sonucu ölümler önemsenmeye başlamıştır. *Agricola* (1494-1555) ve *Paracelsus* (1493-1541) madencilerde sık görülen akciğer hastalıklarına işaret etmişlerdir.

İş Sağlığının kurucusu olarak benimsenen, İtalyan hekim *Bernardino Ramazzini* (1633-1714) uzun yıllar işyeri hekimliği yapmış, çalışanların başlıca sağlık sorunlarını “Çalışanların Hastalıkları” adlı kitabında sistematik bir şekilde anlatmıştır. Ramazzini hekimlere, hastalardan öykü alırken mesleğini mutlaka sormalarını öğütlemiştir. *Dr. Percival Pott*, baca işçilerinde skrotum kanserinin sık görüldüğüne işaret etmiştir.

18. yüzyılda buhar gücünün makinelerde kullanılması ile dokumacılık işleri fabrikalarda yapılmaya başlanmıştır. Bu değişikliklerin sosyal ve ekonomik yansımaları olmuştur. İnsan gücü gereksiniminin artmasıyla; göçler, ailelerin parçalanması, sağlıksız yaşam alanları, beslenme bozuklukları, iş kazaları, bulaşıcı hastalıklar gibi sorunlar gündeme

gelmiştir. Üretim arttıkça fabrika sahipleri zenginleşirken, sınıf farkları ortaya çıkmaya başlamıştır. Tüm bu büyük değişimler “Sanayi Devrimi” olarak adlandırılmıştır.

İngiltere’de 1802 yılında “Çırakların Sağlığı ve Morali Kanunu” çalışma hayatının ortaya çıkardığı sorunların ilgi çekmesiyle birlikte çıkarılan ilk yasal düzenlemedir.



Günümüzde sanayileşmiş ve sanayileşmekte olan ülkelerde çalışma hayatına ilişkin çok çeşitli sorunlar ve bunlara yönelik yasal düzenlemeler vardır ve geliştirilmeye devam etmektedir.

1919 yılında “Uluslararası Çalışma Örgütü” kurulmuştur. Üye ülkelerin kullanımına sunduğu sözleşmeler ve tavsiye kararları yayınlamaktadır (Koh D, Jeyaratnam J. Occupational Health In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health 4. Edition. p:1045-1065. Oxford University pres. NewYork, 2002 Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004, Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488).



Çalışan Sağlığı ile İlgili Kavramların Tanımı ve Kapsamı

Çalışan Sağlığı	<p>Çalışanların sağlığının korunması, geliştirilmesi, olanaklı olan en üst düzeye çıkarılarak sürdürülmesi hizmetleridir.</p> <p>Çok disiplinli bir yapı olup; çağımızda tıbbın, teknolojik bilimlerin, iş psikolojisinin, hukukun ve sosyal politikanın bir karma uygulama alanı olarak kabul edilmektedir. Çalışan sağlığının çeşitli öğeleri arasında başta iş kazaları ve meslek hastalıkları olmak üzere mesleki rehabilitasyon, erken ihtiyarlama ve kronik hastalıkların endüstrideki gelişimleri yer almaktadır (Koh D, Jeyaratnam J. Occupational Health In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health 4. Edition. p:1045-1065. Oxford University pres. NewYork, 2002 Akbulut T. İşçi sağlığına Giriş. İşyeri hekimliği ders notları.7.basım. TTB Yayını, Ankara,2003 S:45-47, Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004).</p>
------------------------	--

İş Sağlığı	Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü Birleşik Komitesi'nin tanımına göre "bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini sürdürme ve daha üst düzeylere çıkarma çalışmalarıdır". Çok kapsamlı ve farklı disiplinlerin işbirliğini gerektiren bir ekip işidir. Her türlü çalışma ortamı ile ilgili konuların iş sağlığı uğraşları içinde yer alması gerekmektedir, genellikle çoğu ülkede ilgi sanayi türü iş kollarına yönelmektedir. İş sağlığının iş hekimliği, iş hijyeni, iş güvenliği, ergonomi gibi farklı boyutları vardır. Ayrıca konunun eğitim boyutu, hukuk boyutu ayrı düşünülmemeyecek konulardandır (Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004, Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488).
İş Hekimliği	Çalışanların iş kazası ve meslek hastalıkları gibi sağlık sorunlarının tanısı, tedavisi ve korunma yolları ile uğraşan tıbbi boyutudur (Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004, Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488).
İş Hijyeni	İşyerindeki sağlık risklerinin saptanması, ölçümü ve kontrol altına alınması şeklindeki teknik boyutudur (Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004, Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488). İşyerinden kaynaklanan riskler çalışanlardan başka çevresel etkilere de neden olabilir. Hava, su, toprak gibi çevresel öğeleri etkileyen kirlilik dolaylı olarak yine insan sağlığını etkilemektedir.
İş Güvenliği	İşyerlerinde işin yapılması sırasında çalışma ortamındaki çeşitli etmenler nedeniyle çalışanların karşılaştıkları sağlık sorunları ve mesleki tehlikelerin ortadan kaldırılmasına yönelik yapılan sistemli çalışmalardır. Mühendislik hizmetlerini gerektiren teknik bir alandır. İş kazalarının birinci dereceden ve doğrudan nedenini oluşturan güvensiz durumların ortadan kaldırılarak iş güvenliğinin sağlanması olanaklıdır. Çalışanın en dikkatsiz davranışında bile, iş kazasının oluşmasını sağlayacak önlemlerin alınması iş güvenliğinin temel ilkesidir. (İş Sağlığı ve Güvenliği TMMOB Makine Mühendisleri Odası Oda Raporu. Yayın No: MMO/2008/478 Nisan Ankara, 2008).

Ergonomi	İnsanların anatomik özelliklerini, antropometrik özelliklerini, fizyolojik kapasite ve toleranslarını göz önünde tutarak endüstriyel iş ortamındaki tüm faktörlerin etkisi ile oluşabilecek, organik ve psikososyal stresler karşısında, sistem verimliliği ve insan-makine-çevre uyumunun temel yasalarını ortaya koymaya çalışan, çok disiplinli bir araştırma ve geliştirme alanıdır (Erkan N. Ergonomi. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No:373 Ankara, 2003). Tıbbi ve teknik içerikli uygulamalar yönünden yasal düzenlemeler ve denetim iş sağlığının hukuksal boyutunu oluşturur. İşyerinde üretim işlemleri, hammadde, ara ve ana ürün, iş akışı, atıklar ve tüm bunlarla ilgili riskler ve korunma yolları hakkında, ilkyardım ve sağlığı geliştirici uygulamalar konusunda eğitimlerin olması zorunludur. Bu da iş sağlığının eğitim boyutunu oluşturur (Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004).
-----------------	--

İş Sağlığının Amaçları

- Tüm iş dallarında çalışanların sağlığını fizik, mental ve psikososyal yönlerden en yüksek düzeye çıkarmak ve bunu sürdürmek,
- Çalışma koşulları nedeni ile işçinin sağlığının bozulmasını önlemek,
- İşçiyi çalışma çevresindeki sağlık risklerinden korumak,
- İşçiyi çalışma çevresine fizik, fizyolojik ve psikolojik yönden uygun işlere yerleştirmek, iş-insan uyumunu sağlamaktır.

Amacı bu şekilde özetlenen iş sağlığının kapsamı tüm sağlık hizmetleridir. Ağırlıklı olan koruyucu hizmetler olmak üzere koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin birlikte uygulanmasıdır (Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488).

Çalışan Sağlığının Önemi

Toplumun büyük bölümünü oluşturan 15-65 yaş grubu ekonomik olarak **aktif nüfus** olarak adlandırılır.



Bu yaş grubundakilerin büyük çoğunluğu çeşitli sektörlerde çalışmakta, en riskli sektörlerden sanayide çalışanlar da önemli bir payı tutmaktadır.

Çalışma hayatında çocuklar, kadınlar, yaşlılar, engelliler ve kronik hastalığı olanlar işyeri ortamındaki faktörlerden daha çok etkilendiği için risk altındadır ve özel olarak korunmaları gerekir. Ayrıca bazı mesleklerde sağlık riskleri (maden işleri, inşaat, taşımacılık, tarım vb.) daha fazladır.

Endüstri kuruluşları bir yandan ekonomik gelişme sağlarken madalyonun diğer yüzünde atıkların çevreye olumsuz etkileri yer alır. Bu atıklar, doğal hayatı, insan sağlığını ve refahını etkileyen ağır sonuçlara yol açabilmektedir. Endüstriyel kazalar da hem işyerinde çalışan, hem de çevresinde yaşayan, çok geniş kitleleri etkileyebilen zararlara neden olabilir (Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004).

Uluslararası Çalışma örgütü rakamlarına göre dünyada her yıl yaklaşık 2 milyon 200 bin insan engellenebilecek olan iş kazaları ve meslek hastalıkları nedeniyle kaybedilmektedir. Toplam 270 milyon insan iş kazasına uğramakta, 160 milyon insan iş ile ilgili hastalığa yakalanmaktadır. Bu hastalık ve kazaların çok büyük çoğunluğu önlenebilir özelliindedir (<http://www.ilo.org.tr>).



İş sağlığı ülkelerin sosyal ve ekonomik gelişme sürecinde anahtar ögedir ve giderek daha çok önem kazanmaktadır. Günümüzde bilim, teknoloji ve sanayileşmeyle koşut gitmeyen iş sağlığı uygulamalarının önemi daha da artmaktadır. Üretim sürecinin karmaşıklaşması, yarı zamanlı çalışma, geçici çalışma, iş güvencesizliği, yabancı işçilerin uyum güçlüğü, üretim temposunun artması gibi nedenlerle iş sağlığı ve güvenliği, dolayısıyla toplum sağlığı daha çok tehdit altındadır (Manzey D. Occupational accidents and safety: The challenge of globalization (Editorial). Safety Science.47,p:723-726).

Çalışan Sağlığında İki Önemli Sorun Alanı

İş Kazaları

Herhangi bir kazanın iş kazası olabilmesi için bazı koşullara gereksinim vardır. İş kazasının tanımı 5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 13. maddesinde yapılmıştır:

İş kazası, aşağıdaki hal ve uygulamalarda meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan ruhsal ve bedenen arızaya uğratan olaydır:

- Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- İşveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla,
- Sigortalının işveren tarafından verilen görev ile başka bir yere gönderilmesi yüzünden asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- Emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,
- Sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere götürülüp getirilmeleri sırasında (5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu).



İş kazalarının olabilmesi için doğrudan ve dolaylı nedenler vardır.

İş Kazalarının Tipleri

İş kazalarının başlıca tipleri şöyle sıralanabilir;

- El aletleri ile oluşan kazalar,
- Bir ya da daha fazla cisim nedeniyle sıkışma, batma, kesme yaralanmaları,
- Bir cisme çarpma, düşme, üzerine nesne düşmesi,
- Makine kazaları,
- Taşıtların kazaları,
- Yanık,
- Patlama,
- Elektrik çarpması,
- Göze ya da vücut boşluklarına yabancı cisim kaçması (Saari J. Accident Prevention. In: Editor Stellman JM. Encyclopedia of Occupational Health and Safety. Fourth Edition Volume II P:56.2-56.38 ILO, Geneva 1998).

İş Kazalarının Nedenleri

Doğrudan ve dolaylı nedenler olarak iki grupta incelenmektedir. Çizelge 7'de bu nedenler gösterilmektedir:

Çizelge 7. İş Kazalarının Nedenleri

İş Kazalarının Nedenleri	
Doğrudan Nedenler	Dolaylı /Katkıda Bulunan Nedenler
Güvensiz Davranışlar <ul style="list-style-type: none"> - Koruyucu ekipman sağlandığı halde kullanılmaması - El ile tutma ve kaldırma sırasında tehlikeli yöntemler - Uygun olmayan ekipman kullanımı - Tehlikeli hareketler (koşma, uzanma, atlama vb.) 	Yönetimin Güvenlik Performansı <ul style="list-style-type: none"> - İşyeri düzeni, görev ve kuralların tanıtım yetersizliği - Kuralların uygulanmaması - Güvenliğin işin bir parçası olarak planlara alınmaması - Tehlikelerin düzeltilmemesi - Güvenlik araçlarının sağlanmaması
Güvensiz Durumlar <ul style="list-style-type: none"> - Güvenlik araçlarının olmaması ya da etkisiz olması - Uygun olmayan düzen ve temizlik (zemin malzemesi, kötü yığma vb.) - Ekipman, araç ve makinelerin bozuk olması - İş için uygun olmayan giysi ve donanım kullanılması - Uygun olmayan aydınlatma, havalandırma yöntemleri 	Çalışanın Mental Durumu <ul style="list-style-type: none"> - Güvenlik konusunda farkındalık eksikliği - Koordinasyon eksikliği - Uygun olmayan tutum - Yavaş mental reaksiyon - Dikkatsizlik - Duygusal değişimler - Sinirlilik
	Çalışanın Fiziksel Durumu <ul style="list-style-type: none"> - Aşırı yorgunluk - Görme ve işitme sorunları - İşe uygun fiziksel niteliğin olmaması - Engellilik

Kaynak: Saari J. Accident Prevention. In: Editor Stellman JM. Encyclopedia of Occupational Health and Safety. Fourth Edition Volume II P:56.2-56.38 ILO, Geneva 1998.

İş Kazalarının Ekonomik Boyutu

İş kazaları çalışan sağlığı bakımından önemli olduğu kadar, ekonomik boyutu ile de işletme ve ülke açısından önem taşımaktadır. Kaza geçiren kişinin tedavisi, sigorta primleri, tazminatlar ve mahkeme giderleri, dolaysız maliyete girerken, kaza sırasında ara verilmesi nedeniyle üretim kaybı, hasara uğrayan araç ve makinelerin onarımı, tazminat dışında kayıp işgünü için ödenen ücret, yeniden işbaşı yapıldığında verimin düşmesine ya da yeni işçinin işi öğrenene kadar geçen sürenin getirdiği kayıplara bağlı dolaylı maliyeti vardır (Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004,

Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488).

İş Kazası Ölçütleri

İş Kazaları ile ilgili kayıt ve bildirim yapılması zorunludur. Kaza kayıtları mutlaka tutulmalı, yıllık ölçütler hesaplanmalıdır. İş kazası ile ilgili başlıca ölçütler ve hesaplama biçimleri aşağıdadır.

İş kazası mortalite hızı	Bir yılda iş kazasından ölen işçi sayısı /Bir yılda çalışan toplam işçi sayısı
İş kazası fatalite hızı	Bir yılda iş kazasından ölen işçi sayısı / Bir yılda iş kazası geçiren işçi sayısı
İş kazası sıklık hızı (1)	(Bir yılda iş göremezlikle sonuçlanan iş kazasına bağlı yaralanma sayısı / Bir yılda çalışılan toplam işçi-saat) X 10^6 (Milyon iş saati başına kaza sayısını ifade eder)
İş kazası ağırlık hızı (2)	(Bir yılda iş göremezlikle sonuçlanan iş kazasına bağlı yaralanma sayısı / Bir yılda çalışılan toplam işçi-saat) X 225000 (100 tam zamanlı işçi başına kaza sayısını ifade eder)
İş kazası ağırlık hızı (1)	(Bir yılda yitirilen işgünü sayısı / Bir yılda çalışılan toplam işçi-saat) X 10^6 (Milyon işçi saat başına kaybolan işgünü sayısını ifade eder)
İş kazası ağırlık hızı (2)	(Bir yılda yitirilen işgünü sayısı x 8) / (Bir yılda çalışılan toplam işçi-saat) X 100 (100 işçi saat başına kaybolan iş saatini ifade eder) (225000 100 işçinin yılda 50 hafta haftada 45 saat çalışması ile elde edilmektedir)

İş göremezlik gün sayısı hesaplanırken, geçici işgöremezlik gün sayısı aynen alınır, sürekli iş göremezlik dereceleri toplamı 75 ile çarpılarak, ölüm vakaları 7500 ile çarpılarak toplama eklenir (Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004, Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488, SGK İstatistik Yıllığı 2008 www.sgk.gov.tr).

Meslek Hastalıkları

İşyeri ortamındaki sağlık zararlarından kaynaklanan hastalıklara **meslek hastalıkları** denir. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 14. maddesinde ise meslek hastalıkları, sigortalının çalıştığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple ya da işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleridir olarak tanımlanmaktadır.





Silikoz, kurşun zehirlenmesi, asbestoz örnek verilebilir (5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004, Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488).

İşle İlgili Hastalık



Daha kapsamlı bir tanım olup Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre **işle ilgili hastalık**, yalnızca bilinen ya da kabul edilen meslek hastalıkları değil, fakat oluşmasında ve gelişmesinde çalışma ortam ve biçiminin diğer sebepler arasında önemli bir etmen olduğu hastalıklardır.



Amfizem, kas iskelet sistemi sorunları, astım bu gruba örnek verilebilir (Koh D, Jeyaratnam J. Occupational Health In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health 4. Edition. p:1045-1065. Oxford University pres. NewYork, 2002Akbulut T. İşle İlgili hastalıklar, işyeri hekimliği ders notları İşyeri hekimliği ders notları.7.basım. TTB Yayını, Ankara,2003 s. 61-66, Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004, Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488).

Mesleğe özgü olması ve neredeyse tamamının korunulabilir olması nedeniyle meslek hastalığı iş sağlığı konuları arasında önemli yer tutar. Ayrıca meslek hastalığı sonucu çalışanın ölmesi ya da engelliliği durumunda çalışan ya da ailesinin tazminat hakkı doğar ki bu da hukuki ve sosyal boyutu oluşturmaktadır (Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488).

NIOSH'a (ABD Ulusal Mesleksel Güvenlik ve Sağlık Kuruluşu) göre çalışan sağlığı kapsamında en öne çıkan sağlık sorunu mesleksel akciğer hastalıkları olup, ikinci sırada mesleksel kanserler gelmektedir (Türkiye'de Mesleksel ve Çevresel Hastalıklar, Barış İ, Atabey E. Köseleciler, İstanbul, 2009). Türkiye'de de meslek hastalığı denilince akla kömür işçisi pnömokonyozu, silikozis ve kurşun zehirlenmesi akla gelmektedir (Türkiye'de Mesleksel ve Çevresel Hastalıklar, Barış

İ, Atabey E. Köseleciler, İstanbul, 2009, Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004).

Sağlığa zararlı etken meslek hastalığı kapsamına giriyorsa meslek hastalıkları listesinde sınıflandırılmış olarak yükümlülük ve maruziyet süreleri ile verilmektedir.

Yükümlülük Süresi

Sigortalının meslek hastalığına neden olan işinden ayrıldığı tarih ile, meslek hastalığının meydana çıktığı tarih arasında geçecek en uzun süreye **yükümlülük süresi** denir (Bilir V. Meslek hastalıkları, Türk-İş, 2004).



Maruziyet (Etkilenme) Süresi

Zararlı etkinin başlamasıyla meslek hastalığı belirtilerinin ortaya çıkması için geçmesi kabul edilen en kısa süredir.



Listede bulunmayan hastalık, yükümlülük süresi ile ilgili yasaya uymayan süreler konuları Yüksek Sağlık Kurulu tarafından değerlendirilmektedir (Bilir V. Meslek hastalıkları, Türk-İş, 2004, Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431-488).

Türkiye’de meslek hastalıkları Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü’nde şöyle sınıflandırılmıştır:

- Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları (Örneğin, organik fosforlu ilaçlara bağlı zehirlenmeler, kurşun zehirlenmesi).
- Mesleksel cilt hastalıkları (Örneğin, cilt kanserleri ve prekanseröz cilt hastalıkları).
- Pnömonyozlar ve diğer mesleksel solunum sistemi hastalıkları (Örneğin, silikoz, asbestoz, sideroz).
- Mesleksel bulaşıcı hastalıklar (Örneğin, hepatit A, B).
- Fizik etkenlerle meydana gelen meslek hastalıkları (Örneğin, gürültü sonucu işitme kaybı, titreşim sonucu Raynoud fenomeni) (Bilir N, Yıldız AN İş Sağlığı ve Güvenliği S: 601-623. Editörler: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara 2006 Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği

Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004, Bilir V. Meslek hastalıkları, Türk-İş, 2004).

İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarından Korunma

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2002 yılındaki değerlendirmesine göre;

- 1 ölümlü kaza,
- 1200 üç günden fazla işten kalmaya neden olan,
- 1200 1-3 gün işten kalmaya neden olan,
- 5000 ilkyardım gerektiren kaza,
- 7000 hasarsız atlatılan olay olmaktadır (Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004).

Kaza incelemeleri ile nedenlerin ortaya konması ve giderilmesi yeni kazaların önlenmesi için önem taşımaktadır. İnanılmaktadır ki, iş kazalarının % 98'i, meslek hastalıklarının hemen hepsi önlenebilir özelliktedir.

Çevrenin kazalara ortam hazırlamayacak şekilde iyileştirilmesi (gürültü, sıcaklık, aydınlatma, makine koruyucuları, ortam güvenliği vb.) çağdaş yaklaşımdır. Hasarsız atlatılan kazaların, koşullar elverdiği takdirde yaralanma veya hasara neden olabileceği düşünülürse analiz ve çözümünün kaza önleme açısından önemi büyüktür. Aslında bu durum iş güvenliğini artırmada değerlendirilmesi gereken bir şanstır. Ancak bunun değerlendirilebilmesi için bir sistem kurulması gerekir. Ayrıca *Risk Değerlendirmesi* yapılması zararlı sonuçlanabilecek bir olay hiç ortaya çıkmadan önlem alınmasını sağlar.



Risk, belirlenmiş tehlikeli bir olayın oluşma olasılığı ile sonuçlarının kombinasyonudur.



Risk Değerlendirme, tüm proseslerde riskin büyüklüğünü hesaplama ve kabul edilebilir olup olmadığına karar vermek demektir. Olay ortaya çıkmadan varsayımlara, öngörülere, değerlendirme ve analizlere göre önlem almak için kilit noktadır (TS 18001 Çalışan Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemi, KalDer, Revizyon No:02, 15.03.2004, Turan A, İş yerlerinde ve İş Ekipmanlarında Risk Değerlendirmesi, Mühendis- Makine, Sayı:532 Mayıs 2004, Tiryaki A.R, Baripoğlu Ö, Risk Değerlendirmesi, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Stayner L, Hornung R, Assessing the Risks of Occupational Hazards, Occupational Medicine Third Edition, 1994, Mosby-Year Book, 11830 Westline Industrial Drive St. Louis, Missouri, Cilt:2, p:1145-8., Öktem R, Ramak Kazaya Risk Temelli Yaklaşım, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Nisan-Mayıs-Haziran 2004,S:43-48).

Risklerin Kontrol Hiyerarşisi

- Tehlikenin kaynağında giderilmesi,
- Tehlikenin kaynağında azaltılması,
- Çalışanların tehlikeden uzak tutulması,
- Tehlikenin çembere alınması,
- Çalışanların maruziyetinin azaltılması,
- İş sisteminin düzenlenmesi,
- Kişisel Koruyucu Donanım kullanımı,
- Risk Değerlendirme Sonuçlarının Kaydedilmesi ve Çalışanların Bilgilendirilmesi (OHSAS 18001 Yönetim Sistemi Eğitimi RAMS Danışmanlık Aralık 2004 Ankara, Esin A. Yeni Mevzuatın Işığında İş Sağlığı ve Güvenliği, MMO/2004/363, TMMOB 2004, Ankara).

Meslek hastalıklarından korunma yaklaşımı tıbbi ve teknik uygulamalar olarak iki grupta ele alınmaktadır (Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004, Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488):

Tıbbi Uygulamalar

- İşe giriş muayeneleri,
- Aralıklı kontrol muayeneleri,
- Sağlık eğitimi.

Teknik Uygulamalar

- **Tehlikenin kaynağında kontrol altına alınması:** Zararlı olabilecek fiziksel ve kimyasal ajanları sağlığı sakıncası olmayan düzeyde tutmak için uygun ölçümlerle miktarlarını saptamaktır. Bu noktada Eşik Sınır Değer (ESD) ve Müsaade edilen Azami Konsantrasyon (MAK) değerlerini de tanımlamak gerekir.
 - > **Eşik Sınır Değer:** İşyeri havasında var olup, günde 8 saat ya da haftada 40 saat çalışma süresi içinde maruz kalındığında tüm işçilerin sağlığına zarar vermediği kabul edilen değer (Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488).
 - > **Müsaade Edilen Azami Konsantrasyon:** Kirleticilerin günde 8 saat maruz kalmak suretiyle, uzun süre çalışan işçilerin sağlıklarına zararlı etkisi olmadığı kabul edilen en yüksek konsantrasyondur (Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488).
- **Yerine koyma:** Daha az zararlı maddeyi ya da operasyonu bilinen zararlı madde ya da operasyonla değiştirmek.
- **Ayırma:** Çalışanlardan bir engel ya da mesafe koyarak tehlikeyi uzak tutmak.
- **İzole etme:** Zararlı prosesi ya da maddeyi çevreden fiziksel olarak ayırmak.
- **Havalandırma:** Solunumla zararlı maddelerin solunmasını, aşırı sıcak, soğuk, kuruluk ya da nemi önlemek.
- **Yaş yöntemle çalışmak:** Tozun işyeri havasına karışmasını önlemek için su püskürtmek ya da tozun kaynağını ıslak tutmak.
- **Kişisel koruyucu uygulamalar:** Son çare olarak düşünülmesi gereken az etkili bir yöntemdir. Yukarıda sayılan diğer koruyucu yöntemlerin gideremediği sorunlar için kullanılmalıdır. Kullanımı ile ilgili eğitim ve denetim zorunludur (Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004, Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488).



Bu koruyuculara maske, baret, kulak tıkaçları, koruyucu gözlükler, çelik burunlu ayakkabılar örnek verilebilir.

Güncel yaklaşımda en öncelikli çözüm adresi olarak gösterilen güvenlik kültürü, bir işyerinde hem kalite, güvenilirlik, rekabet edebilirlik ve karlılığı olumlu yönde etkileyebilir, hem de hastalık ve kaza oranlarında olumlu değişiklikleri sağlayabilir.

Değişik tanımları yapılmış olup, bir tanıma göre **güvenlik kültürü**, bir örgütün sağlık ve güvenlik programının yeterliliğine, biçimine, bağlılığına karar vermek için, tüm kişi ve grupların değerleri, tutumları, yetenekleri ve davranış örüntüleridir.



Bir işyerinde oluşturulmasıyla birlikte güvenlik performansının arttığı çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır (Demirbilek T. İş Güvenliği Kültürü. Legal Yayıncılık. İzmir, 2005.

Türkiye’de Çalışan Sağlığının Durumu ve Yasal Düzenlemeler

Türkiye’de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve ona bağlı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (İSGGM), İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü Müdürlüğü (İSGÜM), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Merkezi (ÇASGEM), İş Teftiş Kurulu Başkanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, ayrıca Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği, Türk Mimar Mühendis Odaları Birliği, Fişek Enstitüsü, Sendikalar konu ile ilgilenen başlıca kurum ve kuruluşlardır (Bilir N, Yıldız AN İş Sağlığı ve Güvenliği S: 601-623. Editörler: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara 2006, Fişek G. Türkiye’de iş-işçi sağlığının durumu, 12. Ulusal halk sağlığı Kongre Kitabı, Ankara, 2008 S:253-257, Piyal B. 12. Ulusal halk sağlığı Kongre Kitabı, Ankara, 2008 Çalışma Yönetiminde Araştırma ve Eğitim, S:258-270).

Türkiye’de çalışan sağlığı ile ilgili göstergeler açısından mevcut durum incelendiğinde; Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) istatistiklerine göre 2008 yılında 1 170 248 işyeri, 8 802 989 zorunlu sigortalı vardır. İş kazası sayısı 72 963, meslek hastalığı sayısı 539’dur. Meslek hastalığı ya da iş kazası nedeniyle sürekli işgöremezlik gün sayısı 1694, geçici işgöremezlik gün sayısı ise 1 864 115’dir (SGK İstatistik Yıllığı 2008 www.sgk.gov.tr). Bu rakamların yanı sıra SGK verilerine yansımayan iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu yitimler de ayrıca dikkate alınmalıdır. Ciddi bir tespit ve bildirim açığı söz konusudur.

Ülkemizde İş Sağlığı ve Güvenliği ile ilgili yasal düzenlemeler Anayasa'nın ilgili maddeleri temel alınarak hazırlanmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın;

- 17. maddesi "Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir" düzenlemesini içermektedir.
- Anayasanın "Çalışma ile İlgili Hükümler" başlıklı beşinci bölümünün 49. maddesi "Çalışma, herkesin hakkı ve ödevidir",
- 50. maddesi de "Kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz" kurallarını koymaktadır (Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004).

Türkiye'de "İş Sağlığı ve Güvenliği" ile ilgili temel konular; başlıca Borçlar Kanunu, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 4857 sayılı İş Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gibi yasalarla güvence altına alınmıştır. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nün birçok maddesi, 4857 sayılı İş Kanunu'nun geçici 2. maddesi uyarınca halen yürürlüktedir. Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği 2004'de yürürlüğe girmiştir. Bu süreçte yayımlanan bir çok yönetmelik de AB mevzuatı doğrultusunda hazırlanmıştır. Bazı önemli yönetmelikler şunlardır:

- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik,
- Güvenlik ve Sağlık İşaretleri Yönetmeliği,
- Ekranlı Araçlarla Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik,
- Gürültü Yönetmeliği,
- Titreşim Yönetmeliği,
- Yapı İşlerinde Sağlık ve Güvenlik İşleri Yönetmeliği,
- Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik,
- Patlayıcı Ortamların Tehlikelerinden Çalışanların Korunması Hakkında Yönetmelik,
- Elle Taşıma İşleri Yönetmeliği,
- Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılmasına İlişkin Yönetmelik,
- Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği,

- Kanserojen ve Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik,
- Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik,
- Asbestle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik (<http://www.cssgb.gov.tr/mevzuat>, Piyal B. İş Sağlığı ve Güvenliğinde Türkiye'nin Avrupa Birliğine Uyum Sorunu. Belediye-İş yayınları, AB'ye Sosyal Uyum Dizisi, Ankara, 2009).

Bazı yasal düzenlemeler, çeşitli açılardan itiraz konusu olup, değişim ve gelişim sürecindedir. Türkiye'de bugün küçük ve orta büyüklükteki 50'den az işçi çalıştıran ve işyerlerinin yaklaşık % 98'ini oluşturan işyerlerinde işyeri hekimi, işyeri sağlık birimi, iş sağlığı ve güvenliği kurulu bulunmamaktadır. Bu sorunun ortak sağlık ve güvenlik birimleri ile çözümlenmesi gerekmektedir.

Meslek hastalıklarına tanı konması yönünden ciddi bir eğitim ve farkındalık eksikliği söz konusudur. Meslek hastalığı tanısı koyma yetkisi meslek hastalıkları hastaneleri ve kamu üniversite hastanelerine tanınmıştır. Meslek hastalıkları hastaneleri Ankara, İstanbul ve Zonguldak'ta yer almaktadır ve sayıları yetersizdir. İş Sağlığı ile ilgili bir enstitü kurulması, eğitim ve hizmetlerin genişletilmesi ve yaygınlaştırılması zorunludur. Yasal düzenlemeler insan eksenli, çağdaş uygulamalara zemin hazırlamalı ve tüm çalışanları kapsamalıdır. Kayıt, istatistik, koordinasyon, işbirliği, araştırma, geliştirme etkinlikleri gözden geçirilmeli, çalışma yaşamının tüm aktörleri ve giderek tüm toplum bilinçlendirilmeli, güvenlik kültürü yaşamımızın her alanında yerleşmelidir.



Özet

Çalışmak insanın gelir elde etmesi için bir zorunluluk olmanın ötesinde, bir sosyalleşme aracı, kendini geliştirme alanı ve bir haktır. Toplumun ise sosyal ve ekonomik gelişiminde anahtar ögedir Çalışan Sağlığı; çalışanların sağlığının korunması, geliştirilmesi, olanaklı olan en üst düzeye çıkarılarak sürdürülmesi hizmetleridir. Çalışanların toplumdaki oranı, risk grupları ve riskli iş kollarının olması, işe bağlı kaza, hastalık, ölüm, engellilik sayılarının büyüklüğü, çevresel etkiler ve toplumların ekonomik büyümesi ile olan ilişkisi nedeniyle çalışan sağlığı ve onunla ilgili olan konular vazgeçilemez öneme sahiptir.

Türkiye'deki veriler tespit ve bildirim yetersizliği ve çoğu işyerinin düzenli bir işyeri sağlık hizmetinden yoksun olması nedeniyle özellikle meslek hastalıkları yönünden yetersizdir. Avrupa Birliği'ne uyum kapsamında çıkarılan İş Yasası ve buna dayalı yönetmeliklerle yeni uygulamalara geçilmesi söz konusudur.

Çalışan sağlığını ilgilendiren iki temel sorun alanı iş kazaları ve meslek hastalıklarıdır. Güvenlik kültürü oluşması, önce insan yaklaşımı ve iş sağlığı ve güvenliğinin üretim ve verimlilik açısından da temel zorunluluk olduğu anlayışının yerleşmesi gereklidir. Eğitim, teknoloji seçimi, doğru yaklaşımların benimsenmesi ve uygulamalara dönüştürülmesi önemli bir gereksinimdir. Genel halk sağlığı yaklaşımında olduğu gibi kaza ya da hastalık olmadan korunma yöntemlerini uygulamanın öncelikli olması daha kolay, etkili ve ekonomiktir. Risk değerlendirme, zararlıyı ya da maruziyeti kaynağında çeşitli yöntemlerle yok etme ve son çare olarak kişisel koruyucu donanımların kullanılması ve her aşamada çalışma yaşamının tüm aktörlerinin eğitimi ve denetimi zorunludur.

Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sağlayacak düzenlemelerin hayata geçirilmesi, tüm sektörlerde çalışanların iş ile ilgili sağlık risklerinin yasalarla güvence altına alınması, işyeri sağlık ve güvenlik hizmetlerinden yararlanabilmeleri gereklidir. İşyerlerinde önce insan önce güvenlik anlayışı benimsenmeli ve güvenlik kültürü oluşturulmalıdır.

Gözden Geçir



- Çalışan sağlığı ile ilgili kavramların tanımını yapınız.
- Çalışan sağlığı neden önemlidir? Açıklayınız.
- İş kazalarının nedenlerini sıralayınız.
- Meslek hastalıklarını sınıflandırınız.
- İş kazaları ve meslek hastalıklarından korunmada neler yapılması gerektiğini anlatınız.
- Türkiye’de çalışan sağlığı ile ilgili mevcut durumu özetleyiniz.
- Çalışan sağlığının geliştirilebilmesi, sorunların giderilmesi açısından neler yapılabilir? Yorumlayınız.



Değerlendirme Soruları

1. Aşağıdakilerden hangisi iş ile ilgili hastalıktır?
 - a. Astım
 - b. Silikozis
 - c. Asbestozis
 - d. Kurşun zehirlenmesi
 - e. Gürültü sonucu işitme kaybı
2. Aşağıdakilerden hangisi fiziksel nedenlerle olan meslek hastalığıdır?
 - a. Kurşun zehirlenmesi
 - b. Kömür işçisi pnömokonyozu
 - c. Civa zehirlenmesi
 - d. İşitme kaybı
 - e. Tarım ilacı zehirlenmesi
3. Aşağıdakilerden hangisi iş kazalarının dolaylı nedenlerindedir?
 - a. Koruyucu ekipman sağlandığı halde kullanılmaması
 - b. El ile tutma ve kaldırma sırasında tehlikeli yöntemler
 - c. Ekipman, araç ve makinelerin bozuk olması
 - d. İşyeri düzeni, görev ve kuralların tanıtım yetersizliği
 - e. Uygun olmayan aydınlatma, havalandırma yöntemleri
4. Aşağıdakilerden hangisi iş kazalarından ve meslek hastalıklarından korunmada son seçenektir?
 - a. Ortam ölçümleri
 - b. Tehlikeyi kaynağında yok etme
 - c. Çalışılan maddeyi ya da prosesi daha az zararlı olanla değiştirme
 - d. Kişisel koruyucu donanımlar
 - e. Makine koruyucuları kullanma

5. Türkiye’de meslek hastalıkları tanısı koyma yetkisi hangi kurumlara tanınmıştır?
- Meslek hastalıkları hastaneleri
 - Tüm üniversite hastaneleri
 - Sağlık Bakanlığı hastaneleri
 - Meslek hastalıkları hastaneleri ve kamu üniversite hastaneleri
 - Meslek hastalıkları hastaneleri ve tüm üniversite hastaneleri



Kaynaklar

- Silah M. Endüstride çalışma psikolojisi. Seçkin yayıncılık 2. baskı Ankara, 2005
- Bilir N, Yıldız AN İş Sağlığı ve Güvenliği S: 601-623. Editörler: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara 2006
- İş Sağlığı ve Güvenliği TMMOB Makine Mühendisleri Odası Oda Raporu. Yayın No: MMO/2008/478 Nisan Ankara, 2008.
- Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara, 2004
- Tunçbilek A. İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları. Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993.S:431- 488
- Erkan N. Ergonomi. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No:373 Ankara, 2003.
- Saari J. Accident Prevention. In: Editor Stellman JM. Encyclopedia of Occupational Health and Safety. Fourth Edition Volume II P:56.2-56.38 ILO, Geneva 1998.
- Piyal B. İş Sağlığı ve Güvenliğinde Türkiye'nin Avrupa Birliğine Uyum Sorunu. Belediye-İş yayınları, AB'ye Sosyal Uyum Dizisi, Ankara, 2009
- Bilir V. Meslek hastalıkları, Türk-İş, 2004
- Akbulut T. İşçi sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, 2.baskı, Sistem Yayıncılık İstanbul, 1994.
- Demirbilek T. İş Güvenliği Kültürü. Legal Yayıncılık. İzmir, 2005.
- Koh D, Jeyaratnam J. Occupational Health In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health 4. Edition. p:1045-1065. Oxford University pres. NewYork, 2002.
- Akbulut T. İşçi sağlığına Giriş. İşyeri hekimliği ders notları.7.basım. TTB Yayını, Ankara,2003 S:45-47
- SGK İstatistik Yıllığı 2008 www.sgk.gov.tr
- TS 18001 Çalışan Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemi, KalDer, Revizyon No:02, 15.03.2004

- Turan A, İş yerlerinde ve İş Ekipmanlarında Risk Değerlendirmesi, Mühendis- Makine, Sayı:532 Mayıs 2004
- OHSAS 18001 Yönetim Sistemi Eğitimi RAMS Danışmanlık Aralık 2004 Ankara.
- <http://www.ilo.org.tr>
- Manzey D. Occupational accidents and safety: The challenge of globalization(Editorial). Safety Science.47,p:723-726
- 5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu RG Tarih ve sayı: 16/06/2006, 26200
- Akbulut T. İşle İlgili hastalıklar, İşyeri hekimliği ders notları.7.basım. TTB Yayını, Ankara,2003 s. 61-66
- <http://www.cssgb.gov.tr/mevzuat>
- Türkiye’de Mesleksel ve Çevresel Hastalıklar, Barış İ, Atabey E. Köseleciler, İstanbul, 2009
- TS 18001 Çalışan Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemi, KalDer, Revizyon No:02, 15.03.2004,
- Turan A, İş yerlerinde ve İş Ekipmanlarında Risk Değerlendirmesi, Mühendis- Makine, Sayı:532 Mayıs 2004,
- Tiryaki A.R, Baripoğlu Ö, Risk Değerlendirmesi, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi,
- Stayner L, Hornung R, Assessing the Risks of Occupational Hazards, Occupational Medicine Third Edition, 1994, Mosby-Year Book, 11830 Westline Industrial Drive St. Louis, Missouri, Cilt:2, p:1145-8.,
- Öktem R, Ramak Kazaya Risk Temelli Yaklaşım, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Nisan-Mayıs-Haziran 2004,S:43-48
- Fişek G. Türkiye’de iş-işçi sağlığının durumu, 12. Ulusal halk sağlığı Kongre Kitabı, Ankara, 2008 S:253-257,
- Piyal B. 12. Ulusal halk sağlığı Kongre Kitabı, Ankara, 2008 Çalışma Yönetiminde Araştırma ve Eğitim, S:258-270

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı **Doç. Dr. Deniz Çalışkan**

9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Sağlık Çalışanı Tanımı
- Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Mevcut Durumu
- Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri
 - › Fiziksel Riskler
 - › Kimyasal Riskler
 - › Biyolojik Riskler
 - › Ergonomik Riskler
 - › Psikolojik ve Sosyal Güvenlik ile İlgili Riskler
- Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Konusunda Yaşanan Süreç
- Sağlık Kurumlarında İşyeri Sağlık Birimi

Ünite Hakkında

Bu üniteye bir çalışan olarak sağlık sektöründe çalışanların sağlığını etkileyen mesleki faktörler ele alınacaktır. Sağlık iş kolu, mesleki risklerin en yoğun yaşandığı işkolları içinde gelmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının diğer çalışanlar gibi mesleki riskleri ve korunma yöntemleri konusunda bilgili ve duyarlı olması gerekmektedir. Ayrıca sağlık çalışanları kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek konusunda gösterecekleri tutum ve davranışları ile diğer çalışanlara örnek olacağı da unutulmamalıdır.

Öğrenme Hedefleri



Bu ünite de Tıbbi Sekreterlik ve Dokümantasyon Bölümü öğrencilerinin, bir sağlık çalışanı olarak mesleki riskleri ve korunma yöntemleri konularında bilgi kazanmaları amaçlanmıştır. Bu üniteyi tamamladığınızda;

- Sağlık çalışanlarının mesleki risklerini sıralayabileceksiniz.
- Mesleki risklerden korunmada alınması gereken bireysel önlemlerin önemini kavrayabileceksiniz.
- Bireysel önlemler konusunda elde edilen bilgi ve tutumları günlük yaşamda kullanabileceksiniz.
- Mesleki riskleri önlemede “işyeri sağlık birimleri”nin görevlerini tanımlayabileceksiniz.

Üniteyi Çalışırken



Ünite içinde verilen bilgiler doğrultusunda bir sağlık çalışanı olarak çalışma ortamınızdan ve/veya işinizin yürütüm koşullarından kaynaklı mesleki risklerinizin neler olabileceğini ve bu mesleki risklerden korunmak için bireysel, kurumsal, yasal önlemlerin neler olacağını tartışınız. Sağlık çalışanlarının bireylerin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek olan temel görevleri sırasında kendi sağlıklarını nasıl koruyup geliştirebilecekleri yönünde kendiniz için örnek yöntemler geliştiriniz.

Sağlık Çalışanı Tanımı

Sağlık çalışanı denildiğinde ilk olarak doktor, hemşire gibi bazı mesleklerde çalışan kişiler akla gelmektedir. *Sağlığı*, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil; bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali *sağlık hizmetini de* bireyin ve toplumun sağlığını korumak geliştirmek için sunulan hizmetler olarak ele aldığımızda, sağlık hizmeti sunan ekip genişlemektedir (Fişek, 1983).



DSÖ'nün **sağlık insan gücü** tanımında 29 değişik meslek tanımlanmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO-International Labour Organization) tarafından yapılan sınıflamada, sağlık çalışanları doktorlar, diğer profesyoneller (diş hekimi, eczacı, biyolog vb.), hemşire, ebe ve sağlık memurları, sağlıkla ilgili diğer çalışanlar (diş, anestezi, acil tıp teknisyeni vb.) ve sağlık alanında özel eğitim almamış diğer çalışanlar (tıbbi sekreter, şoför, hizmetli vb.) olmak üzere 5 grupta değerlendirilmektedir (H. Ü., 1991; Bilir N, Yıldız AN, 2004):

Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Mevcut Durumu

Dünyada 35 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır ve dünyada çalışanların % 12'sini oluşturmaktadır. AB ülkeleri çalışanlarının % 10'u, ABD'nde % 8'i sağlık sektöründe çalışmaktadır. ABD'nde sağlık sektörü, on milyonun üzerinde çalışanı ile en çok kişinin çalıştığı üçüncü iş kolu durumundadır ve çalışanların da % 80'i kadındır (Wilburn, 2000).

Türkiye İstatistik Kurumu 2009 verilerine göre 113.151 hekim, 19.959 diş hekimi, 24.778 eczacı, 99.910 hemşire, 47.673 ebe ve 83.993 sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplam yarım milyona yakın sağlık çalışanı bulunmaktadır (TUİK, 2009).

Sağlık çalışanları genel olarak başkalarının sağlığını korumak ve geliştirmek süreçleri içinde kendi sağlıklarını yeterince düşünmeden, büyük bir özveri ile çalışmaktadır. Ancak hem çalışma ortamları hem de hizmetin yürütülme koşullarından kaynaklanan pek çok meslek sel risk ile karşı karşıya kalmaktadırlar.

Çalışma ortamına özgü etiyolojik etkenle karşılaşma sonucu meydana gelen hastalıklara meslek hastalığı adı verilir. 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu'nun 11/b maddesinde **Meslek Hastalığı**; sigortalının çalıştığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici ve sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleri olarak tanımlanmaktadır (Tunçbilek, 1998).



Bu tanımla meslek hastalığı, yalnızca sigortalı çalışan işçileri kapsayan bir tanım olarak ele alınmaktadır. İş sağlığı ve meslek hastalıkları kavramı günümüzde çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları olarak bir dönüşüm yaşamaktadır. Şüphesiz, çalışan sağlığı içinde bu genişleyen çerçevede sağlık çalışanlarının sağlığı-meslek hastalıkları, iş kaza ve yaralanmaları da önemli bir yer alacaktır.

Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri

Çalışma yaşamı ile ilgili sağlık sorunları incelenirken; bu sorunların ortaya çıkmasında rol alan epidemiyolojik üçlü "etken-kışı-çevre" bağlamında etkene, bireye ve çalışma ortamına ait faktörlerle etkileşimleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Örneğin bir insanın ateşi yükselebilir, giderek karnında bazı lekeler ortaya çıkar, dili paslanır.



Fiziksel Riskler

Çeşitli sağlık kuruluşlarında iyonlaştırıcı olan olmayan radyasyon, elektrik, aydınlatma, titreşim, gürültü, sıcaklık gibi fiziksel faktörler vardır. Öte yandan görev gereği dış ortamda bulunmak durumunda olan personelin soğuk-sıcak, rüzgâr, yağmur gibi dış çevre faktörlerinden de etkilenmesi söz konusudur (Soyer, 1992).

İyonize Radyasyon

Sağlık kurumlarında pek çok alanda iyonlaştırıcı radyasyon tanı ya da tedavi amaçlı kullanılmaktadır. İyonizan radyasyona, akut veya kronik maruziyete ve doza bağlı olarak değişik etkiler ortaya çıkmaktadır. Sağlık alanında akut yüksek doz maruziyetten çok, uzun süreli düşük doz maruziyet söz konusudur. Buna bağlı olarak oluşan kimyasal ve biyolojik değişiklikler sonucunda;

- Hücrelerde malign transformasyon ile kansere,
- Mutasyonlara ve bunun sonucu genetik etkilere,
- Hücre bölünmesinin durması (hücre ölümü) ile akut somatik etkilere neden olabilir.

Radyoloji personeli için bir yılda alınan doz 5000 mrem'i geçemez. Ancak deneyler bu dozun çok daha aşağısının rutin olması gerektiğini göstermektedir. Yılda yüz binin üzerinde film çekilen dört büyük hastanenin verileri değerlendirildiğinde radyolog, hekim veya teknisyen olarak meslek nedeniyle alınan doz ortalamasının yılda 1000 mrem'i geçmemesi önerilmektedir (Soyer, 1992).

İyonlaştırıcı olmayan radyasyon; mikrodalgaları, manyetik alanları ve lazerleri içermektedir. Elektromanyetik cihazların yoğun kullanıldığı ameliyathane ve yoğun bakım birimleri ve fizik tedavi gibi birimlerde anksiyete, halsizlik, baş ağrısı gibi yakınmaların yoğun olduğu belirtilmektedir. Elektromanyetik dalgaların kanserlere (beyin, meme, kan) yol açılabileceği yönünde bulgular da mevcuttur (WHO, 2006).

Elektrik ve Elektronik Cihaz Kullanımı

Tıpta oldukça yaygındır. Bu cihazların kullanımı sırasında oluşabilecek kazaların yanı sıra radyasyon, ultrason, mekanik riskler, aşırı ısı, yangın tehlikesi gibi risklere neden olabileceği de düşünülmelidir.

Aydınlatma

Özellikle ameliyathanelerde yetersiz, aşırı ya da uygun olmayan aydınlatma görüş alanını olumsuz etkilemekte ve yorgunluk nedeni olabilmektedir. Bu durum kaza ve yaralanma riskini artırmaktadır.

Titreşim-Vibrasyon

Sağlık alanında titreşim-vibrasyon yayan araçların kullanımı yaygındır. Vibrasyonun sağlık üzerine bilinen en önemli etkisi el ve parmaklarda periferik vasküler ve periferik nöral sorunlara yol açmasıdır (NIOSH, 1989).

Gürültü

Özellikle diş kliniklerinde çalışanlar, yüksek hızlı diş tribünleri ile yaklaşık 8.000 Hz'lik frekansta çalışırlar ve odyometrik testlerde, işitme organı ile ilgili travmaların bu frekansta 35 dB'lik işitme kaybına yol açtığı saptanmıştır (HÜ, 1991).

Isı

Sağlık sektöründe yüksek ısı genellikle mutfaklarda ve çamaşırhanelerde bulunmaktadır. Soğuk, sıcak ve güneş ışığı hastaların dışında çalışan personeli de etkilemektedir (MFL, 1995).

Kimyasal Riskler

Yapılan bir araştırmada insan sağlığına zararlı 299 değişik kimyasal bileşiğin sağlık kurumlarında kullanıldığı saptanmıştır. Çalışma ortamında anestezi gazlar, ilaçlar (özellikle sitostatik ilaçlar), sterilize edici maddeler (gluteraldehid, formaldehit, etilen oksit) ve diğer (lateks, nikel, cıva, asbest, enseptisitler, deterjanlar, çeşitli antiseptik ve dezenfektan maddeler, fiksatifler vb.) toz, buhar, gaz, sıvı şeklinde pek çok kimyasal madde bulunmaktadır (MFL, 1995; H.Ü., 1991; Burgaz, 2004).

Anestezikler

Azot protoksit, dietil etan, siklopropan, triklor etilen, halotan, metoksifluran, renfluran ve isofluran en sık kullanılan maddelerdir. Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü'nün (National Institute for Occupational Safety and Health- NIOSH) önerdiği maksimum izin verilen konsantrasyon (Maximum Allowable Concentration, MAC) değerleri ise azot protoksit için 25 ppm, tüm halojenli anestezikler için 0.5 ppm'dir. Anestezik ajanlar; spontan düşük, doğumsal anomali oranlarında artışa ve fertilitede azalmaya neden olmaktadır. Anestezik ajanların immun baskılayıcı etkisi bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda; anestezik gazlara uzun süre, yüksek yoğunlukta maruz kalanlarda kanser insidansı oldukça yüksektir. Özellikle lösemi ve lenfomada 3 katı artış görülmektedir. Ameliyathane çalışanlarında karaciğer ve böbrek hastalıkları insidansında diğer çalışanlara göre 2 kat artış olduğu gösterilmiştir (H.Ü., 1991).

İlaçlar

Tedavi amacı ile kullanılan değişik farmasötiklerin sağlık çalışanları üzerinde olumsuz etkileri söz konusudur. Antibiyotiklerin ve diğer kimyasal ajanların astım, dermatit yapıcı etkilerinin dışında özellikle kanser tedavisinde kullanılan sitotoksik maddelerin, mutajenik etkileri vardır. Yapılan araştırmaların yöntemi ve bulguların anlamlılığı tartışmalı olmakla birlikte, sitotoksik maddelerle uğraşan hemşirelerin idrarlarında mutajenite düzeyinin ve lenfositlerinde kromozom kırılmalarının arttığı yönünde bulgular mevcuttur (H.Ü., 1991; Burgaz 2004). NIOSH, kanser tedavisinde kullanılan ilaçların sağlık çalışanlarında dermatit, infertilite, düşük, doğumsal defekt, lösemi ve diğer kanserlere yol açabildiğini belirtmekte ve havalandırma ile kişisel koruyucu kullanımının korunmada en önemli yöntemler olduğunu vurgulamaktadır (NIOSH, 2004).

Sterilize edici maddeler

Etilen oksit (EO), formaldehit, gluteraldehit ve heksaklorofen en sık kullanılanlardır.

Etilen oksit (EO)

Hücre zedelenmesi, spontan düşüğe neden olan ve sterilizasyon amacı ile hastanelerde yaygın olarak kullanılan bir maddedir (Wilburn, 2000; H.Ü. 1991). ABD'de her yıl 250.000 çalışanın EO'e maruz kaldığı bildirilmektedir. EO'e maruz kalan bireylerde lenfatik ve hemopoetik sistem kanserleri daha sık görülmektedir. EO için MAC değeri 0.5-5 ppm olarak değişmektedir. Türkiye'de ise bu değer 50 ppm olarak kabul edilmektedir. Korunmada sterilizasyon yapılan ortamlarda EO'in periyodik olarak ölçülmesi, alarm sistemlerinin yerleştirilmesi ve 0.5 ppm'in üzerinde maruz kalan çalışanların tıbbi muayeneleri öncelikle yapılmalıdır (Burgaz, 2004).

Formaldehit, gluteraldehit

Kimyasal sterilizasyon, laboratuvarlarda, radyolojik film hazırlamada yaygın olarak kullanılmaktadır. Burun, ağız ve gözde tahriş yapıcı etkisinin yanı sıra astım, dermatit, kromozom tahribatı, nazal kanser gibi olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır. Formaldehit ve gluteraldehit için MAC değeri ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Formaldehit için 0.5-5 ppm, gluteraldehit için 0.05-0.175 ppm olarak değişmektedir (Burgaz, 2004; NIOSH, 2001). Gluteraldehit yerine parasetik asitin kullanılması (ikamesi) önerilmektedir (Wilburn, 2000).

Heksaklorofen

Cerrahide, el yıkamada kullanılmaktadır. Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA), 1972 yılında beyin harabiyeti ve nöropati yapıcı etkisi saptandığı için heksaklorofenin satışını yasaklamıştır.

Klorheksidin

Alerji ve astıma neden olduğu bildirilmektedir (Garvey, 2003).

Cıva

Genellikle laboratuvar ve diş kliniklerinde kullanılmaktadır. Cıva toksik bir metaldir, temas veya inhalasyon ile vücuda girer ve zehirlenme belirtileri ortaya çıkar.

Lateks Alerjisi

Sağlık çalışanlarında % 0.5-40 arasında değişen sıklıklarda görülmektedir. Pudralı lateks eldivenler, pudra tozlarına tutunan lateks proteinlerinin solunabilir hale gelmesi nedeniyle daha risklidir. FDA, sağ-

lık çalışanlarında lateks eldiven kullanımına bağlı 5 ölüm bildirmiştir. Lateks alerjisi olan çalışanlar için lateks eldivenler yerine vinil, nitril vb. sentetik maddeler içeren eldivenler üretilmektedir (Wilburn, 2000).

Biyolojik Riskler

Sağlık hizmeti sunan birimlerde en sık karşılaşılan riskler biyolojik- enfeksiyon riskleridir (Çalışkan D, Akdur R, 2001). Kan bankası, laboratuvar, acil, hematoloji, onkoloji servisleri, ameliyathane ve diyaliz birimleri enfeksiyon risklerinin en yoğun yaşandığı yerlerdir.

Enfeksiyon hastalıklarının oluşmasında etken, bulaş yolu ve sağlam kişiden oluşan enfeksiyon zincirinin tanımlanması gerekmektedir (Bakınız Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Ünitesi). Sağlık alanında, çalışma ortamında tüm enfeksiyon etkenleri ile (bakteriler, virüsler, mantarlar, ve parazitler) karşılaşılabilir. Ancak virüsler (HBV, HCV ve HIV) öncelikli olarak yer almaktadır. Özellikle HBV ve HIV için enfekte kan veya vücut sıvıları ile temas, perkütan yaralanma en sık karşılaşılan bulaş yollarıdır. HIV ve HBV kan, semen, vaginal salgılar başta olmak üzere, tüm vücut sıvılarında (tükürük, idrar, gözyaşı, asit sıvısı vb.) bulunurlar. Bu nedenle bu sıvılarla olacak parenteral ya da mukozal temas, enfeksiyon bulaşması açısından büyük risk oluşturabilir. Ayrıca cinsel temas ve enfekte anne karnında bebeğe vertikal bulaşma da konusudur.

Genel olarak enfekte kişilerin kanlarındaki (ve diğer vücut sıvılarındaki) HIV yoğunluğu HBV'ne kıyasla çok düşüktür.

Bu nedenle, örneğin enfekte kişi kanına bulaşmış bir iğnenin batması sonucu pozitif serokonversiyon riski HBV için % 25-35, HIV için ise % 0.35 civarındadır (H.Ü., 1991; Akova 1998).



ABD'nde yapılan bir çalışmada, sağlık personelinde Hepatit B (Hep B) seroprevalansının normal popülasyonun 2-4 katı olduğu bildirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu farkın azaldığı belirtilmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda sağlık personelindeki oranın Türk toplumunun 1.5-2 katı olduğu bulunmuştur.

İlk kez 1987'de ABD'de CDC (Centers for Disease Control and Prevention-Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi) tarafından HIV bulaşmasını önlemek amacıyla önerilen yöntemler, "Universal Önlemler" adıyla bilinmekte olup, günümüzde tüm dünyada sağlık

personelinin kan yoluyla bulaşan tüm enfeksiyonlardan korunmasında yaygın kabul görmektedir. Amacı mikroorganizmaların bulaşma riskini azaltmak veya ortadan kaldırmaktır. Hastalarda HBV veya HIV kesin olarak saptanmamış olabilir, bu yüzden bu önlemler herkese uygulanmalıdır (H.Ü., 1991).

HIV, HBV ve kan yoluyla bulaşan öbür enfeksiyonlardan korunmak için uygulanacak ortak ve genel önlemler şöyle sıralanabilir:

- Sağlık çalışanlarının öykü ve fizik muayene ile enfekte hastaları tanıma olanağı olmadığından, tüm hastaların kan ve diğer vücut sıvıları enfekte kabul edilerek çalışılmalıdır. Türkiye’de, sağlıklı kişilerde yapılan çalışmalarla asemptomatik HBV taşıyıcılığının % 3-8 arasında olduğu belirlenmiştir. Bir başka deyişle, başvuran her 13-33 kişiden biri HBV taşıyıcısıdır.
- Enfeksiyon zincirinin kırılmasında etken ile kişi arasına bariyerler (el yıkama, eldiven giyme, dekontaminasyon, yüksek düzeyde dezenfeksiyon, sterilizasyon vb.) koyulmalıdır.
- Her hastanın kan ya da diğer vücut sıvıları veya bunlarla bulaşlı yüzeylerle temas riski olduğunda, özellikle mukozal veya sağlam olmayan deri ile temas riski varsa, kan alma, damara girme veya benzeri bir intravasküler işlem sırasında mutlaka eldiven giyilmeli, işlem bittikten sonra eldiven çıkartılmalı ve eller eldiven giymeden önce ve sonra yıkanmalıdır.
- Eğer eller veya diğer sağlam deri yüzeyleri hastanın kan ya da diğer vücut sıvılarıyla kontamine olursa derhal su ve sabunla yıkanmalıdır.
- Perkütan yaralanmaları önlemek için “disposable-tek kullanımlık” enjektörler kullanıldıktan sonra iğneye plastik kılıfları tekrar takılmamalı, iğneler enjektörden çıkartılmamalı, eğilip bükülmemelidir. Kullanılmış iğne, enjektör, bistüri ucu ve diğer kesici aletler imha edilmek üzere, delinmeye dirençli sağlam, sarı renkli “tıbbi atık” işaretli kutulara konulmalıdır. Bu kutular servis içinde kullanıma uygun ve kolay ulaşılabilir yerlerde bulundurulmalıdır. Kesicidelici tıbbi atık olarak, Tıbbi Atık Yönetmeliği’ne uygun biçimde uzaklaştırılmalıdır.
- Yapılan tıbbi bir işlem sırasında kan veya diğer vücut sıvılarının sıçrama olasılığı söz konusuysa (örn. kemik iliği aspirasyonu, lumbal ponksiyon yapılması gibi) ağız, burun ve gözleri korumak

amacı ile maske ve gözlük takılmalı, diğer vücut yüzeylerine bulaşmayı önlemek için koruyucu önlük giyilmelidir.

- Eksüdatif deri lezyonları olan sağlık personeli, bu lezyonları iyileşinceye dek hastalarla doğrudan temastan ve hastalarla ilişkili aletlere dokunmaktan kaçınmalıdır.
- Acil koşullarda ağız ağıza resüsitasyon ihtimalini en aza indirmek amacıyla ağızlık, ambu vb. ventilasyon aletleri, resisütasyon gerekebilecek yerlerde hazır bulundurulmalıdır.
- Beden fonksiyonlarını kontrol edebilen HIV ve/veya HBV enfeksiyonlu hastaların rutin bakımı sırasında eldiven ya da koruyucu önlük giyilmesine gerek yoktur.
- Gebe sağlık personeline HIV ve/veya HBV bulaşma riski, gebe olmayanlardan daha fazla değildir. Ancak her iki virüsün de perinatal dönemde bebeğe geçme riski olduğundan, gebe personelin önerilen önlemlere özel bir dikkatle uyması sağlanmalıdır.
- Enfeksiyöz diyare, pulmoner tüberküloz tanısı veya kuşkusu olması gibi özel izolasyon önlemleri gerektiren durumlar dışında HIV/ HBV enfeksiyonlu hastaların ayrı özel odalarda bulundurulmalarına gerek yoktur. HIV ve diğer enfeksiyonları olan hastalar, immunosupresif hastayla aynı odada tutulmamalıdır.

Enfeksiyon hastalıklarının denetiminde sağlık eğitimi ve bağışıklama, sağlama yönelik en önemli korunma yollarıdır. Tüm sağlık çalışanları öncelikle konu ile ilgili eğitilmeli daha sonra da aşı ile korunulabilir hastalıklara karşı aşılmalıdır. Bu uygulamanın özellikle yüksek riskli gruplarda eksiksiz olarak yapılması gerekir. Sağlık profesyonellerinin eğitimleri sırasında, mezuniyet öncesinde aşı ile korunulabilir hastalıklar açısından aşılmaları önerilmektedir (H.Ü., 1991).

Sağlık kurumları, çalışma ortamı ve koşullarından kaynaklanan enfeksiyonların farkında olmalıdır (Bayhan; 2005). Hem çalışanları hem de hastalarını bu enfeksiyonlardan korumak için en önemli korunma yöntemi olarak planlı-düzenli-sürekli sağlık eğitimi verilmelidir. Bu eğitim, işe giriş döneminde başlamalı ve sonrasında da devam ettirilmelidir. Her birimin, yazılı enfeksiyon kontrol politika ve uygulamaları olmalıdır. Kuşkulu bir enfeksiyon durumunda çalışanlar, yöneticilere bildirmekle yükümlüdür. Eğer personelde ciddi bulaştırıcılığı olan bir enfeksiyon hastalığı mevcut ise, hasta ile teması önlenmelidir. Çalışanların, enfeksiyonları bildirmeleri durumunda desteklenmesi

gerekmektedir. Çalışanların enfeksiyon kaynaklı ekonomik kayıpları ve olumsuz etkilenmeleri ortadan kaldırılmalıdır. Güvenli, tamamlanmış, güncel kayıt zorunludur. Bu kayıtlarda işe giriş muayene sonuçları, tüm laboratuvar sonuçları, temas ve aşılama öyküsü bulundurulmalıdır. Enfeksiyon teması için bildirim formları olmalıdır. Bu formlarda temas tarihi, çalışanın ve hastanın adı, Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin önerileri ve sağlık servisinin önerileri yer almalıdır (Lowenthal, 1994).

Diğer Bulaşıcı Hastalıklar

Sitomegalovirus, Kızamıkçık Tüberküloz (TB) başta olmak üzere bir klinik laboratuvarında ne kadar mikrobiyolojik ajan varsa, o kadar da meslek hastalığı riski vardır. Bakteriyel, viral ve parazitik pek çok hastalık mesleki nedenle sağlık personeli enfekte edebilmektedir.

Ergonomik Riskler

Hasta taşınması, ağır yük kaldırılması, hasta yatağının yapılması, uzun süre ayakta çalışılması, uygun olmayan postürde çalışılması en sık karşılaşılan ergonomik risklerdir. Bu olumsuzluklar sonucunda çeşitli ağrılı tablolar (bel ve sırt ağrıları), varisler vb. ortaya çıkmaktadır (H.Ü., 1991).

Bazı kaynaklar, uygun olmayan çalışma ortamından kaynaklanan hastalık, kaza ve yaralanmaları da ergonomik riskler arasında ele almaktadır.



Ergonomi; bilimsel bilgiler ışığında aletlerin, eşyaların ve çalışma ortamının uygun bir şekilde düzenlenmesidir.

Kaygan koridorlar, dağınık ve düzensiz odalar, çıkışların kapalı olması, çeşitli bakım onarım aletlerinin kullanımı sırasındaki yaralanmalar da ergonomik ve güvenlik ile ilgili riskler olarak ele alınmaktadır (MFL, 1995).

Mesleki aktiviteler nedeniyle oluşan tekrarlayıcı travmalar literatüre “tekrarlayan travma hastalığı (*repetitive strain disorder, repetitive motion injury, cumulative trauma disorder*)” adı verilen yeni bir hastalık grubunun girmesine neden olmuştur. Bu hastalık hareketin tekrar tekrar yapılması, fizyolojik sınırların dışında oluşan kuvvetler, statik kas yüklenmesi, eklem pozisyonunun aşırı uçlarda uzun sürelerle bulunması gibi mekanizmalarla oluşan kas, tendon zorlanmaları, yırtılmalar, nöropatilerden oluşmaktadır. Stres nedeniyle oluşan dikkat eksik-

liği ve spazm bu hastalık grubunu tetikleyen diğer faktörlerdir. Bu hastalık çerçevesinde bel, boyun, omuz ve kol ağrıları, karpal tünel sendromundan ve kompresyon nöropatisinden söz edilmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda sağlık personelinde bel ağrısı insidansı için % 40 ile % 80'lere varan rakamlar bildirilmektedir (NIOSH, 1989).

Ağır yük kaldırma, yine en sık karşılaşılan riskler arasındadır. Erişkin bir kadın için maksimum kaldırılabilir yük 16 kg, erkek için ise 22 kg. Bu durumda erişkin bir hasta en az 4 kişi tarafından taşınabilir (Engkvist, L., 2004).

Bazı kaynaklarda iğne batması, kesi (bistüri veya kırılan ampul, tüp vs.), düşme şeklindeki kaza ve yaralanmalar yanı sıra, sağlık çalışanlarının gezici hizmeti sırasında ya da çalışanların sağlık kurumuna ulaşımı sırasında yaşanan trafik kazası riski de, ergonomik riskler başlığı altında ele alınabilmektedir (MFL, 1995; Lowenthal, 1994). Sağlık sektöründe kaydedilen kaza ve yaralanmalarının % 40'ının hasta kaldırma, % 10'unun yük taşıma, % 10'nun düşme ve % 8'inin iş yeri ortamındaki saldırılar (şiddet) nedeniyle olduğu bildirilmektedir (OHSAA, 2000).

Psikolojik ve Sosyal Güvenlik ile İlgili Riskler

Sağlık personelinin psikolojik sorunlarının ortaya çıkmasında başlıca etkenler, uzun süre çalışma, gece çalışması ve sık nöbetlerdir. Sağlık personelinin çalışma süresi çoğunlukla belli saatlerle sınırlı değildir. (H.Ü., 1991). Stres, madde kullanımı ve uzun süre çalışma iş stresini artırır. Olumsuz yaşam deneyimleri (ölüm-yaşam kararı verme, ölümcül hastalıklar) sık karşılaşılan durumlardandır. Tüm bu faktörler, madde kullanımının sağlık çalışanları arasında diğer sektörlerde çalışanlara göre daha sık olmasına yol açmaktadır. Sağlık çalışanları arasında ilaç, alkol ve sigara alışkanlığının, depresyon ve intiharların fazla olduğu bilinmektedir (Lowenthal, 1994).

Ayrıca sağlık çalışanları için kırsal alanda, tek başına çalışma, yetersiz teknoloji, yetersiz araç-gereç ve laboratuvar olanakları nedeni ile koruyucu ve tedavi edici hizmetlerde yetersizlik, hizmet-içi eğitimlerin yapılmaması ve sonuçta mesleki bilgilerde yetersizlik, güncel bilgileri takip edememe, mesleğinden uzaklaşma, mesleğe yabancılaşma gibi sorunlar da söz konusudur.

Günümüzde bilimsel ve teknolojik alanlardaki hızlı gelişmelere paralel olarak sağlık gereksinimleri artmakta ve önemli ölçüde farklılık

göstermektedir. Artan ve gelişen sağlık bakım gereksinimlerinin günün koşullarına uygun yeterli düzeyde karşılanabilmesi için, sağlık çalışanlarının bilimsel bilgi içeriğinin, teknik becerilerinin sürekli yenilenmesi ve geliştirilmesi zorunludur.

Çalışma ortamında stresle uygun şekilde baş edememenin getirdiği tükenme (burn out) son yıllarda üzerinde önemle durulan ve hemen her çeşit işyerinde çalışanlarda görülebilen bir sorundur.



Tükenmişlik; fiziksel bitkinlik, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları ile bireyde olumsuz bir benlik kavramının gelişmesi, bireyin iş yaşamı ve diğer insanlara karşı yargılarının gelişmesi, bireyin iş yaşamına ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumları ile belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme sendromu olarak tanımlanmıştır.

Sağlık çalışanları tükenmişlik açısından yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı risk altındadır. Tükenmişlik özellikle bireylerin iş ortamlarında karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlik duygularının azalması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu durum hizmet alan kişileri de olumsuz yönde etkilemektedir. Literatürde tükenmenin tanınabilmesi, önlenmesi ve tükenme ile uygun şekilde baş edilebilmesi ile zaman, iş gücü ve ekonomik kayıpların en aza indirilebileceği vurgulanmaktadır. Sonuç olarak tükenmişlik; hem hastaya verilen hizmetin olumsuz yönde etkilenmesine, hem de hizmeti veren bireylerin sağlığına, iş performansına ve iş doyumuna olumsuz yönde etkilemekte; hem de insan gücünün hizmet alanından uzaklaşmasına neden olabilmektedir (Pınar, G., Fesci, H., Doğan, N., 2004).

Güvenlik ile ilgili riskler içinde son dönemde önemini artıran bir diğer faktör de sağlık çalışanlarına hasta ve/veya yakınları tarafından uygulanan şiddet ve yapılan saldırılardır. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet, acil mesleki risk olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda saldırıya uğrayan çalışanın ruhsal ve sosyal olarak desteklenmesi, şiddeti önlemeye yönelik strateji ve planların üretilmesi, çalışanların özellikle, şiddet açısından risk altında olan acil servis, psikiyatri kliniği çalışanlarının eğitimi, çalışma ortamında gerilimi azaltıcı davranışlarda bulunma ve güvenlik olanaklarının artırılması vb. önlemler alınmalıdır (MFL, 1995). Ayrıca dış ortamda ve kırsal alanda çalışanların uğradığı vahşi hayvan saldırıları, böcek, akrep ve yılan sokması şeklinde sorunlar da güvenlik riskleri altında ele alınabilir.

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Konusunda Yaşanan Süreç

Sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda ilk uygulamalar, hastanelerdeki iş kazaları ve işe giriş muayeneleri ile ilgili olarak başlatılmıştır. Bu alanda Almanya'da 1956'da iş kazaları alanında bazı önlemler alınmaya başlamış, işe giriş muayenelerinde bazı ilkeler yaşama geçirilmiştir. Fransa'da, sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili yasal güvenceleri 1960-1965'lerde gündeme getirilmiştir. Daha sonra, tıpkı diğer işyerlerinde olduğu gibi, hastanelerde işyeri iş sağlığı ve iş güvenliği birimleri oluşturulmasına gidilmiştir. 1958 yılında Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association-AMA) ve Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association-AHA) hastanelerde çalışan sağlık birimlerinin desteklenmesini önermişlerdir ve bu programın temel özelliklerini de eğitim, koruma ve iş güvenliği olarak belirlemişlerdir (2005). ABD'nde 1970 yılında OSHA kurulmuş ve çalışma ortamını hem kadın hem erkek çalışanlar için güvenli hale getirmek amacı ile çalışmalarına başlamıştır. Bu kapsamda kurulan NIOSH, CDC'ye bağlı olarak çalışmalarına başlamış ve sağlık çalışanlarının monitorizasyonu ile sağlık kurumlarının çalışanları için güvenli duruma getirilmesine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Diğer endüstriyel alanlarda olduğu gibi sağlık kurumlarında da çalışanların sağlığına yönelik programlar oluşturulmuştur. Almanya'da 1974 yılında başlatılan bu uygulama ile, özellikle riskli birimlerde çalışan personelin periyodik muayenelerini yapan birimler kurulmuştur. Finlandiya'da 1978 yılında çıkarılan bir yasa ile, iş sağlığı ve iş güvenliği biriminin kurulmasını da içeren bir dizi düzenleme özellikle de denetim olgusu-yürürlüğe sokulmuştur. İngiltere'de 1974 yılında çıkarılan "İş Sağlığı ve İş Güvenliği Yasası" ile bir milyon sağlık çalışanı kapsam içine alınmıştır. İspanya'da da benzer süreç 1973 yılında yasalaşmıştır. Daha sonraki dönemlerde bu alanda pek çok ülkede farklı gelişmeler yaşanmıştır. ABD'de oluşturulan birimlerin, sağlık kurumlarındaki klinikleri ziyaret ederek inceleme ve değerlendirme yaptıkları; Almanya'da Hep. B'ye yönelik aşılamanın zorunlu kılındığı; Fransa'da kadın sağlık çalışanları için özel önlemler alındığı; Hollanda'da 750'den fazla sağlık çalışanının olduğu sağlık kurumlarında bir işyeri hekimi bulundurma zorunluğu getirildiği; İtalya'da sağlık kurumlarındaki işyeri sağlık ve güvenlik birimlerinin ulusal sağlık örgütlenmesinin bir parçası sayılarak, yerel sağlık birimine bağlanmasının kararlaştırılması; eski sosyalist ülkelerde hastanelerdeki işyeri sağlık ve güvenlik birimlerinin ulusal, bölgesel ve yerel sağlık örgütlenmesi ile bağlantılı olması; bu

arada Arjantin, Kolombiya, Bahreyn ve Filipinler gibi ülkelerde benzer yapıların kurulduğu hızla sıralanabilir.

Ülkeler düzeyindeki bu gelişmeler, doğal olarak uluslararası düzeye de yansımış ve özellikle ILO ve DSÖ gündemine girmiştir.



Örneğin 1959 yılında Uluslararası Çalışma Konferansı, denetimin ön planda olduğu “Mesleki Sağlık Hizmetleri” ile ilişkili önerilerde bulunmuştur.

Aynı konferans, 1960 yılında, radyasyondan korunma ile ilgili bir Konvansiyonu kabul etmiş, 115 sayılı Tavsiye Kararı ile de iyonlaştırıcı radyasyona karşı tüm personelin korunmasını içeren bir çerçeve oluşturmuştur. 1981 yılındaki 155 sayılı “Mesleki Güvenlik ve Sağlık Konvansiyonu”, sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır. 1977 yılında 157 sayılı Tavsiye ise, hemşireler ile ilgili elbise kullanımından aşıllara, çalışma sürelerinden, risklere geçici-sürekli uzaklaştırmalara kadar çok sayıda önlem gündeme getirilmektedir. Bu arada ILO’nun Uluslararası Atom Enerji Ajansı ve DSÖ ile de, bu konuda ortak etkinlikleri vardır. Yine DSÖ ilk kez 1981 yılında, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Konusunda teknik çalışmalar ortaya koymuş ve konuya dikkat çekmiştir (Soyer, 1999; H.Ü., 1991; Soyer, 1992).

Sağlık Kurumlarında İşyeri Sağlık Birimi

Sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili yapılan tüm çalışmalar, sağlık kurumlarında iş sağlığı ve iş güvenliği birimlerinin kurulmasını öngörmektedir. Birimin, “Sağlık Kurumlarında Mesleki Sağlık Birimi” ya da “Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve İş Güvenliği Birimi” olarak adlandırılması söz konusudur. Bu birimin üzerinde anlaşmaya varılan ve halen büyük ölçüde uygulamaya geçirilen işlevleri ise şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık çalışanının işe yerleştirilmesinde iş-işçi uyumunu gözetilmesi,
- Sağlık kurumunun çeşitli bölümlerindeki sağlık risklerinin saptanması, saptanan risklerin yok edilmesi ya da kontrol edilmesi (varolan risklerin zararsız ya da daha az zararlı maddelerle veya risklerle değiştirilmesi (ikame); zararlı madde/riskin çalışma ortamına yayılmasının önlenmesi (kapatma); zararlı maddeler veya risklerin yoğunluğunun azaltılması (havalandırma); zararlı maddelerin

veya risklerin yoğun olduğu çalışma türünün tecrit edilmesi (ayırma) bu önlemlerin yanı sıra kişisel koruyucuların kullanılması,

- Çalışanların sağlık yönünden belirli aralıklarla izlenmesi (işe giriş muayenesi, aralıklı muayene, aşılamalar, hastalık sonrası işe dönüştürme yapılan kontroller, sık sık işe gelmeyen personelin sağlık durumunun ayrıntılı incelenmesi, vb.), temas ettikleri riskler yönünden, muayene ve tetkikten geçirilmesi; koruyucu önlemler örn. aşılama; olumsuz sonuçlar çıkmışsa, tedavi ve rehabilitasyonu
- Düzenli-tam-doğru veri toplama,
- Araştırma yapma,
- Sağlık kurumlarındaki işin organizasyonu,
- Danışmanlık ve sağlık eğitimi yapmadır (Soyer, 1999; H.Ü.,1991;Tuñçbilek 1998, Çalışkan D, 2001).

OSHA; çalışan sağlığı ekibinin hastane enfeksiyon, kontrol, güvenlik ve radyasyon güvenlik komitesinde yer almasını, iş sağlığı güvenliği birimlerinde tam zamanlı hekim çalışma zorunluğu olmadığını, karşılaşılan durumları çözmek için çok detaylı tıbbi bilgiye ihtiyaç olmadığını, uzman hekim gerekmediğini, tam zamanlı bir işyeri hemşiresi, yarım zamanlı bir pratisyen hekim-aile hekiminin yeterli olduğunu, ekibin bir epidemiyolog ve teknik eleman ile desteklenebileceğini belirtmektedir.

Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği birimleri konusunda, 657 sayılı Devlet Memurları Yasası'nda, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Hakkında Tüzük'te ve benzeri birkaç yasal/idari düzenlemede sınırlı da olsa bazı haklar söz konusudur. Yine bu bağlamda, Türkiye'de 50'den fazla işçi çalıştıran işyerlerinin, çalışanlarının sağlığını korumak ve geliştirmek amacı ile işyeri hekimi bulundurması zorunluğu vardır. Umumi Hıfzıssıhha Yasası'nın 180. maddesine göre 50'den az işçi çalıştıran işyeri için iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili hizmetleri birinci basamak sağlık hizmeti sunan Sağlık Ocakları, değişen yapılanmada Toplum Sağlığı Merkezleri yürütmektedir. Bu yasal çerçeve içinde sağlık hizmeti sunan tüm birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının kendi çalışanları için iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini de yürütmeleri beklenebilir. Ancak, yukarıda ifade edilen birimin açık ve net tanımlandığı bir yasal düzenleme mevcut değildir. Tabip Odalarının model önerileri üzerine, bazı hastanelerde kısmi uygulamalar olmuştur, ama henüz bir yasal kazanım ortada yoktur (Emiroğlu, 2004).



Özet

Sağlık çalışanları çalışma ortamlarında fizik, biyolojik, ergonomik, kimyasal, psikolojik ve sosyal güvenlik ile ilgili pek çok risk veya sağlık sorunu ile karşılaşmaktadır. Karşılaştıkları sorunların çözümünde kişilerin çalışma ortamı-koşulları ve ilişkilerinden kaynaklanan mesleki risklerin farkında olması, primer korunma sürecinde risk yaklaşımının çalışanlar tarafından algılanması oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanların algıladıkları risklerin, var olandan daha düşük düzeyde olduğu gösterilmiştir. Algılanan risk ile gerçek risk arasındaki farklılığı azaltacak olan en önemli faktör, çalışanların mesleki riskler ile ilgili bilgi düzeyleridir. Özellikle öğrencilerin ve mesleğe yeni başlayanların işyeri ortamında daha riskli davranışları olmaktadır. Bu nedenle sağlıkla ilgili meslek gruplarının eğitimleri sırasında mesleki riskler konusunda bilgi edinmeleri, uzun dönemde pek çok mesleki sağlık sorununun ortaya çıkmasını engelleyebilecektir. Kişisel bilgi düzeyi ve korunma kadar kurumsal farkındalık ve önlemlerde önemlidir. Sağlık çalışanları çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkilerinden kaynaklanan; aydınlatma, gürültü ve iyonlaştırıcı radyasyon gibi *“fiziksel”*, anestezi maddeler, cıva, farmasötik maddeler, sitotoksik ilaçlar ve sterilize edici maddeler gibi *“kimyasal”*, HIV/AIDS, hepatit B (HBV), tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıklar gibi *“biyolojik”*, uygun olmayan çalışma ortamından kaynaklanan *“ergonomik”*, ilaç-alkol-madde bağımlılığı, stres, tek başına çalışma ve vardiyalı çalışma, düşük ücret, lojman-kreş vb. olanaklarının olmayışı; şiddet vb. gibi *“psikolojik ve sosyal güvenlik”* ile ilgili pek çok risk ve sağlık sorunu ile karşı karşıyadır. Sağlıkla ilgili hizmet sunan tüm kurumları bir işyeri kabul ederek işyeri sağlık birimleri oluşturulmalıdır. Bu birimlerin temel tıbbi görevlerinin başında işe giriş ve aralıklı muayeneler gelmektedir. Ayrıca ikame, ayırma, havalandırma, kapatma vb. teknik görevlerin yerine getirilebileceği bir işyeri sağlık ekibi olmalıdır.

Gözden Geçir



- Sağlık çalışanı kabul edilen meslek grupları nelerdir?
- Sağlık çalışanlarının başlıca mesleki riskleri nelerdir?
- Sağlık çalışanlarının sağlığını korumada işyeri sağlık birimlerinin görevleri nelerdir?
- Sağlık çalışanlarının sağlığını korumada bireyin alması gereken önlemler nelerdir?



Sözlük

Antiseptik: Deri, mukoza gibi canlı yüzeylerde bulunan mikroorganizmaları kısmen öldüren, kısmen çoğalmalarına engel olarak enfeksiyon açısından güvenli hale getiren kimyasal madde (alkol, iyot vb.).

Dekontaminasyon: Tekrar kullanılan hasta vücut sıvıları ile temas etmiş araç gerecin yıkanmadan önce binde beşlik klor (bir ölçü çamaşır suyuna dokuz ölçü su) çözeltisinde 10 dakika tutarak özellikle HIV ve hepatit B ye karşı güvenli hale getirme işlemi.

Dezenfektan: Araç ve gereç gibi cansız yüzeylerde bulunan mikroorganizmaları kısmen öldüren, kısmen çoğalmalarına engel olarak enfeksiyon açısından güvenli hale getiren kimyasal madde (klor, formaldehit vb.).

Maksimum izin verilen konsantrasyon (MAC- Maximum Allowable Concentration): Atmosfer kirleticilerinin günde sekiz saat maruz kalındığında çalışanların sağlıklarına zararlı etkisi olmadığı kabul edilen en yüksek miktardır.

Perkütan yaralanma: Deri bütünlüğünü bozan kesici, delici yaralanma.

Yüksek düzeyde dezenfeksiyon: Tekrar kullanılan hasta vücut sıvıları ile temas etmiş araç gerecin yıkanmadan önce binde beşlik klor (bir ölçü çamaşır suyuna dokuz ölçü su) çözeltisinde 10 dakika tutarak özellikle HIV ve hepatit B ye karşı güvenli hale getirme işlemi.

Değerlendirme Soruları



1. Perkütan yaralanma sonucunda sağlık personelinde Hepatit B'li bir kişinin 10-8 ml kanı ile teması sonrasında serokonversiyon geliştirme oranı ne kadardır?
 - a. % 0.35
 - b. % 1-3
 - c. % 10
 - d. % 25-30
 - e. % 50
2. Lateks alerjisi nedeniyle lateks yerine kullanılması önerilen madde aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Vinil
 - b. Parasetik Asit
 - c. Benzen
 - d. Nitrit
 - e. Lindan
3. Erişkin bir erkek için maksimum kaldırılabilir yük aşağıdakilerden hangisidir?.
 - a. 14
 - b. 16
 - c. 18
 - d. 20
 - e. 22
4. Sağlık çalışanlarının meslek hastalıklarından korunmasında işyeri sağlık birimine düşen tıbbi görev aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. İkame
 - b. Ayırma
 - c. Kapatma
 - d. Periyodik kontrol
 - e. Kişisel koruyucuların kullanılması



Kaynaklar ve Daha Fazla Bilgi

- Akova, M. (1998). Sağlık Personeline Kan Yolu İle Bulaşan Viral Enfeksiyonlar Ve Korunmak İçin Alınacak Önlemler, Hacettepe Tıp Dergisi, 29:4:74-80.
- Bilir, N., Yıldız A.N. (2004). İş Sağlığı Ve Güvenliği, Hacettepe Yayınları, Ankara.
- Burgaz, S. (2004). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri-Kimyasal Tehlikeler, Sağlık Ve Toplum (Health And Safety), 14-1:1301-1421, Ocak-Mart.
- Çalışkan, D., Akdur, R. (2001). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşirelerin Kendi Bildirimleri İle Karşılaştıkları Mesleki Riskler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 54:2:135-142.
- Bayhan, S. (2005). Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencileri Ve Tıp Fakültesi Hemşirelerinin Mesleki Riskleri Konusunda Bilgi Düzeyleri Üzerine Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Emiroğlu, O.N., Yıldız, A.N., Aksayan, S., Beşer, A., Esin, N. (2004). İşyeri Hemşireliği, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Kurumu Derneği Yayını, 15-23.
- Engkvist, L. (2004). Accident Research Centre, Monarch University, Australia, Safety Science, 42:221-235.
- Fişek, N. (1983). Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Hizmet Araştırma Ve Geliştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara.
- Garvey, L.H., Petersen, J.R., Husum, B. (2003). Is There A Risk Of Sensitization And Allergy To Chlorhexidine In Healthcare Workers?, 47:720-724.
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezunları Derneği, (1991). Sağlık Personelinin Mesleki Riskleri, Sürekli Tıp Eğitimi Seminerleri 2, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezunları Derneği Yayını, Yayın No. 2, Ankara, 5-20:26-61.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2009). Türkiye İstatistik Yıllığı 2009, Ankara S. 89-108.
- Exposure To Blood - What Health-Care Workers Need To Know, 2003 ([Http://www.Cdc.Gov/Ncidod/Dhqp/Pdf/Bbp/Exp_to_blood.Pdf](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/bbp/exp_to_blood.pdf) (10.08.2010))

- Lowenthal, G. (1994). Occupational Health Programs In Clinics And Hospitals, (Editor İn Chief: Zens, C.) Occupational Medicine, 3Rd Edition, 875-880.
- Mfl (1995). Occupational Health Center. Occupational Hazards For Hospital Workers, 1-4.
- National Institute For Occupational Safety And Healty (Niosh) (1989). Occupational Exposure To Hand-Arm Vibration,U.S.Department Of Health And Human Series Ohio, September,31-32.
- National Institute For Occupational Safety And Healty (Niosh Alert), (1999). Preventing Needlestick Injuries İn Health-Care Settings, Niosh Publication No:108:1-14, November.
- National Institute For Occupational Safety And Healty (Niosh). (2001). Glutaraldehyde, Occupational Hazards İn Hospital, Cdc, May, 1-6.
- National Institute For Occupational Safety And Healty (Niosh) (2002). Violence Occupational Hazards İn Hospital, U.S.Department Of Health And Human Series Ohio, September,101, April, 1-10.
- National Institute For Occupational Safety And Healty Niosh Alert. (2004). Preventing Occupational Exposures To Antineoplastic And Other Hazardous Drugs İn Healthcare Settings U.S.Department Of Health And Human Series, September, 1-14.
- National Institute For Occupational Safety And Healty (Niosh). (2010). Occupational Hazards İn Home Healthcare, January, 2010
- Ohsah. (2000). Occupational Health And Safety Agency For Healthcare İn British Columbia, 2:2:1-11.
- Pınar, G., Fesci, H., Doğan, N. (2004). İç Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Durumu, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 26-34
- Soyer, A. (1999). Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri Ve Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı Ve Güvenliği Birimleri: Neden, Nasıl?, Toplum Ve Hekim Dergisi, 14:6:458-460.
- Soyer, A. (1992). Dünyada Ve Türkiye’de Sağlık Personelinin Temel Sorunları, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ttb Merkez Konseyi, Ankara, 225-283.
- Tunçbilek A. (1998). İş Sağlığı Ve Güvenliği, (İçinde; Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A.) Halk Sağlığı. Antıp Aş. Yayınları, Ankara.

Wilburn, S. (2000). Occupational Healty And Safety, American Nurses Association Seatle, Washington. 55-60.

Wilburn, S.Q., Eijkemans, G. (2004). Preventing Needlestick Injuries Among Healthcare Workers, 10-4:451-456.

Who. (2006). Static Field, Geneva

Zenz, C. (1994). Women İn The Workplace, Occupational Medicine, Third Edition.

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı

Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı) **Doç. Dr. Birgül Piyal**

10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Sağlıklı yaşam kavramı
- Yetişkinlik dönemi
- Yetişkin sağlığı kavramı
- Davranışsal Risk etmenleri
- Yaşlılık tanımı
- Yaşlılık Çeşitleri

Ünite Hakkında

Kalıcı iş göremezlik durumunun oluşmadığı ancak biyolojik yaşlanmanın ilerlemeye başladığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının özenle üstünde durulması gereken yetişkinlik dönemi, bu dönemin aktif yaşlanma açısından önemi açıklanmaktadır. Yaşlanmanın bir fizyolojik bir kaçınılmazlık olduğu vurgulanmaktadır. Yaşlanmanın intra uterin dönemden başlayarak süren bir dönüşüm olduğu belirtilmektedir.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladıңызda,

- Sağlığın tanımını yapabileceksiniz.
- Sağlıklı yaşam kavramının tanımını yapabileceksiniz.
- Yetişkinlerin başlıca davranışsal risk etmenlerini sayabileceksiniz.
- Bu risk etmenlerinin yol açtığı başlıca sağlık sorunlarını söyleyebileceksiniz.
- Yaşlılıkta ortaya çıkan başlıca değişiklikleri sayabileceksiniz.
- Yaşlılığı etkileyen öğeleri sayabileceksiniz.
- Sağlıklı yaşlanma yöntemlerini sayabileceksiniz.

Üniteyi Çalışırken



Sağlığın tanımını, sağlıklı yaşam kavramını özümsemelisiniz. Davranışsal risk etmenleri bakış açısını kavramalısınız.

Sağlıklı Yaşam Kavramı

Konunun başlığı “*Sağlıklı Yaşam*” olduğunda, işe “sağlık” gibi tanımlanması zor, karmaşık bir kavramı tartışmakla başlamak gerekir.



Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasasında sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir diye tanımlanmıştır (Fişek, 1983: 1).

Günümüzde sağlık durumunun çevresel etmenlerden etkilendiği ve genetik yapı ile birlikte kişisel özelliklerin bu etkilenimi değiştirdiği bilinmektedir.

Dünya Sağlık Raporu'na (2002) göre, dünyada her yıl meydana gelen ölümlerin yaklaşık yarısından 20 temel risk etmeni sorumludur. Bütün dünyadaki ölümlerin üçte birinden ise bu risk etmenlerinden ilk 10'u sorumludur. Bu risk etmenlerinin birçoğu yüksek gelirli ülkelerde yaygındır. Buna karşın, yol açtıkları toplam küresel hastalık yükünün yarısından fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Risklerin azaltılması ve sağlığın geliştirilmesi, yalnızca ölümlerin ve sakatlıkların önlenmesini sağlamayacak, aynı zamanda hükümetlerin ve toplumun katılımının sağlandığı bir ortam yaratarak sosyal değerlerinin güçlenmesini de destekleyecektir. Sağlığın geliştirilmesi için hastalık nedenlerinin ve risk etmenlerinin bilinmesi ve tanınması önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Raporu'na (2002) göre riskin % 25 azaltılması, tüm dünyadaki hastalık yükünün büyük oranda azalmasını sağlayacaktır.



Böylece örneğin 2010 yılında kan basıncı ve kolesterol yüksekliğine bağlı kardiyovasküler hastalıkların yol açacağı 35 milyon kaybedilmiş sağlıklı yaşam yılı önlenebilecektir (Temel F., Özvarış, Ş.B, 2007).

Sağlık risklerinin değerlendirilmesi ve yönetimi konusu, 1970'li yıllarda ortaya çıkan yeni bir alandır. 1990'lı yılların başında özellikle Kuzey Amerika ve Avrupa'da bu yaklaşımın her zaman beklenen sonuçları vermediği anlaşılmış, farklı gruplarda riskin farklı anlamlar taşıdığı görülmüştür. Tüm risklerin sosyal, kültürel ve ekonomik anlamda değerlendirilmesi gereği kavranılmıştır. Ayrıca risk kavramının toplumdan topluma ve kültürden kültüre de farklılık gösterdiği ve kişilerin risk algılamaları ve riskin kontrolü için gereken otono-

milerinin önemi anlaşılmıştır. Böylece sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi stratejilerinde yaşam biçimi yaklaşımına olan ilgi giderek artmıştır. Bu yaklaşım kişilerin sağlık bilgisi ve sağlık konusundaki inanışlarını geliştirmeye dayanmaktadır (Temel F., Özvarış, Ş.B, 2007).

Sağlık eğitimi ile temel olarak, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, toplumu ve bireyleri sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmak, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak amaçlanır (Özvarış, 2001: 9).

Sağlıklı yaşam kavramı nedir? Sağlık bir dinamik denge durumu ise sağlıklı yaşam olanaklı mıdır?

Yetişkin sağlığı kavramı nedir? Toplum tarafından daha çok bilinen "Çocuk Sağlığı", "Adolesan Sağlığı", "Ana Sağlığı", "Üreme sağlığı", "Çalışanların Sağlığı" gibi kavramlarla kıyaslandığında yetişkin sağlığı kavramının anlamı nedir?

Yetişkin Kimdir?



Yetişkinlik dönemi henüz iş kalıcı göremezlik durumunun oluşmadığı ancak biyolojik yaşlanmanın ilerlemeye başladığı, aktif yaşlanma açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının özenle üstünde durulması gereken bir dönemdir.



Ne zaman Yaşlanılır?



Yaşlanma bir fizyolojik kaçınılmazlıktır. İntra uterin dönemden başlayarak süren bir dönüşümdür (Bertan ve Güler, 1995 içinde Bilir: 366-67).

Yaşlılık Çeşitleri

Normal Yaşlanma	Zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik işlev değişiklikleridir.
Biyolojik Yaşlılık	Yumurtanın döllenmesiyle başlayan ve yaşam boyu devam eden bir süreçtir.

Sosyolojik Yaşlılık	Kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılık tanımıdır. Modern tanımda ise; kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da birikimleriyle yaşadığı dönemdir.
Kronolojik Yaşlılık	Geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımıdır. Toplumdaki karşılığı "yaş"tır.
Patolojik Yaşlılık	Normal yaşlanma süresi ile etkileşen patolojik olayların tümünü kapsar (Ergör ve ark., 1995: 5). Bu durumda fizyolojik ya da normal yaşlanma süreci gerontolojinin; patolojik yaşlanma ise geriatri biriminin ilgi alanına girmektedir (Güler ve Çobanoğlu, 1994: 13).

Yaşlanma olgusu biyolojik organizasyonun her düzeyinde görülmektedir. Klasik kitaplarda yaşlanma süreci beş aşamada incelenmektedir;

Moleküler Yaşlanma	Yaşlılıkta kollojen makromoleküllerinin birikimi ile oluşan intra ve intermoleküler köprüler, tendon, deri ve kan damarları elastisitesinde azalma ile ortaya çıkan süreçtir.
Hücreyel Yaşlanma	Yaşla birlikte ortaya çıkan mutatik hücrelerin arttığı bir yaşlanma sürecidir.
Doku ve Organ Yaşlanması	Birçok doku ve organda bireyden bireye değişen oranlarda yapısal ve işlevsel değişiklikleri kapsamaktadır. Biyolojik ve kronolojik yaş birbirinin aynı olmayabilir. Yine vücuttaki bütün organların biyolojik yaşı da uniform özellikte değildir. Ancak yaşlanma sürecine giren organda hücre işlevlerinde ilerleyen biçimde azalma; stres durumlarında devreye giren yedek kapasitenin azalması, sinirsel işlevlerin azalması, duyuşal değerlendirme yetisinin yitirilmesi söz konusudur.
Bireysel Yaşlanma	Bireysel olarak giderek ölümlle sonuçlanacak biçimde canlılık etkinliklerinde azalmaz. Burada en önemli özellik kişinin çevreye uyumunun azalmasıdır. İleri kronolojik yaşa rağmen yaşlılık belirtileri görülmeyebilir, ya da kronolojik yaşın küçük olmasına rağmen bireysel yaşlılık belirtileri ortaya çıkabilir (Güler ve Çobanoğlu, 1994: 15)
Toplum Yaşlanması	- Bir toplumdaki halk diğer toplumdakine göre toplum olarak daha çok yaşlanmışsa buna "toplum yaşlanması" denir. - Toplumdaki yaşlıların oranında artma olmasına zirve (tavan) yaşlanması denir. - Genç nüfus oranında azalma olmasına da taban yaşlanması denir (Hobson, 1970: 238).

Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Değişiklikler

Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlılık durdurulamayan bir olgudur. Klinik belirtiler 40 yaşlarda görülmeye başlar. Bu nedenle 40 yaşından sonraki yaşam süreci, hücre ve dokulardaki yaşlanma sürecine göre devrelere ayrılmaktadır (Yertutan, 1991, s. 63)

Kardiyovasküler Sisteme İlişkin Değişiklikler

Kalbin etrafındaki yağ tabakası artar. Valvüller esnekliğini kaybederek kalınlaşır. Kalpte büyüme ile birlikte kan akımında yavaşlama görülür. Beyin, karaciğer ve böbreklere giden kan akımı azalır. Arterlerin esnekliği azalarak kan basıncı artar (Yavuzer, 2000: 12).

Yüksek kan basıncının belirlenebilen ana nedenleri, diyet, özellikle tuz tüketimi, egzersiz düzeyi, obezite ve aşırı alkol kullanımımıdır. Tuz tüketiminin görece az, fiziksel etkinliğin yüksek ve obezitenin yaygın olmadığı ülkeler dışında bu etmenlerin kümülatif etkisi ile kan basıncı genellikle yaşla birlikte düzenli olarak artar. Yetişkinlerin çoğunun sağlık açısından suboptimal kan basıncı vardır. Küresel analizler serebrovasküler hastalıkların % 62'sinin, iskemik kalp hastalıklarının % 49'unun suboptimal kan basıncına (>115 mmHg'den sistolik) bağlı olduğunu göstermektedir. Dünya ölçeğinde yüksek kan basıncının 7,1 milyon ölüme, toplam ölümlerin de % 13'üne yol açtığı tahmin edilmektedir (WHO, 2002: 57).

Üriner Sisteme İlişkin Değişiklikler

Yaşlıların çoğunda nefronların % 64'ü fonksiyonlarını kaybeder. Kan akımının yavaşlamasıyla metabolik atıkların atılması yavaşlar. Gece ve gündüz sık idrara gitme görülür (Biro ve ark., 1990: 10).

Sinir Sistemine İlişkin Değişiklikler

İlerleyen yaşla sinir hücreleri yavaş yavaş dejenerasyona ve atrofiye uğrar. Nedeni bu hücrelerin yenilenebilir olmayışıdır. Sinirlerdeki iletim hızı % 10-15 oranında azalır. Algılamada azalma olur, cevap zamanı uzar (Shafer, et al., 1983: 20)

Kas ve İskelet Sistemine İlişkin Değişiklikler

Yaşlanan bireyin kaslarında kuvvet kaybı, etkinlik azalması ve atrofi oluşur. Kalsiyum eksikliği nedeni ile kemiklerde kırıklar görülebilir. Arteriollerdeki daralmalar nedeni ile cilt pembeliğini kaybeder. Cilt altı yağ dokusunun azalmasıyla cildin kuruduğu ve kırışıklıklarının arttığı gözlenir. Kemik yoğunluğunda azalma sonucunda vücut

duruşu, yürüme ve dengede bozulma oluşur (Ertuğ, 1999: 4; Ünlü, 1993: 96).

Solunum Sistemine İlişkin Değişiklikler

Kas ve bağ dokusu değişiklikleri nedeni ile ve toraksın esnekliğinin azalmasına bağlı olarak derin soluk alma ve öksürme yeteneği azalır (Kocabalkan, 2000: 16).

Sindirim Sistemine İlişkin Değişiklikler

Enzimlerin salgılanması, besinlerin, minerallerin ve ilaçların emilimi azalır. Bağırsak hareketleri yavaşlar. Boşaltım sorunu olur ve kolaylıkla kabızlık gelişir. Karaciğerdeki metabolik etkinlikler azalır.

Duyu Sistemine İlişkin Değişiklikler

Yaşlılıkta önce görme fonksiyonu bozulur; lens opaklığını kaybeder. Pupil reaksiyonu yavaşlar. İşitme frekansı yükselerek konuşmayı ayırt edebilme yetisi bozulur ve işitme kaybı ortaya çıkar.

Endokrin Sistemine İlişkin Değişiklikler

Hormonların salgılanmalarında azalma olur. Menopoz ve andropozla ilgili kişilik değişiklikleri oluşur. Libido, glikoz toleransı ve bazal metabolizma azalır. Prostat bezinde büyüme görülebilir (Bertan ve Güler, 1995, içinde Bilir s. 366-67; Birol ve ark., 1990: 10).

Psikolojik Değişiklikler

Fiziksel belirtilerin yanında hafızada yetersizlik gibi ruhsal belirtiler ortaya çıkabilir. Yaşlıların zihinsel işlevlerinde yavaşlama varsa bunun nedeni de düşünme alışkanlıklarını kaybetmeleridir. Bunun yanında kültür ve sanatla ileri yaşlara kadar uğraşanların sağlıklı ve başarılı oldukları görülmüştür.

Emeklilik ve üretkenliklerinin bittiği ve çocuklarının artık onlara ihtiyaçlarının kalmadığı düşüncesi ile rollerinin kaybolduğu fikri oluşur (Ünlü, 1993: 97)

Karşılaşabileceği psikolojik sorunların ilk belirtisi, depresyondan, nedensiz ve aşırı bir iyimserlik ve sevinç; ya da gelecek için aşırı endişe duymaktan, düşüncesizce yapılan ani davranışlara kadar değişebilir. Çabuk öfkelenir ve kızgınlıklarını açıkça gösterirler.

Çok görülen araz hafıza kaybı, düşünme kabiliyetinin azalması, zihni karışıklık ve daha ileri yaşlarda ortaya çıkan zaman ve mekân duygusunun kaybıdır (Ak, 1991: 70).

Yaşlılıkta demans olayı oldukça yüksektir (Kayalı, 1998: 78). Uzmanlara göre; 65-75 yaşlarındakilerin yaklaşık % 15'inde, 75 yaşın üstündekilerin % 25'inde ve 85 yaşın üzerindeki % 50'ye yakınında görülmektedir (Ünlü, 1993: 97; Kayalı, 1998: 82). Demans değişik bulguların görüldüğü bir sendromdur. Kişinin entelektüel işlevlerinin sosyal ve iş yaşamını engelleyecek derecede azalması, bellek bozukluğu, soyut düşünme yetisinin bozulması ile tanımlanabilir. Özellikle bellek, dil, konuşma, yargılama, bilişsel ve diğer davranış alanındaki bozulmalar ön plandadır (Kayalı, 1998: 78; Tan ve Öz, 1989: 42).

Yaşlılığı Etkileyen Ögeler

Yaşlanma durdurulamayan bir süreç olmasına karşın, yavaşlatılması olanaklıdır. Biyolojik yaşlanma kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Ülkü, 1999: 31). İnsan organizması çeşitli ögelerin etkisinde kaldığı zaman daha çabuk yıpranmakta sonuç olarak kronolojik yaşın üstünde bir yaşı göstermeye başlamaktadır (Tuncel ve ark., 1993: 160; Merdol 1998: 16)

Sağlık eğitimi yolu ile topluma hijyen kuralları, dengeli beslenme, spor, stres ve gürültüden uzak bir ortamda yaşama, alkol-sigara kullanmama gibi yaşlanmayı geciktiren etmenler öğretilip, gerekli davranış değişiklikleri sağlandığında yaşlanma geciktirilebilir. Kuşkusuz yaşama bağlılık ve mutlu bir aile ortamı da bu etmenlerin en önemlileridir (Baskan, 2000: 28)

Öte yandan yaşlanmayı hızlandıran etmenler ise; genetik, problemlı doğum, aşırı heyecan ve stresler, sürekli uykusuzluk, ağır işlerde ve gece vardiyasında çalışma, alkol-sigara ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı, yetersiz ve dengesiz beslenme, kronik hastalıklar, aşırı doğurganlık, günlük etkinliklerin az ya da aşırı olması, çok sıcak ya da çok soğuk iklimde yaşama, savaşlar, göçler ve doğal afetler olarak sıralanabilir (Tuncel ve ark., 1993: 160)

Erken Yaşlanmanın Önlenmesi

Yaşlandıkça artan etkinlik yavaşlamasının önlenmesi ve hastalıklardan korunma; genetik özellikler dışında gençlikte kazanılmış, sağlıklı yaşam bilinci ve alışkanlıkları ile sağlanabilir (Ülkü, 1999: 32; Özden, 1988: 75).

Yaşlılıkta ortaya çıkan sağlık sorunlarının çözümünde de koruyucu, iyileştirici ve esenlendirici (rehabilite edici) sağlık hizmetlerinin bir

arada düşünülmesi gerekir. Bu dönemde karşılaşılan sağlık sorunları çoğunlukla kronik ve dejeneratif hastalıklar olduğundan; bu sağlık sorunlarından korunmada erken tanı çalışmaları ağırlıklı olmalıdır. Risk gruplarına yönelik çeşitli hastalık taramaları ve hastaların tedavisi yoluna gidilmeli, ortaya çıkabilecek akut sorunların da tedavisi yapılmalıdır. Yaşlılara sürekli sağlık hizmeti verilmesi gerekmeyebilir, ancak sağlık hizmeti desteğinin sürekliliğinin sağlanması gereklidir (Bertan ve Güler, 1995, içinde Bilir s. 366-67; Council of Europe, 1998: 41).

Aktif Yaşlanma

Yaşlanma sürecinin yavaşlatılması ve bireyin yaşamını daha sağlıklı sürdürmesi olanaklıdır. Bu da “aktif yaşlanma” kavramının bilinmesi ve ilkelerine uyulmasıyla gerçekleştirilebilir. Aktif yaşlanma bir yaşam biçimine dönüştürülmelidir.

Aktif yaşlanmanın amacı, toplumdaki bireylerin yaşlanma süreci içerisinde en iyi bedensel, sosyal ve ruhsal sağlığa kavuşmalarını sağlamaktır. Bu kapsamdaki etkinlikler, bireylerin ömrünü uzatmayı, artmış yıllarla toplum içinde aktif yaşamını sürdürebilmesini sağlamayı, yaşlılıkta gereksinimlerin karşılanabileceği sağlık düzeyini oluşturmayı amaçlamaktadır. Böylelikle kişi kendi kendine yetebilecek üretken olabilecek ve yaşamdan zevk alabilecektir (Sarp, 1999: 14) Yaşlılıkta önemli olan yaşlıların yaşamlarına yıl katmak değil, yıllarına yaşam katmaktır (Yertutan, 1991: 64).

Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme, hem günlük enerji ve besin öğelerinin yeterli miktarda alınmasını, hem de besin ögesi kaynağı olan besinlerin düzenli aralıklarla tüketilmesini içermektedir. Beslenme konusunda yapılmış olan hatalar sonraki yıllarda ağır fiziksel bozukluklara yol açabilmektedir. Bu nedenle yaşlılıkta yeterli ve dengeli beslenme büyük önem taşımaktadır (Merdol, 1998: 16). Hipertansiyon, damar sertliği, kalp yetersizliği gibi kronik hastalıklar genellikle geriatric beslenme konularını kapsamaktadır (Ersoy, 1996: 66). Yaşlılıkta; sosyal durum, çok ileri yaşta olma, yalnızlık, huzurevinde yaşama, sosyal ilişkilerden kopuk yaşama, etkinlik azlığı, eğitimsizlik, emeklilik, düşük gelir, tıbbi bakım yetersizliği, kronik hastalıklar, akut hastalıklar, dış sorunları, duyu bozukluklar ve psikolojik sorunlar beslenme sorunlarını oluşturan nedenlerdendir (Hasipek ve Soyuer, 1995: 24).

Aşırı beslenme de az beslenme kadar tehlikelidir. Kişilerin her şeyden önce boylarına uygun ağırlıkta olmaları gerekmektedir. Vücut ağırlı-

ğının arzu edilen düzeyde tutulması, alınan ve harcanan günlük enerji arasındaki dengenin sonucudur (Ersoy, 1996: 66; Merdol, 1998, s: 16). Şişmanlık; yaşlılıkta ortaya çıkan önemli sorunlardan biridir, yaşın ilerlemesi ile bazı kronik hastalıkların da ortaya çıkmasına yol açar (Ertuğ, 1999: 6).

Serbest şeker ve doymuş yağ tüketimindeki artışla giden azalmış fiziksel etkinlik 1980'lerden bu yana üç ya da daha çok kat artan obezite hızlarına yol açtı (Kuzey Amerika, B Krallık, Doğu Avrupa, Orta Doğu, Pasifik Adaları, Avustralya ve Çin). Yeni demografik geçiş, gelişmekte olan ülkelerde özellikle gençlerin vücut kitle indeksinde (Body Mass Index, BMI) hızlı artışlar oluşturdu (WHO, 2002: 58).

Etkilenmiş nüfus salgın oranlarına ulaştı, günümüzde dünya ölçeğinde 1 milyar "fazla kilolu" genç ve 300 milyon klinik obez vardır. Fazla kilo ve obezitenin kan basıncı, kolesterol, trigliseridler ve insülin direnci açısından ters/zararlı metabolik etkileri olduğu iyi bilinmektedir. BMI artışı ile doğru orantılı olarak koroner kalp hastalığı, iskemik felç ve Tip II Diyabetes Mellitus sıklığı artmaktadır. Geçen yüzyılda daha yaşlı yetişkinleri etkileyen, Tip II Diyabetes Mellitus, günümüzde obez çocukları puberteden bile önce etkilemeye başlamıştır. Orta derece kilo kaybı kan basıncını ve anormal kan kolesterolünü düşürür, Tip II Diyabetes Mellitus riskini azaltır. Artmış BMI, meme kanseri, kolon, prostat, endometriyum ve mesane kanseri riskini yükseltir. Bu artmış kanser riskinin mekanizması anlaşılmış değildir. Obezitenin indüklediği hormonal değişikliklere bağlı olabilir. Kronik fazla kiloluluk ve obezite osteoartrite katkıda bulunur ki yetişkinlerde etkinlik kısıtlılığının ana nedenlerinden biridir (WHO, 2002: 58).

Bu rapor için yapılan analizlerde küresel olarak Diyabetes Mellitus olgularının yaklaşık olarak % 58'inin, iskemik kalp hastalıklarının % 21'inin ve bazı kanserlerin % 8-42'sinin BMI 21 kg/m²'den fazla olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (WHO, 2002, s: 58).

Bu nedenle beslenme açısından bazı önlemler alınmalıdır (Ersoy, 1996, s:66). Diyet; karbonhidrat, yağ, protein, mineral ve su gibi tüm besin maddelerini içermeli, fiziksel ve metabolik etkinliğin düşmesi sonucu kalori gereksiniminin azalacağı göz önünde tutulmalıdır (Yürügen ve ark., 1993: 64). Diyet; doymuş yağ asitleri içeren katı yağları, tuzu, sindirimi zor gıdaları azaltmak gereklidir (Ersoy, 1996: 66).

Kolesterol (kanda, organlarda sinir kılıflarında bulunan) yağ benzeri bir maddedir. Vücuttaki kolesterolün çoğu karaciğer tarafından çeşitli

gıdalardan özellikle hayvansal ürünlerde bulunan doymuş yağlardan yapılıdır. Sature yağ içeriği yüksek diyet, genetik, diyabetes mellitus gibi değişik metabolik durumlar bireyin kolesterol düzeyini etkiler, kolesterol düzeyi yaşla ilintili olarak artar (kadınlarda daha keskin bir artış olur) ve orta yaştan sonra da sabitleşir. Kolesterol, ateroskleroz denilen arterlerin iç çeperlerinde yağ plakları birikmesi olayının gelişiminin anahtar bileşenidir. Temelde bu duruma bağlı olarak kolesterol iskemik kalp hastalığı, iskemik, felç ve diğer damar hastalıkları riskini artırır. Kan basıncında olduğu gibi kolesterolün yol açtığı riskler de süreklilik arz eder.

Çizelge: 8 Yaşam Biçimine Bağlı Bulaşıcı Olmayan Kimi Önemli Hastalıklar (Dirican, 1993: 499)

	Uygun Olmayan Beslenme	Aşırı Alkol Alımı	Sigara	Hareketsizlik	Stres	Kirlenme
Kalp-Damar Hastalıkları						
Kalp Hastalığı	••		••	••	••	
Felç	••	••	•	••	••	
Hipertansiyon	••	••	•	••	••	
Kanserler						
Kolo - rektal	••					
Akciğer			••			•
Ağız		•	••			
Mide	•					
Solunum Sistemi Hastalıkları			••			••
Siroz		••				
Şeker Hastalığı	••	••		••	••	
Osteoporoz	••	••	•	••		
Beslenme Bozukluğu (*)	••	•		••		
Mide Ülseri	••	••	••		••	
Fötal zedelenme		••	••			•

(*) Malnütrisyon, şişmanlık ve temel besin maddeleri yetersizliği

- Risk
- Yüksek risk

Yüksek kolesterolün küresel serebrovasküler hastalıkların (çoğunlukla ölümcül olmayan olgular) % 56'sına yol açtığı tahmin edilmektedir (4,4 milyon ölüm, toplam ölümlerin % 7,9'u) (WHO, 2002: 58).

Öğün sayısı artırılmalı buna karşılık öğünlerde tüketilen miktar azaltılmalı ve sıvı besin maddelerine ağırlık verilmelidir. Yaşlıların tat alma, koklama, görme duyuları azaldığından, yiyecekler hazırlanırken bazı özelliklere dikkat edilmelidir; menülerde hoş gidecek ve kolay yenebilecek yiyecekler yer almalı, çiğneme zorluğu olanlara yumuşak gıdalar verilmelidir (Akşit, 1991: 57-158).

Ülkeler arasında meyve ve sebze tüketimi açısından büyük ölçüde ekonomik /kültürel ve tarımsal çevrelere bağlı olarak farklılıklar vardır. Patates dışında meyve ve sebze tüketimi dünya ölçeğinde kişi başına 189 gr/gün ile 455 gr/gün gibi iki kat fark göstermektedir (WHO, 2002: 60).

Yetersiz meyve ve sebze tüketiminin gastrointestinal sistem kanserlerinin % 19'una, iskemik kalp hastalıklarının % 31'ine ve felçlerin % 11'ine yol açtığı hesaplanmaktadır. Genel olarak 2,7 milyon ölüm (tüm ölümlerin % 4,9'u) düşük meyve ve sebze tüketimine bağlanmaktadır. Düşük meyve ve sebze tüketimine bağlanan ölümlerin % 85'i kardiyovasküler hastalıklardan, % 15'i kanserlerden olmaktadır (WHO, 2002: 60).

Egzersiz

Fiziksel değişikliklerden dolayı zamanla yaşlının iş yapma kapasitesinde ve verimliliğinde azalma olmakta, günlük yaşam etkinliklerindeki bağımsızlık düzeyi giderek düşmektedir. Bu değişiklikler kişiyi psikososyal açıdan olumsuz yönde etkilemekte, yaşam kalitesini düşürmektedir (Gariei, 1994: 1). Ayrıca hareketsizlik büyük kasların güçsüzlüğüne ve sertleşmesine neden olduğundan yaşlılıkta ciddi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Yürügen ve ark., 1993: 66).

Hareketsiz olan yaşlı kişiler düzenli ve uygun egzersiz programına devam ettiklerinde form ve zindeliklerini koruyabilmektedirler. Form ve zindelikteki azalma, hastalık ve yatalıklık gibi uzun süren hareketsizlik durumlarında da görülebilmektedir (Ersoy, 1996: 62; Akşit, 1991:57).

Günlük etkinlikler için harcanan enerji miktarındaki değişiklik, zaman içinde ağırlıkta görülen önemli değişikliklerin belirleyicisi olmaktadır. Bunun için her gün en az bir saat ev işi, alışverişe yürüye-

rek gitme, küçük paketler taşıma, merdiven çıkma ve yürüyüş (günde 30 dakika canlı yürüyüş) için fırsatlar yaratılmalıdır (Ersoy, 1996, s: 66)

Sağlıklı yaşlanma için değişik sistem hastalıklarına neden olan risk etmenleri konusunda eğitim verilmeli, bunun içinde fiziksel özellikler değerlendirilerek elde edilen sonuçlara uygun egzersiz programı önerilmelidir (Garie, 1994: 1-2).

Egzersiz yapıldığında yaşlıların kas gücü ve esnekliği, kan dolaşımı artar, sindirim kolaylaşır, bağırsaklar düzenli çalışır, kemikler güçlenir, eklemler yumuşaklık kazanır, sağlıklı postür oluşur, kişi enerjik, neşeli ve coşkulu olur, kendine olan saygı ve güven duygusu artar, toplumsal ilişkiler düzenli hale gelir, kaza ve düşme riskleri azalır, bağımsızlık duygusu artar ve erken ölüm riski azalır (Ersoy, 1996: 62).

Günlük yaşantı içerisinde kişilerin dört alanda fiziksel etkinlik olanakları söz konusu olabilir:

- İşte (özellikle kol gücüne dayalı işlerde),
- Ulaşım için (örneğin işe yürüyerek ya da bisikletle gitmek);
- Evle ilgili sorumluluklarda (ev işleri gibi) ya da
- Dinlenme zamanlarında (spor etkinliklerine ya da rekreasyon etkinliklerine katılma).

Uzlaşmış bir uluslararası fiziksel hareketsizlik tanımı olmamakla birlikte küresel ölçekte yetişkinler arasında fiziksel hareketsizlik prevalansının (bölgeler arasında % 11-24 arasında değişmekte) % 17 olduğu hesaplanmaktadır. Yetersiz fiziksel etkinlik prevalansının (haftada 2.5 saatten az orta düzeyde etkinlik) % 31-51 arasında olduğu öngörülmektedir (WHO, 2002: 61).

Fiziksel etkinlik kardiyovasküler hastalıkların, bazı kanserlerin ve tip 2 diyabetin riskini azaltır. Bu yararları pek çok mekanizma ile gerçekleşmektedir. Genel olarak fiziksel etkinlik glikoz metabolizmasını geliştirir, vücut yağlarını azaltır ve kan basıncını düşürür ki kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet riskini azaltmasının ana yolunun bunlar olduğu düşünülmektedir. Fiziksel etkinlik prostoglandinler, azalmış bağırsak geçiş süresi ve daha yüksek antioksidan düzeyleri etkileriyle kolon kanseri riskini azaltabilir. Fiziksel etkinlik -belki de hormonal metabolizma üzerindeki etkileriyle ilişkili olarak- aynı zamanda daha düşük meme kanseri riski anlamına gelir. Fiziksel etkinliklere katılma kas-iskelet sağlığını geliştirebilir, vücut ağırlığını

kontrol eder, ve depresyon belirtilerini azaltır. Ayrıca osteoartrite ve sırt ağrıları, osteoporoz ve düşmeler, obezite, depresyon, anksiyete ve stres, aynı şekilde prostat kanserleri üzerindeki olası etkilerini de düşündürmek gerekir (bu raporda değerlendirmeye katılmamış olmakla birlikte) (WHO, 2002: 61).

Fiziksel hareketsizliğin küresel ölçekte 1.9 milyon ölüme yol açtığı hesaplanmaktadır. Fiziksel hareketsizliğin Dünya ölçeğinde meme kanserleri, kolon ve rektum kanserleri ve diyabetes mellitus olgularının (her biri için ayrı ayrı) % 10-16'sına ve iskemik kalp hastalıklarının % 22' sine yol açtığı hesaplanmaktadır (WHO, 2002: 61).

Kalıtım Sağlığı Önlemleri

Genetik ve gerontoloji bilimlerinin araştırmaları sonucunda erken yaşlanmaya neden olan genetik etmenlerin, çevresel etmenlerden çok daha etkili olduğu belirlenmiştir (Tuncel ve ark., 1993: 161). Ancak bu konuda yapılacak araştırmalar ve halkın eğitimi önemini korumaktadır.

Günlük Bireysel Bakım Biçiminin Düzenlenmesi

Kişisel bakım önlemlerinin alınması en geç 40-50 yaş arasında başlamalı, yaşlılık öncesi dönemde günlük yaşam biçimine özen gösterilmelidir. Yaşlarına uygun beslenme, uyku, çalışma ve eğlence programları, kısaca sağlıklı, planlı bir yaşama biçimini özellikle 60 yaşın üstündeki bireyler, hazırlayıp uygulamalıdır.

Ruh Sağlığının Korunması

Yaşlılık dönemlerinde en önemli diğer bir sorun maddi durumdur. Yaşlılığın korunmasız ve parasız kalmayacağına iyice inandırılması yaşlı bireyin moral ve fiziksel sorunlarında yardımcı olunması, sosyal etkinliklere katılımının ve boş zamanlarını değerlendirme olanaklarının sağlanması gerekmektedir (Sevil, 1995: 35; Tuncel ve ark., 1993: 161).

Sağlıklı Uyku

Yaşlanma ile uyku azalmakta ve bölünmektedir. Bu nedenle zamanında edinilen düzenli uyku (belirli zamanda uyuma ve uyanma) alışkanlığı, yaşlılıkta ortaya çıkması olası uyku bozukluğunun giderilmesinde önemli bir etkidir.

Zararlı Alışkanlıklar

Yaşlanma ile birlikte solunum sisteminde değişiklikler meydana gelmektedir. Sigara içilmesi bu değişikliklerin çok daha erken yaşlarda oluşmasına, yapısal bozukluklara, koroner-arterler üzerinde olumsuz

etkileri ile dolaşım yetmezliğine yol açmaktadır. İskelet sistemindeki olumsuz etkiler özellikle menopoz evresindeki kadınlarda daha da önem kazanmaktadır (Ertuğ, 1999: 6-7). Sigara içme akciğer kanserinden ölme riskini ciddi biçimde yükselttiği gibi, yukarı sindirim sistemi kanserleri, pek çok diğer kanser, kalp hastalığı, felç, kronik solunum sistemi hastalıklarına da yol açar. Sigara kullanımının bir zamanlar yaygın olduğu endüstrileşmiş ülkelerde, erkeklerde görülen akciğer kanserlerinin % 90'ının, kadınlarda görülen akciğer kanserlerinin % 70'inin sigara kaynaklı olduğu değerlendirilmektedir. Dünya ölçeğinde ölümlerin % 8.8'ine (4.9 milyon) tütünün yol açtığı hesaplanmaktadır. Yine Dünya ölçeğinde damar hastalıklarının % 12'si, soluk borusu ve akciğer kanserlerinin % 66'sı ve kronik solunum sistemi hastalıklarının % 38'i tütüne bağlanmaktadır (WHO, 2002: 64-65).

Alkol ise atar damarlar ve kalp kası üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra karaciğerde hasara neden olmaktadır (Ertuğ, 1999, s: 6-7). Alkol, Dünya ölçeğinde ölümlerin % 3.2'sine yol açar. Son yıllarda az ya da orta düzeyde alkol kullanımının koroner kalp hastalığı, felç ve diyabetes mellitus açısından yararlı olduğu saptanmıştır. Ancak yine de orta düzeyde alkol kullanımı ile 60 tip hastalık ve yaralanma arasında nedensel ilişki vardır. (WHO, 2002: 65-66).

İlaç Kullanımı

İlaç kullanımında doz konusuna özen gösterilmelidir. Metabolizma yavaşladığı için kolaylıkla pek çok ilaca karşı intoksikasyon gelişir ve yan etkiler ortaya çıkabilir (Ünal, 2000: 24). Yaşlılar genellikle birden fazla ilaç kullanan kişiler olduğundan kullanılan ilaçların da birbirleri ile etkileşimi değerlendirilmelidir (Bertan ve Güler, 1995, içinde Bilir s: 366-67; Ayhan, 2000: 31).

Ayrıca, ultraviyole ve kozmik ışıklardan, hijyen koşullarına uygun olmayan yerlerden uzak bulunulmalıdır. Stresten uzak durulmalı ve strese baş edilebilmelidir. Bağışıklık sistemi zayıfladığından, kış aylarında gribe karşı aşı uygulanabilir. Kanser insidansının yaşla arttığı göz önünde bulundurularak erken tanı açısından yıllık sağlık kontrollerinin yaptırılması gerekmektedir (Ertuğ, 1999: 6-7).

Araştırmacı ve tarihçi Maurice Ernest uzun yaşamın gizemini çözmeye çalışmıştır (1930). Geçmiş eskilere dayanan biyografileri ve tıbbi kayıtları inceleyerek uzun bir yaşam için önerilerini aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- İdareli yiyin
- Egzersiz yapın ve bol temiz hava alın
- Uygun bir işle uğraşın
- Sakin ya da iyi huylu bir kişilik geliştirin
- Kişisel temizliğiniz iyi olsun
- Sağlığa yararlı sıvılar alın
- Uyarıcı ve sakinleştiricilerden uzak durun
- İyi dinlenin
- Günde bir kez iyice boşalın
- Sıcak bir iklimde yaşayın
- İyi bir cinsel yaşantınız olsun
- Hasta olduğunuzda hemen tıbbi müdahale yaptırın (Geriatrı, 2000: 16).

İnsanoğlunun sağlıklı ve uzun yaşam düşünüy gerçekleştirebilmesi için 2000'li yılların bilimsel bulgularının ışığında da Ernest'in önerilerinin çok benzerleri yapılmaktadır. Genetik yüke müdahale edilmediği sürece, bireylerin kendi sağlık düzeylerini, olumlu ya da olumsuz davranışları-alışkanlıkları ile belirli ölçülerde yine kendilerinin belirlediğini vurgulamak gerekir.



Özet

Yetişkinlik dönemi henüz iş kalıcı göremezlik durumunun oluşmadığı ancak biyolojik yaşlanmanın ilerlemeye başladığı, aktif yaşlanma açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının özenle üstünde durulması gereken bir dönemdir.

Yaşlanma bir fizyolojik kaçınılmazlıktır. İntra uterin dönemden başlayarak süren bir dönüşümdür. Klinik belirtiler kırklı yaşlarda görülmeye başlar.

Öte yandan; genetik yatkınlık, problemlı doğum, aşırı heyecan ve stresler, sürekli uykusuzluk, ağır işlerde ve gece vardiyasında çalışma, alkol-sigara ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı, yetersiz ve dengesiz beslenme, kronik hastalıklar, aşırı doğurganlık, günlük etkinliklerin az ya da aşırı olması, çok sıcak ya da çok soğuk iklimde yaşama, savaşlar, göçler ve doğal afetler yaşlanmayı hızlandıran başlıca etmenler olarak sıralanabilir.

Yaşlandıkça artan etkinlik yavaşlamasının önlenmesi ve hastalıklardan korunma; genetik özellikler dışında gençlikte kazanılmış, sağlıklı yaşam bilinci ve alışkanlıkları ile sağlanabilir. Bu alışkanlıkların başlıcaları,

- Yeterli ve dengeli beslenme,
- Egzersiz yapma,
- Günlük bireysel bakım biçiminin düzenlenmesi,
- Ruh sağlığının korunması,
- Sağlıklı uyku,
- Zararlı alışkanlıklardan kaçınılması,
- İlaç kullanımına özen gösterilmesi,
- Kalıtım sağlığı önlemleri olarak sıralanabilir.

Gözden Geçir



- Dünya nüfusu hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde neden yaşlanmaktadır?
- Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi stratejilerinde yaşam biçimi yaklaşımı ne demektir?
- Sağlık eğitimi aracılığı ile temelde sağlığı toplumsal bir değer haline getirmenin amaçlanması ne demektir?
- Yaşlılıkta ortaya çıkan kardiyovasküler sisteme ilişkin değişikliklerin başlıcaları nelerdir?
- Yaşlılıkta ortaya çıkan sinir sistemine ilişkin değişikliklerin başlıcaları nelerdir?
- Yaşlılıkta ortaya çıkan kas ve iskelet sistemine ilişkin değişikliklerin başlıcaları nelerdir?
- Yaşlılıkta ortaya çıkan solunum sistemine ilişkin değişikliklerin başlıcaları nelerdir?



Değerlendirme Soruları

- Aşağıdakilerden hangisi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri değildir?
 - Yeterli ve dengeli beslenme,
 - Zararlı alışkanlıklar,
 - Ruh sağlığının korunması,
 - Sağlıklı uyku,
 - Kalıtım sağlığı önlemleri.
- Aşağıdakilerden hangisi normal yaşlanma tanımına uygundur?
 - Geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımıdır.
 - Normal yaşlanma süresi ile etkileşen patolojik olayların tümüdür kapsar
 - Zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik işlev değişiklikleridir.
 - Yumurtanın döllenmesiyle başlayan ve yaşam boyu devam eden bir süreçtir.
 - Kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdaki yaşlılık tanımıdır.
- Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
 - Bir toplumdaki halk diğer toplumdakine göre toplum olarak daha çok yaşlanmışsa buna "toplum yaşlanması" denir.
 - Türkiye'de, 15 yaşından küçük olan nüfusun payı, özellikle doğurganlık düzeyindeki azalmanın bir sonucu olarak, zaman içinde azalmıştır.
 - Toplumdaki yaşlıların oranında artma olmasına taban yaşlanması denir.
 - Ülkemizde yaşlıların ancak üçte biri (yüzde 30) yüksek ya da en yüksek refah düzeyinde olan hanelerde yaşamaktadır.
 - Nüfusumuz, doğurganlık düzeyindeki azalmanın ve ölümlülük koşullarındaki iyileşmenin bir sonucu olarak zaman içinde genç nüfus yapısına sahip olmaktan çıkarak gittikçe yaşlı nüfus yapısına dönüşmektedir.

4. Aşağıdakilerden hangisi egzersizin yararlarından biri değildir?
- Egzersiz yapıldığında yaşlıların kas gücü ve esnekliği, kan dolaşımı artar,
 - Egzersiz yapıldığında sindirim kolaylaşır, bağırsaklar düzenli çalışır,
 - Egzersiz yapıldığında kemikler güçlenir, eklemler yumuşaklık kazanır, sağlıklı postür oluşur,
 - Fiziksel etkinlik prostoglandinler, azalmış bağırsak geçiş süresi ve daha yüksek antioksidan düzeyleri etkileriyle kolon kanseri riskini azaltabilir,
 - Egzersiz yapıldığında kaza ve düşme riskleri değişmez.
5. Yetişkin sağlığı açısından aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
- Kolon ve rektum kanseri erken tanısı için elli yaş ve üzerindeki kadın ve erkekler yılda bir kez dışkıda gizli kan testi yaptırmalıdır.
 - Prostat kanseri erken tanısı için elli yaş ve üzerindeki erkekler yılda bir kez kanda PSA tayini ve rektal muayene yaptırmalıdır
 - Kötü genital hijyen, kadınlarda erken yaşta başlayan cinsel yaşam ve çok partnerle ilişki serviks kanserine yol açabilir
 - Hareketsizlik kanser riskini etkilemez
 - Kanser ölümlerinin %35'inden tütün sorumludur



Kaynaklar

- Ak, B.: "Yaşlılık Psikolojisi" Aile ve Toplum, Aile Araştırma Dergisi, M.N. Ofset, C.1, 2:67-71, Ankara 1991.
- Akşit, M.N., Akar, A., Gençeroğlu, S., Doğruel, N., Durmuş, S., Efe, B.: Beslenmeye Giriş, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını No:220, Etam AŞ., Eskişehir 1991.
- Ayhan, İ.E.: Yaşlılıkta Rasyonel İlaç Kullanımı, Geriatri 2000, Türk Tabipleri Birliği, Ankara Tabip Odası Eğitim Toplantısı Konuşma Özetleri, s: 31-34, Ankara 2000.
- Baskan, S.: Yaşlılık, Geriatri 2000, Türk Tabipleri Birliği, Ankara Tabip Odası Eğitim Toplantısı Konuşma Özetleri, s: 27-28, Ankara 2000.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T.: Temel Epidemiyoloji, Dünya Sağlık Örgütü Cenevre 1993, Çeviren: Prof. Dr. Nazan Bilgel,, Nobel & Güneş Tıp Kitapevi, Bursa 1997.
- Biröl, L., Akdemir, N., Bedük, T.: İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:6, 2. Baskı, Ankara 1990.
- Council of Europe: Care of The Elderly and Rehabilitation, International Digest of Health Legislation: Subject Categories VII-VIII, S.1, 50:38-44, September 1999.
- Dirican, R., Bilgel, N.: Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa 1993.
- Erdem, Ü.: Çubuk Sağlık Ocağına Başvuran 65 Yaş Üzerindeki Grupta Groningen Ölçeğine Göre Etkinlik Kısıtlılığı Durumu, yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara 2000.
- Ergör, G. ve ark.: Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesindeki 65 Yaş ve Üzerindeki Kadınların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim dalı, Etimesgut Sağlık Ocağı İntern Grubu Araştırması, Ankara, Nisan-Mayıs1995.
- Ersöy, G.: Yaşlılıkta Egzersiz ve Beslenme, Actuel Medicine, Desen Ofset, C.4, 1: 62-66, Ankara 1996.
- Ertuğ, A.E.: "Yaşlanma ve Sorunları" Aktif Yaşlanma Paneli, (CD-ROM) Ankara 1999.
- Fişek, N.H.: Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara 1993.

- Gariel, M.: Geriatriklerde Uzun Süreli Egzersiz Eğitiminin Etkileri, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara 1994.
- Geriatrist 2000, Türk Tabipleri Birliği, Ankara Tabip Odası Eğitim Toplantısı Konuşma Özetleri, Ankara 2000.
- Güler, Ç. Çobanoğlu, Z.: Yaşlı ve Çevre, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü Yayını, 1. Baskı, Ankara 1994.
- Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 3-11; Güneş Kitabevi, Ankara 1995.
- Hasipek, S., Soyuer, Ş.: Sağlıkta Yaşlılık ve Beslenme İlişkisi, Actuel Medicine, Kozan Ofset Matbaacılık, C.3, 5: 22-26, Ankara 1995.
- Hobson, W.: Halk Sağlığı Bilimi Uygulaması, Çeviren: Abdulkadir Yücel, Hıfzıssıhha Okulu Yayını No:45, Gürsoy Basımevi, 1. Cilt, Ankara 1970.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü,, 2003.
- Kayalı, M.: Bunama, Actuel Medicine, Desen Ofset, C.6, 6: 78-85, Ankara 1998.
- Kocabalkan, F.: Geriatri, Geriatri 2000, Türk Tabipleri Birliği, Ankara Tabip Odası Eğitim Toplantısı Konuşma Özetleri, s: 15-17, Ankara 2000.
- Merdol, T.K.: Yaşlılığı Geciktirmek Elinizde, Actuel Medicine, Desen Ofset, C.6, 11: 16-24, Ankara 1998.
- Özden, M.: Sağlık Eğitimi Ders Kitabı, Ünal Matbaacılık, Ankara 1998.
- Özvarış, Ş.B.: Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 2001 Ankara.
- Piyal, B., Piyal, Y.B.: Activity Restriction Among Pensioners or Their Widows According to the Groningen Scale. Journal of Ankara Medical School, Vol 20, No 4, 1998.
- Piyal, B., Piyal, Y.B.: Kent Emeklilerinin Yaşama Koşullarının İyileştirilmesinde Sosyal Hizmetlerin İşlevleri. Sosyal Hizmet Sempozyumu 98, Kentleşme Sürecinde Sosyal Hizmet, Antalya Kasım 1998. (Sözlü bildiri)
- Sarp N.: Aktif Yaşlanma, *Aktif Yaşlanma Paneli*. [CD-ROM] Ankara, 7 Nisan 1999.
- Sevil, H.T.: Yaşlılık ve Sorunları, Actuel Medicine, Kozan Ofset Matbaacılık, C.3, 5: 34-36, Ankara 1995.

- Shafer, K.N., Sawyer, J.R., McCluskey, A.M., Beck, E.L.: Tibbi ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Çevirenler, Köksal, Z., Norman, Ü., Göker, M., Norman, T., Hacettepe Üniversitesi Yayınları No:4, 2. Baskı, Meteksan Limitet Şirketi, Ankara 1983.
- Tabak, R.S.: Sağlık Eğitimi, 3.Bölüm, Somgür Yayıncılık, Ankara 2000.
- Tan, D., Öz, B.: Demanslar, Sağlık Dergisi, Sağlık Bakanlığı Yayınları, C.61, 2: 42-44, Ankara 1982.
- The European Health Report 2002, World Health Organization Europe.
- The World Health Report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life, World Health Organization.
- Tuncel, N., Şanlı, T., Perk, M.: Halk Sağlığı Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 266, Etam AŞ., Eskişehir 1993.
- Ülkü N.: Aktif Yaşlanma ve MESEV`in Yaşlı Bakımı Konusunda Çalışmaları, *Aktif Yaşlanma Paneli*. [CD-ROM] Ankara, 7 Nisan 1999.
- Ünal, S.: Yaşlı Hastaların Genel Değerlendirilmesi, Geriatri 2000, Türk Tabipleri Birliği, Ankara Tabip Odası Eğitim Toplantısı Konuşma Özetleri, s: 23-24, Ankara 2000.
- Ünlü, S.: Psikoloji, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 259, Etam AŞ., Eskişehir 1993.
- Ünsaldı, Ü G, Piyal, B : Çubuk Sağlık Ocağına Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Grupta Kronik Hastalık ve Etkinlik Kısıtlılığının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Dergisi Cilt 22, Sayı 4, 2002.*
- Yavuzer, S.: S.: Yaşlanmanın Fizyolojisi, Geriatri 2000, Türk Tabipleri Birliği, Ankara Tabip Odası Eğitim Toplantısı Konuşma Özetleri, s: 11-13, Ankara 2000.
- Yertutan, C.: "Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Fiziksel Değişiklikler" Aile ve Toplum, *Aile Araştırma Dergisi, M.N. Ofset, C.1, 2: 63-64, Ankara 1991.*
- Yürügen, B., Durna, Z., Oktay, S.: İç Hastalıkları Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 262, Etam AŞ., 2. Baskı, Eskişehir 1993.
- Temel F., Özvarış, Ş.B: Sağlığı Geliştirme Halk Sağlığında Özel Konular No: 4. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara Ekim-2007.

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)

Çevre Sağlığı **Prof. Dr. Recep Akdur**

11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Çevre Sağlığı Tanım ve Önemi
- Evrenin Oluşumu
- Madde ve Enerjinin Sakınımı Yasası
- Ekolojik Çevrimler ve Ekolojik Denge
 - › Karbon Çevrimi
 - › Azot Çevrimi
 - › Fosfor Çevrimi
 - › Kükürt Çevrimi
 - › Su Çevrimi
 - › Besin Zinciri/Çevrimi
- İnorganik - Organik Maddeleri Birbirine Dönüştürme
- Küresel Çevre Kirliliği Sorunları
 - › Asit Yağışları
 - › Sera Etkisi
 - › Ozon Tabakasının Delinmesi
 - › Ötrofikasyon
 - › Erozyon
- Genel Önlemler
- Yerel Çevre Sağlığı Sorunları
 - › Yeteri Kadar ve Temiz Su Sağlanması
 - › Katı ve Sıvı Atıkların Zararsızlandırılması
 - › Besin Kontrolü ve Sanitasyonu
 - › Vektörlerin Kontrolü ve Vektörlerle Savaş
 - › Konut Hijyeni
 - › Diğer Çevre Sağlığı Faaliyetleri
 - Kazalardan Korunma Faaliyetleri
 - Endüstri Hijyeni
 - Gürültü ile Savaş:
 - İyonizan Radyasyonlardan Korunma
 - Hava Kirliliği ile Savaş

Ünite Hakkında

Bu ünitede çevre sağlığının tanımı, önemi, evrenin oluşumu, ekolojik denge ve ekolojik çevrimler, küresel ve yerel çevre sağlığı sorunları ve çözüm yolları ele alınmıştır.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda;

- Çevre sağlığı konusundaki temel kavramları öğreneceksiniz.
- Temel çevre sağlığı sorunlarını bilip sayabileceksiniz.
- Çevre sağlığı önlemlerinin insan sağlığı, canlılık ve ekolojik denge açısından önemini kavrayabileceksiniz.
- Başlıca çevre sağlığı önlemlerini bilip kavrayabileceksiniz.

Üniteyi Çalışırken



Önce metni dikkatlice okumak, metinde aktarılan bilgiler ile daha önce sahip olan bilgilerin bir sentezini yapmak gerekir. Bu şekilde temel bilgilere sahip olduktan sonra merak edilen konularda daha ayrıntılı bilgilere ulaşmak üzere diğer kaynaklara başvurmak sureti ile bilgiler hem ayrıntılandırılır hem de pekiştirilmiş olur.

Çevre Sağlığı Tanım ve Önemi

Günlük dile yerleşmiş olmakla birlikte çevre sağlığı deyimi etimolojik olarak yanlış bir kavramlaştırma ve kullanımdır. Bu kavram ile anlatılmak istenen çevrenin sağlıklı hale getirilmesidir (çevre sanitasyonu). Buna karşılık bazı ülkelerde, özellikle dili İngilizce olan ülkelerde “*environmental health*” deyimi kullanılmaktadır. Türkçeye de *çevre sağlığı* deyimi buradan ve bunun karşılığı olarak gelmiştir.

Çevre sağlığı deyimi özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra sık sık gündeme gelmeye başlamış, günümüzde ise en sık kullanılan deyimlerden biri haline gelmiştir.

Çevre sağlığının pek çok tanımı vardır. Buna karşılık genel kabul gören tanım, Dünya Sağlık Örgütü'nün Ekspertler Komitesi tarafından yapılan tanımdır.



Buna göre, **çevre sağlığı**, insanın çevresinde bulunan/ bulunabilen ve onun sağlığına zararlı etkiler yapan, ya da yapabilme potansiyeli olan bütün madde, olgu, olay ve koşulların düzeltilmesi işlemidir.

Özelde insan sağlığı ve yaşamında genelde de tüm canlılık için hastalıklardan korunmada, sağlıklı bir çevrenin veya çevrenin sağlıklı (hijyenik) hale getirilmesinin (çevrenin sanitasyonunun) büyük önemi ve etkisi vardır. Başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere, tıpta bilinen tüm hastalıkların çevre sağlığı koşullarını düzeltmekle toplumdan eradike etme olasılığı vardır.

Sağlık açısından çevre denildiğinde üç tür çevre bileşeninden söz edilmek istenir. Bunlar şöyle sıralanabilir:

- *Fizik çevre*: Su, toprak, hava ve tüm cansız madde / varlık ve enerji türlerinden (ısı, ışık, ses, radyasyon, vibrasyon vb.) oluşan çevre unsuru fizik çevre olarak adlandırılır
- *Biyolojik çevre*: Tek hücrelilerden omurgalılara dek uzanan canlılar aleminden oluşur.
- *Sosyal çevre*: Aileden, devlete dek uzanan, insan ilişkileri ve insan etkinlikleri sonucu oluşan her şey bu başlık altında değerlendirilir. Üretim ve paylaşım ilişkileri, eğitim, kültür, kişisel ve toplumsal ilişkileri düzenleyen yasalar, trafik düzeni vb. olgu ve olaylar sosyal çevrenin ana bileşenleridir.

Bir olgu veya olayın insan sağlığı ile olan ilişkisi dört şekilde olabilir:

- Hastalık nedeni olma,
- Hastalıklara predispozanlık etme,
- Hastalığın seyrini/prognozunu ağırlaştırma
- Hastalıkların yayılmasına aracılık etme.

Bir olay ya da olgu bu özelliklerden herhangi birine sahip ise, onun insan sağlığı ile ilişkisi var ve insan sağlığı açısından önemlidir denilir. Bu açıdan çevreye bakıldığında, çevre şunlara neden olabilir:

- **Doğrudan hastalık nedeni olabilir:** Mikroorganizmaların hastalık etkeni olması, biyolojik çevrenin doğrudan hastalık yapmasının klasik örnekleridir.

Havada bulunan 3-4 Benzopirenin kanser, asbestin mezotelyoma yapması, fizik çevrenin doğrudan hastalık yapmasına örneklerdir. Aynı şekilde, sağlıksız konut koşulları ya da trafik düzeni nedeniyle oluşan sakatlık ve yaralanmalar ise, doğrudan hastalık yapmaya sosyal çevreden verilecek örnekleri oluşturmaktadır.



- **Hastalıklara predispozanlık yapabilir:** Bağırsak parazitleri ve sık yineleyen ishallerin etkenleri diğer hastalıklara predispozanlık yapan biyolojik çevre unsurlarıdır. Aynı şekilde, yetersiz ve dengesiz beslenme sosyal çevrenin bir sonucu olup tüm hastalıklara predispozanlık yapar.

Hava kirliliğinin solunum yolu enfeksiyonlarına predispozanlık etmesi ise, fizik çevrenin predispozan olarak rol oynamasına örnektir.



- **Hastalıkların seyrini (prognozunu) ağırlaştırabilir:** Yetersiz ve dengesiz beslenen toplumlarda bütün hastalıkların prognozu ağırlaşır ve ölümcüllüklerini (fetalite) artırır. Kötü konut koşullarının da benzeri sonuçlar doğurduğu bilinmektedir.

Bunlar sosyal çevrenin hastalıkların prognozunu artırmaya örneklerdir.



Aynı şekilde, fizik çevre unsuru olan, hava kirliliği olan yerlerde solunum yolu enfeksiyonları daha ağır seyreder.

- **Hastalıkların yayılmasına neden olabilir:** Suyu, havası kirli olan konut koşulları bozuk olan toplumlarda başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere, her türlü hastalığın yayılması kolaylaşır.

Özetle, çevrenin; insan sağlığında dört özelliğe de sahip olduğu ve insan sağlığında çok önemli bir rol oynadığı görülür, anlaşılır.

Evrenin Oluşumu

İnsanlık, var olduğundan bu yana, evrenin oluşumu konusunda birçok bilimsel ve mistik/teolojik kuramlar üretmiştir. Bilimsel kuramlardan en yaygın kabul göreni “*Büyük Patlama Kuramı*”dır.

Bu kurama göre, büyük patlamadan önce evrenin tümü quarklardan/atomaltı yapılardan oluşan kozmik bir öz, bir plazma veya bir enerji yumağı idi. 12-16 milyar yıl kadar önce, başlayan tepkimeler zinciri nedeni ile oluşan enerji nedeni ile bu özde büyük bir patlama meydana geldi. Devam eden tepkimeler ile bir yandan maddeler oluşurken öte yandan da ateş topu halinde olan bu madde yığınları (yıldızlar) patlamanın etkisi ile merkezden çevreye doğru hızla uzaklaştı ve evrene yayıldı. Böylece her biri milyarlarca ateş topu/yıldız kümesinden oluşan gökadalara (galaksiler) meydana geldi. Bu gökadalardan/ galaksilerden biri de günümüzden 4-6 milyar yıl önce oluştuğu hesaplanan *Samanyolu Galaksisi*’dir.

Samanyolu’nu oluşturan milyarlarca yıldızdan birisi güneştir. Güneşin etrafında bulunan ve ondan daha küçük olan sekiz ateş topu soğuyarak taşlaştı. Bunlar güneşin uydusu haline geldi. Günümüzden 4 milyar yıl kadar önce güneş ve etrafındaki sekiz gezegen ile onların bilinen 166 uydusu, beş çüce gezegen (Ceres, Plüton, Eris, Haumea, Makemake) ve onların bilinen altı uydusu ile milyarlarca küçük gökcisminden oluşan küme göreceli bir kararlılığa ulaştı ve güneş sistemi oluştu. Aynı dönemde, güneşin gezegenlerinden birisi olan küremiz de göreceli bir dinginliğe ve karalılığa ulaştı.

Küremizin bu evresinde hem klasik fizik, kimya ve biyoloji bilimleri doğmamıştı hem de bu bilim dalları bu evre için geçerli değildi. Bu nedenle bu evreye klasik bilimlerle açıklanamayan evre de denmektedir.

Küremizin soğuma sürecinde tepkimeler zinciri devam etti ve bu tepkimeler sonucunda 92 element oluştu. Elementler özgül ağırlıklarına göre sıralanarak gazküre (atmosfer), suküre (hidrosfer) ve taşküre (litosfer) şeklinde küre katmanları oluştu. Bu katmanlar arasında sürekli bir enerji ve madde alışverişi günümüze dek varlığını sürdürdü. Bu alışverişe bağlı olarak ve giderekten küremizin katmanlarının bileşimleri (kompozisyonu) göreceli bir sabitliğe ulaştı.

Bu dingin ortam canlılığın oluşmasına çok uygun bir yapıya sahipti. Bu ortamda ve günümüzden üç milyar yıl kadar önce bakteriler oluştu. Bitkiler ve böcekler 450 milyon yıl (yaşamın başlangıcı olarak burası kabul edilir), balıklar 300 milyon yıl, kuşlar 140 milyon yıl, insansılar 3-4 milyon yıl insan ise 500 bin yıl önce evrildi.

Madde ve Enerjinin Sakınımı Yasası

Maddenin Sakınımı/Korunumu Yasası'na göre, dünyada var olan hiçbir element/madde yok olamaz, yoktan da element ya da madde var edilemez. Bu nedenle de, dünyada var olan elementlerin/maddelerin miktarı sabittir. Ancak, elementler diğer madde ve madde bileşimlerine (kompozisyonlarına) dönüşebilir. Bu dönüşme daha basitten karmaşığa (komplekse) ya da karmaşıktan daha basite doğru her iki yönde de olabilir. Bunun bir sonucu olarak ve zaman zaman, elementlerden oluşan bileşiklerin/maddelerin miktarları kısmen değişse de toplam element miktarı sabittir ve hiçbir zaman değişmez.

Dünyadaki toplam element miktarı sabit olmakla birlikte, bu element ve maddelerin dünyanın katman ve bölümleri arasındaki dağılım payları da zaman zaman değişebilir. Çünkü; dünya statik olmayıp, katmanları ve bölümleri arasında sürekli bir madde alışverişi vardır. Maddeler, bu alışveriş yoluyla katmanlar arasında gidip gelirler. Bu gidiş gelişler sonucunda, belli bir maddenin belli bir katmandaki miktarı artabilir ya da azalabilir. Ancak, toplam miktar hiçbir zaman değişmez ve daima sabittir. Değişen, sadece, bu maddenin dünya katman ve bölümlerindeki dağılımıdır.

Aynı şekilde, *Enerjinin Sakınımı Yasası'na göre, dünyada var olan enerji miktarı sabittir. Ne var olan enerji yok olur ne de yoktan enerji var edilebilir. Ancak, enerji biçimleri (mekanik, ısı, ışık, kimyasal, nükleer vb.) birbirine dönüşebilir. Ayrıca, basit maddelerden karmaşık maddeler oluşurken madde bünyesinde enerji depolanır,*

tersinde; yani karmaşık maddeler basit maddelere yıkılırken ise açığa enerji çıkar. Daha açık bir anlatımla, elementlerden ya da basit bileşiklerden karmaşık maddeler oluşurken büyük bir enerji kullanımı olur ve bu enerji karmaşık maddelerin bünyesinde depolanır. Bu bileşikler tekrar parçalanırken, depolanmış olan bu enerji açığa çıkar.

Dünyamızdan dışarıya kaçan enerji miktarı ile tekrar güneşten sağlanan enerji miktarları da eşittir. Gerek maddeler arasındaki enerji alışverişi ve gerekse dünyanın katmanları arasındaki yer değiştirme nedeniyle, dünyanın katman ve bölgelerindeki enerji miktarları değişse de toplam miktar sabittir.

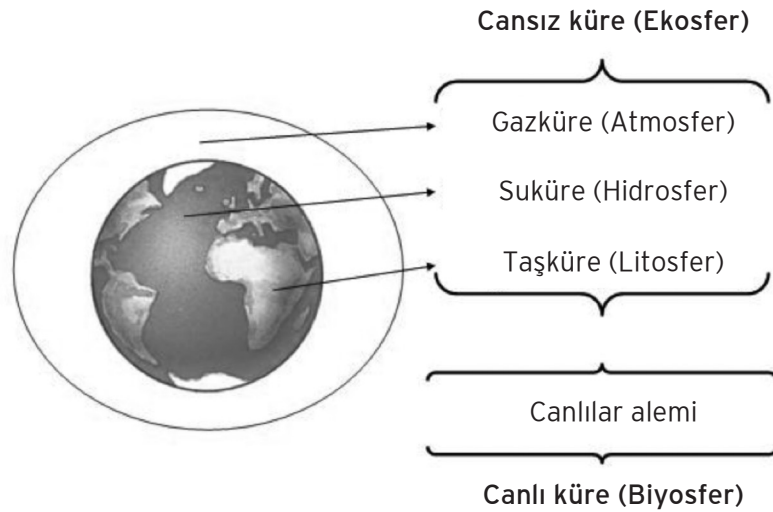
Ekolojik Çevrimler ve Ekolojik Denge



Dünyada katmanlar arasındaki madde ve enerji alışverişi/hareketi, dünyanın doğal dengesini sağlar ve dünyanın katmanlarının bileşimi daima sabit kalır. Buna dünyanın **ekolojik dengesi** denir.

Tüm bu olaylar ve bu olaylar ile canlılar arasındaki ilişkiyi inceleyen bilim dalına **ekoloji**, insanlar ile insanlar dışında kalan (canlı cansız) doğa arasındaki ilişkilerin tümüne birden ise **insan ekolojisi** denir.

Şekil 17: Dünyanın Katmanları



Canlılar alemi/biyookoloji için önemli olan element ya da maddelerin başlıcaları; Oksijen (O), Karbon (C), Azot (N), Kükürt (S), Fosfor (P) ve Sudur (H₂O). Bu elementlerin/maddelerin dünyadaki toplam miktarları sabit olup, çeşitli maddelerin yapılarına girer çıkar ve dünyanın katman ve bölümleri arasında sürekli olarak dolaşırlar, ancak toplam miktarları hiçbir zaman değişmez.

İşte element ve maddelerin, dünyanın katman ve bölümleri arasındaki, bu dolaşımına **ekolojik/çevrimler/döngüler** denir.



Bu çevrimlerin bazıları aşağıda kısaca özetlenmiştir:

Karbon Çevrimi

Karbon, canlıların dokusunu oluşturan en önemli elementtir ve karbonsuz yaşam olamaz. Dünyadaki başlıca karbon depoları ise; gazkürede karbondioksit olarak, su kürede karbondioksit ve bikarbonat olarak, taşkürede karbon, kömür ve petrol olarak, canlıkürede de organik maddeler halinde bulunmaktadır.

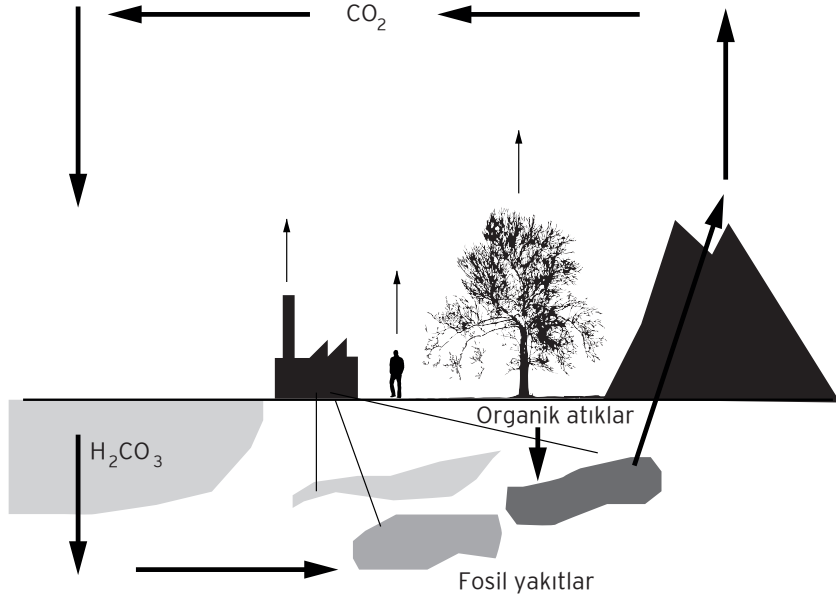
Yanardağlar ve yer çatlaklarından doğal olarak veya petrol, kömür ve gaz halinde insanlar tarafından yapay olarak taşküreden dışarıya çıkan karbon, karbondioksit halinde gaz kürede birikir/bulunur. Gazküredeki inorganik karbon bitkilerce fotosentez ile organik karbona dönüştürülerek, canlıküreye geçer. Canlıların ölümü ile tekrar taşkürenin derinliklerine dönerek fosil yakıtlara (kömür, petrol) döner ve böylece karbonun büyük çevrimi tamamlanmış olur.

Karbon, her zaman bu uzun yolu, büyük çevrimi izlemez. Bazen daha kısa yolları izleyerek ve şantlar yaparak da yer değiştirir.

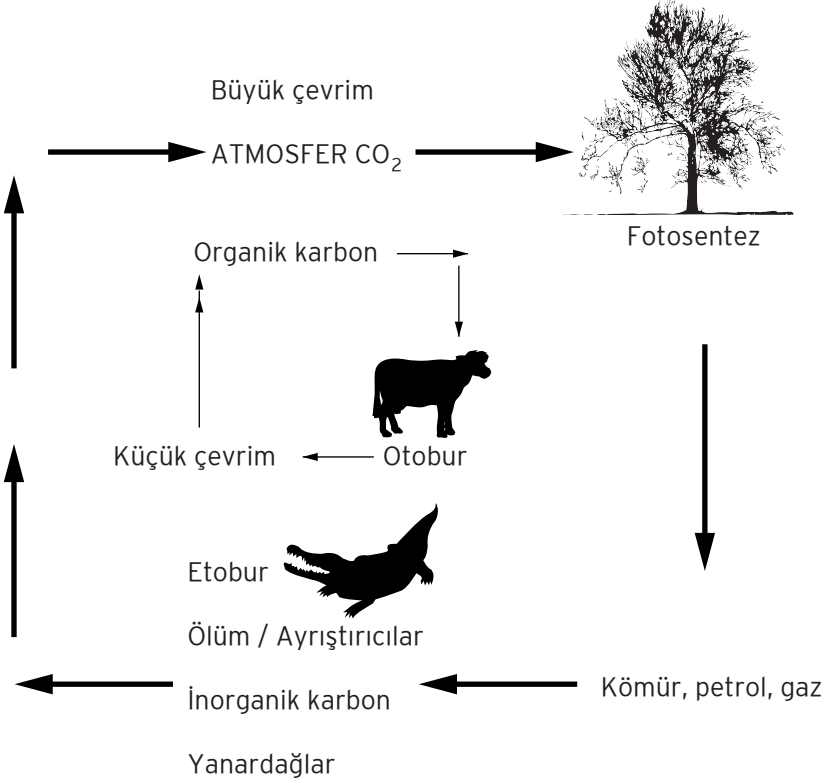
Örneğin canlıların bünyesinde, besin yakımı sonucunda açığa çıkan karbon, karbondioksit halinde, solunum yolu ile doğrudan atmosfere verilir. Böylece atmosfer ve canlılar arasında küçük bir karbon çevrimi oluşur ki ; buna da karbonun küçük çevrimi denir.



Şekil 18a: Karbon Çevrimi



Şekil 18b: Karbon Çevrimi

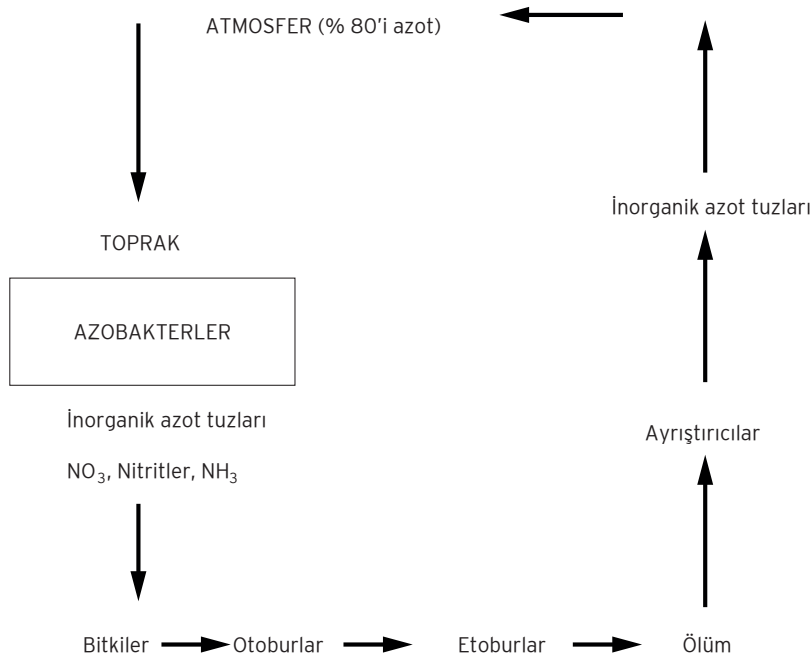


Karbonun ekolojik çevrimi sayesinde, dünyanın katmanlarındaki karbon miktarı sabit kalır ve denge korunur. Ancak, insanların enerji kullanımı sonucunda atmosfere bol miktarda karbon atılır. Bu miktar, karbon çevriminin kapasitesini aştığı zaman, karbon atmosferde, karbondioksit halinde, birikmeye başlar ve karbon kirliliği ortaya çıkar.

Azot Çevrimi

Azot, inorganik tuzlar halinde, bir miktar toprakta da bulunur ise de esas deposu atmosfer ve canlılardır. Atmosferin % 80'i azottan oluşur. Atmosferde inorganik ve elementer halde bulunan azot, topraktaki azobakterler aracılığı ile tutularak inorganik azot tuzlarına (Nitrat / NO_3 ve Amonyum / HN_4) dönüşür. Suda eriyen, bu inorganik tuzlar bitkiler tarafından alınarak organik azotlu bileşiklere dönüştürülür ve böylece gıda zincirine (biyosfere) girmiş olur. Daha sonra, bu zincirdeki otobur ve etoburlarca amino asitler olarak kullanılan azot, bu canlıların ölümü ile ayrıştırıcı bakterilerce inorganik tuzlara ve elementer azota dek ayrıştırılır ve indirgenir. Böylece, atmosfere tekrar dönmek suretiyle azotun büyük çevrimi tamamlanmış olur.

Şekil19: Azot Çevrimi



Bu çevrim sonucunda, azot dünyanın katmanları arasında gider, gelir. Sonuçta katmanlardaki miktarını ve dengesini korur. İnsanlar yapay gübre yaparken, atmosferdeki azotu tespit eder. Böylece dünyanın katmanları arasındaki azotun doğal seyri ve miktarı bozularak, yerkürede azot birikmiş olur. Tarlalarda, gübre olarak, bolca / bilinçsizce kullanılan azot, yağmur suları ile yerüstü sularına gelir ve orada birikir. Suların / hidrosferin, azotla kirliliği ve ötrifikasyon oluşur. Öte yandan da yapay gübre yapımı için gerekli olan yüksek miktardaki enerji fosil yakıtlardan elde edildiğinden atmosfere bol miktarda SO_2 ve CO_2 atılmış olur.

Fosfor Çevrimi

Fosforun esas deposu fosfatlı kayalardır. Ayrıca, inorganik fosfat tuzları halinde sulara ve organik fosfor halinde canlılarda da (kemiklerde ATP ve hücre zarı yapısında) bulunur.

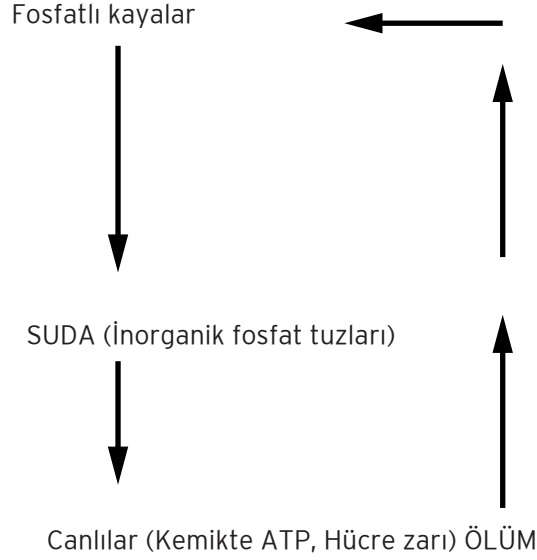
Fosforun temel çevrimi karadan suya ve tekrar karaya şeklindedir.



Örneğin her yıl, deniz kuşlarının dışkısı ile ise 300 - 400 bin ton, balıklarla ise 60 bin ton fosfor denizlerden karalara dönmektedir.

Fosfatlı kaya ve topraklardan, yağmur suları ile eriyen fosfat, bitkiler tarafından alınarak organik fosfata dönüştürülür. Bitkilerin otoburlarca, onlarında etoburlarca yenmesi sonucunda tüm canlıların yapısına girer. Canlıların ölümü sonrasında, ayrıştırıcı bakterilerin eylemleri ile tekrar inorganik fosfat tuzları ve elementer fosfora kadar indirgenir. Böylece canlılar ve onların atıkları ile, karalara/kayalara tekrar döner. Sonuçta dünyanın katmanları arasındaki dengesini koruyan fosfat, insanlığın, yoğun fosfatlı gübreler ve deterjan kullanması nedeniyle, bu dengesini kaybeder. Sonuçta, yerüstü sularında fosfor birikmeleri/fosfor kirliliği oluşarak ötrifikasyon olguları ortaya çıkar.

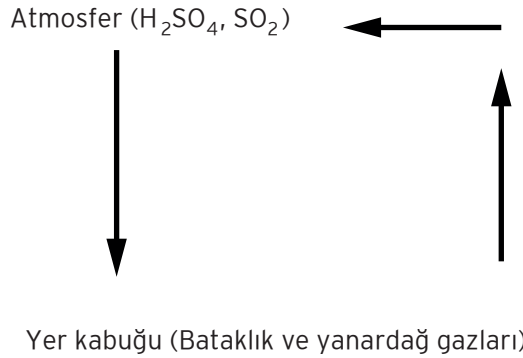
Şekil 20: Fosfat Çevrimi



Kükürt Çevrimi

Kükürt, esas olarak inorganik tuzlar halinde yerkabuğunda, bir miktarda (SO_2 ve H_2SO_4 halinde) atmosferde ve organik bileşikler halinde canlıların yapısında bulunur. Yerkabuğundan, bataklık ve yanardağlardan H_2S halinde, atmosfere salınır. Atmosferin oksijeni ile, SO_2 haline dönüşen kükürt, havadaki su ile birleşerek H_2SO_4 halinde, yağmur suları ile, tekrar yerkabuğuna döner ve çevrim tamamlanır. Taşkürede bol miktarda bulunması nedeniyle azlığı söz konusu değildir.

Şekil 21: Kükürt Çevrimi



İnsanlar her türlü enerji elde etme sırasında (özellikle fosil yakıtlar kullanılarak elde edilenler) yerkabuğundaki kükürdü serbest hale getirerek atmosfere salar. Böylece kükürdün doğal çevrimi hem

yön hem de miktar olarak değişir. Sonuçta atmosferde kükürt birikir ve atmosferin kükürtle kirliliği ortaya çıkar. Atmosferde biriken bu kükürt asit (H_2SO_4 , H_2SO) yağmurları halinde tekrar yere döner ve böylece asit yağmurları sorunu ortaya çıkar.

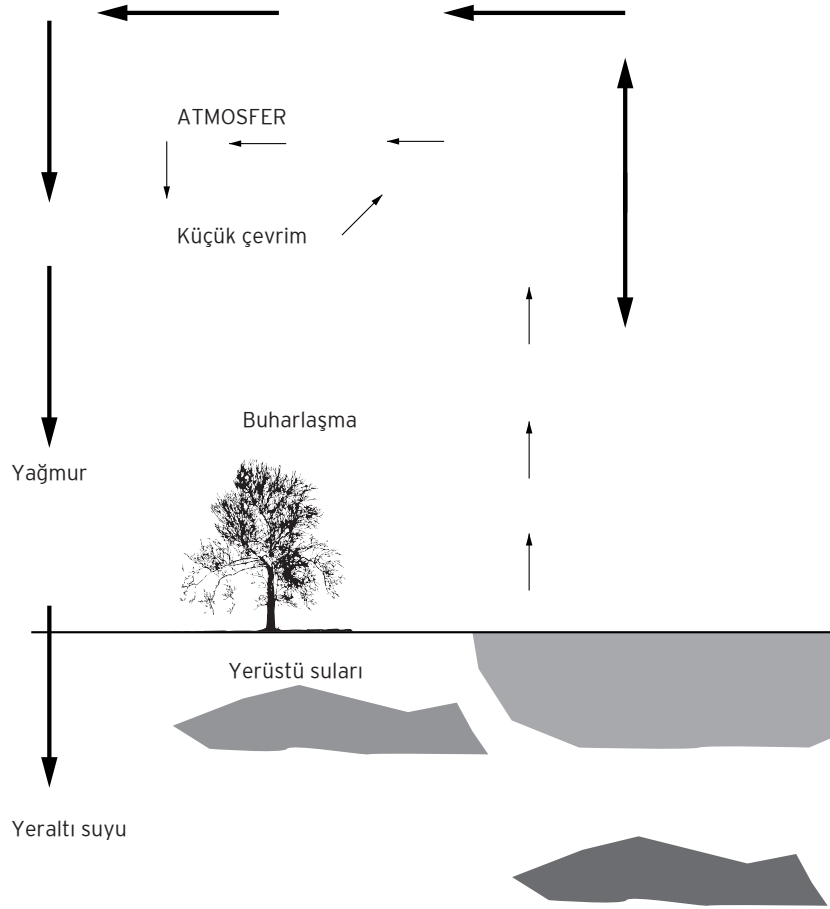
Su Çevrimi

Doğadaki suyun esas deposu atmosfer ve hidrosferdir. Bir miktar da, canlıların bedenindeki su halinde biyosferde ve yerkabuğunun katları arasında (litosferde) bulunur. Suyun esas alışverişi, hidrosfer ve atmosfer arasındadır (kısa çevrim). Ayrıca, yerkabuğundan süzülerek yeraltı sularına geçerek, canlılar tarafından alınarak biyosfer suyuna geçerek, dünyanın çeşitli katmanları arasında dolaşır ve büyük çevrimler de yapar.

Atmosferden meteorik su halinde yere iner, sonra süzülme suretiyle yer kabuğunun derinliklerine kadar girer, buradan doğal (kaynak) ya da yapay (kuyu) yolla tekrar yeryüzüne, buradan da buharlaşarak atmosfere tekrar döner ve böylece, suyun en büyük çevrimi tamamlanmış olur. Suyun diğer bir kısmı ise, yağmurla yere iner inmez, hemen buharlaşarak, bitkilerce alındıktan sonra, solunumla buharlaşarak atmosfere geri döner ve böylece küçük çevrimler ortaya çıkar.

Su dünyada çok bol olarak bulunur ve çevrimleri sırasında sürekli olarak temizlenir. Ancak, insanın suya müdahalesi çok büyük boyutlara ulaşmış olup, suyun kendi kendini temizleme ve çevrim kapasitesi aşılmaya başlamıştır. Böylece ciddi su kirlenmeleri ile karşı karşıya kalındığı gibi içme ve kullanma suyu yetersizliği ile de karşı karşıya gelinmiştir.

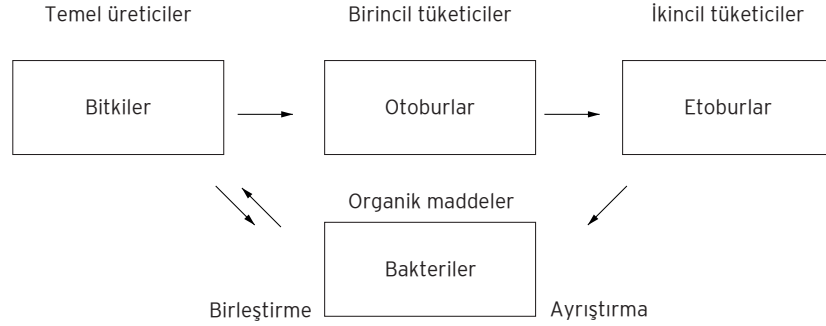
Şekil 22: Su Çevrimi



Besin Zinciri / Çevrimi

Biyosfer dışında (hava, su ve toprakta) bulunan elementer maddeler, bakteriler tarafından birleştirilerek/sentezlenerek, bitkilerce alınabilecek, inorganik tuzlara dönüştürülür. Bitkiler, su içinde eriyik halde bulunan, bu maddeleri alarak organik bileşiklere/besin maddesi haline dönüştürür. Buradan da anlaşılacağı üzere, canlılar tarafından besin olarak kullanılan maddelerin ilk/temel üreticisi bitkilere dir. Bitkilere temel üreticiler denmesi buradan gelir. Organik maddelere dönüştürülen bu maddeler bitkilerden, bitkileri yiyen otoburlara, oradan da etoburlara geçer. Daha sonra, canlıların ölümü ile, bu organik maddeler bakteriler tarafından tekrar yıkılıp/ayrıştırılarak inorganik madde ve elementlere dönüştürülür. Böylece, biyosfer ile dünyanın diğer katmanları arasındaki madde alışverişi sürer gider.

Şekil 23: Besin Zinciri / Döngüsü



İnorganik - Organik Maddeleri Birbirine Dönüştürme

Bazı örnekleri yukarıda özetlenen *büyük ve küçük ekolojik çevrimler* sayesinde, dünyanın katman ve bölümleri arasında madde alışverişi sürüp gider. Böylece, dünyanın tüm katman ve bölgeleri sabit bir madde kompozisyonu ve belli bir ekolojik denge içinde kalır/durur.



Şayet, herhangi bir bölüm ya da katmanda herhangi bir maddenin, doğal kompozisyona göre, fazlalığı ortaya çıkar, yani o bölüm herhangi bir madde ile kirlenir ise, bu madde ekolojik çevrimler aracılığı ile derhal taşınarak, denge tekrar kurulur. Buna, dünyanın kendi kendini temizlemesi **dünyanın otopürifikasyonu** denir.

Doğanın, kendi kendini temizlemesi sırasında cereyan eden, olay ve mekanizmalara da; **otopürifikasyon mekanizmaları** denmektedir. Otopürifikasyon sonucunda oluşan denge haline ise, **dünyanın ekolojik dengesi** denir.

Başlıca otopürifikasyon mekanizmaları şunlardır:

- *Taşıma ve seyreltme*: Dünyanın belli bir yerinde biriken ve doğal konsantrasyonunun üstüne çıkan madde, atmosfer, litosfer ve biyosferdeki hareketlerle, derhal uzaklaştırılır ve yoğunluğu seyreltilir (dilüsyon).

Bu taşıma ve seyreltme o maddenin o katmandaki doğal yoğunluğuna/düzeyine düşürülünceye kadar sürer. Dolayısı ile kirlilik yok edilir.

Örneğin belli bir bölgede hava veya suya herhangi bir madde karışır; yani bu madde ile bir kirlilik oluşur ise, bu madde havada rüzgarın, suda ise suyun hareketleri ile derhal uzaklaştırılır, diğer bölgelerdeki hava ve su kitleleriyle karıştırılarak seyreltilir. Bu seyreltme, maddenin doğal kompozisyondaki düzeyine ulaşıncaya kadar devam eder.



- *Fizik parçalama ve yıkım:* Hava ve su hareketleri ile taşınamayacak büyüklükteki cisimler ısı, rüzgar ve suyun gücü ile küçük parçalara ayrılarak, taşınması, sürüklenmesi kolay hale gelir.
- *Biyolojik yapım ve yıkım:* Bakteri faaliyetleri sonunda ve canlı hücrelerinde cereyan eden biyokimyasal olaylar ile, maddeler, inorganikten organığe, organikten inorganığe dönüştürülür (yapım ve yıkım). Böylece, elementlerin madde kompozisyonlarına giriş ve çıkışlarına ortam hazırlanmış olur.
- *Kimyasal yapım ve yıkım:* Özellikle oksidasyon sonucunda, birçok madde daha kompleks veya daha basit maddelere yapılır ve yıkılır.

Çevrimler sırasında olup giden bu mekanizmalarla, maddelerin dünyanın belli bir yerinde birikmesi (kirlilik) sürekli olarak önlenir. Ekolojik denge sürüp giderken, devreye insan müdahalesi girmiş ve bu müdahale ekolojik dengeyi bozacak boyutlara ulaşmıştır. Dengenin bozulması sonucunda, belli kompartımanlarda belli maddeler birikmiş; yani kirlilikler oluşmuştur. Şüphesiz ki; insanların amacı dünyanın dengesini bozmak ya da yaşadığı oramı kirli hale getirmek değildir. Dünyanın dengesi insanlığın, üretim sırasında, geliştirdiği çeşitli mekanizmalar nedeniyle bozulmuştur. Bu mekanizmalar şunlardır:

- *Otopürifikasyon kapasitesinin aşılması:* Günümüzde, insanlık çok yoğun bir üretim ve tüketim düzeyine ulaşmıştır. Yoğun üretim, yoğun enerji kullanımı ve yoğun atık demektir. Böylece çevreye/doğaya bırakılan atık düzeyi; dünyanın otopürifikasyon kapasitesini aşmış ve bazı maddeler dünyanın katman ve bölümlerinde birikmeye başlamıştır.



Örneğin her yıl atmosfere 147 milyar ton CO₂ atılmaktadır. Buna karşılık, dünyadaki bitkilerin yıllık CO₂ bağlama kapasitesi 129 milyar tondur. Sonuçta, her yıl 18 milyar ton CO₂ atmosferde birikmektedir.

- *Otopürifikasyon kapasitesinin azaltılması:* Orman katliamı ve benzeri eylemlerle, dünyanın otopürifikasyon kapasitesi sürekli azaltılmaktadır.



Örneğin ormanların atmosfere atılan CO₂'yi bağlama kapasitesinin, orman katliamından önceki kapasitesine ulaşabilmesi için, yani kaybedilen ağaçların yeniden yetiştirilmesi için, kişi başına 5000 ağaç dikilmesi gerekir.

- *Madde yoğunlaştırma:* Doğada seyrek olarak bulunan ve çevrimi çok yavaş olan bazı maddeler, doğadan/topraktan elde edilerek yoğunlaştırılmakta ve çeşitli amaç ve şekillerde kullanıldıktan sonra insan yerleşimleri etrafına atık olarak bırakılmaktadır. Bunların başında ağır metaller (cıva, kurşun, kadmiyum) ve radyoaktif maddeler gelmektedir. Bu maddelerin çevrimleri dolayısı ile de doğa tarafından temizlenmesi çok yavaş olduğundan, atıldıkları çevrede birikim; yani kirlilik oluşmaktadır.
- *Yeni yapay maddeler üretilmesi:* Doğada hiç bulunmayan dolayısı ile de çevrimi olamayan ya da çok yavaş olan yapay maddeler üretilmesi, kullanılması ve atık olarak doğaya verilmesi sonucunda, bu maddeler bırakılan bölgede sürekli olarak birikmektedir. Bunların başında DDT, PCB (poliklorürlü bifeniller - boya ve plâstik sanayisinde kullanılır), plastikler ve deterjanlardır.

Biyolojik yıkımı olmayan (bakterilerce ayrıştırılmayan) maddeler otopürifiye olamaz ve doğada birikim yapar. Bundan ötürü de bu tür maddelerle çevre kirliliği çok daha kolay ve çabuk oluşur.



Organo klorlu ensektisitler (DDT), ağır metaller (cıva, kadmiyum, kurşun), radyo aktif maddeler, PCB (poli klorürlü bifeniller) bunlardan başlıcalarıdır.

İnsan üretimleri sırasında gelişen, bu dört mekanizma ile dünyanın ekolojik dengesi bozulur ve bazı maddeler dünyanın bazı bölge ve katmanında birikmeye başlar. İşte; dünyanın belli bir bölümünün doğal kompozisyonunun bozulması veya dünyanın herhangi bir katmanında, belli bir maddenin (kirlenici) birikerek, doğal yoğunluğundan daha üst düzeye çıkması olayına **çevre kirliliği** denir.



Küresel Çevre Kirliliği Sorunları

Çevre kirliliği küresel veya yerel boyutlarda gelişebilmektedir. Küresel boyutta olan çevre kirlilikleri, tüm insanlığı ilgilendiren sorunları beraberinde getirirken, yerel boyutlarda olanlar yalnızca o bölge insanlarını etkilemektedir. Başlıca küresel kirlilik ve sonuçları aşağıda özetlenmektedir.

Asit Yağışları

Atmosfere atılan, SO_2 , NOX , HF ve HNO_3 atmosferde su ile birleşerek, bunların ikincil kirlilik ürünleri olan asitlere dönüşür. Bu asitler yağmur suları ile yeryüzüne inerek canlılara ve cansızlara zarara verir. Bunlardan, SO_2 'nin ürünleri olan H_2SO_4 ve H_2SO_3 , hem güçlü birer asit olmaları hem de miktar olarak çok fazla oluşması nedeniyle, çok önemlidir.

Başta termik santraller, nikel ve bakır cevheri işleyen fabrikalar olmak üzere, fosil yakıtlardan enerji elde eden tüm sanayi tesislerinden ve fosil yakıtlarla yapılan ısıtmadan atmosfere bol miktarda SO_2 atılmaktadır. Yıllık atılan SO_2 miktarı dünyanın kükürt çevrim kapasitesinin aşmış ve atmosferde SO_2 birikerek olağan konsantrasyonlarının çok üzerine çıkmıştır. Atmosferde biriken, SO_2 havanın suyu ile birleşerek sülfürik asit / H_2SO_4 haline dönüşmekte ve tekrar yeryüzüne dönmektedir.

Normalde yağmur suyunun PH 'ı biraz asidiktir (içindeki karbonik ve sülfürik asit nedeniyle - atmosferde biriken karbonun temizlenmesi karbonik asite dönüştürülerek, kükürdün temizlenmesi ise sülfürik asite dönüştürülerek sağlanır). Atmosferde kükürt birikmesi sonucunda bu asit oluşumu çok artmış ve yer yer yağmur suyunun PH 'ı 4'e kadar inmiştir. Yani, yağmur suları 100 misli daha asidik hale gelmiş ve gökten adeta asit yağmaktadır. Asit yağmuruları sonucunda şunlar olmaktadır;

- Ormanlar ve bitkiler ölüyor.
- Suların asitleşmesi nedeniyle algler ve balıklar ölüyor.
- Toprağın PH'ı değişiyor ve toprağın canlılığını sağlayan bakterilerin ölmesi nedeniyle toprağın verimliliği azalıyor.
- Topraktaki tuzlar hızla eriyerek sularla sürüklenerek toprağın verimliliği başka bir nedenle ikinci kez azalıyor.
- Toprak parçalanarak, otsuzlaşarak erozyon artıyor.
- Tarihi ve kültürel varlıklar yok oluyor.
- Her türlü yapı ve malzemenin ömrü kısılıyor.

1986'da Almanya'da yapılan bir hesaplama göre, asit yağmurları nedeniyle yıllık 48 milyar DM ekonomik kayıp hesaplanmış. Bu miktarın 1990 yılında üç misline 1994 yılında ise altı misline yani 288 DM'a ulaşacağı hesaplanmıştır.

Artvin'deki Murgul Bakır İşletmesi'nden günde 33-45 ton SO_2 atıldığı hesaplanmıştır. Bunun bir sonucu olarak, doksan bin hektar orman yok olmuş, 78 bin dekarlık arazi erozyona uğramıştır. Aynı şekilde, Muğla Yatağan Termik Santrali 600 ton/gün SO_2 atıyor ve etrafındaki 400000 dekar orman hastalanmış ve yok olacaktır. Daha şimdiden, etrafındaki tarım alanları verimsizleşmekte ve çölleşmektedir.

Sera Etkisi

Güneşten dünyaya gelen enerjinin bir kısmı tekrar uzaya döner. Bu geriye dönen ısıyı, infrared radyasyonlar taşır. Bazı gazlar vardır ki; bu infrared radyasyonunu tutarak ısının uzaya dönüşünü engeller. Antrajenik gazlar denilen bu gazların en başında CO_2 gelir.

Fosil yakıtlar nedeniyle, her yıl atmosfere 147 milyar ton CO_2 atılıyor buna karşılık dünyadaki bitkilerin CO_2 bağlama kapasitesi 129 milyar tondur. Sonuçta atmosferde CO_2 birikmekte ve atmosferin CO_2 oranı her yıl artmaktadır (son kırk yılda CO_2 'nin atmosferdeki konsantrasyonu 320 ppm'den 340 ppm'e yükselmiştir). Atmosferde biriken CO_2 tıpkı cam gibi, güneş ışınlarının geçmesine fırsat vermekte; ancak ısının dışarı çıkmasına, atmosfere yayılmasına (dilüe olmasına) engel olmaktadır.

Sonuçta güneş ışınları yerkabuğunda soğurularak ısıya dönüşmekte ve buradan uzaklaşamadığı için atmosferin yerkabuğuna yakın kısımlarında ısı depolanması ve birikmesi ortaya çıkmaktadır. Yani ısı ile kirlenme oluşmaktadır. Bu mekanizmaya CO₂'nin sera etkisi denir.



ABD'de yapılan bir hesaplama göre, 2000 yılında atmosferdeki CO₂ oranı % 25 artacaktır.

Sera etkisi sonucunda, dünyanın sıcaklığı her yirmi yılda bir ya da bir buçuk derece artmakta ve dünya ısınmaktadır. Bu ısınma devam eder ise, buzullar eriyecek ve denizlerdeki su seviyesi 3-4 metre yükselecektir. Tüm dünyadaki kıyı kentleri ve milyarlarca hektarlık ekilebilir verimli topraklar su altında kalacaktır. Birleşmiş Milletler 2000 yılına dek CO₂ emisyonunun % 60 azaltılmasını öngörmektedir. Aksi takdirde, mitolojideki Nuh Tufanı yeniden yaşanacaktır.

Ozon Tabakasının Delinmesi

Atmosfer; çeşitli gaz kümelerinden oluşmakta olup, bu kümeler yoğunluğuna göre kat kat dizilmiştir. Bu katlar şöyledir:

- *Trofosfer*: Yerden 10 - 17 km;
- *Stratosfer*: Yerden 17-50 km, (Bunun 25- 35 km'si Ozonosfer'den oluşur);
- *Mezosfer*: 50 - 80 km;
- *İyonesfer*: 80 - 400 km uzaktadır.

Ozonosfer güneşten gelen ultraviyole ışınlarını (morötesi-gözle görülmeyen ışınlar) tutar ve bu anlamda güneşin ışınlarını süzer. Ultraviyole ışınları ise; güneş enerjisinin % 9'unu taşıyan ışınlardır. Ozon tabakasındaki süzgeçleme sonucunda, bu enerjinin ancak % 2- 4 kadarı yeryüzüne ulaşabilir.

Bazı gaz atıklar, atmosferde yükselerek, ozon tabakasının bozulmasına ve incelmesine neden olur ve buna genel olarak ozon tabakasının delinmesi denmektedir.



Bu atıkların başında, spreylerde itici ve soğutma sistemlerinde (buzdolabı, klima) ısı taşıyıcı/soğutucu gaz olarak kullanılan Cloro

Floro Karbon (CFCl_3 , CF_3Cl_2 FREON gazı) gazı gelir. Spreylerden ve soğutma sistemlerinden atmosfere yayılan CFC gazı, atmosferde yükselerek, gidip ozonun yapısını bozar, dolayısı ile de ozon tabakasının delinmesine neden olur.

Atmosfere salınan Freon gazı, günümüzdeki miktarın iki katına çıkar ise; ozon tabakasında % 12'lik bir incelmeye olacağı hesaplanmıştır.

Aynı şekilde, çok güçlü jet motorlarına sahip olan, uçakların motorları ozonu parçalayarak ($\text{O}_3 = \text{O}_2 + \text{O}$ şeklinde parçalayarak) ozon tabakasının incelmeye neden olan diğer bir mekanizmayı oluşturmaktadır. Güçlü motorlara sahip olan ve çok yükseklerden uçan uçakların (casus uçaklar, concortlar vb.) 500 tanesinin 21 km yükseklikte, 11 saat uçuşu halinde, ozon tabakasında % 12'lik bir incelmeye oluşturacağı hesaplanmıştır.

Ozon tabakasının incelmeye neden olan diğer bir mekanizma da azot oksit gazlarıdır. Atmosferdeki azot oksit gazı miktarı, günümüzdeki miktara göre, % 20 artar ise, ozon tabakasının kalınlığını % 4 azalacaktır.

Ozon tabakası delinir ve güneşten gelen ultraviyole ışınları süzgeçlenmez ise şunlar olacaktır;

- Ultraviyole, canlılardaki DNA'yı tahrip eder ve kromozomları parçalar. Sonuçta, gen mutasyonları ortaya çıkar. Bunun anlamı ise, dünyadaki anomalilerin ve kanserlerin hızla artması demektir.
- Aşırı ultraviyole maruziyeti nedeniyle, deri kanserlerinde büyük artışlar olacaktır.
- Aşırı ultraviyole maruziyeti, immün sistemi deprese eder ve bağışıklık düzeyini düşürür. Bunun anlamı ise, başta insanlar olmak üzere tüm hayvanların bağışıklık düzeyinin azalması demektir.
- Göz fazla miktarda ultraviyoleye maruz kalır ise, bundan olumsuz etkilenir.
- Güneşten gelen ultraviyole ışınlarının artması denizlerde alglerin yaşamına son verir ve birincil besin üretimini engeller. Sonuçta, dünyanın besin üretim kapasitesi azalır. Aynı şekilde, tarım ürünlerinde de belirgin azalmalar rekolte düşüklüklerine neden olur.

Kloro Floro Karbon gazını, 1950 yılında, bulan mucit Nobel Ödülü almıştı. Oysa, bu gazın dünyanın başına bela olacağı o zamanlar bilinmiyordu. 1987'de Meksika'nın çağrısı ile Montreal de toplanan 29 ülke "Montreal Protokolünü" imzalayarak, CFC gazının kullanımının sınırlandırılması, en azından hemen spreylere çıkarılmasını önermiştir. Bu protokol, CFC'nin yıllık üretim miktarının dondurulması ve giderekten soğutucu sistemlerde de kullanılmasının yasaklanmasını öngörmektedir. Ayrıca, Concorc uçaklarının üretilmesinden vazgeçilmesi, sanayiden azot oksit gazı atımının kontrol altına alınması gibi önlemleri de öngörmektedir.



Ötrofikasyon

Ötrofikasyon kelime anlamı olarak **zenginleşme/ zenginleştirme** demektir. Yerüstü sularının azot ve fosforla kirlenmesi/zenginleşmesi anlamına gelir.



Özellikle tarımda kullanılan gübrelerden (azot ve fosfor) ve deterjanlardan (fosfor) gelen azot ve fosfor, akar sular ile taşınarak, suyun azot ve fosfor çevirim kapasitesinin aşılması ile oluşan bir olaydır. Ayrıca, buna sanayiden gelen azot ve fosfor da eklenmektedir. Sonuçta yerüstü sularında azot ve fosfor birikmekte ve bu maddelerle su kirliliği oluşmaktadır.

Sularda biriken azot ve fosfor, tıpkı tarlalardaki bitkiler için olduğu gibi, su altındaki yeşil bitkiler için de gübre etkisi göstermektedir. Bol gübre ile karşı karşıya kalan bu bitkiler aşırı bir şekilde büyümekte ve çoğalmaktadır. Oysa, bu bitkilerin yaşaması için oksijene de gereksinim vardır. Buna karşılık, suda erimiş vaziyette bulunan oksijenin de bir miktarı; ya da oksijenlenme açısından suyun belli bir kapasitesi vardır. Bitkilerin büyümesi, bu kapasiteyi aşacak düzeylere ulaşıncaya kadar, sudaki oksijen biter ve oksijensiz (ölü) su meydana gelir.

Suyun oksijensiz kalması sonucunda, sudaki tüm yeşil yapraklılar ve erimiş oksijenden yararlanan (balıklar, yumuşakçalar vb.) kitle halinde ölür ve su mutlak ölü bir su haline gelir. Bunların ölümleri neticesinde, ortamda çoğalan organik maddelerin yıkımı için ise ayrıca oksijene gereksinim vardır. Oksijen yetersizliği nedeniyle,

bu maddeler tam oksitlenemez ve tamamen ayrışamazlar. Dolayısı ile, suda yarı ayrışma ürünleri olan zehirli ve kötü kokulu maddelerin miktarı artar. Sonuçta, sudaki tüm canlılar ölür ve mutlak ölü bir su kalır.

Oksijensiz ve aerop canlıların bulunmadığı ortamda, aneorop algler alabildiğine çoğalır. Bunların çoğalması nedeniyle (bunların renginden dolayı) su kıvılcık ya da kahverengi bir renge boyanır.



1986-1987 yılında Marmara denizinde yoğun ötrifikasyon yaşanması sonucunda, İzmit ve Büyük Çekmece koylarının kırmızıya boyanması, bu olayın Türkiye'deki tipik örneklerindedir.

Oksijensizlik nedeniyle ölen suyun, tekrar canlanması için, oksijenlenmesi yıllarca sürer. Ancak oksijenlendikten sonra, tekrar hayat belirtileri başlar ve su yaşamı normale döner.

Ötrifikasyonu önlemek için deterjanlara fosfor katılmaması ve tarımda kullanılan gübrelerin bilinçli kullanılarak bitkinin tarlanın kullanacağından ya da ekşiğinden fazlasının tarlalara atılmaması gerekir. Ayrıca, atıklarında azot ve fosfor bulunan, sanayinin atıklarının kontrol altına alınması gerekir.

Erozyon



Toprakların üst tabakasının, özellikle yağmur suları ile, derelere, oradan da denizlere akması olayına **erozyon** denmektedir.

Erozyon sonunda yeryüzünün en verimli toprak katmanını denizlere taşınmakta, toprağın verimliliği azalmakta ve böylece çölleşme yaşanmaktadır. Ayrıca; yağmur sularının toprakla kirlenmesi sonucunda, barajların dolması, içme kullanma suyu elde etme masraflarının artması, sertleşen toprak nedeniyle, tarım alanlarının işleme masrafının artması, işlenebilir arazi ve mera kaybı gibi birçok ekonomik kaybı da beraberinde getirmektedir.

Yukarıda özetlenen küresel kirlilikler sonucunda, bir yandan var olan bitki örtüsü ölürken, öte yandan da toprakların üretkenliği düşmekte ve yeniden bitki yetişme hızı ve kapasitesi azalmaktadır. Sonuçta, yeryüzündeki bitki örtüsü hızla azalmakta ve yok oluşa

doğru gitmektedir. Bitki örtüsünün azalması, toprağın koruyucu örtüsünden yoksun kalması, yağmur sularının kontrolsüz akışı (sel) demektir. Çünkü; erozyon başladıktan sonra, toprağın üst katlarının kaybı nedeniyle, toprağın su tutma kapasitesi de azalarak, sel sayı ve debisi daha da artmaktadır. Buna, asit yağmurları ve benzeri, toprağın parçalanma hızını artıran faktörler de eklendiğinde, adeta bir kısır döngü oluşmaktadır. Sonuçta, her geçen gün daha kolay ve daha büyük bir hızla, yağmur suları ve rüzgâr toprağı sürükleyerek, çukurlara, derelere ve denizlere doldurmaktadır.

Özet ve maddeler halinde vermek gerekir ise, Erozyon nedeniyle şunlar gerçekleşir:

- Toprağın verimli katmanının kaybıyla, toprağın verimliliği düşer.
- Orman, mera, çayır ve tarım alanlarının daralması nedeniyle, toplam yeşil örtü azalır.
- Toprağın su depolama kapasitesi azalması nedeniyle, bir yandan sel ve toprak kaymalarına neden olurken öte yandan da yeraltı su kaynaklarının azalmasına neden olur (ormanların üstüne yağın yağmur sularının % 70 - 80'ni su rezervlerine iner, ormanın olmadığı yerde ise yüzey suyu olarak akar gider).
- Barajlar toprakla dolar, su depolama kapasitesi azalır; ayrıca barajlara çok kirli su geldiğinden arıtma masrafları da artar (bir yandan yeraltı ve yerüstü tatlı su rezervleri azalırken öte yandan da arıtılması zorlaşır).
- Toprağın yumuşak kısmının yok olması ve ana kayaların açığa çıkması nedeniyle, bitki ve toprakta yaşayan diğer canlıların çoğu yok olur ve biyolojik türülük hızla azalır.
- İklim olumsuz etkilenir ve karasal iklime döner. Sonuçta ülke çölleşir.

Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP) verilerine göre; dünya topraklarının % 25'i erozyonun etkisi altında ve buralarda 900 milyon insan yaşamaktadır. Her yıl yedi milyon hektar toprak kaybedilmektedir (İrlanda'nın büyüklüğüne denktir). Bunun bir sonucu olarak; 1978 yılında 2.5 milyar hektar olan verimli orman alanları, 2000 yılında 2.1 milyar hektara düşecektir.

Bir ülkede, erozyon ile, bir yılda ve kilometrekare başına 194 tondan daha fazla toprak kaybedilmesi şiddetli erozyon sınıflandırmasına

girer. Türkiye genelinde ve ortalama olarak, kilometre kare başına 487 ton toprak kaybı olmaktadır. Bu miktar ise; Afrika'dan 22, Avrupa'dan 17, Kuzey Amerika'dan ise 6 kat daha fazladır. Buradan anlaşılacağı üzere, Türkiye, erozyondan çok fazla etkilenen ülkeler arasındadır. Topraklarımızın % 72'sinde erozyon vardır ve burardan, her yıl, 450 - 500 milyon ton verimli toprak denizlere taşınmaktadır. Bu miktar, 20 000 dekarlık bir alandan 20 cm kalınlığındaki toprak kaybına ya da; Kıbrıs Adası'nın yüzeyini 5 cm toprakla örtecek miktardaki toprağa denktir. Bir hesaplama göre, Türkiye; Cumhuriyet'ten günümüze dek, 50 cm alçaldı. Kaybedilen bu toprağın tekrar oluşması için ise, on bin yıl geçmesi gerekmektedir.

Genel Önlemler

- *Eğitim:* Kişinin, toplumun ve insanlığın bilinçli kılınması.
- *Demokrasi:* İnsanın insana ve doğaya olan egemenliğinin sınırlandırılması. Dayanışma ve çevre hakkı.
- *Tüketimin kontrol altına alınması:* Gereğince tüketim bilinci ile tüketimin azaltılması, dayanıklı ürünler ve az atık bırakan ürünler.
- Sağlık öncelikli kalkınma.
- *Sürdürülebilir kalkınma:* Doğayı tüketmeyen ve kirletmeyen kalkınma. Çevre etki değerlendirmesi, yenilenebilir enerji kaynakları kullanma.
- Kişilerin ve kurumların çevre kirliliğini önleme ve çevreyi koruyucu bir felsefe ve politikaya sahip olması.

Beyaz adam, annesi olan toprağa ve kardeşi olan gökyüzüne alınıp satılacak, işlenecek, yağmalanacak bir şey gözü ile bakar. Onun ihtirası toprakları çölleştirecek ve dünyayı yiyip bittirecektir.

Biz kızıl derililer Beyaz adamın kurduğu kentleri anlamayız. Bu kentlerde huzur ve barış yoktur, bir çiçeğin açarken çıkardığı tatlı sesler, bir kelebeğin kanat çırpışları duyulmaz.

Son ırmak kurduğunda, son ağaç yok olduğunda, son balık öldüğünde Beyaz Adam paranın yemeyen bir şey olduğunu anlayacak (Şef Seattle {1786-1866}).

- Çevre koruma yolları:
 - > *Onarımcı Yol (Curative Model):* Çevrenin kirlenmesinden sonra temizlenmesi tedavi edilmesi yolunu benimseme. Kalkınmanın ve insan faaliyetlerinin bir bedeli vardır ve bu çevre kirlenmesi şeklinde sonuçlanmaktadır.
 - > *Koruyucu Yol (Preventive Model):* Daha başından alınacak önlemlerle çevrenin kirlenmesini önlemeyi benimseyen yol.
- Çevre koruma ilkeleri:
 - > Sürdürülebilir kalkınma,
 - > Bütünleyicilik,
 - > Çevreye özen,
 - > Çevre sınır tanımaz,
 - > İşbirliği,
 - > Kirleten öder,
 - > Kaynağında önleme
 - > Sorumlulukların paylaşılması.
- Çevre koruma araçları:
 - > *Yasal Yükümlülükler:* Yasaklama, ruhsatlama, sınır değerler koyma, İşaretleme, ÇED.
 - > *Akçalı yükümlülükler:* Çevre vergisi, kirletme harçları, teşvikler, zorunlu depozito.
 - > *Genel destekleyici araçlar:* Halkı bilinçlendirme, baskı grupları organize etme.
- Çevre kirliliğinin önlenmesi:
 - > Eğitim (kişi, toplum, insanlık bilinci),
 - > Demokrasi (insanın insana ve doğaya egemenliğinin sınırlandırılması, dayanışma ve çevre hakkı),
 - > Tüketimin kontrol edilmesi (gereğince tüketerek tüketimi azaltma, dayanıklı ürün, en az atık bırakan ürün),
 - > Sağlık öncelikli kalkınma,
 - > Sürdürülebilir kalkınma (doğayı kirletmeyen ve tüketmeyen kalkınma, çevresel etki değerlendirmesi yenilenebilir/tükenez enerji kaynakları kullanma).
 - > Atıkların zararsız hale getirilmesi.

Yerel Çevre Sağlığı Sorunları

Yerel çevre sağlığı soruları kapsamına giren konuların başlıcaları şöyle sıralanıp özetlenebilir:

- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların zararsızlaştırılması,
- Besin kontrolü ve sanitasyonu.
- Vektörlerle bulaşan hastalıkların kontrolü ve vektörlerle savaş.
- Konut hijyeni,
- Kazalardan korunma faaliyetleri.
- Endüstri hijyeni,
- Gürültü ile savaş,
- İyonizan radyasyonlardan korunma,
- Hava kirliliği ile savaş,

Çevre sağlığı faaliyetlerinin kesinlikle böyle sıralanması zorunluğu yoktur. Bu sıralama, ülkelerden ülkelere göre öncelik sırasında değişiklik gösterdiği gibi, birçok ülkenin bölgeleri arasında da değişiklik göstermektedir. Bu sıralama, Türkiye koşullarına göre yapılmıştır.

Yeteri Kadar ve Temiz Su Sağlanması

Çevre sağlığı faaliyetleri arasında birinci derecede önemli olan, yaşam çevresinde yeteri kadar hijyenik su teminidir. İnsan vücudunun hacmen % 66'sı ve ağırlık olarak da % 63'ü sudan oluşmaktadır. Suyun olmadığı yerde, hayattan, çevre sağlığından, hijyenden bahsedilemez. Her şeyden önce yaşamak için evvelâ yeterince temiz, hijyenik su temini zorunludur. Gelişmekte olan, ekonomik savaş veren ülkemizde, çevre sağlığı sorunlarından bahsedilince önce yeteri miktarda, yeterince hijyenik suyun mevcut olması lâzım geldiği akla gelmelidir. Su, hayat için en önemli olan elementlerden birisidir. Kullanılan sular üç grupta toplanabilir:

- *Meteorik Sular:* Yağmur ve kardan oluşan sulardır.
- *Yerüstü Suları:* Dere ve göl sularıyla, çeşitli işlemlerden geçirildikten sonra kullanılan, tuzları alınmış deniz sularıdır.
- *Yeraltı Suları:* Kaynaklar, kuyular, artezyenlerdir. Bu suların hepsi doğrudan doğruya kullanma ve içme suyu olarak kullanılmazlar. Sadece kaynak suları, olduğu gibi kullanılabilirler. Diğer suların kullanılabilmesi için, bir takım işlemlere tabi tutulmaları gerekmektedir.

İnsan yaşamı için su;

- Miktar bakımından yeterince,
- Kalite bakımından uygun, hijyenik olmalıdır.



İnsanın ve toplumların su ihtiyacı, toplumların gelişmemişliği gelişmekte olduğu, ya da gelişmişliği ile ilgili ve orantılıdır. Bir toplum ne kadar gelişmiş olursa, o toplumun alimantasyon suyu ihtiyacı da o kadar fazla olur. Alimantasyon suyu, şehrin su ile beslenmesidir. Kişinin, yaşaması ve yaşantısını sürdürebilmesi için, kişi başına düşen gerekli su miktarı alimantasyon suyudur.

Gelişmiş ülkelerde kişi başına düşen alimantasyon suyu, günde 400 litre civarındadır. Bu, 20 teneke suya tekabül etmektedir. Ankara şehrinde, alimantasyon suyu 150 litre civarında hesap edebilmektedir. Genellikle gelişmemiş toplumlarda az su kullanılır. Geri kalmış ülkelerde, bu alimantasyon suyu miktarı beş litreye, hatta daha aşağılarına da düşmektedir.

Kalite bakımından, bir suyun iyi su olabilmesi için; suyun kokusu, tadı ve rengi olmamalıdır. O halde; kokusu, tadı ve rengi olmayan su iyi sudur. İyi su denilen bu su içerisinde;

- Süspansiyon halinde yabancı maddeler ihtiva etmemelidir.
- Aşırı derecede sertliği bulunmamalıdır.
- Madenler üzerine eritici etkisi olmamalıdır.
- İçerisinde hastalık etkeni mikro organizmalar veya toksik maddeler bulunmamalıdır.
- Su, bu ajan patojenlerle kontamine olmuş olmamalıdır.

Mineral maddesi az ve gaz bakımından zengin sular, geçtikleri kapları kemirerek bünyelerindeki mineral miktarlarını artırmaya çalışırlar ve bu suretle de içinde buldukları kabı veya boruyu aşındırırlar. Bu karakterdeki sular ancak cam, kaplarda veya cam borularında nakledilirler.

Keza maden suları çıkarıldıkları kaynaklardan adi cam kaplarla nakledilmeyip, nötr camlarda nakledilirler. Nötr camdan yapılan cam şişeler pahalıdır; fakat bu nötr cam şişeler madde alış verişini yapmazlar. Bu nedendir ki, üretimde kullanılan maden suyu şişeleri, adi cam şişelerin bir kaç misli fiyata mal edilmekte ve satılmaktadır.

Her zaman iyi su bulunmadığından, mevcut sular ihtiva ettiği sağlığa zararlı maddelerden arıtmak üzere, bir takım işlemlere tâbi tutulur, içme ve kullanma suları haline getirilmeye çalışılır. Sular, içme ve kullanma suları haline getirilmek için, aşağıdaki işlemlere tabi tutulur:

- Filtrasyon
- Sertliğin giderilmesi
- Dezenfeksiyon

Filtrasyon; suların kabaca süzülmesi olup, bu hususta daha geniş bilgiler hijyen derslerinde verilecektir.

Sağlık açısından, içme suyunda sertliğin hiç bir sakıncası yoktur. Sadece teknik sakıncaları vardır. Geçici sertliği yüksek olan su, kazan taşları oluşumuna neden olur, boruları, çaydanlıkları, radyatörleri v.s. tıkar. Vebolitlerde sertlik verici Ca ve Mg katyonları tutulur.

Suyun sertliği, içinde bulunan magnesium (Mg) ve kalsiyumun (Ca) erimiş haldeki tuzlarından ileri gelir. Bunlar da bikarbonat (HCO_3) ve sülfat (SO_4) tuzlarıdır. Bu minarellerin diğer tuzları çöktükleri için, bunlar suya sertlik vermezler.

Suyun sertliği, Fransız, İngiliz ve Alman sertlik dereceleri ile ifade edilir. Türkiye’de Fransız sertlik derecesi kullanılmaktadır. Ankara’nın muhtelif bölge ve semtlerinde dahi suyun sertlik dereceleri farklıdır. Çünkü geliş kaynakları farklıdır.

1 Fransız derecesi sertliğinde olan suyun litresinde erimiş halde 0.010 mg. CaO (Kalsiyum oksit) bulunur.

Suların filtrasyonu, havalandırılması, sertliğinin giderilmesi v.s. hususlar hijyende geniş olarak anlatılacaktır. Biz burada suların dezenfeksiyonu üzerinde biraz duralım.

Suların dezenfeksiyonu için, kabaca kaynatma ile su içerisinde bulunan hastalık etkenlerinin öldürülmesi yoluna gidilir. Ancak bu olanak, küçük miktarlardaki sular için vardır ve uygulanabilir. Büyük miktarlardaki sularda, bu olasılık dezenfeksiyon için yoktur. Bu nedenledir ki büyük çaptaki, miktarlardaki sularda dezenfeksiyon için klorklama yapılır.

İçme ve kullanma sularında milyonda yarım kısım (0,5 pp m = par per milyon) serbest ve kalıcı klor bulunacak tarzda sulara klor verilmesi suretiyle sularda klorklama yapılır.

Klor da, ya gaz halindeki klordan veya kireç kaymağındaki klordan verilir. Gaz halindeki klor, yüksek basınç altında sıvı hale getirilerek tüplere doldurulur. Bu tüplerden de otomatik klorlama cihazları ile suya ilâve edilir.

Bu otomatik klorlama cihazlarına **klornatör** denir.



Kireç kaymağı şeklinde olan da ise, kireç tozuna klor gazı emdirilmiştir. Piyasada bulunan kireç kaymakları % 35 aktif klor ihtiva etmektedir. Yalnız muhafazası çok zor olduğu için, dezenfeksiyonda kullanırken, biz % 25 olarak kabul etmekteyiz. Kireç kaymağı, rutubetli yerlerde ve güneş ışığında çabuk bozular. Şehir sularının dezenfeksiyonunda, klorlamaya tam güvenebilmemiz için, su şebekesinin en uç noktasında dahi milyonda 0,5 kısım serbest ve kalıcı klor bulundurmamız gerekir. İster gaz ister kireç kaymağı şeklinde bulunan klorla yapalım, yaptığımız dezenfeksiyonda vereceğimiz miktarı, bu dozaja göre ayarlamak lâzımdır.

Klornatör cihazı varsa, bu dozaj onunla ayarlanır. Verilen klorun bir kısmı sudaki organik maddelerle birleşip tutulduğundan, sudaki kalıcı serbest klor hesabına dikkat gerekir. Suya klor verildikten yarım saat sonra, sudaki serbest klor tayin edilir ve suda milyonda yarım kısım serbest klor temin edilinceye kadar suya klor vermeye devam edilir. Bu ölçümler muhtelif marka komperatörlerle yapılır.

Klorlama kireç kaymağı ile yapılacaksa, şu şekilde yapılır; Önce suyun klor gereksinmesi tespit edilir. % 25 aktif klor ihtiva eden kireç kaymağından bir litre suya 40 gr. ilâve ederek yarım saat bekletilir, bir ana solüsyon hazırlanır. Hazırlanan % 1'lik bu solüsyondan klorlama yapılacak suyun bir litresine 2-4 damla damlatılır ve hemen komperatörle suya ilave edilen klor miktarına bakılır. Yarım saat sonra komperatörle tekrar ölçülür. Böylece organik maddelerce absorpsiyona uğrayan miktar tespit edilir, bu miktar 0,5 ppm serbest klor üzerine ilâve edilerek klorlamada kullanılacak doz tespit edilir. Bu dozaj, şebekenin uzunluk kısalığına göre de değiştirilebilir.

Düzenli su şebekesi olan yerleşim yerlerinde bu klorlama merkezi usulle yapılır. Türkiye'deki suların rahatlıkla 1/3'ünü kontamine kabul edebiliriz. Halbuki dünyada, özellikle ülkemizde gecekondulaşma şehirleşmeden daha hızlı gittiğinden, düzenli su şebekeleri her yerde bulunmamaktadır. Bu nedenle merkezi klorlama sınırlı yerlerde

kalmaktadır. Merkezi klorlama yapılamayan yerlerde kişisel klorlama yapılır. Buralarda, her aileye hazırlanmış kireç kaymağı solüsyonu ihtiva eden plâstik şişelerden, 1-2 şişe verilir. Bu plâstik kaplardaki solüsyon kırsal alanlarda oturan ailelere, bir testi suya 10-15 damla damlatılıp yarım saat sonra kullanılması öğütlenerek dağıtılır. Türkiye’de, toplum klorlu su içmek için eğitilmelidir. Özellikle, çay tiryakilerinin çok bulunduğu yörelerde, klorlu su ile yapılan çay zevksiz bulunarak, suların klorlanmasına direnme olmuşsa da, şimdi alışılmıştır. Her yeni harekette olduğu gibi, klorlanmış suya olan bu tepki de doğaldır. Eğitimle konu kolayca halledilir.

Nüfusu 3 bin üzerinde olan yerlerde, yönetmelik gereğince suların klorlanması zorunluğu vardır. Otomatik klorlama cihazı pek az kentimizde bulunmaktadır. Düzenli su şebekeleri köylere dek gidinceye kadar, yukarıda söylenen kişisel klorlama (ferdi klorlama) yapılmaya devam edilecektir.

Keza kuyu bulunan yerlerde de, kuyularda klorlama yapılır. Kuyuların klorlanmasında da kuyunun içinde bulunan su miktarı ve bu suyun debisi, kuyuya geliş miktarı hesap edilir. Bundan sonra su geçiren bir testiye yukarıda anlatıldığı gibi kireç kaymağından hazırlanan ana solüsyon (ana mahlül) doldurulur ve testi kuyuya daldırılır ve de kuyu bu suretle klorlanır.

Klorlama yapılan sularda klorlamadan sonra suda bulunan serbest klor zaman zaman kontrol edilmelidir. Zira şebekedeki çatlaklardan kirlenme olur ve elde edilen konsantrasyon düşer. Meselâ Ankara’da su şebekesinde 1.200.000 civarında ek vardır. Bu nedenle merkezden verilen klor sık sık kontrol edilmeli ve azalan kalıcı serbest klor merkezi yerlerden verilen enjeksiyonlarla, klor eriyiği enjeksiyonlarıyla, desteklenmelidir.

Klorlama devamlı bir olay olmak gerekir. Aynen yaşayan bir canlının solunum olayı gibi, aralıksız olarak devam ettirilmeli ve de öylece ara vermeden devam etmelidir.

Koli basilleri kontrolleri ile aralıksız olarak klorlamaya devam gerekir. Sık sık su numuneleri almak suretiyle kontaminasyon kontrolleri yapılmalıdır. 1972 yılında bir çeşme suyuna karışan lağım suyundan bölgemiz ve komşu bölgelerden (bunlardan iki tanesi hizmet götürdüğümüz sosyalizasyon bölgemizdendir.), sadece Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği’ne 100’den fazla Tifo vakası geldi. 0,5 ppm serbest klor gayet kolay ve rahat tolere edilen miktardır. Hatta milyon-

da 0,9 kısım serbest ve kalıcı kloro kadar rahatlıkla tahammül edilebilmektedir. Nadiren çok hassas kimselerde 0,5 - 0,6 ppm serbest kloro da hafif bulantı, kusma olabildiği müşahede edilebilmiştir.

Katı ve Sıvı Atıkların Zararsızlandırılması

Artık, kullanılabilir maddedir. Halbuki atık deyince gözden çıkmış, kullanılmayacak maddeler anlaşılır. Yok edilmesi demiyor, zararsızlandırılması diyoruz. Zira bu atıkların bir kısmı köyde, köysel yörelerde gübre olarak kullanılmaktadır. Katı ve sıvı atıklar deyince; insan dışkı ve idrarı, ev atıkları, gübreler akla gelmektedir. Katı atıklardan bahsedilince de aklımıza evvelâ insan dışkısı gelmektedir. Bu insan dışkısının zararsızlandırılması, özellikle gerekmektedir. İnsan dışkıları bir çok enfeksiyon hastalıklarının ve paraziter infestasyonların yayılması bakımından çok önemlidir. Bu arada köpek dışkılarından yayılan ekinokokları da hatırdan çıkarmayıp, bunun için de gerekli tedbirleri alınmalıdır.

Köylerimizde hela ve içme suyu ilişkileri kontaminasyona çok uygundur. İnsan dışkısı ile kontamine olan içme ve kullanma suları büyük epidemilere neden olurlar. Su ve kanalizasyon şebekeleri yapıp geçirirken, su borusu üstten kanalizasyon borusu alttan geçirilmelidir ki çatlaklardan yer çekimi nedeniyle kontaminasyon olayı vuku bulmasın. Eğer zorunlu olarak tersine boru döşenmesi durumu olacak olursa, bu takdirde çok dikkatli izolasyonlarla kontaminasyon olasılığı ortadan kaldırılmalıdır.

İnsan ve hayvan dışkılarını zararsız hale getirmek için, genellikle uygulamada ekonomik olan, sönmüş kireç kullanılmaktadır.

Besin Kontrolü ve Sanitasyonu

Besin kontrolü; besin maddelerinin üretiminden tüketimine kadar bütün dönemlerinde kontrolü ve sanitasyonudur.



Besin maddeleri kalite yönünden, bakteriyolojik olarak ve kimyasal olarak kontrol edileceklerdir. Bu işlem, üretimden başlayıp yemek safhasına kadar devam edecektir. Besin maddeleri bütün bu dönemlerde hijyenik olacaktır. Keza, besin maddeleriyle uğraşan, satan, tezgahlar, fırıncı gibi görev yapan kişilerin sağlık kontrollerinin yapılması, portörlerin araştırılması, 3 ayda bir yapılan portörlük kontrolleri de, besin maddeleri kontrolü ve sanitasyonu kapsamında mütalaa edilmektedir.

Vektörlerin Kontrolü ve Vektörlerle Savaş

*a*Vektörlerin kontrol ve savaşı, ara konakçı, aracı hayvan görevi yapan rodentlerden (fareler) insektlere (sinekler), sivrisineklere, kenelere, bitlere v.s. karşı mücadelenin tümüdür. Bunlar hep hastalık taşıyıcılarıdır.

Konut Hijyeni

Konutlar, insan sağlığı için hijyenik olmalıdırlar. Bu nedenledir ki, konutların yapılıp tamamlanmasından sonra yapı kullanma izni verilirken, mimar mühendisin imzası yanında hekiminde imzasının yeri vardır. Bundan amaç, eğer yapılan konut hijyenik kurallara aykırı ise, bu yapıyı kullanmaya izin verilmemesidir.

Buraya kadar açıklanan çevre sağlığı faaliyeti ana faaliyetler, ana tedbirlerdir. Bunları bir topluma uygulayabilmekle ki, bu tedbirlere sosyal hijyen tedbirleri de denmektedir, o toplumdan pek çok enfeksiyon hastalıkları (Kolera, Tifo v.s.gibi) ve infestasyonları, eradike etmek olanağı sağlanmış olur.

Diğer Çevre Sağlığı Faaliyetleri

Diğer çevre sağlığı faaliyetleri, Türkiye için ikinci derecede önemli olan faaliyetlerdir ki, bunlarda şunlardır:

Kazalardan Korunma Faaliyetleri

Her türlü kazalardan korunma faaliyetleri kapsamı içinde; trafik kazalarından tutun da, evdeki elektrik prizleriyle çocukların yaptıkları elektrik kazaları, ütülerin ütüleme esnasında kumaşlar üzerinde unutulmasıyla meydana gelen yanık ve yangınları, açıkta bırakılan renkli ilâçların çocuklar tarafından yutulmasıyla oluşan intoksikasyonları, köylerde tandıra düşmeler, ocaklardan oluşan yangınlar, merdivenlerden düşme bunlara karşı alınacak tedbir faaliyetlerini anlıyoruz.

Endüstri Hijyeni

Endüstri alanlarının seçimi. Burada çalışanlara hijyenik ortam hazırlanması ve çalışanların sağlık durumu, endüstri etrafında oluşan sosyal konutların hijyenik olması, çalışanlar için kreşler v.s. yapılması, konutlar arasında yeşil sahalara, oyun bahçeleri v.s. hep endüstri hijyeni kapsamında mütalâa edilmektedir.

Gürültü ile Savaş

Uçak, otomobil, radyo, televizyon, bağırıp çağırımlar, trafik gürültüsü vs.nin hep uygarlık düzeyinin yükselmesi ile paralel olarak arttığı görülmekte ve de bu gürültüler, bireyin yaşamında büyük stres nedeni olmaktadır.

Uygarlık düzeyinin yükselmesi ile çevre gürültüleri de artmaktadır. Artan bu gürültüler, insanın ruhsal yapısına basınç, stres yapmaktadır. Bu nedenle, gürültüler mutlaka azaltılmaya veya önlenmeye çalışılmaktadır. Bu gerekçe ile Avrupa'da, batıda birçok hava alanları dahi belirli bir saatten sonra hava trafiğine kapatılmaktadır.

İyonizan Radyasyonlardan Korunma

Bu iyonizan radyasyonlardan korunma, halen Türkiye için fazlaca önemli değildir. Dünyada Atom ve Hidrojen bombalarının deneysel patlatılma kuşaklarında yaşayan toplumlarda fallautların sağlık yönünden sakıncaları dikkatle araştırılmaktadır. Fallautlar bu bombaların patlatılmasından sonra ki radyoaktif yağışlardır. İkinci cihan harbi sonlarında Japonya'da Hiroshima ve Nagasaki'de patlatılan atom bombaları radyasyon etkileri hâlâ devam etmektedir. Bazı doğal radyasyonlar bulunan ülkelerde de bu çevre sağlığı sorunu önemli olmaktadır. Radyolojik çalışma yapılan yerlerde, bu radyasyonlar için tedbir olarak kurşun önlükler v.s. kullanılmaktadır.

Hava Kirliliği ile Savaş

Hava kirliliği her yer için bir problem değildir. Fakat, örneğin Ankara için büyük bir problemdir. Zira Ankara daha 1967'de dünyanın 4. derecede hava kirliliği olan şehri idi. Bu gün herhalde 2. ya da 3. derecede hava kirliliği olan bir şehirdir Ankara. Bu nedendir ki hava kirliliği ve bununla savaşı ayrıca ele alınacak ve anlatılacaktır. Konu Türkiye'de, sadece Ankara'nın konusu değildir. Gecekondulaşmanın hızla arttığı, meteorolojik ve coğrafi koşulların da uygun bulunduğu her yerde, bu gün hava kirliliği önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmakta ve erken tedbirler alınmasını gerektirmektedir.

19. asrın sonlarında başlayan hızlı endüstrileşme ve bunun sonucu olan kentleşme, refahın yanı sıra birtakım sağlık problemlerini de birlikte getirmiştir. Bir zamanların refah görüntüleri olan fabrika bacaları, bu gün toplumlar ve toplumları oluşturan bireyler için tehlike görüntüleri olarak, sağlık açısından, endişe vermektedir. Kış ayları gelince hissedilen hava kirlenmesi ve bunun neden olduğu sağlık tehlikesi bugün bir sorun olarak karşımıza çıkmış bulunmaktadır.

Şehirleşme, gecekondulaşmadan tabiatıyla her yönüyle iyidir. Ancak, alt yapı tesisleri ile birlikte oluşabilmek şartıyla. Bu şehirleşme oluşumunda veya gecekondulaşmalarda rastgele yapılan konutlar ve yakılan yakıtlar, bu yakıtların uygun bir şekilde yanmamasından çıkan dumanlar, kış aylarında hava kirliliğini oluşturarak sağlığı tehdit ederler.

Bir yerde hava kirliliğinin oluşabilmesi için, üç koşulun bir arada bulunması gerekir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- Öncelikle ortamda havayı kirlletici elementler bulunacaktır.
- Bölgenin topoğrafik oluşumu kirlenmeye yardımcı olacaktır.
- Meteorolojik faktörler de havanın kirlenmesine etkin olacaktır.

Havada bulunan kirlleticiler iki çeşittir:

- Doğal hava kirlleticiler
- Yapay (suni) hava kirlleticileri



Örneğin Etna Yanardağının zaman zaman fışkırması ile ortaya çıkan kirlletici doğal gazlar, doğal hava kirlleticileridir. Petrol bölgelerinde, örneğin Teksas'ta rafinerilerdeki faaliyetlerden çıkıp şehri kirlleten kirlleticiler, hava kirlleticileri de insan eliyle oluşmakta olduğundan yapay (suni) hava kirlleticileridir. Teksas'ta rafineriler ve petrolün fazla miktarda yanmasından bol miktarda hava kirlleticisi oluşmaktadır.

Ancak, hava kirliliği olabilmesi için, coğrafi ve meteorolojik koşullarında uygun olması gerekir.



Örneğin İstanbul'da Çamlıca'da da havada bol miktarda hava kirlleticisi bulunduğu halde, coğrafi koşullar uygun olmadığından hava kirliliği oluşmaz, hava kirlenmez. Buna karşın Ankara'nın coğrafi durumu çanak gibi bir durum arz ettiğinden, Ankara'da hava kirliliği kolayca oluşmaktadır. Ankara'daki hava kirliliği kış aylarında, Ankara'ya 15 km. mesafeden dahi görülebilir bir görüntü arz etmektedir. Ankara'nın üzeri 10 -15 km. mesafeden kirliliği kara bir bulutla kaplanmış olarak görünür. Ankara'da, var olan bol miktardaki hava kirlleticilerine bir de topoğrafik ve coğrafi koşulların uygunluğu eklenmektedir.

Ayrıca meteorolojik koşulların uygunluğu da bir diğer gerekliliktir ki Ankara'da bu da mevcuttur. Bir yerde meteorolojik koşullar vardır diyebilmemiz için, o yerde yıllık ortalama rüzgâr hızının saniyede 5 metreden az olması lâzımdır.

O halde hava; havada hava kirlleticisi bulunursa, topoğrafik ve coğrafi koşullar uygun olursa ve bu koşullara ilâveten bir demete orolojik koşulların varlığı eklenecek olursa, kirlenir.

Ankara şehri 1920'lerde başkent olarak kurulurken, şehir nüfusunun en çok 200 bin kişi olabileceği düşünülmüştür. Halbuki Ankara şimdi 2 milyon kadar oldu. Havada çok miktarda da hava kirleticisi vardır. Coğrafi ve meteorolojik koşullarda uygun olduğundan, hava kirliliği başkent Ankara için büyük bir problemdir.

- **Hava Kirleticileri**

- > Sülfürdioksit gazı (SO₂ gazı): Bu olgunlaşmamış, kalitesiz linyitlerin yanmasından çıkan bir gazdır ve hava kirleticisidir ve de Ankara için önemli bir hava kirleticisidir.
- > Çıkan dumanlardaki katran partikülleri de hava kirleticileridir. Bu katran partikülleri çıkan dumanlarda mevcuttur.
- > Karbonmonoksit gazı (CO): Bu da hava kirleticisidir ve motorlu taşıt araçlarının eksozlarından çıkan bir gazdır.
- > Hidrojen sülfid, nitrojen oksit ve sülfirik asit de hava kirleticileridir.
- > Kirli havaya maruz kalma süresi, kirleticinin hava içindeki konsantrasyonu ve ne kadar süre havada bulunduğu da önemlidir. Kirleticinin havadaki konsantrasyonu az dahi olsa bu kirleticiye uzun süre maruz kalma, insan hayatı için zararlı olabilir. Kirleticinin havadaki konsantrasyonu çok da olsa, maruz kalma süresi kısa olacak olursa zararlı olmayabilir, insanların, bu kirleticilerin kompanse edebildikleri miktarları ve bu kirleticilere dayanabildikleri müddetler vardır.

Havada bulunan kirleticilerin hepsi bir arada bulunduğu gibi, biri veya birkaçı da bir arada bulunabilirler. Meselâ bir şehirde SO₂ kirletici olarak rol oynarken, diğer bir şehirde CO kirletici olarak rol oynayabilirler. Ankara'da, olgunlaşmamış linyitlerin düzenli bir şekilde yakılmamasından bol miktarda SO₂ gazı hasil olmaktadır. Belki, ilerde buna CO gazı da eklenebilecektir.

SO₂ gazı akciğerlerde ve bilhassa solunum sisteminde irritasyon yapar. Bu gazın havadaki konsantrasyonu arttıkça epitel hücrelerinde deskvamasyon ve yine akciğerlerde salgı artması olur. Eğer, havadaki konsantrasyonları daha da artacak olursa akciğerlerde, solunum yollarında iltihaplar, bronchiol'lerde spazmlara neden olur. Bunlar SO₂'nin bizzat, bizatihi yaptığı etkilerdir. Eğer SO₂'nin bulunduğu zamanlarda hava bir de rutubetli ve nemli ise daha da büyük tehlikeler doğar.

SO₂ bir molekül su (H₂O) ile birleşir sülfüröz asit oluşturur. Bu H₂SO₃'de tekrar su ile birleştiğinde asit sülfürik hasil olur. Eğer rutubet daha da fazla ise...

SO₂ + H₂O > H₂SO₃ (Sülfüröz asit) H₂SO₃ + H₂O -> H₂SO₄ + H₂ olur.

Sülfürik asit yakıcı bir maddedir. Ankara'da rutubet bulunmaması, havanın kuru olması bir şans oluyor. Yoksa Londra gibi rutubetli bir kent olsa idi, havadan yakıcı bir asit olan sülfürik asit (H₂SO₄) yağacaktı. SO₂'den rutubetli havalarda hasil olan sülfürik asit her şeyi, bitkileri, hayvansal dokuları, hasılı her şeyi yakar. Ankara'da havalar kuru gittiğinden SO₂ gazı H₂SO₄'e dönüşemiyor.

Ankara'da, ikinci zararlı madde dumandır. Dumanda; yanmamış kömür, karbon, katran partikülleri vardır. Bunlar kanser yapıcı maddelerdir. Katranda 3,4 benzopyren kanserojen maddesi bulunmaktadır. Bu kanser yapıcı maddeler, şayet hava güneşli olursa çabucak parçalanıyorlar. 3,4 benzopyren 2 saat güneşte kalırsa % 50 oranında ve de eğer 4 saat güneşte kalırsa % 100 parçalanıyor, harap oluyor. Etkisiz kalıyor.

Günde bir paket sigara içen insan, yılda 60 mikrogram 3,4 benzopyren alıyor. Ankara'nın havasından ise, yılda 70 mikrogram benzopyren alınıyor.

Bazı şehirlerde hava kirlenmesi sebebi CO'dur. CO'dan hava kirlenmesi çok motorlu aracı olan memleketlerde, çok petrol tüketen ülkelerde görülür. Örneğin Los Angeles böyledir. CO irritan bir gaz değildir. Unutkanlık, dalgınlık yapar. Ayrıca CO kandaki alyuvarlarla birleşerek karboksihemoglobin yapmaktadır. Günde 20 milyon litreden fazla petrol yakan, tüketen Los Angeles'de hava kirliliği nedeni egzoz gazlarından havaya dağılan CO gazıdır.

• Hava Kirliliğine Karşı Alınacak Tedbirler

Alınacak tedbirler, parasal ve ekonomik güç ile orantılıdır. Bu güce göre, alınacak tedbirler düşünülür. Bu tedbirler de şunlar olabilir:

Kısa Vadeli Tedbirler:

> Kömürle, linyit kömürüyle yanan kaloriferlerin fuel-oil'e çevrilmesi gerekmektedir.

- > Kalitesiz linyitler kente, Ankara'ya sokulmamalıdır. Bu bir nevi ticarete engel olmaktır ki bu günkü demokratik anayasal düzende buna pek olanak yoktur.
- > Kömür yakan, kalorifer kazanlı apartman kapıcı-kalorifercileri kurstan geçirilmelidirler. Çünkü iyi linyitin, iyi yakılmasının öğretilmesiyle, gaz, duman, karbon, katran partikülleri hâsıl olmuş olur. Böylece kirletici az oluşur.
- > Kok ithal edilmeli, linyit tüketimden kaldırılmalıdır.
- > Sobalar geliştirilmelidir. Duman soba içersinde devir yaptırılmadır.
- > Şehirleşme yaygınlaştırılmalıdır.
- > Şehirleşme planlanırken, şehir içersine sık sık yeşil alanlar konmalı, yapılmalıdır.

Uzun Vadeli Tedbirler:

Hiç vakit geçirmeden merkezi ısıtmaya geçiş için çalışmalara, önlemlere başlanmalıdır. Merkezi ısıtma uzun bir araştırma ister. Doğal gazlardan yararlanarak da ısıtma yapılabilir. Keza elektrikle ısıtmadan da yararlanılabilir. Fakat bu günkü enerji kıtlığında, buna olasılık yoktur. Elektrikle ısıtma çok sıhhi bir ısıtmadır. Ancak çok pahalı bir sistemdir. Bu nedenledir ki vakit kaybetmeden merkezi ısıtma sistemine geçme çalışmalarına başlanmalıdır. A. B. D. de Pittsburgh şehri 1940'larda, dünyanın en çok hava kirliliği olan şehirlerinden birisi idi. 30 yıl uğraşıldı, merkezi ısıtma sayesinde Pittsburgh şehri 1970'de hava kirliliğinden tamamen arındı. Bilhassa merkezi ısıtma, hava kirliliğinin önlenmesinde büyük rol oynamaktadır.

Los Angeles'de hava kirliliğini önlemek için, motorlu taşıt araçlarının CO gazı çıkarma dereceleri dahi ölçülerek, fazla CO gazı çıkaranlara özel tertibat taktırmaktadırlar. Böylece bu tedbirle hava kirliliğine engel olunmaya çalışılmaktadır.



Özet

Büyük patlama süreci sonunda oluşan küremiz dört milyar yıl kadar önce belli bir dinginliğe ulaşmıştır. Dünyanın katmanları arasındaki madde ve enerji alışverişinin oluşturduğu ekolojik çevrimler dünyayı ekolojik bir dengeye sahip olmasını sağlamıştır.

Dünyada çevre kirliliklerinin oluşması ekolojik çevrimler sayesinde önlenmektedir. Buna karşılık sanayi devriminden sonra insanlığın ulaşmış olduğu üretim ve tüketim düzeyi nedeniyle çevreye bırakılan kirleticiler dünyanın kendi kendini temizleme kapasitesini aşmıştır. Öte yandan da dünyanın özensiz kullanımı nedeniyle doğanın kendi kendini temizleme kapasitesi de azalmıştır. Bu iki durum nedeniyle gerek küresel düzeyde ve gerekse yerel düzeyde ciddi çevre kirliliği ve bu kirliliklerin yarattığı sorular yaşanmaktadır.

Çevre kirliliği sorunları ile baş etmek için uluslararası dayanışma çok önemlidir. Ayrıca insanların ve toplumların eğitimi bir bilinçlendirilmesi çok önemlidir.

Gözden Geçir



- Dünyanın otopürüfikasyon mekanizmaları nelerdir?
- Çevre kirliliğini oluşturan mekanizmalar nelerdir?
- Çevre kirliliği bir kısır döngüye nasıl dönüşmektedir?
- Çevre kirliliğinin insan sağlığına etkileri nelerdir?
- Çevre kirliliğini önlemede temel araçlar nelerdir?



Değerlendirme Soruları

- Aşağıdakilerden hangisi çevre kirliliğine neden olan mekanizmalardan biri değildir?
 - Aşırı enerji tüketimi
 - Üretimde yeniden kullanımın yaygınlaştırılması
 - Çevrimi yavaş olan maddelerin yerleşim birimleri etrafında yoğunlaştırılması
 - Çevrimi olmayan maddeleri üretimi ve tüketimi
 - Bilinçsiz ve aşırı tüketim
- Aşağıdaki kirliliklerden hangisi nokta vericiden gelir?
 - Tarımdan gelen kirlilik
 - Radyoaktif serpinti
 - Atmosferden gelen kirlilik
 - Sanayi kuruluşundan gelen kirlilik
 - Yağmur sularından gelen kirlilik
- Ötrofikasyon için doğru olanı işaretleyiniz. Ötrofikasyon, suların;
 - Karbondiyoksit ile kirlenmesidir
 - Kurşun ile kirlenmesidir.
 - Kükürt ile kirlenmesidir.
 - Azot ve fosfor ile kirlenmesidir.
 - Klor ile kirlenmesidir.
- Sera olayı atmosferde hangi maddenin birikmesi ile oluşur?
 - SO₂
 - CO₂
 - CFC
 - NO
 - H₂S

5. Asit yağmurları dünyanın hangi katmanının hangi madde ile kirlenmesi ile oluşur?
- Hidrosfer Azot
 - Atmosfer Ağır metaller
 - Atmosfer Kükürt
 - Biyosfer Karbon
 - Litosfer Kükürt
6. Ozon tabakasının delinmesi sonucunda, dünyaya güneşten fazla miktarda ultraviyole ışınları ulaşması nedeniyle oluşan cilt kanserleri hangi tip çevre - insan sağlığı ilişkisine bir örnektir?
- Biyolojik çevrenin, predispozan etkisine
 - Fizik çevrenin hastalık nedeni olmasına
 - Fizik çevrenin hastalık yaymasına
 - Fizik çevrenin hastalıkları ağırlaştırmasına
 - Biyolojik çevrenin hastalık oluşturmaya
7. Çevre kirliliği ile insan sağlığı arasındaki ilişkilerle ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır? Çevre Kirliliği;
- Doğrudan hastalık nedeni olabilir.
 - Hastalıklar için predispozandır.
 - Hastalıkların prognozunu ağırlaştırır.
 - Hastalıkların yayılmasını artırır.
 - Hastalıklar üzerine etkisi yoktur.
8. Hava kirliliği oluşması halinde aşağıdakilerden hangisi alarm önlemleri arasında yer almaz?
- Isıtmada kısıtlama
 - Sanayide kısıtlama
 - Trafikte kısıtlama
 - Kentleşmede kısıtlama
 - Yaşlı ve çocukların sokağa çıkmasında kısıtlama



Kaynaklar ve Daha Fazla Bilgi

- Baykan, N.: Stajyerlere Ders Notları, 1974.
- Gülesen, Ö.: Epidemiyoloji. AÜ Diyarbakır Tıp Fakültesi Yayınlarından. Sayı 7, Ankara, 1973.
- Hobson, W.: Halk Sağlığı Bilimi ve Uygulaması. T. C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Hıfzıssıhha Okulu Yayın No. 45. Ankara, 1970.
- Taylor, I., Knowelden, J.: Epidemiyolojinin Prensipleri. (Baykan, N.) Gürsoy Basımevi. Ankara, 1966.
- Velicangil, S.: Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı. İÜ Tıp Fakültesi Yayınlarından. Fakülte Yayın No. 66. İstanbul, 1973.
- Ural, Z. F.: Koruyucu Hekimlik I Hijyen ve Sanitasyon. AÜ Tıp Fakültesi Yayınlarından. Sayı263. Ankara, 1972.
- Alagöl C.: Çevre Sorunları, SSYB yayınları no:417, Ankara, 1972
- Baykan N., Sungur C., Bilgin Y.: Toplum Hekimliği, AÜTF Yayınları no:339, Ankara, 1976
- Berkes F., Kışlalıoğlu M.: Ekoloji ve Çevre Bilimleri, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1992
- Çepel N.: Doğa Çevre ve Ekoloji, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1992
- Dinçer H.: Çevre Sağlığı Koşullarının Islahı, Ankara 1978
- Gürseler G.: Dikkat Dünya Tektir, Ümit Yayıncılık, Ankara, 1992
- Topuzoğlu İ.: Çevre Sağlığı ve İş Sağlığı, Hacettepe Üniversitesi yayınları A-27, Ankara, 1979
- Türkiye Çevre Vakfı: Türkiye'nin Çevre Sorunları, Önder Matbaası, Ankara, 1991
- Velicangil S.: Koruyucu ve Sosyal Tıp, Sermet Matbaası, İstanbul,1979
- WHO.: Health Hazards Of Human Environment, Geneva, 1972
- WHO.: Pormoting Health in The Human Environment, Geneva, 1975
- WHO.: Improving Environmental Health Conditions in Low Income Settlements, Geneva, 1987
- Yumruturuğ S., Sungur T.: Hijyen ve Koruyucu Hekimlik, AÜTF Yayınları no:393, Ankara,1980

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı

Kazalar

Prof. Dr. Recep Akdur

12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

Bu ünite de ev, trafik ve iş kazaları ayrı ayrı ele alınarak, kazaların tanımı önemi ve bunlara karşı alınacak önlemler açıklanmıştır. Her bir konu kendi içinde bağımsız olarak ele alınarak, özellikle dünyada ve Türkiye'deki önemi, epidemiyolojik özellikleri ve bu özelliklerden hareketle alınacak önlemler şeklinde incelenmiştir.

Ünite Hakkında

Kazaların beklenmedik ve önlenemeyen bir yapısının olmadığı, kazaların; bilinen nedenler, ihmaller ve davranışlar zincirinin, can ve mal kaybı ile sonuçlanan son halkası olduğu açıklanmaktadır. Kazanın kaçınılabilir ve korunulabilir bir olay olduğu vurgulanmaktadır.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladıңызda,

- Genelde kaza, özelde ise ev, trafik ve iş kazalarının tanımlarını bileceksiniz.
- Konuya epidemiyolojik ve bilimsel yaklaşımın önemini kavrayacaksınız.
- Dünyada ve Türkiye'de kazaların yaygınlığın ve sonuçlarını bileceksiniz.
- Kazaların daha önce alınacak önlemlerle azaltılabileceğini hatta yok edilebileceğini kavrayacaksınız.

Üniteyi Çalışırken



Genelde kaza, özelde ise ev, trafik ve iş kazalarının tanımlarını kavramalısınız. Konuya epidemiyolojik ve bilimsel açıdan nasıl yaklaşılması gerektiğini özümsemelisiniz.

Ev Kazaları

Tanımı



Çok çeşitli biçimlerde ifade edilmekle beraber, birçok sözlük, ansiklopedi ya da metinde **kaza**; önceden planlanmamış, beklenmedik bir anda ortaya çıkan yaralanmalara, can ve mal kayıplarına neden olan olaylar (Güler, Çobanaoğlu 1994) şeklinde tanımlanır.

Bunların ne zaman, nerede ve nasıl meydana geleceği; kaç kişinin ve nasıl yaralanacağı bilinmeyen olaylar (Güler, Çobanaoğlu 1994) olduğu söylenir.

Konu böyle tanımlanır ve algılanır ise; konuya yaklaşım da “Oldu bir kere ne yapalım?” şeklinde olmakta ve daha işin başında kazalara karşı fazla bir şey yapılamayacağı sonucu çıkmakta ya da çıkarılmaktadır. Bunun sonu kaderciliğe kadar uzanmaktadır. Kazalara çare aramak üzere; araçların üzerine “Allah korusun!” diye yazmaktan, işyerlerinin çeşitli köşelerine nazar boncuğu asmaktan, çocuklara da muska takmaktan başka çare kalmamaktadır. Kazalara karşı etkili bir savaş verebilmek/önlem alabilmek için her şeyden önce, kaza tanımını bu belirsizlik ve mistisizmden kurtarmak gerekir.



Kaza; bilinen nedenler, ihmaller ve davranışlar zincirinin, can ve mal kaybı ile sonuçlanan son halkası olup, daha önce alınacak önlemlerle kaçınılabılır ve korunulabilir bir olaydır (Akdur 1998).

Bu tanım tüm kazalar için geçerli olduğu gibi, özellikle ev kazaları için daha da geçerlidir. Bunun dışındaki tanımlar, kaza olayını belirsizleştirmekte ve mistik bir nitelik kazandırarak, toplumda, “biçarelik ve kadercilik” anlayışı ve yaklaşımının yerleşmesine neden olmaktadır. Oysa, konuya yukarıda verilen bilimsel tanımlama doğrultusunda yaklaşıldığında, genelde kazalar özelde ise ev kazaları, bilinen nedenler ya da faktörler zincirinin hazırladığı olasılığın bir sonucudur. Bu olasılığı hazırlayan ve önceden bilinen nedenler (zincir halkaları veya küme elemanları) yok edilmek suretiyle, olasılık azaltılarak, genelde kazalardan özelde ev kazalarından korunulabilir ve kaçınılabılır. Diğer bir anlatımla, genelde kazalara özelde ise ev kazalarına neden olan faktörlerin azaltılmasına koşut olarak, kazalar azaltılabilir ve hatta giderekten yok edilebilir.

Burada önemli olan, sonuç değil, bu sonucu doğuran nedenlerdir.



Yapılması gereken; kaza olasılığını hazırlayan faktörlerin, önceden saptanarak, yok edilmesidir. Böylece, faktörler tek tek elimine edilerek o faktörün neden olduğu ev kazaları da yok edilir. Özet ve sonuç olarak; kaza tanım ve yaklaşımında vurgulanması gereken en önemli nokta; kazaların önlenabilir olaylar olmasıdır.

Ev Kazalarının Sıklığı

İngiltere’de HASS (Home Accident Surveillance System) ve HADD (Home Accident Death Database) verilerine göre her yıl beş milyon ev kazası olmakta ve bunların 2.6 milyonu tedavi için hastanelere 2,4 milyonu ise pratisyen hekimlere baş vurmaktadır. Tedavi için hastanelere başvuranların yaklaşık 4000 kadarı yaşamını kaybetmektedir.

ABD’de, her yıl 20 milyon 1-14 yaş travması olurken bunların % 60’i evde veya yakınında olmaktadır. ABD Ulusal Hastalık Kayıtlarına göre 1-4 yaş ölümlerinin % 40’ı, 5-14 yaş ölümlerinin % 50’si, 15-24 yaş ölümlerinin % 50’si kazalara bağlıdır.

25 ve daha yukarı yaş gruplarındaki ölümlerde, kazalar diğer nedenlerden üç kat daha fazlasından sorumludur. Kaza ölümleri içinde; taşıt kazaları % 80’lik bir paya sahiptir.

Tüm gelişmiş ülkelerde, kalp hastalıkları, kanser ve beyin kanamalarından sonra en önemli ölüm nedeni kazalardır.

Aşağıdaki çizelgeden de görüleceği üzere; sağlık bankalığı tarafından 2003 yılında yayımlanan sağlık istatistikleri’ne göre; 2001 yılında Türkiye’deki tüm hastanelere 4.957.800 kişi yatırılmıştır. Bunlardan 226.897’si (% 4.58) kaza nedeniyle yatırılmış kişilerdir. Aynı şekilde hastanelerde oluşan 81.733 ölümün 4.418’i (% 5.41) kazalar nedeniyle oluşmuştur. Bu kaynağa göre; 2001 yılında yatılan hasta yatağı gün sayısı 29.007.204 olup bunlardan 1.414.240’ı (% 4.88) kazalar nedeniyle yatılmış olan günlerdir.

Bu verilerde, ev kazaları olarak değerlendirilebilecek olan kazalardan 2001 yılında 2257 kişi ölmüş olup bu sayı tüm Türkiye’deki hastane ölümlerinin % 2.76’sına denk gelmektedir.

Kılınç ve arkadaşlarının 326 evde 1332 kişi üzerinde yaptığı bir çalışmada; örnekleme giren kişiler arasında son altı ayda ev kazası

görülme sıklığı % 10.9'dur (145 olgu). En sık kaza türü kesici-delici aletle yaralanmadır (% 29.7). En sık yaralanan yer el, kol ve parmaklardır (% 51.7). Olguların 30'u (% 20.7) sağlık kuruluşlarına başvurmuş, bunların üçü (% 2.1) yatırılarak tedavi görmüştür. Sakat kalma hızı binde yedidir (9 kişi), ölüm saptanmamıştır. Sakat kalan dokuz kişiden üçünün sosyal güvencesi yoktur, dördü yeşil kartlıdır. Ev kazalarını etkileyen etmenlere bakıldığında; cinsiyet (kadınlarda % 14.5, erkeklerde % 7.3, $P=0.001$) ve yaş (0-14 yaş grubunda % 15.0, $P=0.001$) anlamlı bulunmuştur. 0-14 yaş grubunda kayma, düşme, vurma ve çarpmalar anlamlı bir şekilde daha fazla iken, 15 yaş üzeri grupta ise kesici delici alet yaralanmaları anlamlı ($p=0.002$) olarak daha fazladır.

Bu iki veriden hareketle; yani 2001 yılında ev kazaları nedeniyle hastaneye yatmış olan 139.495 kişinin ev kazalarının yalnızca % 2.1 olduğu varsayımından hareketle, Türkiye'de yılda 6.642.619 ev kazası meydana geldiği hesaplanabilir. Bu sayı İngiltere sayılarına benzer sayıdır.

Tüm dünyada bu arada da Türkiye'de ev kazalarının kazalar içinde oldukça önemli bir paya sahip olduğu bilinmektedir. Ancak kazalar ile ilgili kayıtların yeterli olmaması nedeniyle bu ilişki açık olarak gösterilememektedir. Hastane kayıtları ise toplumdaki gerçek kaza oranını ve hasarı yansıtmamaktadır. Bu verilerden hareketle; ev kazalarının tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu söylemek yanlış olmaz.

Çizelge 9. Türkiye'deki tüm hastanelerden taburcu edilenler 2001

	Taburcu	Ölen	Yatırılan Gün
TÜM NEDENLER	4.957.800	81.733	29.007.204
Motorlu Taşıt Kazaları	52.588	2.256	370.586
Diğer Taşıt Kazaları	13.707	340	73.566
Toplam Taşıt Kazaları	66295	2596	444152
Tüm nedenler içindeki %	1.34	3.18	1.53
Sanayi ve İşkollarında Meydana Gelen Kazalar	10.604	117	64.442
Tüm nedenler içindeki %	0.21	0.15	0.22
Uyuşturucu ve Diğer İlaç Zehirlenmeleri	14.455	140	44.766
Diğer Katı ve Sıvı Maddelerle Olan Zehirlenmeler	5.655	89	23.805
Gaz ve Buharla Olan Kaza Sonucu Zehirlenmeler	1.693	25	6.832
Kaza Sonucu Düşmeler	78.029	1.180	466.326
Yangınların Neden Olduğu Kazalar	7.318	212	71.572
Kaza Sonucu Suda Boğulma ve Suya Batma	608	29	3.125
Ateşli Silahların Neden Olduğu Kazalar	5.377	217	54.294
Şüpheli Hayvan Isırıkları	4.839	59	20.117
Bütün Diğer Kazalar	21.521	306	151.781
ARA TOPLAM	139495	2257	842618
Tüm nedenler içindeki %	2.98	2.76	2.91
Nedeni Bilinmeyen Yaralanma	10.503	448	63.028
TÜM KAZALAR TOPLAMI	226897	4418	1414240
TÜM NEDENLER İÇİNDEKİ YÜZDESİ	4.58	5.41	4.88

Kaynak : Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2003

Önemli Ev Kazası Türleri

} Düşmeler ve yaralanmalar

Türkiye'de, her yıl birlerce kişi düşme nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Ev kazalarının hemen hemen yarısı, iş kazalarının altıda

biri, boş zamanları değerlendirme eylemleri sırasında olan kazaların ise beşte birini düşmeler oluşturmaktadır. Düşme ve yaralanmalar genellikle yaşlı, hamile ve çocuklarda daha büyük oranda görülmektedir. Her sene elli bine yakın merdivenden düşme kazası bildirilmektedir. Merdivenden düşmelerin büyük çoğunluğu acele etmek, sıkı tutmamak, merdiven atlamak, dengeyi kaybetmek, ağır cisimlen merdivenden çıkarmaya çalışmak gibi davranışsal nedenlere bağlıdır. Kırık basamaklar, yetersiz aydınlanma ise önemli fiziksel nedenlerdendir. Yüksek bir yere ulaşmada, merdiven yerine sandalye, tabure ve benzeri araçların kullanılması da önemli kaza nedenleri arasındadır. Merdivenlerde kova, oyuncak, top, bilye ve benzeri maddelelerin bulunması düşmeye yol açan diğer nedenler arasındadır.



Yaralanma terimi, derinin bazen deri altının hatta derindeki dokuların bütünlüğünün bozulması anlamında kullanılır.

Genellikle şöyle sınıflandırılabilir:

- *Basit yaralanmalar*; ciddi kanamalara neden olmayan, yaşamsal önemi olan organların zedelenmediği ve fazla yaygın olmayan yaralanmalar genellikle bu başlık altında toplanır.
- *Ağır yaralanmalar*; yara derindeki dokuları da içine alıyorsa ve bölgedeki yapıların bütünlüğü bozulmuşsa; genişçe bir alana yayılmışsa ve aynı bölgede birden çok yara varsa; ciddi kanamalara neden oluyorsa; derindeki yapılar açığı çıkmışsa ya da yara bölgesinde yabancı cisimler kalmışsa, ağır yaralanmadan söz edilir.

Yangınlar ve Yanmalar

Ev kazalarına bağlı ölümlerin beşte birinin yangınlara bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Evlerdeki yangınların büyük bölümü mutfak, çatı ya da bodrum katlarından çıkmaktadır. Ev yangınlarının en önemli nedenlerinden birisi dikkatsiz sigara içilmesi ve hatalı kibrit kullanımındır. Aynı şekilde, ev yangınları içinde elektrik sistemine bağlı olanlar önemli bir orana sahiptir.

Yanık, vücudun bir bölgesindeki dokuların yüksek ısıdan zarar görmesidir. Hastanın yaşamını tehdit etmesinin yanı sıra, oluşan nedbe dokusu estetik açıdan sorun yarattığından her zaman acil olarak tedavi edilmelidir.

Yanık, alev ya da sıvı, katı ve buhar halindeki sıcak cisimlerin doğrudan etkisiyle oluşur. Bunların yanında, elektrik çarpması ya da sülfürik asit gibi kimyasal maddelerle temas sonucunda da yanığa benzer lezyonlar oluşabilir. Dokunun gördüğü zarar, ısının yüksekliği ve dokunun ısıya maruz kaldığı süre ile doğru orantılıdır. Dokunun 550 C'lik ısıya 30 saniye süreyle maruz kalması sonucunda yalnız o bölgede kızarıklıkla (eritem) ortaya çıkan hafif düzeyde bir reaksiyon oluşur. Isının 650 C'ye çıkması, aynı sürede, o belgedeki derinin zedelenmesine yol açar. Yanık, ne kadar derine inmişse ve ne kadar geniş bir yüzeye yayılmışsa o kadar ağırdır.

Yanıklar derecesine ve yaygınlığına göre sınıflandırılır. Yanık derecesinin artması, o bölgedeki doku hasarının arttığını gösterir.

- *Birinci derece yanıklar:* Yanık bölgesinde deride kızarıklık (eritem) dışında bulgu yoktur.
- *İkinci derece yanıklar:* Bölgesel kızarıklığa ek olarak derinin yüzeysel katmanları ve küçük kan damarlarının zarar görmesi sonucunda içi berrak sıvı dolu kesecekler oluşur.
- *Üçüncü derece yanıklar:* Yanık bölgesindeki deride doku ölümü de (nekroz) vardır. Derinin bütün katmanlarının yanı sıra bazen derinin altındaki dokular da zedelenmiştir.
- Yanık bölgesinde kömürleşme varsa ve yağ dokusu, kas ya da kemik gibi derindeki yapılar da etkilenmişse *dördüncü derece yanık*tan söz edilir.

Yanıkların değerlendirilmesinde ele alınan bir ölçüt de vücudun yanıktan etkilenen yüzeyinin genişliğidir. Yaygınlık derecesi tüm vücut yüzeyine oranla yüzde olarak belirtilir. Bu amaçla vücuttaki çeşitli bölgeler, kapladığı alanın büyüklüğüne göre derecelendirilmiştir.

Örneğin; kafa derisi, tüm vücut yüzeyinin yaklaşık yüzde 9'luk bölümünü oluşturur. Kolların her birinin kapladığı alan tüm vücut yüzeyinin yüzde 9'u gövdenin ön ve arka yüzlerinin her biri yüzde 18, bacakların her biri yüzde 18 olarak kabul edilir.



Vücutta yanıktan etkilenen toplam alan erişkinde yüzde 20'nin, çocukta yüzde 12-15 in altında kalırsa yanığin bölgesel olduğu kabul edilir. Bunun tersine yanıktan etkilenen yüzey bu olgulardan genişse,

geniş yanıktan söz edilir; bu yanıkların bütün vücudu etkileyen değişikliklere neden olması beklenir. Çok geniş alana yayılan yanıklar aşırı sıvı kaybına yol açar; bunun sonucunda akut böbrek yetmezliği gelişebilir ve hasta ölebilir.

Bölgesel yanıkların gidişi de yangın derecesiyle ilişkilidir: birinci ve ikinci derece yanıklar genellikle çok kötü sonuçlanmaz ve herhangi bir nedbe dokusu oluşumuna yol açmadan birkaç gün içinde iyileşir.

Üçüncü derece yanıklarda ise ölü doku artıklarının uzaklaştırılması iki-üç haftayı bulur; doku ölümü olan bölgede normal deriye benzer doku yerine nedbe dokusu oluşur. Derideki herhangi bir lezyonun iz bırakmadan iyileşmesi ya da zedelenen dokunun tıpatıp aynıının oluşabilmesi için bu bölgedeki derinin en alt katmasının sağlam olması gerekir. Yoksa özgül dokunun yerine sadece açık kalan bölgeyi kapatmak için basit bağdoku yapısında bir örtücü katman oluşur. Nedbe dokusu adı verilen bu doku vücudun herhangi bir organında oluşabilir. Nedbe dokusu derininkilere benzemeyen özellikleri nedeniyle hem estetik bozukluk yaratır, hem de esnekliği olmadığından çevresindeki deriyi çekerek bölgenin gerginleşmesine ve büzülmesine yol açar. Üçüncü derece yanıklarda görülen başka bir sorun da bu bölgedeki savunma öğelerinin yitirilmesine bağlı olarak bölgenin enfeksiyonlardan iyi korunması gerekir. Yanık çok ileri derecede ve yaygınsa hasta ateş, kilo kaybı, iştahsızlık, kansızlık, hipoproteinemi (kan proteinlerinde düşüklük) böbrek işlevlerinin bozulmasına bağlı belirtiler, bazen akciğer enfeksiyonları ve septisemiden (mikrobun kana karışması) şoka varabilen çeşitli belirtiler görülebilir.

Yanıkların mutlaka bu konuda uzmanlaşmış hastanelerde tedavisi gerekir. Bununla birlikte çoğu durumda yanıklı hastaya ilk girişim, kazanın olduğu bölgede yapılmalıdır. Bu yüzden yanan hastaya yaklaşımda şu temel kurallara uyulmalıdır;

- İlk iş olarak yangıya neden olan ısı kaynağı hemen uzaklaştırılmalı etkisiz hale getirilmelidir. Bu amaçla hastanın vücudunun üstündeki alev hemen bir battaniye ya da örtüyle söndürülmelidir.
- Hastanın üstündeki giysiler hemen soğutulmalı, zararlı bir kimyasal maddeye bulaşmışsa çıkartılmalıdır. Hastanın giysileri üstünden dikkatle üstünden çıkarılmalıdır. Bu işlem aceleyle ve dikkatsizce yapılırsa, yanık bölgesine yapışmış olan giysilerin çıkartılması bölgenin daha fazla zarar görmesine yol açabilir. Özellikle vücuda değen ve alev olmadan da yanma özelliği olan plastik gibi maddelerin deriyi zedelemesini engellemek gerekir.

- Bulunduğu bölgeye zarar vermeyen giysileri çıkarmak gereksizdir; yanık bölgeleri steril (mikroptan arındırılmış) gazlı bezlerle örtülmelidir.
- Bölgeyi dezenfekte etmemek ve bölgeye pomat sürmemek gerekir. Hasta bir an önce hastaneye götürülmelidir.
- Ufak yanıklar evde de tedavi edilebilir. Yanık bölgesine herhangi bir pomat sürülmemelidir.
- Ayrıca bölgede içi berrak sıvı dolu olan keseciklerin oluşumlarına neden olan yanıklarda enfeksiyon gelişmesini engellemek için bu kesecikler patlatılmamalıdır. Yapılacak tek şey bu bölgenin mikroplardan arındırıcı maddelerle yıkanması ve sargı bezleriyle bölgenin gevşekçe sarılmasıdır (ağır yanıklarda bölge dezenfekte edilmez). Böyle bir önlem bakteri kökenli bir enfeksiyonun oluşmasını engellerse de bütün önlemlere karşın gene de enfeksiyon oluşabilir.

Yanıkların değerlendirilmesinde dikkatli davranmak gerekir; yalnızca kızarıklık oluşumuna neden olsa da yaygın yanıklarda mutlaka bir hekime başvurulmalıdır.



Şofben zehirlenmeleri

Türkiye’de sıcak su temini amacıyla, yaygın olarak şofben sistemleri kullanılmaktadır. Elektrikle çalışanlar, daha çok termostat arızası nedeniyle kazan patlamalarına neden olmakta ve sıcak su yanıklarına yol açmaktadır. LPG ile çalışan şofbenler ise ortamdaki oksijenin tüketilmesine bağlı kazalara yol açmaktadır. Aslında yanmamış LPG zehirli değildir; ancak altı m²’den daha küçük, iyi havalandırılmamış mekânlarda şofben kullanıldığında ortamdaki oksijen süratle tükenmekte, kazazedeler bu yüzden kaybedilmektedirler.

Şofben mutlaka iyi çeken bir bacaya bağlanmalıdır. Şofbeni iyi havalandıramayan ve 6 m³’den daha küçük hacimli mekânlara yerleştirilmemelidir. Şofben ile tüp arasındaki LPG hortumunun 125 cm’den uzun olması risk yaratır. Şofbenin banyoda olması risk yaratır. Bu durumda banyonun çok iyi havalandırılan bir yer olması gerekir.

Elektrik çarpmaları

Elektrikle çarpılmak için akımın vücuttan geçerek + ve – kutuplar arasındaki devreyi tamamlaması gerekir. Evde kullanılan elektrik alternatif akım (AC) tipindedir. Alternatif akım 15 volt üstünde çarpıl-

ma hissi verir ancak tahribat yapmaz. 20 volt üstü tehlikeli sayılabilir. Elektriğe temas eden noktalar arası mesafe kısa ise arada kalan doku şiddetle ısınır ve yanar. Yanık elektrik akımının kuvvetine bağlı olarak artar. Alternatif akım, kalp üzerinden geçecek olursa. Kalbin sinirsel ileti sistemini bozar kalp durur. Alternatif akımla çok kolaydır. Prizdeki aktif kutba değildiğinde, vücut devreyi tamamlamak için yere basan ayakları kullanır. Su elektrik akımını iyi iletir. Kuruyken iletken olmayan tahta, plastik gibi maddeler ıslanınca iletken olurlar.

Yıldırım, doğal elektrik kaynaklarıdır. Yıldırım havadaki durağan elektriğin bir ark ile boşalması demektir. Bu nedenle çocukların yağışlı ve fırtınalı havalarda uçurtma uçurmaları tehlikelidir. Çünkü ıslanan uçurtma ipi iletken hale gelir ve elektrik, ipi elle tutan kişi üzerine boşalabilir.

Türkiye’de yerleşim alanları üstünden geçen ve zaman zaman evlerin çok yakınlarına kadar gelen yüksek gerilim hatları başka bir tehlike kaynağıdır. Bu gibi yerlerde televizyon antenlerin düzeltilmesi için dama çıkılması başlı başına ayrı bir tehlikedir. Çocukların uçurtmalarını almak için sopayla tellere dokunmaya kalkışmaları ölümle sonuçlanan kazalara yol açmaktadır. Bu hatlara 20 cm’den daha yakına gelmek son derece tehlikelidir.

Suda boğulmalar

Evde suda boğulmalar genellikle çocuklarda görülen bir kazadır. Su dolu, küvet, leğen, sulama havuzları ve benzeri yerlere çocukların düşmesi sonucunda oluşur. Bu gibi risklerin bulunduğu yerlerde çocukların gözetimsiz bırakılmaması en önemli önlemdir.

Ateşli silahlar

Silahlar evlerde daima içi boş olarak, kurşunları ve saçmaları ayrı dolapta ve her ikisi de ayrı ayrı yerlerde kilitli olarak tutulmalıdır. Kaza sonucu ateşli silah yaralanmalarının önlenmesi vb. Nedeniyle kullananların silah taşıma ve kullanma ile ilgili güvenlik kurallarına uymaları gerekir.

Ev Kazalarının Önlenmesi

Genel Önlemler

- Evin tabanı kaymayı önleyecek özellikte olmalıdır.
- Evin havalandırması uygun ve yeterli olmalıdır.
- Evde ve eklerinde uygun bir aydınlanma sağlanmalıdır.
- Evlerde/binalarda yangın söndürücü bulunmalıdır.

- Evde kimyasal madde bulundurulmamalıdır.
- Evin temiz, iyi aydınlatılmış, iyi havalandırılmış, uygun biçimde ısıtılmış olması gerekir.
- Gürültü, vibrasyon, radyasyon, aşırı sıcaklık, aşırı soğuk olmamalı, tehlikeli kimyasal maddeler bulunmamalıdır.
- Yangın tehlikesinde yangının merdivenleri ve çıkışları olmalıdır. Bunların kapılarının önü eşya yığılarak kapatılmamalıdır. Yangın ve diğer tehlike alarm ve uyarıları herkes tarafından kolayca algılanabilecek etkinlikte olmalıdır.
- Evlerde yanıcı ve patlayıcı maddeler bulundurulmamalı, bunların gerektiği çalışmalar sırasında gerekli her türlü teknik güvenlik önlemi alınmış olmalıdır.
- Evdeki mobilyaların kolay temizlenebilir, özellikle temizlik uygulamaları sırasında kolay ulaşılabilir şekilde yerleştirilmiş olması gerekir.
- Evde olabildiğince tek basamak kullanılmamalıdır.
- Vantilatörlerde koruma kalkanı olmalıdır.

Elektrik Tesisatı ve Aydınlatma İçin Önlemler

- Aydınlanma, gölgeyi önleyecek biçimde yapılmalıdır. Yanan ampuller hemen değiştirilmelidir.
- Elektrik priz ve kablolar, güvenli olarak seçilmeli, uygun yükseklikte olmalıdır. Prizlere emniyet kapağı bulunması yerinde olur.
- Elektrik tesisatının ev güvenliğinde çok önemli yeri vardır. Elektrik düzeneği herhangi bir kıvılcım oluşumunu engelleyecek nitelikte olmalıdır. Açıkta kalan kabloların kısa devre yapma riski yüksektir. Bu nedenle evlerde elektrik dağıtımını açıktaki kablolarla yapılmamalıdır.
- Elektrik tesisatının bağlı olduğu sigortalar uygun nitelikte olmalıdır. Sigortalar birtakım yapay yollarla asla onarılmamalıdır. Evdeki elektrikli araçlarının aşırı yüklenmesine bağlı olarak sigortanın atmasını engelleyebilmek için sigortalara kalın tellerin sarılması çok tehlikeli bir uygulamadır. Sigorta atmasına neden olan araç veya olay mutlaka teknik bakımdan geçirilmelidir. Sigortaya kalın tel sarılmasından kaçınılmalıdır.
- Tüm prizlerin topraklanması güvenlik için gereklidir. Topraklama işlemi kuruluş aşamasında tekniğine uygun olarak toprağa gömü-

len bakır plaka vb. yöntemlerle baştan sağlanmalıdır. Sonradan yapılan topraklamaların etkisiz kalabilmesi mümkündür.

- Elektrikli aletler ıslak ortamlarda kullanılmamalı özellikle saç kurutucusunu ve elektrikli ısıtıcıyı kullanırken çok dikkatli olunmalıdır. Bu araçların banyoda kullanılması yüksek risk yaratır.

Mutfak İçin Önlemler

- Mutfak havalandırması, yeterli olmalıdır.
- Ocak hemen camın yanında ya da kapının yanında olmamalıdır.
- Mutfak kapıları trafiği en aza indirecek biçimde yapılmış olmalıdır.
- Mutfak raflarının ocağın üzerinde olmaması sağlanmalıdır.
- Raf yüksekliği, özellikle sık kullanılan ve günlük kullanımdaki araçlar için uzanma yüksekliğinde olmalıdır.
- Mutfaktaki yemek masası, rahat oturulabilecek, devrilme vb. kazalara neden olmayacak biçimde yerleştirilmiş olmalıdır.
- Su kaynatma güvenli olmalıdır.

Banyo İçin Önlemler

- Banyo havalandırması yeterli olmalı, olanaklı ise şofbenler banyoya yerleştirilmemelidir. Bu ve benzeri araçlar yeterli ve etkin yanmalı, gaz kaçağı olmamalıdır.
- Su tanklarının ve depolarının ağzı iyice kapatılmış olmalıdır.
- Banyo elektrik tesisatı uygun biçimde yapılmış olmalıdır.
- Banyo tabanı kaygan olmamalıdır.

Çocuklara Özel Önlemler

- Çocukların oyun bölgeleri evin en güvenli alanlarında planlanmalıdır. Çocuklar için uygun oyun alanı olmalı, alan yeterince güvenli değilse, herhangi bir tehlikeli iş sırasında kapıların kapatılarak ulaşmaları engellenmelidir. Çocuk oyuncakları için özel dolap olmalıdır.
- Isıtmada soba kullanılıyorsa çevresinde küçük çocukların ulaşmasını engelleyecek parmaklıklar konulmalıdır.
- Balkon çocukların kendiliklerinden çıkamayacakları biçimde ya da çocukların sarkamayacakları yükseklikte olmalıdır.
- İlaçlar, kesinlikle çocukların ulaşamayacağı yükseklikteki özel dolaplarda ve etiketli kutularında saklanmalıdır.

Kişisel Davranışlara İlişkin Önlemler

Ev kazalarına neden olan kişisel kusurlar ya da kişisel nedenleri aşağıdaki faktörlerden birisi veya bunların bir arada bulunması şeklindedir:

- Yetersiz bilgi,
- Beceri yetersizliği veya beceri azalması,
- Doğru ve uygun olmayan alışkanlık ve davranışlar,
- Güvenliği tehlikeye düşüren davranış alışkanlıkları.

Kazaya neden olan bu nedenler karşı kişinin eğitilmesi kazalar karşı alınacak en önemli önlem olacaktır.

Kaza ya dikkatsizlik, dalgınlık gibi açıklamalar aslında kurallara uymama, gerekli önlemleri önceden almama, teknik konularda bilgi açığının giderilmemiş olması gibi sorumsuz davranışların önemini maskeleyebilmektedir.

Trafik Kazaları

Tanımlar

Trafik, yayaların, hayvanların ve araçların karayolu üzerindeki hal ve hareketlerine denir.

Karayolu, trafik için, kamunun yararlanmasına açık olan arazi şeridi, köprüler ve alanlardır.

Trafik kazası, karayolları üzerinde hareket halinde olan, bir veya birden fazla, aracın karıştığı ölüm, yaralanma veya maddi zararlarla sonuçlanan olaya denir.



Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere, demiryolu, denizyolu ve havayolu kazaları trafik kazası tanımına girmez ya da bu kapsamda değerlendirilmez.

Karayolları Trafik Kanunu'ndan alınan bu tanımlarda, kaza terimi hariç, üzerinde anlaşılmayan herhangi bir terim ya da konu yoktur. Buna karşılık, kaza terimi çok farklı biçimlerde algılanmakta ve tanımlanmaktadır. Oysa, işin özü de bu teriminde yatmaktadır. Çünkü kaza teriminin tanımı ya da kaza olayının algılanış biçimi, daha işin başında, trafik kazalarına yaklaşımı ve bu konuda yapılacakları da belirlemektedir.



Kaza teriminin tanımı, çok çeşitli biçimlerde ifade edilmekle beraber, bu tanımların hemen hepsinde anlatılmak istenen; önceden planlanmayan, beklenmeyen ve bilinmeyen bir zamanda ortaya çıkan, can ve mal kaybı ile sonuçlanan kötü olaydır.

Konu, böyle algılanıp, tanımlanınca; konuya yaklaşım da “oldu bir kere ne yapalım” şeklinde olmaktadır. Bunun sonu ise, kaderciliğe kadar uzanmaktadır. Böyle olunca da, daha işin başında ve tanımında, kazalara karşı fazla bir şey yapılamayacağı sonucu çıkar, çıkarılır. Araçların üzerine “Allah korusun” diye yazmaktan başka çare kalmaz.

Kaza, bilinen yanlış davranış ve ihmaller veya nedenler zincirinin son halkası olup, daha önce alınacak önlemlerle kaçınılabılır ve korunulabilir bir olaydır. Bu tanım tüm kazalar için geçerli olduğu gibi, özellikle trafik kazaları için daha da geçerlidir. Bunun dışındaki tanımlar, kaza olayına mistik bir nitelik kazandırmakta ve toplumda, “oluyor işte elden ne gelir anlayışı ve yaklaşımının” yerleşmesine neden olmaktadır.

Oysa, konuya yukarıda verilen bilimsel tanımlama doğrultusunda yaklaşıldığında, trafik kazaları, faktörler paketinin hazırladığı olasılığın bir sonucudur. Bu olasılığı hazırlayan, faktörler yok edilmek suretiyle, olasılık azaltılarak, trafik kazalarından korunulabilir ve kaçınılabılır. Diğer bir anlatımla, genelde kazalara özeldir ise trafik kazalarına neden olan faktörlerin azaltılmasına koşut olarak, kazalar azaltılabilir ve hatta giderekten yok edilebilir. Burada önemli olan, sonuç değil, bu sonucu doğuran nedenlerdir. Yapılması gereken; kaza olasılığını hazırlayan faktörlerin, önceden saptanarak, yok edilmesidir. Böylece, faktörler tek tek elimine edilerek o faktörün neden olduğu kazalar da yok edilir.

Trafik Kazalarının Önemi

Trafik kazaları konusunda, gerek kamu kuruluşları ve gerekse diğer tüzel kuruluşlar tarafından, sık sık kamuoyunun dikkatleri çekilmeye ve birtakım önlemler alınmaya çalışılmaktadır. Buna karşılık gün geçmiyor ki; bir trafik kazası haberi ya da manşeti ile yüreğimiz burkulmasın.

Acaba konu gerçekten bu denli yaygın ve önemli midir? Yoksa basın ve yayının kolay ve verimli, duygu sömürülü bir haber kaynağı mıdır?



Bu soruları yanıtlamak gerekir. Yanıtlarını bilmek gerekir. Bilmek konusunda ise, Lord Kelvin şöyle diyor;

“Herhangi bir şeyi ölçebiliyor ve sayı ile ifade edebiliyorsanız, onu gerçekten biliyorsunuz demektir”.

Halk sağlığı disiplinine göre ise, bir konunun önemli olup olmadığı, onun bir halk sağlığı sorunu olup olmadığına bağlıdır. Bir sorunun halk sağlığı sorunu (önemli) olarak kabul edilmesi için ise, üç ölçüt vardır:

- Toplumda yaygınlık
- Ölüm ve sakatlık
- Ekonomik kayıp

Her iki yaklaşım açısından da, trafik kazaları konusundaki soruların yanıtlanabilmesi için her şeyden önce ölçülmesi gerekiyor.

Trafik kazalarının sıklığını (morbidite) ve ölümcüllüğünü (mortalite) ölçmek için, çeşitli ölçütler kullanılır. Bunlardan en çok bilinenleri şunlardır;

- Mutlak (kaba) sayılar,
- Birim zamandaki sıklık (yılda, günde, saatte vb.)
- Nüfusa göre sıklık (on bin/yüz bin nüfusta)
- Araç sayısına göre sıklık (on bin / yüz bin araçta)
- Kat edilen yol uzunluğuna göre sıklıktır (bir milyon taşıt kilometrede)

Bu ölçütlerden en duyarlı olanı, bir milyon taşıt kilometrede kaza, yaralı ve ölüm sıklığıdır. Trafik kazalarının zaman (dekat, yıl vb.) içindeki seyirini ve diğer ülkelerle kıyaslamasını yapmada en gerçekçi sonuçlar bu ölçüt ile elde edilir. Diğer bir anlatımla, bir ülkedeki trafik kazalarının gerçek boyutlarını bilebilmek ve doğru epidemiyolojik sonuçlar alabilmek için, bir milyon taşıt kilometreye standardize edilmiş ölçütlere gereksinim vardır. Buna karşılık, Türkiye’de daha çok diğer ölçütler kullanılmaktadır.

Trafik Kazalarının Sıklığı

Türkiye'deki, trafik kazaları verilerine bakıldığında; 1970-1979 yılları arasındaki on yılda (dekatta) 389546, 1980-1989 yılları arasında ise 720188 trafik kazası meydana gelmiştir. Bu iki on yılda meydana gelen kazaların toplamı 1109734'dür. Yapılan hesaplamalara göre; 1965 yılında her 36 dakikada bir trafik kazası olurken, 1985 yılında 8.3 dakikada, 1995 yılında ise her iki dakikada bir trafik kazası meydana gelmiştir. Bu verilerden de görüleceği üzere, olay toplumumuzda hem çok yaygın hem de her geçen yıl artma eğilimi gösteriyor (Bakınız Çizelge 10, 11, 12).

Çizelge 10: Trafik Kazaları ve Sonuçlarının Yıllara Göre Dağılımı (1970-1989 Türkiye)

Yıllar	Kaza Sayısı	Ölüm Sayısı	Yaralı Sayısı	Yıllar	Kaza Sayısı	Ölüm Sayısı	Yaralı Sayısı
1970	19 207	3 978	17 672	1980	39 960	4 100	23 816
1971	26 947	3 679	18 849	1981	40 023	4 327	27 711
1972	29 362	3 919	20 937	1982	46 264	4 832	35 489
1973	34 957	4 212	23 153	1983	55 256	5 200	43 888
1974	40 064	4 425	25 702	1984	60 705	5 684	49 234
1975	46 735	5 125	27 847	1985	63 473	5 477	49 058
1976	50 628	5 489	30 428	1986	92 468	7 278	71 445
1977	50 076	5 285	30 045	1987	110 207	7 661	80 456
1978	50 058	5 342	30 871	1988	107 651	6 846	79 174
1979	41 512	4 298	26 451	1989	104 181	6 355	80 311
Toplam	389 546	45 752	251 955	Toplam	720 188	57 760	540 582

20 yıl toplamı 1 109 734 103 512 792 537

Çizelge 11: Türkiye'de 2007 Yılında Görülen Trafik Kaza ve Sonuçları

Yıllar	Kaza Sayısı	Ölüm Sayısı	Yaralı Sayısı	Yıllar	Kaza Sayısı	Ölüm Sayısı	Yaralı Sayısı
1992	171 724	6 214	94 824	1994	233 803	5 942	104 717
1993	208 823	6 457	104 330	1995	279 663	6 004	114 319

Çizelge 12. Türkiye'de Trafik Kazalarının Birim Zamandaki Sıklığının Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	Günde	Saatte	Kaç Dakikada	Yıllar	Günde	Saatte	Kaç Dakikada
1965	40	1.7	36.0	1985	173	7.2	8.3
1970	52.6	2.9	27.3	1989	285	12.0	5.0
1975	128	5.3	11.3	1991	389	16.2	3.7
1980	109.5	4.6	13.0	1995	766	31.9	1.9

Daha duyarlı bir ölçüt olan, nüfusa göre sıklığa bakıldığında; Türkiye'de, 1970 yılında yaralanma ve ölüm olarak trafik kazasına uğrayanların oranı 100 000 / 42.5'tir (nüfus 51 milyon, ölü + yaralı = 21650). Bu oran 1985'de 91'e (nüfus 60 milyon, ölü + yaralı = 54535), 1995' de ise 182'ye (nüfus 66 milyon, ölü + yaralı = 120323) yükselmiştir. Ayrıca, bu sıklık hastalıkla değil, doğrudan ölüm ve yaralanma ile ilgili bir sıklıktır. Trafik kazalarındaki bu sıklık; Tifo, Paratifo, Dizanteri, Kızıl, Polio ve Viral hepatitis gibi enfeksiyonların her birinin yıllık sıklıklarından yüksek olduğu gibi, bunların hepsinin toplam sayılarından da yüksektir. Nitekim; 1992 yılında bildirim zorunlu 13 hastalıktan yapılan bildirimlerin toplamı 58289'dur. Aynı yıl, tek başına, trafik kazası sayısı 171724, bunlardan meydana gelen yaralanma ise 94 824'dür. Başka bir örnek; 1994 yılında tüm hastanelere yatan kanserlilerin sayısı 79740 iken, motorlu taşıt kazalarından yatanların sayısı 68186'dır.

Bu yaygınlık, ülke içi kıyaslamalarda görülebildiği gibi, diğer ülkelerle yapılan kıyaslamalarda da belirgin olarak görülüyor (Bakınız çizelge: 13, 14, 15, 16).

Çizelge 13: Çeşitli Ülkelerde Nüfus, Araç, Trafik Kazası, Ölüm ve Yaralanmalar (1995)

	Nüfus	Araç	Kaza	Ölü	Yaralı
Almanya	81000000	51000000	2220000	9700	530000
Avusturya	8 029700	3593588	38756	1210	50576
Belçika	10150000	4858720	54500	1640	75000
Çekoslovakya	10000000	4480000	156240	1470	35800
Cezayir	26600000	2300000	19075	3621	26768
Çin	1195800 000	27912571	255456	66105	148060
Danimarka	5215748	1940712	8375	585	9963
Fas	2659000	1250000	42300	3359	81750
Finlandiya	5098922	2151000	5876	470	7597
Fransa	58000000	33000000	132949	8412	181403
G. Afrika	40284634	5250000	435000	9443	118297
Hırvatistan	4996000	825852	62120	804	17679
Hollanda	15480842	5633000	42642	1334	50970
İrlanda	3580000	1200000	21500	450	9850
İspanya	39217591	1830000	64546	4663	93817
İsrail	5588000	1468000	21444	543	37560
İsveç	8837496	3953000	15626	572	21173
İsviçre	6950000	3130000	83400	715	28000
İtalya	57100000	35200000	150000	6500	210000
İzlanda	266786	133700	994	12	1435
Japonya	125568 504	66901502	760534	10679	922670
Kanada	7126276	4228182	168957	824	48685
Kore	44870448	8468901	248865	10323	331747
Lüksemburg	400000	256131	4978	73	1447
Macaristan	10262000	2687000	19926	1591	26012
Norveç	4369215	2441497	8921	304	11328
Tunus	8785354	575681	9901	1299	13119
Türkiye	61183000	6635938	279663	6004	114319
Umman	2151267	289240	11056	497	5954
Yugoslavya	10500000	1900000	13900	1517	17336

Kaynak: Trafik Kazaları Özeti. Karayolları Genel Müdürlüğü

Çizelge 14: Çeşitli Ülkelerde 10 000 Nüfusta Meydana Gelen Trafik Kazası, Ölüm ve Yaralanmalar (1995)

	Kaza	Ölü	Yaralı		Kaza	Ölü	Yaralı
Almanya	275.07	1.20	65.43	İsrail	38.38	0.97	67.22
Avustuya	48.27	1.51	62.99	İsveç	17.68	0.65	23.96
Belçika	53.69	1.62	73.89	İsviçre	120.0	1.03	40.29
Çekoslovakya	156.24	1.47	35.80	İtalya	26.27	1.14	36.78
Cezayir	7.17	1.36	10.05	İzlanda	37.26	0.45	53.79
Çin	2.14	0.55	1.24	Japonya	60.57	0.85	73.49
Danimarka	16.05	1.12	19.10	Kanada	237.09	1.16	68.32
Fas	15.91	1.26	23.22	Kore	55.48	2.30	73.93
Finlandiya	11.52	0.92	14.90	Lüksemburg	124.45	1.83	36.18
Fransa	22.92	1.45	31.48	Macaristan	19.42	1.55	25.35
G. Afrika C.	107.98	2.34	29.37	Norveç	20.42	0.70	25.93
Hırvatistan	124.34	1.61	35.39	Tunus	11.27	1.48	14.93
Hollanda	27.55	0.86	32.92	Türkiye	45.71	0.98	18.68
İrlanda	60.06	1.26	27.51	Umman	51.39	2.31	27.68
İspanya	16.46	1.19	23.92	Yugoslavya	13.24	1.44	16.51

Ölüm ve Yaralanmalar

Trafik kazalarında, genel olarak, olay anı ile takip eden 30 gün içinde meydana gelen ölümler, kazaya bağlı ölümler olarak kabul edilir. Ancak, bu tanımlama, ülkelere göre, olay anını izleyen yedi gün ile bir yıla kadar değişmektedir. Bundan ötürü de, ülkeler arasında sağlıklı bir karşılaştırma yapılamamaktadır.

Trafik kazalarından sonra, ölümlerin sıklığı,

- Kazanın şiddeti,
- Kişinin pozisyonu (sürücü, yolcu, yaya) ve özellikleri (genç, yaşlı, erkek, kadın),
- Pasif güvenlik önlemleri (aracın yapısı, kalitesi, hava yastığı bulunup bulunmaması vb.),
- Aktif güvenlik önlemleri (emniyet kemeri, başlık takıp takmama),
- Kurtarma ve ilk yardım hizmetlerinin süre ve niteliği,
- Tıbbi hizmetlere ulaşma süresi ve niteliği gibi faktörlerden etkilenmektedir.

Türkiye’de, 1970-1989 yılları arasındaki yirmi yılda, meydana gelen kazalarda 103512 kişi ölmüş, 792537 kişi de yaralanmıştır. Trafik kazalarından ölümlerin, tüm ölümler içindeki, payı sürekli yükselmekte ve çeşitli hesaplamalara göre; ilk 5.-8. sırada yer almaktadır.

Bir kıyaslama yapmak gerekir ise; 1992 yılında 13 bildirim zorunlu enfeksiyondan meydana gelen ölümlerin toplamı 166’dır. Buna karşılık, aynı yılda, tek başına trafik kazalarından hayatının kaybedenlerin sayısı 6214 yaralananların sayısı ise 94824’tür. Benzer şekilde, 1994 yılında hastanelerde meydana gelen kanser ölümlerinin toplamı 5077 iken, yine hastanelerde motorlu taşıt kazalarından ölenlerin sayısı 3186’dır. Bu kıyaslama diğer ülkelerle yapıldığında Türkiye’de hem mutlak sayılar açısından, hem de kazaların ağırlığı (kazalarda görülen ölüm ve yaralı sayısı) açısından iyi bir görüntü yoktur.

1973 yılında bir milyon/taşıtlık kilometrede 23 kişi ölmüş ve 117 kişi yaralanmıştır. Aynı yıl, gelişmiş ülkelerdeki bir milyon taşıtlık kilometredeki ölüm sayısı 7-8 dolayındadır. Aynı şekilde, 1995 verilerine bakıldığında da, Türkiye, trafik kazası ve sonuçları açısından, durumu iyi olan ülkeler arasında sayılmaz.

Çizelge 15: Çeşitli Ülkelerde 10 000 Trafik Kazasında Ölüm ve Yaralanmalar (1995)

	Ölü	Yaralı		Ölü	Yaralı
Almanya	44	2387	İsrail	253	17515
Avusturya	312	13050	İsveç	366	13550
Belçika	301	1762	İsviçre	86	3357
Çekoslovakya	94	2291	İtalya	433	14000
Cezayir	1898	14033	İzlanda	121	14437
Çin	2588	5796	Japonya	140	12132
Danimarka	899	11896	Kanada	49	2882
Fas	794	14508	Kore	415	13330
Finlandiya	800	12929	Lüksemburg	147	2907
Fransa	833	13645	Macaristan	798	13054
G. Afrika C.	217	2720	Norveç	341	12698
Hırvatistan	129	2846	Tunus	1312	13250
Hollanda	313	11953	Türkiye	215	4088
İrlanda	209	4581	Umman	450	5385
İspanya	722	14535	Yugoslavya	1091	12472

Kaynak, Trafik kazaları Özeti, karayolları Genel Müdürlüğü

Çizelge 16: Çeşitli Ülkelerde 100 000 Araçta Meydana Gelen Trafik Kazası, Ölüm ve Yaralanmalar (1995)

	Kaza	Ölü	Yaralı		Kaza	Ölü	Yaralı
Almanya	4353	19	1039	İsrail	1481	37	2559
Avusturya	1078	34	1407	İsveç	395	15	536
Belçika	1122	34	1544	İsviçre	2665	23	895
Çekoslovakya	3487	33	799	İtalya	426	19	507
Cezayir	829	157	1164	İzlanda	744	9	1073
Çin	884	229	512	Japonya	1137	16	1379
Danimarka	431	30	513	Kanada	3996	20	1151
Fas	3384	269	4940	Kore	2940	122	3917
Finlandiya	273	22	353	Lüksemburg	1944	29	585
Fransa	403	26	550	Macaristan	742	59	968
G. Afrika C.	8286	180	2253	Norveç	365	13	484
Hırvatistan	7521	97	2141	Tunus	1720	226	2279
Hollanda	757	24	905	Türkiye	4214	91	1722
İrlanda	1792	38	821	Umman	3822	172	2059
İspanya	3627	255	5127	Yugoslavya	732	80	912

Kaynak: Trafik kazaları Özeti, Karayolları Genel Müdürlüğü

Ekonomik Kayıplar

Trafik kazalarında ekonomik kayıplar,

- Maddi yıkım,
- Yaralananların tedavisi için yapılan tıbbi harcamalar,
- Kazaya karışanların işgünü kaybı ile sakatlananların işgücü kayıpları (prodüktivite kayıpları) toplamından oluşur.

Dolayısı ile ayrıntılı bir hesaplamayı gerektirir. Kayıtlar düzenli ve yeterli olmadığı için bu kayıpların tamamı yapılamamaktadır. Yalnızca maddi yıkımların miktarı, o da yaklaşık verilebilmektedir. Elde edilen bilgilere göre; 1993 yılında 2 trilyon 271 milyar, 1994 yılında 4 trilyon 791 milyar, 1995 yılında ise 9 trilyon 917 milyar maddi hasar meydana gelmiştir (1995 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesi 49 trilyondur).

Tüm bu verilerden görüleceği üzere, trafik kazalarının, gerek Türkiye’de ve gerekse dünyada, halk sağlığı ölçütlerinin her üçü açısından da büyük boyutlara sahip olduğu görülür. Başka bir deyişle trafik kazaları yalnızca önemli değil, aynı zamanda öncelikli bir halk sağlığı sorunudur.

Alınacak Önlemler ve Çözüm

Trafik, dolayısı ile de trafik kazaları; teknik (araç, yol, ulaştırma), hukuk, alt yapı, eğitim ve sağlık hizmetleri başta olmak üzere birçok konu ile ilgili ve çok yönlü bir konudur. Bu nedenle de, alınacak önlemlerin, aranacak çözümlerin de çok yönlü olması gerekir. Yalnızca polisiye ya da tek yönlü önlem ve çözümlerin başarısızlığa mahkum, en azından istenilen sonuçları vermeyeceği kesindir.



Alınacak önlemleri saptamak için, birincil ya da majör faktör nedir? Diğer faktörlerin öncelik sıraları nelerdir?

Bilinmesi gerekir.



Acaba esas faktör bozuk ve yetersiz olan yol şebekesi midir? İlk yardım yetersizliği midir? Yoksa araçlardaki emniyet düzenekleri mi yetersizdir?

Soruna sağlıklı bir çözüm üretebilmek, tüm bu soruların yanıtlanması ile olanaklıdır.

Bu soruları yanıtlayabilmek ve faktörleri öncelik sırasına dizebilmek için, tüm faktörlerin analizini yapacak, araştırmalara gereksinim vardır. Bu araştırmalar ise epidemiyolojik ilkelerin ışığında yapılabilir.

Bir konu/sorun, epidemiyolojik olarak ele alındığında;

- Etken (ajan),
- Kişi (host, duyarlı alıcı) ve
- Çevre yönünden incelenir ve analizleri yapılır.

Trafik kazalarında, etken (ajan) araçtır. Kişi ise; sürücü, yaya ve yolculardan oluşur. Çevre, başta yol olmak üzere, yöre (yer), zaman, iklim ve hava koşulları gibi tüm çevresel faktörlerden oluşur.

Etken / Ajan / Araç

Tekniğin gelişmesi ve motor gücünün artmasına koşut olarak, trafik kazalarında aracın rolü ve önemi her geçen gün artmaktadır.



Bundan ötürü, trafik kazalarında araç güvenliği en önemli faktörlerden birisidir.

İngiltere’de, derinlemesine, yapılan bir araştırmada trafik kazalarında araç kusurlarının payı % 8.5 olarak bulunmuştur. Buna karşılık, Türkiye’deki verilere bakıldığında, araçlara bağlı olarak meydana gelen trafik kazalarının, tüm kazalar içindeki, payı % 1 ile % 2 arasında değişmektedir. 1995 yılında oluşan 279663 trafik kazasından 2948’i (% 1.05’i) araç kusuruna bağlanmıştır. Bu durum doğru olamaz ve yanılıcıdır. Bu yanılmanın nedeni ise, kaza yerinde tutulan tutanakların şekli ve niteliğidir. Bu tutanaklar, önceden hazırlanmış (basılı) standart formlarla tutulmaktadır. Bu formlar düzenlenirken daha çok insan unsurunu ilgilendiren, insan hatalarını arayan sorulara yer verilmiştir. Tam bir epidemiyolojik değerlendirme yapmaya elverecek, araç ve çevreye ilişkin yeterli sayı ve nitelikte soru yoktur. Ayrıca, kaza sonrasında, araçlara ayrıntılı bir teknik inceleme yapılmadığı için, var olan, araca ilişkin sorular gerekli titizlikte yanıtlanamamaktadır. Tüm bu nedenlerle, araçların kazalardaki gerçek payı bilinememekte ya da trafik kazalarında araçların payının çok düşük olduğu gibi bir sonuç çıkmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde kurulan birtakım enstitülerin yaptığı araştırmalara göre; araç ile ilgili ve üzerinde durulması gereken başlıca faktörler ve bunlara karşı alınacak önlemler aşağıda özetlenmiştir.

Araç İçi Faktörler (Ergonomik Faktörler)

Sürücü Koltuğu: Araç sürücüsü ile aracın fizik ölçülerinin uyuşması ve araç kabininin ergonomik olması gerekir. Ulaştırma araçları genellikle gelişmiş ülkelerde projelendirilmekte ve bu projelerde o ülkelerin insanının antropometrik ölçüleri esas alınmaktadır. Bu araçlar, gelişmekte olan ülkeler insanı tarafından kullanıldığında uyumsuzluk ortaya çıkmakta, bu da kazaların artmasında çok önemli bir faktör olmaktadır.

Bunun tipik rneği Türkiye’de yaşanmıştır. 1950 yıllarında tarım hamlesi ile birlikte yurtdışından, özellikle ABD’den, bol miktarda traktör getirilmiştir. Traktör kazalarının beklenenin kat kat üstünde olduğu dikkatleri çekmiş ve konu üzerinde ayrıntılı bir gözlem yapıldığında görülmüş ve anlaşılmıştır ki; insanlar sürücü koltuğuna oturduklarında ayakları rahatça fren ve debriyaj pedallarına yetişmemektedir. Böyle olunca da, ani durma ve manevralarda ya süre kaybedilmekte ya da manevra yapılamayarak (anında durulamayarak) kaza yapılmaktadır.



Teknoloji, sürücü koltuklarını, hem yatay (ileri geri) hem de dikey (aşağı yukarı) hareket edebilir ve kişinin antropometrik ölçülerine göre ayarlanabilir hale sokarak, bu sorunu çözmüştür. Ancak, yerel araç üreticilerinin bu teknolojiyi kullanması gerekir. Türkiye’de üretilen araçların büyük çoğunluğunda, yalnızca yatay ayarlama yapılabilmektedir.

Görüş Rahatlığı ve Açısı: Eskiden araçların camları olabildiğince dar yapılırlar (camın daha dayanıksız malzeme olmasından olsa gerek) ve sürücüye çok kısıtlı bir görme alanı sağlardı. Zamanla, gözlem ve incelemeler onu göstermiştir ki; sürücüye görme alanı kısıtlılığı getiren her türlü engel, kazaların artmasına neden olmaktadır. Bunun üzerine, araba camlarının küçük olması uygulamasından vazgeçilmiş ve araçların, en azından sürücü kabininin çepeçevre cam olması uygulamasına geçilmiştir.

Sadece camların büyük olması da yetmez. Sürücü oturduğu yerden etrafının en rahat bir biçimde ve en geniş açı ile görebilmelidir. Başka bir anlatımla, sürücü araç koltuğunda otururken, oluşan kör noktalar en az olmalıdır. Aksi takdirde, sürücü çevresinde olup biteni fark edemez. Bu nedenle, cam yüksekliklerinin uygun olması (sürücü koltuklarının dikey hareketleri bu amaca da hizmet eder) ve camların üzerine herhangi bir şey (perde, jaluzi vb.) kapatılmaması gerekir. Ayrıca, iklim ya da yol koşullarına bağlı olarak, camların kirlenmesi durumunda, sileceklerin iyi bir temizleme yapması, buzlanmaya karşı da buz eritme düzeneğinin bulunması gerekir.

Kumanda Araçları ve Göstergelerin Düzeni: Kumanda araçları ile göstergelerin düzeninin uygun olması ve en rahat kullanıma ortam hazırlaması gerekir. Bir zamanlar, Türkiye’de çalışan dolmuşların vites kolları sürücünün arkasında idi. Sürücü vites kolunu el yordamı ile ararken, zaman kaybediyor ya da arkasına dönüp bakmak zorunda kalıyordu.

Araca ilişkin bilgiler (geri bildirim) veren, her türlü göstergenin yerleştirilme yeri sürücünün rahat görme alanı içinde olmalı ve seyir anında, kontrol etmek istediğinde, kör gidiş süresini olabildiğince kısaltmalıdır. Aynı şekilde, bu göstergeler anlaşılması/yorumlanması kolay olmalı ve intikal süresi uzamalarına neden olmamalıdır. Geri bildirim algılama, yorumlama ve verilecek yanıt süresi olabildiğince kısaltılmalıdır. Göstergeler, camlara yansıma yapmamalıdır. Özellikle gece yolculuğunda bu konu çok önemlidir. Ön cama yansıyan gösterge veya diğer ışık kaynakları, hem sürücüyü yorar hem de görmesinde kısıtlılıklar yapar.

Araç İçi Konfor: Araç içinde ısı, ses, titreşim gibi sürücünün konforunu bozan, yorulmasına ve dikkatinin dağılmasına neden olan olayların en aza indirilmesi gerekir. Bu dizeden olmak üzere; araç içi sıcaklığın 20 - 21 derece santigrat olması en optimal sıcaklıktır. Bu derecenin altına düşen ve üstüne çıkan sıcaklıklarda, sıcaklık değişimine koşut olarak, kaza sıklığı artmaktadır. Aynı şekilde, araç içinde gürültünün 80 desibeli titreşimin ise 130 desibeli geçmemesi gerekir. Gürültü ve titreşimin bu sınırları aşması halinde, artış düzeyine koşut olarak, kazaların sıklığı da artmaktadır.

Araç Hareket, Kontrol ve Diğer Düzenekleri ile İlgili Faktörler

Fren: Araçların freni olabildiğince kontrollü ve emniyetli bir duruş sağlamalıdır. Mekanik ve kazıklama tabiri ile ifade edilen frenler, sürücüye kontrollü bir durma olanağı sağlamamakta ve kazalara neden olmaktadır. Son zamanlarda gelişen teknoloji (ABS fren) bu sorunu önemli oranda çözmüştür. Sorun, üretilen araçların bu teknolojiye sahip olup olmaması şekline dönüşmüştür.

Lastikler: Olabildiğince kalın ve yer ile geniş bir temas yüzeyi sağlayacak nitelikte olmalıdır. lastiklerin patlaması olasılığında, yeterli bir güvenlik sağlamalıdır.

Kapı Kilitleri: Trafik kazalarından sonraki, ölüm ve yaralanmaların önemlice bir kısmı kapının açılması ve araç içindekilerin dışarıya fırlaması ile oluşmaktadır. Bu nedenle de, kapı kilitleri kendiliğinden asla açılmamalı; ancak istendiği zaman da çok kolayca açılabilir cinsten olmalıdır. Aksi takdirde, yangın ve suya batma gibi hallerde arabayı terk etme zamanını uzatarak, yanma ve boğulmalara neden olur.

Direksiyon Mil ve Simidi: Trafik kazanlarında, sürücü ölümlerinin en önemli nedeni direksiyon mil ve simidinin sürücünün göğsüne yaptığı travmadır. Bu nedenle, araçların direksiyon millerinin açısı, simit içindeki sonlanma noktası ve simidin yapısı çok önemli bir faktördür. Bunların, en az travma yapacak bir düzende olması gerekir (direksiyon simidi ile mil sonunun aynı düzlemde olması, kaza anındaki temas yüzeyini olabildiğince genişleterek göğse girmeleri önler)

Son zamanlarda, direksiyon simidi ortasına yerleştirilen ve kaza anında açılan hava yastıkları, bu ölüm ve yaralanmaları önemli oranda azaltmıştır. Ancak, maliyet hesapları nedeniyle, birçok araçta yoktur.

Camlar: Kaza sırasında, gerek sürücü ve gerekse, yolcularda yaralanmaların önemlice bir kısmı cam kırıkları ile oluşmaktadır. Bu nedenle de, camların yaralanmaya yol açmayacak nitelikte olması, yaralanmaları önemli oranda azaltmaktadır.

Türkiye’de, 1995 yılında, araç kusuruna bağlanan 2948 kazanın; % 40.8’inin lastik patlamasından, % 30.3’nün fren patlamasından, % 5.5’inin rot çıkmasından, % 4.8’inin ışık arızalarından ve % 3.1’lik kısmının da aks arızalarında ileri geldiği bildirilmiştir.

Araç Tipine İlişkin Faktörler

Araçlar, kendi içinde; iki tekerlekli, araba, kamyonet, kamyon, otobüs ve çekiciler olmak üzere çeşitli tiplere ayrılır. Bunların, hem kazaya neden olmak hem de sonuçları açısından önemli farklılıkları vardır.

Eldeki verilerden hareketle ve yaklaşık olarak; Türkiye’deki kazaların araç tipine göre dağılımı yapıp incelendiğinde, kazaya karışma açısından, birinci sırada otomobil (%50 - 55), sonra kamyon (%16) ve otobüs (%14) gelmektedir. Ancak, bu oranlar kaba oranlar olup, yanıltıcıdır. Esas incelemenin milyon taşıt kilometre bazına dayandırılması gerekir. Böyle bir inceleme yapıldığında, bu sıralamanın değişeceği kesindir.

Ölüm ve yaralanma açısından bir değerlendirme yapıldığında, birinci sırada kamyon (%30) daha sonra otomobil (%25) üçüncü sırada ise otobüs (%20) gelmektedir. Buradan da anlaşılacağı gibi, kamyonlar daha az kazaya katılsalar bile, kamyonlarla oluşan kazalar daha büyük yıkımlarla sonuçlanmakta, ölüm ve yaralanmalar kamyonlarla meydana gelen kazalarda daha çok görülmektedir.

Araç sahiplerine göre dağılım yapıldığında; gerek kazaya karışma açısından ve gerekse ölüm ve yaralanmaların sıklığı açısından % 60 ile ticari araçlar birinci sırada, % 30 ile özel araçlar ikinci sırada gelmektedir. Geri kalanları ise, kamu ve benzeri diğer araçlarla meydana gelmektedir. Ancak, bu rakamlarda, yukarıdaki gibi, kaba rakamlar olup daha ayrıntılı araştırmalara gereksinim vardır.

Araç ile ilgili genel önlemler şöyle sıralanabilir:

- Araçların ön ve arka koltuklarında emniyet kemeri bulundurulması; emniyet kemeri bulunması ve kullanılması durumunda, yaralanma ve ölümlerin her ikisinde de % 20’ye yakın bir azalma olmaktadır.
- Araçlarda sürekli ve düzenli teknik kontrol yapılması; sürücü tarafından her gün aracın kontrol edilmesi ve bu amaçla sürücülerin eğitilmesi, periyodik devlet kontrolü (muayene) yapılması araca bağlı kazaları önemli oranda azaltabilir. Bu amaçla, fenni muayene istasyonlarının araç, gereç ve personel yönünden yeterli hale getirilerek, bu muayenelerin bürokratik bir işlem olmaktan çıkarılarak, gerçek bir kontrol niteliğine kavuşturulması gerekir.

Kişi (Host / Duyarlı Alıcı)

Türkiye'deki verilere göre, kazaların % 96.97'si kişi kusurlarına dayanmaktadır. Kişi ise üç grupta değerlendirilir:

- Sürücü
- Yaya
- Yolcu

Bu grupların, kendi içinde, kazaya neden olan kişiye göre dağılımı yapıldığında, yine var olan verilere göre ve kaba rakamlarla, % 91.84 ile sürücüler birinci sırada, % 5.01 ile yayalar ikinci sırada yer almaktadır. Yolcuların payı ise % 0.12 gibi çok küçük bir düzeydedir. Buna karşılık; yaralamaların % 34.51'i ölümlerin ise % 35.2'si sürücülerde oluşmaktadır. Meydana gelen yaralanmaların % 47.46'sı, ölümlerin ise % 40'ı yolcularda görülmektedir. Yaralanmaların % 18.2'si, ölümlerin ise % 24.8'i yayalarda meydana gelmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere, kazalara neden olan kusurlu kişi açısından sürücülerin payı çok yüksek iken, yolcular en büyük yıkıma uğrayan gurup olmaktadır.

Sürücü

Trafik kazalarında, sürücülere ilişkin faktörler düşünüldüğünde, ilk akla gelenler, yanlış davranışlar, sağlık, psikolojik ve sosyal duruma ilişkin faktörlerdir.

Yanlış davranışlar: Sürücülerin, kazaya neden olan davranışları incelendiğinde, trafik kuralına uymamanın birinci sırada geldiği görülmektedir. Sürücülerin kazaya neden olan kusurları ve sürücü kusuruna bağlı kazalar içindeki oranları aşağıda görülmektedir.

Çizelge 17: İlk On Sırada Gelen Sürücü Kusurları Oranlarına Göre Sıralama (1995 Türkiye)

Sürücü Kusuru	Oran (%)	Sürücü Kusuru	Oran (%)
Arkadan çarpma	18.04	Hatalı dönüş	4.64
İlk geçiş hakkına uymama	12.04	Duran araca çarpma	2.84
Aşırı hız	8.68	Alkol	2.66
Hatalı sollama	8.67	Kırmızı ışıkta geçme	1.95
Şerit ihlali	5.24	Yorgunluk dalgınlık	1.52

Yukarıdaki çizelge 17'den de görüldüğü gibi, Türkiye'de, kazaya neden olan, sürücü kusurları içinde alkollü araç kullanmak, % 2.66 gibi,

düşük bir orana sahiptir. Oysa, bu oran diğer ülkelerde % 10 - 20 arasında değişmektedir. Türkiye'deki düşüklük kontrollerin yetersizliği ve tespitlerin yapılamaması ile ilgili olabilir.

Alkol çok çabuk kana geçerek serebellum üzerine etki etmek suretiyle dengeyi bozan, toleransı azaltan sert ve dik hareketler yol açan bir maddedir. Bu nedenle de, sürücünün kanında alkol düzeyi % 35 mgr'ın üzerine çıktığında, güvenli araç kullanımı ortadan kalkar. Bu kan düzeyine ulaşmak için; 300 cc bira, 60 cc rakı / viski almak yeterlidir (700 cc bira, 120 cc rakı veya viski alınması durumunda, kandaki alkol düzeyi yaklaşık % 50 mgr'a çıkar).

Alkol, hızlı emildiği gibi atılımı da hızlı olan bir maddedir. Ancak, bu atılım hızı kandaki düzeyine bağlıdır. Kandaki düzeyi yükseldikçe atılım hızı da yavaşlamaktadır. Özellikle % 50 mgr'ın üzerine çıkıldığında bu hız iyice düşmektedir (karaciğerin yıkma kapasitesinin çok üzerine çıktığı için). Bu düzeyin üstüne çıkmayan miktarlar için; kandaki alkol düzeyi saate % 15 mgr azalacak şekilde yıkılmaktadır. Sürücüler alkol aldıktan sonra, bu bilgilerin ışığında, kan düzeyleri direksiyon kullanmayı tehlikeli kılmayacak düzeye düşünceye kadar beklemeli ve yola öyle çıkmalıdır.

Yorgunluk ve uykusuzluk, reaksiyon zamanını uzatmakta, periferik dikkati ve görüş alanını daraltmaktadır. Bundan ötürü, trafik kazalarında önemli bir faktördür. Ancak, mevcut verilere göre, sürücü kusurları içinde yorgunluk ve uykusuzluk % 1.2 gibi çok küçük bir orana sahiptir. Oysa bu oranın, çok daha yüksek olması beklenir. Nitekim diğer ülkelerde bu oran % 10 - 14 arasında değişmektedir.

Türkiye'deki verilerin daha ayrıntılı bir incelemesi yapıldığında, yolcu ve yük taşıyan araçların karıştığı kazaların önemlice bir kısmının yola çıktıktan ilk 1-2 saat içinde olduğu görülmektedir. Bu durum, yeterince dinlenmeden yola çıkmaya ve kronik yorgunluğa bağlıdır. Kaba gözlemler, gerek yolcu otobüsü ve gerekse kamyon sürücülerinin, çok büyük bir kısmının, sigorta ve benzeri iş güvencelerinin olmadığı ve uzun mesafelerde tek başlarına seyahat etmek zorunda kaldıkları bilinmektedir. Buna karşılık, Karayolları Trafik Yönetmeliğine göre; ticari amaçla yolcu ve yük taşıyan sürücülerin, 24 saatlik süre içinde toplam 9 saat ve devamlı olarak 5 saatten daha uzun süre araç kullanmaları yasaktır. Beş saatlik devamlı araç kullandıktan sonra yarım saat dinlenmek ve bu dinlenme süresini araç dışında geçirmek zorunludur.

Direksiyon Kullanmaya Engel Hastalıklar ve Sağlık Durumu: Karayolları ve Trafik Yasası ve Trafik Tüzüğü'ne göre; epilepsi, koroner ve nefrolojik yetmezlik, akciğer Tbc, ağır diyabet, asteni, miyopati, paralizi, toksikomani, psikoz, her iki gözde görmenin 9/10'dan daha az olması, renk körlüğü ve sağırılık sürücü olmaya engel hal ve hastalıklar olarak sayılmıştır.

Psikososyal Durum: Yapılan araştırmalar bazı kişilerin psikolojik durumları nedeniyle daha çok kaza yaptıkları ya da kazaya eğilimli kişiler olduğunu göstermektedir. Bunlar reaksiyon zamanları uzun, telaşlı ve aşırı heyecanlı kişilerdir. Bunların kol ve bacak protezleri olan kişilerden bile daha fazla kaza yaptıkları bilinmektedir. Bu durum eğitimle de giderilememektedir. Bu nedenle ne kadar iyi eğitilsenler iyi bir sürücü olamazlar.

İnsanlar kendi yaşam türlerine uygun olarak direksiyon kullanmaktadır. Bu nedenle de insanların, sosyal statüsü ve yaşantısı, trafik kazalarında çok önemli bir faktördür.

Örneğin gelişmiş ülkelerin verilerinde aile geçimsizliği, bekarlık (aile sorumluluğu olmaması ve hızlı yaşama) gibi durumlar kazalarda önemli bir yer edinmektedir. Türkiye'deki verilerden bu konularla ilgili sonuçlar elde edilememektedir. Ancak, yapılan bazı araştırmalarda bu faktörün önemli olduğu; ancak gelişmiş ülkelerle ters bir sonucun varlığı görülmektedir. Türkiye'de trafik kazalarına karışanlar arasında, evli ve çok çocuklular (aile sorumluluğu yüksek olanlar) daha üst sıralarda yer almaktadır. Bu durum, bekâr ve dulların daha ağır sürücülük koşullarına (sigortasız çalışma ve yorucu uzun yolculuklar gibi) katlanmadıkları, buna karşılık aile geçimini sağlamak zorunda olanların daha zor koşullarla şoförlük yapmalarına bağlı olabilir.



Beslenme ve Fizyolojik Durum : Beslenmenin kişinin sağlığı ve kişinin davranışı ile reaksiyon zamanına genel etkileri bir yana, kan şekeri % 60 mgr'ın altına düştüğü zaman kişi kontrolünü kaybeder. Bu nedenle de, trafik kazalarında, kişilerin beslenmesi önemli bir faktör olabilir. Ancak, şeker regülasyonu normal olan kişilerde kan şekeri düzeyi hiç bir zaman % 70 mgr'ın altına düşmez ve açlığın neden olduğu kaza bildirilmemektedir.

Ağır trafik koşulları kişilerin fizyolojik durumunu etkilemekte ve hafif trafik koşullarından ağıra doğru gittikçe kişinin nabız sayısı ve

kan basıncı, EKG'de patolojik bulgu sıklığı artmaktadır. Bu bulgulara, bir de daha önce var olan patolojik durumun eklenmesi halinde kaza yapma riski artabilir. Aynı şekilde, yaşlandıkça psikomotor yeteneklerin yavaşladığı ve kaza riskinin arttığı bilinmektedir.

Yaş ve Cinsiyet: Türkiye'de, kazaların % 93 gibi büyük bir oranında, erkek sürücüler sorumludur. Ancak, bu oran çok kaba bir ölçüttür ve kesin bir fikir vermez. Standardize ölçülere göre (milyon taşıt kilometrede ölüm ve yaralanma) değerlendirme yapmak gerekir. Gelişmiş ülkelerde yapılan, daha ayrıntılı, çalışmaların sonuçlarına göre, erkek cinsiyette kaza yapma riski daha yüksek bulunmaktadır. Kadın sürücüler, az hız yapma, temkinli ve sakin olma gibi nedenlerle, daha az kaza yapmaktadır.

Sürücülerin kaza yapmasında yaş çok önemli bir faktör olmaktadır. Türkiye'de trafik kazasında ölen ya da yaralanan sürücülerin yaş guruplarına dağılımı aşağıdaki çizelgede görülmektedir.

Aşağıdaki çizelgeden de görüldüğü gibi, birinci sırada (21-30) yaş grubu gelmektedir. Buradan da çıkarılacağı gibi, acemilik deneyimsizlik sürücü kazalarında önemli bir faktör olarak görünmektedir. Ancak; bunlar kaba rakamlar olup, standardize edilmiş hızların elde edilmesine gereksinim vardır. Nitekim, (21-30) yaş gurubunda daha ayrıntılı bir inceleme yapıldığında; bu guruptaki kazalarda (25-30) yaş gurubunun daha ağırlıkta olduğu görülmektedir. Bunların (25-30), sürücülüğe yeni başlayan guruptan (21-24), daha fazla trafik kazası yapması, olayda yalnızca acemiliğin değil, diğer faktörlerin de önemli olduğunu göstermektedir (yeni başlayanlar/acemiler daha dikkatli direksiyon kullanırken, ben artık bu işi öğrendim diyen az deneyimli grubun daha az dikkatli davranması bir faktör olabilir).

İkinci sırada (31-40) yaş gurubu gelmekte ve yaş ilerlemesine koşut olarak sayılar azalmaktadır. Altmış yaşından sonra, psikomotor işlevlerdeki kayıplar nedeniyle, trafik kazalarında tekrar bir artış olması beklenir. Ancak, yukarıdaki verilerde bu artış görülememektedir.

Çizelge 18: Trafik Kazalarında Ölen ve Yaralanan Sürücülerin Yaş Gruplarına Dağılımı (1995, Türkiye)

	7-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	60 +	Bilinmeyen	Toplam
Adet	57	132	575	625	394	157	82	93	2115
Ölen %	2.7	6.2	27.2	29.6	18.6	7.4	3.9	4.4	100
Adet Yaralanan	1112	3672	12526	11519	6096	1966	830	1735	39456
%	2.8	9.3	31.7	29.12	15.5	5.0	2.1	4.4	100
Adet Toplam	1169	3804	13101	12144	6490	2123	912	1828	4157
%	2.8	9.2	31.51	29.2	15.6	5.1	2.2	4.4	100

Tüm bu veriler birlikte değerlendirildiğinde; sürücülük teknik bilgi, beceri ve deneyim istemesi yanında, beden ve ruh sağlığını da gerektiren bir iştir. Salt bir geçim kapısı ya da günlük uğraş değildir. Bu nedenle de, sürücü olacak insanların özellikle de profesyonel sürücülerin bazı koşullara sahip olması gerekir. Bu konuda alınabilecek genel önlemler şöyle sıralanabilir:

- İlk tıbbi muayene özenle yapılmalı ve periyodik olarak yinelenmelidir. Bir zamanlar yapıldığı gibi, tek hekim muayenesine indirgemek ya da bürokratik bir işlem haline döndürmek kesinlikle yanlıştır. Hekimler sürücü muayeneleri konusunda eğitilmeli, sürücü muayenesinin salt göz muayenesi olmadığı, tam bir fizik muayene olduğu konusunda bilinçlendirilmelidir.
- Direksiyon kullanmaya engel bir hastalığı olanlar ile alkol ve ilaç alışkanlığı (toksikoman) olanların araç kullanmaları kesinlikle önlenmelidir.
- Kitle ulaştırma ve yük taşımacılığında görev yapacak sürücülerin, güvenle çalışabilecekleri, günlük çalışma süresi, ücret, sosyal güvenlik ve iş güvencesi gibi iş ortamlarında çalışmalarını sağlanmalıdır. Bu gibi sürücülerin 30 ve daha üzeri yaş grubundan seçilmesine özen gösterilmelidir (on senelik sürücülük deneyimi istenmesi gibi).
- Sürekli meslek içi eğitim ve denetimler yapılmalı. Sık sık kazaya neden olanların sürücü belgesi iptal yoluna gidilmelidir.

Yayalar

Trafik kazasına karışan yayalar, yaya kusurları açısından incelendiğinde, birinci sırada yola aniden çıkmak, ikinci sırada ilk geçiş hakkına uymamak üçüncü sırada ise taşıtların önünden ya da arkasından aniden çıkmak gelmektedir Diğer kusurlu davranışlar bunları izlemektedir. Yayaların kazaya karışmalarına neden olan kusurlu davranışları ve bunların genel içindeki oranları şöyledir:

- Yola birden çıkmak: % 43,77
- İlk geçiş hakkına uymamak: % 27.65
- Taşıtların önünden ya da arkasından aniden çıkmak: % 7.10
- Yolda oynama : % 5.46
- Kırmızı ışıkta geçmek: % 1.71
- Sarhoşluk: % 1.29
- Diğer (hastalık, sakatlık ve taşıta asılmak gibi): % 12.9

Çizelge 19: Trafik Kazalarında Ölen ve Yaralanan Yayaların Yaş Gruplarına Dağılımı (1995, Türkiye)

	1-6	7-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	60 +	Bilinmeyen	Toplam
Adet	239	283	56	78	110	99	115	255	252	1487
Ölen %	16.1	19.0	3.8	5.2	7.4	6.7	7.7	17.2	17.0	100
Adet	2606	4969	1646	2293	1851	1624	1489	2386	1738	20602
Yaralanan %	12.7	24.1	8.0	11.1	9.0	7.9	7.2	11.6	8.4	100
Adet	2845	5254	1702	2371	1961	1723	1604	2641	1990	22089
Toplam %	12.9	23.8	7.7	10.73	8.9	7.8	7.3	12.0	9.0	100

Çizelge 19'da görüldüğü gibi, yayalar içindeki kaza ve yaralanmalarda (7 - 15) yaş gurubu birinci sırada gelmekte ve en yüksek risk gurubunu oluşturmaktadır. Bunu (1- 6) yaş grubu ikinci sırada, 60 + yaş gurubu ise üçüncü sırada izlemektedir. Yayalarda, yaş açısından, en büyük gurup temel eğitim gurubu ve okul öncesi gruptan oluşmaktadır. Bu nedenle de evler de ve temel eğitimde trafik eğitimi verilmesi yararlı olacaktır. Altmış yaşından sonraki artış, yaşlılardaki psikomotor işlevlerin azalması ile ilgili olup, bunlara hem eğitim verilmesi hem de sinyalizasyon ve benzeri düzeneklerde uygun düzenlemeler yapılması gerekir.

Yolcular

Türkiye’de, yolcuların kazaya neden olma payı oldukça küçük oranlardadır. Yolcuların başlıca kusurları ise; açık yük üstünde yolculuk (% 22.87), habersiz ya da taşıt durmadan inmek ve binmek (% 22.28), taşıtan sarkmak (% 6.11) hasta ve sarhoş olmak (% 3.15) şeklinde sıralanmaktadır. Ayrıca, sürücünün dikkatini dağıtma, araç içinde dolaşma gibi diğer bazı kusurların da trafik kazalarına neden olduğu bilinmektedir. Bunların hemen tamamı eğitimle ilgili konulardır. Ayrıca, yük üstünde yolculuk etmek gibi konularda, resmi kuruluşların denetimlerinin de önemli bir yeri vardır.

Çevre Faktörleri

Yol

Türkiye’deki verilerde, kaza nedenleri arasında, yol ve çevrenin payı çok küçük görünmektedir. Bunun çok daha yüksek oranlarda olması gerekir. Nitekim İngiltere’de yapılan bir çalışmada, kazaya neden olma açısından, çevre faktörlerinin payı % 28 olarak bulunmuştur. Yolların genişliği, yüzey kaplamasının niteliği, işaretlemeler, virajlar, görüş alanı ve yol etrafı yapılar gibi birçok faktörün trafik kazaları ile ilgili olduğu bilinmektedir. Türkiye’deki yollar değerlendirildiğinde, büyük ilerlemelere karşın, durumun çok iyi olduğunu söylemek olanaksızdır. Ancak, trafik kaza tutanaklarında bu konulara yeterince özen gösterilmemesi ya da ayrıntılı epidemiyolojik çalışmalar yapılmaması nedeni ile yolların kazalardaki gerçek payı bilinmemektedir.

Araçların ulaşmış olduğu güç ve hız düzeyi ve çağımızın gerektirdiği ulaştırma yoğunluğu ile yollar arasındaki uyumsuzluk, trafik kazalarındaki en önemli nedenlerin başında gelmektedir. Ulaştırmada esas amaç, çağın gerektirdiği hızı ya da yoğunluğu sınırlamak değil, bu hıza uygun alt yapıyı oluşturmaktır. Bu yapı oluşturulamadığı zaman, geçici bir önlem olarak, hız sınırlamasına gidilmektedir. Bu dizeden olmak üzere; yolların sahip olması gereken asgari özellikler şöyle sıralanabilir:

- Tek yön için genişliğin en az 3.60 metre olması,
- Yoğunluğa göre, yolların tek yönlü olması,
- Yol kaplamasının düzgün ve kaliteli olması,
- Kavşakların iyi düzenlenmiş olması ve geçişlerin ışık ya da görevli aracılığı ile düzenlenmesi,
- Yol bakım ve işaretlemeleri düzenli olması.

- Uygun aralıklarla, park ve dinlenme alanları bulunması,
- Yol koşullarına göre hız limitleri konması ve uyulmasını sağlamak ereğiyle kontroller yapılmalıdır.

Yöre (Yer)

Türkiye’de oluşan trafik kazalarının şehir içi ve şehir dışı yollarda oluşuna göre dağılımı yapıldığında; kazaların (% 86.63) ve yaralanmaların (% 62) büyük çoğunluğunun şehir içinde, buna karşılık ölümlerin çoğunluğunun (51.16) şehir dışında meydana geldiği görülmektedir. Buradan, şehirlerarası yollarda oluşan kazaların çok daha ölümcül olduğu anlaşılmaktadır.

Çizelge 20: Türkiye’de Kazaların Oluş Yerlerine Göre Dağılımı (1995)

	Şehir İçi		Şehir Dışı		Toplam	
	Adet	%	Adet	%	Adet	%
Ölü	2 932	48.83	3 072	51.16	6 004	100
Yaralı	70 882	62.00	43 437	38.00	114.319	100
Kaza	24 2281	86.63	37 382	13.36	279 663	100

Yollarda bazı yerler vardır ki; kaygan zemin (buzlanma, killi toprak, samanla kirlenme vb.), görme alanının kısıtlı olması, serap olayı, keskin viraj ve benzeri nedenlerle buralarda çok sık kaza yineler. Bu gibi yerlere kaza rezervuarı denir. Kaza rezervuarlarının saptanarak, o yerin kaza rezervuarı olmasına neden olan faktörün yok edilmesi gerekir.

Zaman

Kazalarda zaman çok önemli bir faktördür. Kazalara karşı alınacak önlemleri saptamak için, zaman dağılımlarının yapılarak bilinmesi gerekir. Bu amaçla, kazaların dekatlara, yıllara, mevsimlere, aylara, haftalara, günlere ve günlerin saatlerine dağılımı yapılır, yapılmalıdır. Türkiye’de, kaza ve sonuçlarının aylara dağılımı aşağıdaki çizelgede görülmektedir.

Çizelge 21: Türkiye’de Trafik Kazalarının Aylara Göre Dağılımı (1995)

Aylar	Ölü		Yaralı		Kaza	
	Adet	%	Adet	%	Adet	%
Ocak	364	6.06	7102	6.21	21359	7.63
Şubat	281	4.68	5293	4.63	18652	6.66
Mart	456	7.59	8796	7.69	23068	8.24
Nisan	377	6.27	7585	6.63	21112	7.54
Mayıs	561	9.34	11107	9.71	21974	7.85
Haziran	537	8.94	10050	8.79	22167	7.92
Temmuz	673	11.20	12199	10.67	23923	8.55
Ağustos	647	10.77	12244	10.71	23059	8.24
Eylül	597	9.94	11308	9.89	24363	8.71
Ekim	577	9.61	10594	9.26	26523	9.48
Kasım	446	7.42	9365	8.19	26631	9.52
Aralık	488	8.12	8676	7.58	26832	9.59
Toplam	6004	100	114319	100	279663	100

Çizelge 21’de görüldüğü gibi, kazalar ve sonuçları, temmuzdan başlayarak, yaz aylarında biraz artmaktadır. Ancak, bu artışın trafik yoğunluğundaki artıştan ileri geldiği bilinmektedir. Aylar arasında gerçek bir farklılığın olup olmadığı ancak standardize edilmiş ölçülerle bilinebilir.

Aynı şekilde, kazaların haftanın günlerine dağılımı incelendiğinde, haftanın günleri arasında genellikle farklılık olmadığı; ancak kaza sıklığının hafta sonu ve hafta başlarında biraz yükseldiği görülmektedir.

Günün saatlerine göre kazalar incelendiğinde sabah 7 - 9, öğleden sonra 16 - 17 arası kaza sıklığı açısından en riskli saatlerdir. Gece 02 - 04 saatleri arası ise, ölüm riskinin en yüksek olduğu saatleri oluşturmaktadır.

Genel Önlemler

İhbar

Gerek Türkiye’de ve gerekse dünyada kayıtlara geçen trafik kazalarının, gerçek sayılardan çok az olduğu bilinmektedir. Oysa gerçek bir değerlendirme tüm olguların bilinmesine dayanır. Bu nedenle, trafik kazalarında hafif ağır ayırdı yapılmaksızın, tüm kazaların ihbar edilmesi gereklidir. Ayrıca, trafik kazaları sırasında tutulan, kaza tutanak-

larının bugünkü insan unsurunu önceleyen yapısı değiştirilerek, kazada neden olabilecek tüm faktörleri içeren ve epidemiyolojik inceleme yapmaya uygun bir yapıya kavuşturulması gerekir.

Araştırmalar

Mevcut kayıt ve bilgiler yeterli düzeye ulaşmaya dek, epidemiyolojik yöntemlerle özel araştırmalar yapılarak, kazalara etki eden gerçek faktörler bulunmalıdır.

Sorumlu Tek Kuruluş

Günümüzde trafik olayı ile ilgilenen ya da görev ve sorumlu olan kuruluşun sayısı çok fazladır (İç İşleri, Bayındırlık, Adalet, Sağlık Bakanlıkları vb.). Bu, aynı zamanda sahipsizlik demektir. Bu nedenle de konusunun tüm boyutları ile ilgilenen ayrı bir örgütün kurulmasında yarar vardır.

Ülke Koşullarına Uygun Ulaştırma Sistemi Kurulması

Bu önlemlerin hepsinden daha da önemlisi; yanlış ulaştırma politikasının bir an önce terk edilmesi gerekir. Eldeki veriler göre, 1993 yılında, yolcu taşımacılığının % 94.25'i karayolu, % 4'ü demiryolu, % 1'i deniz yolu, %0 8'i ise hava yolu ile gerçekleşmiştir. Yük taşımacılığında da durum benzerdir. Günümüzde bu durumun değiştiğine ya da değiştirileceğine ilişkin belirtiler yoktur. Oysa Türkiye üç yanı denizlerle kaplı bir ülkedir. Bu potansiyelden yararlanılmamaktadır. Aynı şekilde, karayoluna göre daha ekonomik ve daha az kaza riski olan demiryollarının geliştirilmesi için yeterli gayret sarf edilmemektedir.

İş Kazaları

Tanımı ve Önemi

Klasik bilgi kaynakları ile Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre kaza; " insanların, planlanmamış ve beklenmedik bir olay nedeni ile bedence ve maddi olarak zarara uğramasıdır" buradan hareketle, iş kazası, bir işyerinde plansız ve beklenmedik bir olay olması nedeniyle orada çalışanların bedence veya maddi olarak, işyerinin ise maddi olarak zarara uğraması olarak tanımlanabilir.

Dünyada iş kazası tanımına daha çok işverenin hukuksal sorumluluğu ve işçinin sosyal güvenliği, başka bir anlatımla kaza geçiren işçinin sosyal güvenlik kurumundan alacağı tazminat açısından yaklaşmaktadır. Bu nedenle de iş kazası hemen hemen tüm ülkelerde ilgili hukuksal düzenlemelerle tanımlanmış olup bu tanım ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Bazı ülkelerde; işçinin işyerinde bulunduğu sırada mey-

dana gelen her türlü kaza iş kazası olarak kabul edilmektedir. Buna karşılık diğer bazı ülkelerde herhangi bir işyerinde meydana gelen ve can ya da mal kaybı ile sonuçlanan bir olgu ya da olayın iş kazası olarak nitelenebilmesi o olgu ve olayın, işin yürütümü sırasında ve işin yürütümü ile ilgili olarak meydana gelmesi gerekir.

Türkiye iş kazası tanımı ve kapsamı geniş tutulan ülkeler arasındadır. Başka bir anlatımla işçinin işyerinde iken geçirdiği her türlü kaza (işin yürütümü ile ilgili olmasa bile) iş kazası sayılmaktadır.

İş kazasını bilimsel ve epidemiyolojik bir yaklaşımla tanımlamak gerekir ise, iş kazası; bir işyerinde bilinen neden ve ihmallerin son halkası olarak meydana gelen, can ve mal kaybı ile sonuçlanan olgu ve olaylardır. Bunlar daha önce alınacak önlemler ile, yani nedenler ve ihmaller zincirini ortadan kaldırarak önlenbilir. Herhangi bir işyerinde önceden ortadan kaldırılacak kaza neden ya da nedenleri bunlara bağlı kazaları ortadan kaldırır.

Aşağıda verilen sayılardan da anlaşılacağı üzere, gerek dünyada ve gerekse Türkiye’de iş kazaları önemli ve öncelikle bir halk sağlığı sorunudur. Çünkü iş kazaları çalışanların sağlığını hem yaralanma ve sakatlanma hem de ölüm açısından önemli sayılarda etkileyen bir sorundur..

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) verilerine göre dünyada 2,8 milyar çalışan vardır ve bunlarda her yıl 270 milyon iş kazası yaşanmakta, 160 milyon meslek hastalığı meydana gelmektedir. Her yıl iş kazası ve meslek hastalıkları nedeniyle 2,2 milyon işçi hayatını kaybetmektedir.

Çizelge 22: İngiltere, ABD ve Türkiye’de İş Kazası Sayı ve Sıklıkları

Ülke	Çalışan sayısı (milyon)	Kaza sayısı	Sıklık hızı (binde)	Ölüm sayısı	Mortalite hızı (yüz binde)	Fatalite hızı (binde)
İngiltere	25	200 000	8	700	2.8	3.5
ABD	117.4	1 800 000	16	10 500	9	5.8
Türkiye (1998)	5.5	91 895	17	1094	20	12

Her ne kadar 35-40 yıllık dönemde iş kazası sıklığında hızlı bir azalma var ise de Türkiye’de iş kazası sonucu meydana gelen ölümler diğer ülkelere göre çok daha yüksektir ve Türkiye iş kazalarının sık görüldüğü ülkeler arasında yer almaktadır. SSK kayıtlarına göre yaklaşık 2000 yılında işçi sayısı 5254125’tir. Aynı yıl iş kazası sayısı 74847, meslek hastalığı sayısı 803, iş kazası ya da meslek hastalığı nedeni ile sürekli iş

göremezlik sayısı 1818, ölüm sayısı 1173, toplam geçici iş göremezlik süresi 1697695 gün, hastanede geçirilen süre 46075 gündür.

Sosyal güvenlik kurumunun 2008 yılı verilerine göre, Türkiye’de 1.170.248 işyeri faaliyet göstermekte ve buralarda 8802989 kişi çalışmaktadır. Aynı yıl 72963 iş kazası meydana gelmiş 539 meslek hastalığı bildirilmiştir. İş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle kaybedilen iş günü sayısı 1.865.115’tir. Bu sayıların yalnızca sigortaya kayıtlı işçileri kapsadığı ve sigortasız işçilerin uğradığı kaza sayı ve sonuçlarını içermediği göz önüne alındığında olayın boyutu daha da büyükmektedir.

Çizelge 23: Türkiye de İş Kazalarının Yıllara Göre Dağılımı (1985-2000).

Yıl	Morbidite %	Mortalite %00	Fetalite %0
1985	5.70	3.36	5.89
1986	5.39	3.94	7.29
1987	5.54	2.91	5.24
1988	5.50	3.70	6.72
1989	4.91	3.52	7.16
1990	4.55	3.75	8.22
1991	3.65	3.30	9.04
1992	3.71	4.17	11.22
1993	2.78	2.68	9.61
1994	2.36	2.63	11.10
1995	2.13	1.92	8.99
1996	2.01	2.96	14.71
1997	2.06	2.67	12.93
1998	1.75	2.06	11.76
1999	1.58	2.33	14.72
2000	1.43	1.39	9.67

Kazaların insan sağlığı açısından önemi; olay nedeniyle meydana gelen yaralanmanın türü ile ilgilidir. İş kazaların büyük bir bölümü herhangi yaralanma olmaksızın veya hafif yaralanmalarla sonlanır. Buna karşılık bazılarında ise ciddi yaralanma, sakatlık ve hatta ölüm meydana gelir.

İş kazaları sağlık kayıplarının (yaralanma, sakatlanma, ölüm) boyutu açısından çok önemli olduğu gibi, neden olduğu ekonomik kayıplar açısından da önemlidir. Kaza sonucunda makine, hammadde, mamul

madde kayıpları, bir süre üretimin durması da iş gücü kaybı ve kaza geçiren kişilerin tedavisi gibi nedenlerle hem işletmeler açısından hem de ülke ekonomisi açısından önemli boyutlarda ekonomik kayıplara neden olur.

İş Kazası Türleri

İş kazaları, başta meydana geldiği iş türüne, oluş şekline, sonuçlarına göre olmak üzere birçok şekilde sınıflandırılmaktadır.

Örneğin iş türü açısından iş kazaları; Madencilik, inşaat, ulaşım, metal eşya imali, dokuma sanayi, metal endüstrisi, nakil araçları imali, makine imal ve tamirati ağaç işleri, ulaştırma, tarım, taş-toprak kum işleri, büro vb. şekline sınıflandırılır. Aşağıdaki çizelgeden de görüldüğü gibi bunlardan inşaat, metal eşya üretimi ve madencilik iş kazası açısından en riskli olan iş kollarıdır.

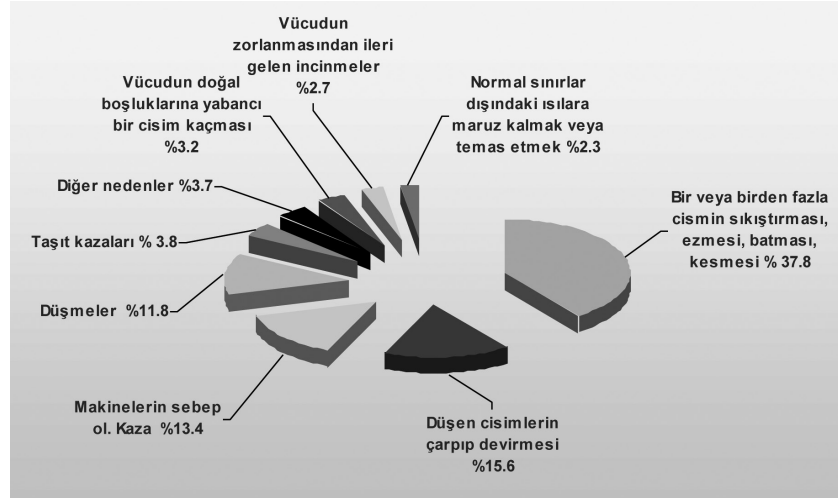


Çizelge 24:Türkiye’de İş Kazalarının Meydana Geldiği İş Türüne Göre Dağılımı (2001)

İş Türü	Kaza sayısı	%
İnşaat	8459	11.6
Metal Eşya Üretimi	8409	11.6
Kömür Madenciliği	7104	9.8
Dokuma Sanayisi	6235	8.6
Metal endüstrisi	4895	6.7
Ulaştırma Araçları İmali	4145	5.7
Makine İmal ve Tamirati	3918	5.5
Nakliye	3908	5.5
Taş, Toprak, Kil, Kum İşleri	3685	5.1
Gıda Maddeleri Üretimi	2945	4.1
Diğer	18664	25.8
Toplam	72 367	100.0

Kazanın oluş şekline göre sınıflandırmasına ilişkin bir grafik aşağıda görülmektedir. Bu grafikten de görüleceği üzere Türkiye’de ise, bir veya birden fazla cismin sıkıştırması, düşen bir cismin çarpması, maki-neye bağlı olaylar ve düşme en sık rastlanan kaza şekilleridir.

Şekil 24. 2003 Yılı SSK İstatistiklerine Göre İş Kazalarının Kaza Tiplerine Göre Dağılımı



Çizelge 25: Türkiye'de İş Kazalarının Sonuçları (1998)

Yaralanma türü	Kaza sayısı	%
Yüzeysel sıyrıklar	34010	37.0
Yırtık ve yaralar	32143	34.9
Burkulma ve incinmeler	7308	7.9
Kırıklar	5764	6.2
Yanıklar	4399	4.8
Yabancı cisim batması	3972	4.4
Kafa travması	2453	2.7
Diğer yaralanmalar	1846	2.1
Toplam	91895	100.0

Yukarıdaki çizelge 25'de görüldüğü gibi, Türkiye'de iş kazaları sonucunda en sık oluşan yaralanma türü kesik ve eziklerdir. Diğer yaralanma türleri olarak da yabancı cisim batması, kırık, çıkık ve yanık gibi yaralanmalar sayılabilir.

İş Kazalarından Korunma İlkeleri

İş kazalarından korunmanın, teknik, sağlık, hukuk, eğitim ve ekonomik boyutları vardır. İş kazalarında olayın önlenmesi, başka bir söylemle risk yönetimi ağırlıklı olarak teknik bir konudur. Kazadan sonra ise, yani kriz yönetiminde insanın sağlığı ve sağlık hizmetleri ön plana çıkar ve bu daha çok sağlık hizmetlerinin konusudur. Tüm bunları topluma ve insanlığa mal etmek açısından eğitim boyutu, gerekli har-

camaları karşılamak açısından ekonomik boyutu ve nihayet bütün bunların ilişkilerini düzenlemek açısından olayın hukuki boyutu vardır. İş kazalarından korunmada tüm bu boyutların göz önünde bulundurulması gerekir.

Kazaları önlemede kazaya neden olan olgu ve olayların incelenerek, bu olgu ve olayın oluşmasına neden olan etmenlerin yok edilmesi ve bu tür kazaların bir daha tekrar etmemesinin sağlanması çok önemlidir. Bu inceleme epidemiyolojik ilkelere dayalı, tüm üretim sistemini makine, insan (işçi / çalışan), çevre ve yönetim bir bütün olarak gözetenele alan bir inceleme olmak zorundadır.

makineye ilişkin olarak; yetersiz standardizasyon, eksik veya etkisiz koruyucu, makine ve ekipmanın hatalı yerleştirilmesi, yetersiz kontrol ve mühendislik hizmetleri kaza oluşması açısından önemli etmenlerdir.

İnsana ilişkin olarak; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, alışkanlıklar, yorgunluk, deneyim, sağlık durumu gibi özellikler kaza oluşması açısından önemli etmenlerdir. İş kazalarının önlenmesi / azaltılması için çalışanların bu özelliklerinin / çalışanlara ilişkin bu etmenlerin kazaya olanak vermeyecek şekilde olumlu hale getirilmesi gerekir. Örneğin eğitim düzeyinin yükseltilmesi, işe ilişkin bilgi ve becerinin artırılması, genel ve mesleki aşırı yorgunluğa neden olunmaması gibi önlemler iş kazalarını önlemek açısından önemlidir.

Çalışanların işe giriş muayeneleri ile periyodik muayenelerinin eksiksiz ve gereğince yapılması hem iş kazaları hem de meslek hastalıkları açısından çok önemlidir.

İşe giriş muayenesinde görme, işitme gibi duyu organları işlevlerinin düzeyi ile diyabet, hipertansiyon vb. hastalık durumlarının saptanarak kaza riskinin yüksek olduğu işlerde çalıştırılmaması kazaların önlenmesi açısından çok önemlidir.

Periyodik kontrol muayenelerinde, özellikle riskli işlerde çalışan işçilerin duyu organları işlevleri ve genel sağlık sorunu olanların tedavisi gerekenlerin daha az riskli işlere kaydırılması iş kazalarını önlemek / azaltmak açısından çok önemlidir.

İşçilerin çalıştığı işe ilişkin bilgi ve becerilerini artırıcı eğitim, iş kazalarını azaltmak / önlemek açısından çok önemlidir. Başlangıçta iş deneyimi olmayanların yeterli süre ve etkili bir uyum eğitiminden geçirilmesi kazaları büyük ölçüde azaltmaktadır. Kişilerin "sakarlık" /

“kazaya yatkın” olması organik ya da psikolojik bir sorun olmaktan daha çok kişinin duyu organlarının işlevi, eğitimi, işe uyumu, ortamın ergonomisi ile ilgili olduğu bilinmektedir.

Çağdaş yaklaşıma göre; iş kazanlarının önlenmesinde kişisel etmenlerden daha çok çevrede yapılacak düzenlemeler daha etkili ve önemlidir. Uygun olmayan çalışma yöntemi ve uygun olmayan çalışma ortamı iş kazalarında esas nedenlerdir. Başka bir anlatımla, çevrenin kazaya olanak vermeyecek şekilde düzenlenmesi olanaklıdır. Örneğin makinelelerin, araçların ve işyeri ortamının güvenli olması, yeterli bir aydınlatılma, sıcaklığın yani işyerinin termal konforunun iyi olması, fazla gürültü olmaması çevresel düzenlemenin örneklerinden bazılarıdır.

Çağdaş yaklaşımın iş kazaları açısından önem verdiği diğer bir konu da işyeri yönetimidir. Yetersiz organizasyon, uygun olmayan rehberlik ve yönetim iş kazaları açısından son derece önemlidir.

Tüm bu bilgilerden hareketle iş kazalarından korunma ve iş kazalarının önlenmesinde; 1.Güvenli Bir İşyeri, 2- Güvenli Tesis, Makine, Alet, 3- Güvenli Hammadde, Malzeme, 4- Uygun İşyeri Ortamı, 5- Uygun Koruyucu Malzeme, 6- Uygun Personel Seçimi, 7- Gözetim, Denetim ve 8- Eğitim ve Yol Gösterme başlıca önlemlerdir.

İş Kazalarının Hukuksal Boyutu

İş kazası işyerindeki güvenlik önlemlerinin yetersizliği sonucu oluşmaktadır. Buna karşılık yasalara göre işyerindeki güvenlik önlemlerinin alınması işveren sorumluluğudur. Bu nedenle de gerekli güvenlik önlemlerinin alınmamış olmasından ve oluşan kazada meydana gelen kayıpların karşılanmasından işveren sorumludur. vardır. İşverenler bu kayıpları karşılamak üzere, çalışanları iş kazasına karşı sigorta ettirirler. Böylece kaza geçiren bir işçi, hem yaralanma nedeni ile gereken bakım ve tedavi olanaklarından yararlanır, hem de kaza, işçinin çalışma gücünde azalma ile sonuçlanmış ve işgöremezliğe yol açmışsa, işgücündeki kayıpla orantılı olarak işgöremezlik tazminatına hak kazanır.

Özet

Genel kaynaklarda kazalar için belirsizlik ve kaçınılmazlığı çağrıştıran tanımlar verilmektedir. Oysaki kazalar bilinen etmen ve ihmaller zincirinin son halkası olup, önceden alınacak önlemler ve ya da giderilecek etmenler sonunda önlenabilir.

Gerek dünyada ve gerekse Türkiye’de kazalar önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Kazaları azaltma ve önlemenin yolu kazaların epidemiyolojik esaslara dayalı ve bilimsel analizler yapılmasına bağlıdır.

Tüm kaza türlerinde (ev, trafik, iş) kazanın oluşmasında rol oynayan etmenler çevre, insan, araç-gereç-makine ve yönetim başlıkları altında toplanabilir. Dolayısı ile kazalara karşı alınacak önlemlerin de bu başlıklar altında toplamak olanaklıdır.





Gözden Geçir

- Genelde kaza özelde ev, trafik ve iş kazaları nasıl tanımlanmaktadır bu iki tanım arasındaki farkın önemi nedir?
- Kazaların dünyada ve Türkiye’de insan sağlığı açısından önemi nedir?
- Kazaların incelenmesinde epidemiyolojinin rolü nedir?
- Kazaları önlemede çevrenin başlıca rolü nedir?
- Kazaları önlemede insana ilişkin hangi etmenler üzerinde durulur?
- Kazaları önlemede hukukun ve yönetimi yeri nedir?
- Ev kazalarını azaltmak için alınması gereken genel önlemler nelerdir?
- Trafik kazalarını azaltmak için alınması gereken genel önlemler nelerdir?
- İş kazalarını azaltmak için alınması gereken genel önlemler nelerdir?
- Ev kazalarını önlemek konutlar ile ilgili alınması gereken önlemler nelerdir?
- Trafik kazalarını azaltmak için araç ile ilgili önlemler nelerdir?
- İş kazalarını azaltmak için alınması gereken genel önlemler nelerdir?
- İş kazalarını azaltmak için alınması gereken iş yeri ile ilgili önlemler nelerdir?

Değerlendirme Soruları



1. Aşağıda sayılanlardan hangisi bir ev kazası türü değildir?
 - a. Düşme
 - b. Elektrik çarpması
 - c. Zehirlenme
 - d. Traktör altında kalma
 - e. Yanma
2. Ev kazalarına karşı alınacak önlemler aşağıda sayılmıştır. Bunlardan hangisi yanlıştır.
 - a. Evin tabanı kaymayı önleyecek özellikte olmalıdır.
 - b. Evin havalanması uygun ve yeterli olmalıdır.
 - c. Evde ve eklerinde uygun bir aydınlanma sağlanmalıdır.
 - d. Evlerde /binalarda yangın söndürücü bulunmalıdır.
 - e. Evde kazalara müdahale için koruyucu elbise bulundurulmalıdır.
3. Aşağıdakilerden hangisi trafik kazalarının, önemli bir halk sağlığı sorunu olmasını belirleyen özelliklerden biri değildir?
 - a. Çok yaygındır
 - b. Ekonomik kayıplara neden olur
 - c. Yöneticilerce önemsemektedir
 - d. Ölümlere neden olmaktadır
 - e. Sakatlık ve yaralanmalara neden olur.
4. Trafik kazalarının epidemiyolojik değerlendirmesinde ajan hangisidir?
 - a. Sürücü
 - b. Yol yüzeyi
 - c. Ulaştırma politikası
 - d. Yolcu
 - e. Araç

5. Trafik kazalarının epidemiyolojik incelenmesinde hangisi çevre ile ilgili faktördür?
- Araç
 - Sürücü
 - Mevsim
 - Yaya
 - Lastikler
6. Çevresel faktörlere bağlı olarak risk yaratan ve sık sık kaza olan yerlere ne ad verilir?
- Kaza rezervuarı
 - Kaza etkeni
 - Kaza yeri
 - Kazalarda host
 - Kaza çevresi
7. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
- Trafik için ayrılmış arazi şeritlerine karayolu denir.
 - Havayolu kazaları trafik kazaları içinde değerlendirilmez.
 - Önceden bilinmeyen, beklenmeyen, aniden oluşan ve can mal kaybıyla sonuçlanan olaylara kaza denir.
 - Araçların ve insanların karayolu üzerindeki hal ve hareketlerine trafik denir.
 - Önceden bulunabilen, bilinebilen faktör ve ihmaller sonunda oluşan, can mal kaybı ile sonuçlanan olaylara kaza denir.

8. Türkiye'de sıklık açısından hangi iş kazası türü ilk sırada yer almaktadır?
- İnşaat
 - Metal Eşya Üretimi
 - Kömür Madenciliği
 - Dokuma Sanayi
 - Metal endüstrisi



Kaynaklar

Güler Ç,Çobanoğlu Z.: Kazalar ve Önlenmesi, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1994.

Akdur R.: Toplumsal Açıdan Trafik Kazaları (Halk Sağlığı, ANTIP AŞ Yayınları 1998 içinde), Ankara 1998.

Kılıç B, Meseri R., Sönmez Y., Ergör A., Kaynak C., Demiral Y. : Ev Kazaları ve Etkileyen Etmenler, Halk sağlığı Kongresi.

Demiray N.: Ev Kazaları, [http // freecenter.divided.com/ family.caner](http://freecenter.divided.com/family.caner)

Kaynaklar (en sona gidecek)

Artar A.: Karayolu Taşımacılığında Verimlilik ve Performans Ölçümü, MPM Yayınları:449, Ankara, 1991

Akdur R.: Toplumsal Açıdan Trafik kazaları, Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni, yıl:2 sayı:19, Ankara, 1977 s:23- 33

Baykan N., Sungur C.: Ülkemizde Trafik kazalarının Epidemiyolojik Faktörleri, Ankara ÜTF Dergisi, cilt: XXVIII sayı: I-II Ankara, 1975

Çoygun G., Turunç A.,Turan A.P., Pazarcık O.: Demiryolu ve Havayolu Taşımacılığında Verimlilik, MPM Yayınları:348, Ankara, 1986

DİE : Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri 1991, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1992

Emniyet Genel Müdürlüğü: 1995 Trafik İstatistik Yıllığı, Emniyet Genel Müdürlüğü Basımevi, Ankara, 1995

Karayolları Genel Müdürlüğü: Trafik kazaları Özeti, Bakım Dairesi Başkanlığı Trafik Şube Müdürlüğü, Ankara, 1995

Motorlu Taşıtl Sürücülerile İlgili Kanunlar, Motorlu Taşıtl Sürücülerile Kursları Birliğı Derneğı Yayınları no: 6, Ankara, 1989

Motorlu Taşıtl Sürücülerile İlgili Tüzük ve Yönetmelikler, Motorlu Taşıtl Sürücülerile Kursları Birliğı Derneğı Yayınları no:7, Ankara, 1989

Motorlu Taşıtl Sürücülerile İlgili Yönerge ve Genelgeler, Motorlu Taşıtl Sürücülerile Kursları Birliğı Derneğı Yayınları no:10, Ankara, 1989

Sağlık Bakanlığı.: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışmaları, yayın no:555, Ankara,1993

Sağlık Bakanlığı.: Sağlık İstatistikleri 1995, Ankara, 1996

WHO: Human Factors in Road Accidents, EURO 0147, Copenhagen, 1968

WHO: The Epidemiology of Road Traffic Accidents, European series no:2,
Copenhagen, 1976

WHO: Road Traffic Accident Statistics, EURO Reports and Studies 19.
Copenhagen, 1979

WHO: The Epidemiology of Accident Traumas and Resultin Disabilities,
EURO Reports and Studies 57, Copenhagen, 1982

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar

Afetler

Yrd. Doç. Dr. M. Esin Ocaktan

13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Afetle İlgili Tanımlar
- Afetlerin Önemi
- Afet Türleri
- Afet Dönemleri
 - › Sessiz Dönem
 - › Alarm Dönemi
 - › İzolasyon Dönemi
 - › Dış Yardım Dönemi
 - › Rehabilitasyon Dönemi
- Afet Yönetimi
- Afetlerde Korunma
- Afetlerde Sağlık Hizmetleri
- Afetlerde Risk Grupları
- Hastane Afet Planları
 - › Hastane Afet Planında Yer Alması Gereken Veriler
 - › Hastanelerde Olay Sırasında En Öncelikli Konular
 - › Hastane Afet Planlarında Mutlaka Yer Alması Gereken Başlıklar
 - › Türkiye’de Afetler ile İlgili Yasal Düzenlemeler ve Kurumlar

Ünite Hakkında

- Bu ünite de afet in tanımı, halk sağlığı açısından önemi, dünyada ve Türkiye’de durumu ele alınacaktır.
- Afetlerin türleri hakkında bilgiler edinilecektir.
- Afetin dönemleri ve her bir dönemde yürütülecek çalışmalar ile birincil, ikincil ve üçüncül korunma önlemleri öğrenilecektir.
- Afetlerde sağlık sektörünün rolü ve sağlık hizmetleri kapsamına giren konulara yer verilecektir.
- Afetlerde risk grupları ve önceliklerine değinilecektir.
- Hastane afet planlarının önemi ve kapsamı ele alınacaktır.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda;

- Afet tanımını, öğelerini ve türlerini öğrenmiş olacaksınız.
- Afetin dünya ve Türkiye açısından önemini kavramış olacaksınız.
- Afetin dönemleri ve her dönemde alınacak önlemler hakkında bilgi edineceksiniz.
- Afetlerde sağlık hizmetleri kapsamına giren konuları öğreneceksiniz.
- Afetlerde risk grupları ve önemini kavrayacaksınız.
- Hastane afet planlarının önemini ve genel olarak kapsamını öğreneceksiniz.

Üniteyi Çalışırken



- Sıklıkla gündemde yer alan afet niteliğindeki olayları ve ortaya çıkardığı güçlükleri anımsayınız.
- Afeti diğer acil olaylardan ayırt ettirici öğeleri kavrayınız.
- Afetlerde zararı azaltmak için yapılması gereken çalışmalar üzerinde düşününüz.
- Afetlerin dönemlerine göre alınacak önlemleri ve sağlık sektörünün görevlerini sesli olarak ifade ediniz.
- Hastane afet planlarında hangi bilgilerin yer alması gerektiğini sıralayınız.

Afetle İlgili Tanımlar



Afet, ani, büyük hasarlı, ilgili toplumun çözüm kapasitesini aşan, dış yardım gereksinimi doğuran, can ve mal kaybıyla sonuçlanan olağan dışı durumlardır (Akdur R. Afetler ve Afetlere karşı alınacak önlemler. Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993).

Acil durum, ani, beklenmeyen, büyük hasarlı, yerel olanak ve çabalarla mevcut sistem içinde çözülebilir olaylardır.

Bu iki tanımdan anlaşılacağı gibi, afetin acil durumdan temel farkı; ortaya çıkan zararın boyutu ile ilgili olarak, o toplumun baş etme kapasitesinin aşılması, dış yardıma gereksinim duyulmasıdır.



Afeti oluşturan öğeler, büyük miktarda can ve mal kaybı ile sonuçlanması, toplumun olağan yaşam düzeninin bozulması, toplumun yanıt verme ve uyum kapasitesinin aşılması, dış yardıma gereksinim duyulması durumlarıdır (Akdur R. Afetler ve Afetlere karşı alınacak önlemler. Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993).

Dış yardım, olayın olduğu yerdeki toplum biriminin kendi olanakları ile baş edemeyerek herhangi bir dış kaynaktan, komşu birimden, merkezi hükümetten ve uluslararası düzeyden yardıma gereksinim duyması demektir (Akdur R. Afetler ve Afetlere karşı alınacak önlemler. Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993).

Olayın boyutu ne olursa olsun bir birimin olanakları yetersiz kaldığında da o olay o birim için afettir. Dolayısıyla yanıt kapasitesi ve hazırlık düzeyi afet olarak yaşanacak olayları sayısal olarak etkiler. Olaylar karşısında bilgili ve hazırlıklı toplumlarda panik ve şok daha az yaşanır ve daha az zararlar atlatılır.

Zarar görme eğilimini etkileyen topluma ve bireye ait etmenler vardır. Bu etmenler aşağıdaki gibi sıralanabilir;

Topluma ait etmenler	Sağlık hizmetleri düzeyi Toplumun bilgi ve beceri düzeyi Ekonomik durum Mevcut olanaklar Kentleşme durumu Yerleşim ve yapıların özelliği Çevresel faktörler
Bireye ait etmenler	Yaş Cinsiyet Hastalık Özürlülük (Yurdakök K. Afet ve Afetlerden Korunma, Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001,S:91-99).

Afetlerin Önemi

Afetler tüm dünyada yaygınlığı, önemli ölçüde ölüm, yaralanma, sakatlık ve mal kaybına neden olması, özellikle gelişmekte olan ülkeleri olumsuz etkileyen ekonomik kayıplara yol açması, ortaya çıkan ilk zararın ardından, bulaşıcı hastalıklar, göç, ruhsal hastalıklar, malnutrisyon gibi ikincil ve rutin sağlık hizmetinin bozulmasına bağlı zararlara yol açması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Akdur R. Afetlere karşı sağlık hizmeti senaryoları yazma: Deprem Örneği. Eryılmaz, Dizer, Afet Tıbbı, I. Cilt, Ünsal yayınları, Ankara 2005).

Türkiye topoğrafik yapısı, iklim özellikleri, jeolojik özellikleri nedeniyle doğal afetleri sıkça yaşayan bir ülkedir. 1900'lerin başından günümüze 120.000'i aşkın insan ölmüş, 250.000'i aşkın insan ağır yaralanmış ve sakat kalmış, binlerce insan evsiz kalmış, çok sayıda araç ve malzeme yitirilmiştir. Her yıl Gayrisafi Milli Hasıla'nın % 2-3'ü afetin yol açtığı zararların yerine konması için harcanmaktadır.

Türkiye'de en sık görülen afet depreme bağlı olanlardır. Topraklarımızın % 91'i deprem bölgesindedir (Akdur R. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001, s:1-61).



Deprem; Tuz gölü ve Akdeniz arası dışında her yerde, sel; tüm bölgelerde, heyelan; ağırlıklı olarak Doğu Anadolu, Doğu Akdeniz ve Karadeniz'de, kaya düşmesi; Orta Anadolu'nun bazı kısımlarında, çığ düşmesi; Doğu Anadolu'nun bazı kısımlarında ortaya çıkmaktadır (Cengiz Kaya K, Oğuzhan T. İnsani Yardımda Minimum Standartlar Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001s:163-177). Her türden afeti sık yaşayan bir ülke olarak en hazırlıklı ve bilinçli olması gereken ülkelerden biriyiz. Ancak özellikle 1999 Marmara depreminde böyle olmadığı görülmüştür, bu büyük deprem afete yönelik çalışmaların hız kazandığı bir dönüm noktası olmuştur.

Çizelge 26. 1900'den Günümüze 1000'den Fazla Ölümle Sonuçlanan Depremler

Tarih	Yer	Büyükölük	Ölüm
24.04.1903	Malazgirt	6.7	2626
06.05.1930	Hakkari sınırı	7.2	2514
26.12.1939	Erzincan	7.9	32968
20.12.1942	Tokat-Niksar-Erbaa	7.0	3032
26.11.1943	Tosya-Ladik-Samsun	7.2	2824
01.02.1944	Bolu-Gerede	7.2	3959
19.08.1966	Varto	6.9	2396
28.03.1973	Gediz	7.3	1089
06.09.1975	Lice	6.9	2385
24.11.1976	Çaldıran-Muradiye	7.5	3840
30.10.1983	Erzurum-Kars	7.1	1336
17.08.1999	Marmara	7.4	18000

(Akdur R. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001, s:1-61)

Dünyanın çeşitli yerlerinden her gün gelen afet haberleri günümüzde bile insanoğlunun yetersiz kaldığını ve yeterli organize olunamadığını göstermektedir. Bu amaçla DSÖ, surveyans ve erken uyarı sistemlerini, ulusal ve uluslararası düzeyde koordinasyonu, salgın hastalıklar, su kalitesi, kimyasal tehditler, kronik hastalıkların yönetimi ve ruh sağlığı gibi kritik önem taşıyan halk sağlığı konularında rehberlik sağlanmasını, olağan sağlık hizmetlerinin sürdürülmesini ve tıbbi malzeme sağlama zincirinin kurulmasını öngörmektedir (Gögen S. Afetler ve afete müdahalede asgari sağlık standartları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004:3(12):296-306).

Afet Türleri

Doğal Afetler: Doğal olayların tetiklemesiyle oluşur.

- Taşküre hareketlerine bağlı afetler: Deprem, heyelan, volkanik patlama.
- Suküre hareketlerine bağlı afetler: Sel, çığ.
- Gazküre hareketlerine bağlı afetler: Kasırga, tayfun, hortum.
- Süreğen afetler: Kuraklık, kıtlık, çölleşme.

Yapay Afetler: İnsan eylemleri sonucu oluşur.

- İstemli yapay afetler: Savaşlar, sabotajlar, kitlesel göçler.
- İstemsiz yapay afetler: Endüstriyel kazalar, nükleer kazalar, büyük kazalar (Akdur R. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001, s: 1-61).

Afet Dönemleri

Afete karşı alınacak önlemler ve yürütülecek çalışmalar için afeti dönemlerine ayırarak her bir dönemde nelerin yapılması gerektiğini incelemek yararlı olacaktır. Afetin bu beş farklı dönemi aşağıda sıralanmıştır:

Sessiz Dönem

Afetin görülmediği dönem ya da aynı türden iki afetin ortaya çıkması arasındaki süredir. Türkiye’de ortalama on bir ayda bir yıkımlı, aletsel büyüklüğü 5,5 ve üzerinde deprem olmaktadır. Sessiz dönem on bir aydır. Yaklaşık olarak 5-10 yılda bir hafif şiddette (10’lu sayıda ölüm), 50 yılda bir orta şiddette(100’lü sayıda ölüm), 100-200 yılda bir ağır şiddette (1000’li sayıda ölüm) deprem olmaktadır. Şiddet ortaya çıkan hasarın derecesini ifade etmektedir. Aletsel büyüklük aynı olsa bile ortaya çıkan hasar (ölü, yaralı sayısı vb.) çevre, binalar, zemin gibi koşullara bağlı değişebilir.



Örneğin 1999 yılında 7,4 aletsel büyüklükteki deprem Türkiye’de 18000 ölüme neden olurken buna yakın tarihlerde 7,4 aletsel büyüklükteki bir deprem Mexico City’de 4 kişinin ölümüyle sonuçlanmıştır. Buna göre aynı büyüklükteki deprem, Türkiye için çok şiddetli iken, Mexico City için şiddetli değildir (Akdur R. Afetler ve Afetlere karşı alınacak önlemler. Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993, Akdur R. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001,S:1-61).

Afetlerde risk yönetimi ve kriz yönetiminde etkili yanıt için en iyi adımlar sessiz dönemde atılır, bu dönem geleceği belli, ancak ne zaman geleceği belirsiz afetlere karşı değerlendirilmesi gereken bir fırsattır. Sessiz dönemde yapılması gerekenler şunlardır:

- Sektörlerin örgütlenmesi,
- Planlama,
- Alarm sistemi kurma,
- Toplumun eğitimi,
- Yasal düzenlemeler,
- Altyapının güçlendirilmesi.

Alarm Dönemi

Afet olmasından önce ortalama iki saat ile beş gün arasındaki süredir. Haber alma, değerlendirme, zarar tahminleri, sektörlerin ve toplumun haberdar edilerek alarma geçmesi, tahliyeler, hazırlık planlarının gözden geçirilmesi, ilgili personelin izinlerinin kaldırılması gibi uygulamaları içerir. Ne yazık ki tüm afet türleri için böyle bir alarm döneminden söz etmek olası değildir.



Ancak sel, kasırga gibi doğal afetlere karşı meteorolojinin uyarıları, depremin tetiklediği bir tsunaminin öngörülmesi, savaş gibi yapay afetlerde ikaz sistemlerinin devreye girmesi alarm durumu için verilebilecek örneklerdir.

İzolasyon Dönemi

Afetin ilk anlarından başlayarak şok ve izolasyonun atlatıldığı zamana kadar geçen ve genellikle 3-72 saat süren dönemdir. Bu dönemde yapılanlar şunlardır:

- Kurtarma, ilk yardım,
- Etkilenen bölgeler, etkilenen kişi sayısı ve hasar tahmini, tespiti için bilgi alma,
- Organize olma.

Dış Yardım Dönemi

Genellikle üç gün ile üç ay arasında süren, olanakların yetersizliğinin fark edilerek dış yardımların kabul edildiği dönemdir. Dış yardım döneminde bu yardımlarla gerçekleşen işler çok çeşitli olabilir.

Örneğin kurtarma, ilkyardım, triaj, ayakta tedavi, yatarak tedavi, sevklerin gerçekleştirilmesi yanı sıra su temini, beslenme, barınma, giyinme, ısınma, aydınlanma gibi afetzedelerin gereksinimlerinin belirlenerek karşılanması bu konular arasındadır.



Rehabilitasyon Dönemi

Geçici yerleşimlerin tamamlanmasından afet öncesi düzene dönene kadar geçen süredir. Genellikle üç yıl ile üç ay arasında sürer. Çok büyük yıkımlı afetlerde ekonomik durumla da ilgili olarak on yıllarca sürebilir. Aşağıdaki çalışmaları kapsar;

- Altyapı ve yerleşim yerlerinin yeniden inşası,
- Ekonominin canlandırılması,
- Bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal rehabilitasyonu,
- İş ve okul gibi olanakların yeniden sağlanması çalışmalarını kapsar (Akdur R. Afetler ve Afetlere karşı alınacak önlemler. Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993, Akdur R. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001,S:1-61).

Önemle vurgulanması gereken nokta, altyapı çalışmalarının tamamlanmasının uzun zaman alacağı ve bireyin sağlığını ilgilendiren konuların ve sağlık sektörünün hizmetlerinin altyapı çalışmalarının tamamlanmasını beklememesi gerektiğidir

Afet Yönetimi



Afet sonucunu doğuracak olayların önlenmesi veya zararlarının azaltılmasına yönelik ve afet öncesinde, afet sırasında ve sonrasında yapılması gereken çalışmaların, planlanması ve uygulanması için toplumun tüm kaynaklarını ve kurumlarını sürece katarak yönetilmesi işi **afet yönetimidir**.

Afet yönetimi eskiden yalnızca kriz yönetimi olarak algılanırken, günümüzde risk yönetimi ve kriz yönetiminin bir arada afet yönetimini sağlayacağı görülmüştür (Disaster risk management, working concept. <http://www.gtz.de>).



Risk yönetimi; tehlikelerin belirlenmesi, ortaya çıkma olasılıklarının ve risk altındaki topluma etkisinin tahmin edilmesi, riski azaltabilecek önlemlerin belirlenmesi ve tehlikeleri azaltacak adımların atılmasıdır (Saçaklıoğlu F. Sarıkaya Ö. Olağandışı Durumlarla İlgili Temel Kavramlar. Karababa A.O. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri -Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002, s:11-20)

Dolayısıyla afet yönetiminin iki amacından birincisi; afete neden olabilecek riskleri belirlemek ve önlemek, ikincisi afetin zararlarını azaltmaktır. Biraz daha ayrıntılandırmak gerekirse;

Risk Yönetimi

- Afet tehlikesi ve riski belirleme,
- Toplumun bilgilendirme,
- Yasal ve idari yapıyı oturtma,
- Araştırma geliştirme çalışmaları,
- Ulusal strateji saptama,
- Önleyici ve zarar azaltıcı mühendislik uygulamaları,
- Hazırlık çalışmaları (plan, eğitim, tatbikat) ve benzeri konulardan oluşur.

Kriz yönetimi

- Afet boyutunu doğru değerlendirme,
- Öncelikleri doğru sıralama,
- Kaynakları doğru değerlendirme,

- Kaynakları doğru kullanma,
- Dış yardımları organize etme,
- Toplum ve medyayla sağlıklı iletişim sağlama gibi kriz sonrası duyulan gerekliliklerdir (Disaster risk management, working concept. <http://www.gtz.de>, Özkul B, Karaman E. Doğal Afetler için Risk Yönetimi. TMMOB Afet Sempozyumu, s:251-60, Saçaklıoğlu F. Sarıkaya Ö. Olağandışı Durumlarla İlgili Temel Kavramlar. Karababa A.O. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002, s. 11-20).

Afetlerde Korunma

Halk sağlığı ile ilgili uygulamalar afetin tıbbi ve ekonomik yönden olumsuz sonuçlarını önemli ölçüde azaltır. Birincil, ikincil ve üçüncül korunma ilkeleri uygulanmalıdır (Akdur R. Afetler ve Afetlere karşı alınacak önlemler. Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993, Güler Ç, Çobanoğlu Z. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:39 Afetlerde Çevre Sağlığı Önlemleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara 1997, Dedeoğlu N. Depremlerde Sağlık Hizmetleri, TTB).

Birincil Korunma

Mutlaka sektörler arası yaklaşım gerektirir. Bu çerçevede yapılan çalışmalar şunlardır:

- Çevresel etki değerlendirme,
- Risk değerlendirme,
- Doğru fizik planlama,
- Güvenceli binalar,
- Olası bir afete karşı hazırlık çalışmaları,
- Birim, kurum, sektör, il ve ülke planları (özellikle hastane afet planları),
- Afet hallerinde kullanılacak donanımın hazır tutulması,
- Afet planındaki rollerin iyi tanımlanması,
- Hizmet içi eğitimler,
- Toplum eğitimleri.

İkincil Korunma

Afet zararlarının azaltılması çalışmalarıdır. Etkili bir yanıt sağlamak için önceden iyi bir afet planı hazırlanmış olması gereklidir:

- Erken tespit,
- Hızlı harekete geçme,
- Afet sonrası zarar ve hastalıklara karşı önlem alma,
- Toplum eğitimi.

Üçüncül Korunma

Rehabilitasyon çalışmaları ve afet öncesi düzene dönüşü sağlamak için yürütülen tüm çalışmalardır.

Afetlerde Sağlık Hizmetleri

Afetlerin can kaybı, yaralanma, sakatlanma gibi sonuçları nedeniyle öncelikle sağlık sektörü akla gelir ve en büyük rolün sağlık sektörüne ait olduğu düşünülür. Sağlık sektörünün rolü elbette önemlidir, ancak alanına giren zamanda ve durumda koruyucu ve düzeltici çalışmaları gerçekleştirebilir.



Örneğin afet sırasında olan ölümleri, gecikmiş kurtarmaya bağlı ölümleri, tıbbın yetersiz kaldığı ya da yöredeki olanakların yetersiz kaldığı ölümleri önleyemez.

Afete bağlı ölümlerin çoğu afete bağlı ve ilk 1-2 saat içinde oluşur. Bu noktada görülmektedir ki, diğer sektörlerin payı daha büyüktür. Kent yerleşimi, zemin uygunluğu, yapıların özelliği, yasal durum ve denetimler, erken haber alma ve kurtarma ile ilgili organizasyon gibi konularda sağlık sektörünün yapabileceği pek bir şey yoktur. Bölgenin kalkınmışlığı, ekonomik düzeyi, afet hazırlık bilinci ve buna paralel etkili bir planlamanın gerçekleşmiş olması zararın azaltılmasında etkilidir. Burada asıl yapılmış olması gereken daha önce birincil korunma kapsamında sayılan çalışmalardır.

Afetlerde sağlık sektörünün görevleri temel başlıklar olarak; mevcut risk durumunu ve kaynakları saptamak, önlemler geliştirmek ve halkı eğitmek, ölümleri azaltmak ve yararlıların bakımını sağlamak, ikincil hastalıkları ve olumsuz sonuçlarını önlemek, rutin sağlık hizmetlerini devam ettirmek ve sağlık hizmetleri altyapısını yeniden inşa etmek olarak özetlenebilir. Sağlık sektörünün bu görevleri kapsamında her biri oldukça önemli başlıkları tek tek ele almak gerekmektedir.

Durum ve Kaynakların Saptanması

İlgili toplumun demografik, sosyoekonomik yapısı, sağlık düzeyi ölçütleri, sağlık hizmeti kaynakları, diğer kamu hizmeti kaynakları, sağlık sektörünün devreye sokabileceği olanakların ortaya konmasıdır.

Önlemler Geliştirilmesi ve Toplumun Eğitimi

O topluma ya da bölgeye ait risklerin saptanması, risk haritasının çıkarılması, çeşitli senaryolarla ortaya çıkabilecek hasarın detaylandırılması ve mevcut olanaklarla karşılaştırıldığında doğabilecek ve sağlık sektörünü ilgilendiren gereksinimlerin kararlaştırılması, bu gereksinimleri karşılama yollarının tespiti, önceki afet raporlarının incelenerek, can ve mal kayıplarının nedenlerinin saptanması ve önleme yoluna gidilmesi, hastane ve diğer sağlık hizmeti veren kurumların planlar yapması ve eşgüdümlü olması, sağlık personelinin eğitimi, halkın eğitimi gibi çalışmalardır (Akdur R. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001).

Ölümlerin Azaltılması ve Yaralıların Bakımı

Sağlık sektörünün asıl görevlerinden biri afet yerine ulaştırılabilenler içinde ölümleri ve sakatlıkları azaltmaktır (ikincil korunma). İlk yardım ve acil tedavi olanakların elverdiği maksimum ölçüde gerçekleştirilmeli, yerleşik birimler görev yerini terk etmemelidir. Sağlık personeli ve mevcut sağlık hizmet binaları işlev yapamıyorsa bile yeni sağlık istasyonları kurulmalı, triaj (ayırım) ve sevk sistemi oturtulmalıdır. Sağlık istasyonu kurulduğunda da yerleşik birimlere haberciler bırakılmalıdır. Zira yaralıların ilk getirileceği yer bilinen ve alışkın olunan sağlık kurumudur. Ayrıca ikincil hastalıklara bağlı ölümlerin engellenmesi için de daha ilk günlerden harekete geçilmelidir. Kurtarma işlemleri sırasında da hayati önemi bulunan müdahaleler gerekebileceğinden kurtarma noktalarında tıbbi hizmet hazır bulundurulmalıdır. Yaralıların karşılandığı sağlık kuruluşu ya da istasyonunda mutlaka triaj yapılmalıdır. Triajın amacı, afetzedeleri kategorilere ayırarak yardımla iyileşebilecek olanlara daha çok zaman, personel ve malzeme sağlamaktır. Acil yardım ile iyileşebilecek olanlara ilk sırada müdahale edilir, yardımsız iyileşebilecek olanlar ve müdahale edilse bile durumu ümitsiz olanlar en sona bırakılır. Gelen ya da getirilen yaralıların çok fazla olması böyle bir uygulamayı zorunlu kılmaktadır (Akdur R. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001).

İkincil Hastalık ve Sonuçlarının Önlenmesi

Afete bağlı ekolojik denge, yaşam çevresi bozulabilir ve bu da ikincil bir takım hastalıklara davetiye çıkaran bir durumdur. Sağlık personelinin asıl görevi burada başlamaktadır. Ortaya çıkan bir salgın hastalık ikincil bir afet niteliği kazanabilir. Bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere ikincil hastalıkların önlenmesi çevre sağlığı hizmetlerini ve epidemiyolojik surveyansı zorunlu kılmaktadır. İkincil hastalıkların önlenmesi için, afet sonrası sağlık hizmetleri arasında şunlar yer alır:

- **Temiz Su Sağlanması:** Bir afet durumunda hızla, afet bölgesinin su ihtiyacını karşılayan kaynak isale hattı, depo ve şebeke gözden geçirilmeli, kontaminasyon ve su kaybı olup olmadığı tespit edilmelidir. Olası bulaşma ve su kaybı durumlarında onarım, kirletici kaynağın yok edilmesi ve dezenfeksiyon yapılmalıdır. Su temini sorununun çözülmemesi afetin büyümesine neden olacağı gibi, daha öldürücü duruma gelmesine de yol açar.

Fizyolojik ve psikolojik destek sağlamak anlamında da ilk akıl edilmesi gereken içme ve kullanma suyu gereksiniminin karşılanmasıdır. Zira insanlar susuzluğa uzun süre dayanamaz ve buldukları suyu sağlıklı olup olmadığını fazla irdelemeden içerler. İlk günlerde topluma ambalajlı sular dağıtılarak su yolu ile bulaşan bir hastalık riskinin önüne geçilebilir. Geçici bir su şebekesi kurulabiliyorsa kurulmalıdır. Gerekirse artezyen kuyusu gibi acil su kaynakları harekete geçirilmelidir. Genellikle kuyu suyu tercih edilmez, ancak kuyu suyu çekildikten sonra kapasitesine göre klorlanarak kullanılmalıdır. Ambalajlı su dağıtımının sürekliliği sağlanamayacağı zaman klor tableti, % 1'lik klor solüsyonu gibi bireysel klorlama için gerekli malzeme dağıtımı ile birlikte bunların saklanması, kullanılması ile ilgili eğitim verilir. Afet durumlarında altyapı hasarı olmasa bile içme ve kullanma sularında 1 ppm. düzeyinde süper klorlama sağlanmalıdır.

Afet anında su; içme, kullanma, hasta bakım hizmetleri ve yangın söndürme gibi amaçlarla gereklidir. Su temini konusunda sorun olduğunda kullanılacak yedek su kaynaklarının ve bölgeye su taşınmasında kullanılacak kaynakların neler olduğu planlarda göz önüne alınmalıdır (Güler Ç, Çobanoğlu Z. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:39 Afetlerde Çevre Sağlığı Önlemleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara 1997, Karababa AO. Olağandışı durumlarda çevre sağlığı hizmetleri.

Karababa AO. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002 , Bakır B, Hacım AK.Afetlerde temiz su temini. Eryılmaz, Dizer, Afet Tıbbı, I. Cilt, Ünsal yayınları, Ankara 2005., T.C. Sağlık Bakanlığı Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Olağanüstü durumlarda sağlık hizmetleri ve yönetimi, Çalışma toplantısı raporu. Mart 2000, Acil Durumlar ve Afetlerde Yönetim Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü). Afete müdahalede asgari sağlık standartları belirlenmiştir ve göz önüne alınmalıdır.

Örneğin geçici yerleşimlerde kişi başına en az 15 - 40 lt/kişi/gün su sağlanmalıdır (Sphere Projesi. Afete Müdahalede Asgari standartlar ve insani yardım sözleşmesi).



- **Beslenme ve Hijyenik Gıda Sağlanması:** İlk günlerde sıcak yemek pişirme olanaklarını kurmak hemen sağlanamayacağından kuru, ambalajlı gıdalar dağıtılmalı ancak iki gün gibi kısa bir sürede mutfak, pişirme ve dağıtım organizasyonu sağlanmalıdır. Yemek kapları dezenfekte edilmeli, sebze ve meyveler dezenfekte edilmiş sularla iyice yıkanmalı, bu konuda bir yetersizlik ya da şüphe varsa hijyenik açıdan daha güvenli gıdalar seçilmeli, gıdaların taşınma, depolama, pişirme, dağıtım, tüketim aşamalarında hijyenik kurallara uygun davranılmalı, yemek kapları dezenfekte edilmeli, yemekhane çalışanlarının portör muayeneleri yapılmalı, bu arada yeterli ve dengeli beslenme desteklenmelidir. Daha önceki deneyimlere göre, afetlerden sonra malnütrisyon, demir eksikliği anemisi, kseroftalmi, skorbüt gibi besin öğeleri yetersizliğine bağlı hastalıklar sıkça görülmüştür. Gıda maddeleri dağıtılırken yaş, cinsiyet, günlük enerji ihtiyacı ve iklim göz önünde bulundurulmalıdır.

Topluma günde en az iki öğün olacak şekilde, bebek, çocuk, hamile ve emzikliilere ise üç öğün yemek verilmelidir. Gereksiz ve kültürel alışkanlıklara uygun olmayan yiyecek girişi engellenmelidir. Tamamıyla yiyecek yardımına bağımlı toplumlarda kişi başına düşen gıda günlük en az 1900 kcal içermelidir. Bu kalorinin en az % 10'u yağlardan, % 12' si proteinlerden sağlanmalıdır (Akdur R. Afetler ve Afetlere karşı alınacak önlemler. Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993, Dedeoğlu N. Depremelerde Sağlık Hizmetleri TTB, Güler Ç, Çobanoğlu Z. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:39 Afetlerde Çevre Sağlığı Önlemleri. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık

Projesi Genel Koordinatörlüğü- TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara 1997, Acil Durumlar ve Afetlerde Yönetim. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Acil Durumlar ve Afetlerde Yönetim Kursu Notları, Mart 1998 Almanya Batı H. Olağandışı durumlarda beslenme. Karababa AO. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri – Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002).

- **Barınma:** *Çadırkent* kurma yerleri belirlenmeli, uygun zemin seçilmeli, çadırlar arasında 5-8 m. mesafe bırakılmalı, kişi başına 3m² alan gözetilmeli, *çadırkentler* yollara ve su kaynaklarına yakın, çöp çukurları ve tuvaletlere uzak olmalıdır. Barınma amaçlı çadırlar ve hizmet amaçlı çadırlar ayrı bölümlerde olmalıdır. Her 5 çadır için 200lt'lik bir su deposu, bir çöp bidonu ve bir tuvalet olmalıdır. Afetzedelerin ısınma, aydınlanma gibi gereksinimleri de göz ardı edilmemelidir (Dedeoğlu N. Depremlerde Sağlık Hizmetleri TTB).
- **Vektörler, Kemiriciler ve Başiboş Hayvanlarla Mücadele:** *Çöpler ortalığa bırakılmamalı, tuvaletler temiz tutulmalı, bataklıklar doldurulmalı, insektisid uygulanmalıdır.* Enfeksiyon ve enfetasyonlardan korunmak için kişilere duş, banyo, bulaşık ve çamaşır yıkama yerleri sağlanmalıdır. Akrep, yılan ve başiboş köpeklerle karşılaşma olasılığı artabileceğinden bunlara karşı dikkatli olunmalı aşı, serum gibi gereksinimler hemen karşılanabilmelidir. (Karababa AO. Olağandışı durumlarda çevre sağlığı hizmetleri. Karababa AO. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002)
- **Atıkların Kontrolü:** Katı atıklar için yer gösterilmeli, enkaz atıklarının, çöplerin toplanması, taşınması ve bunların boşaltılma alanları belirlenmelidir. Moloz depo alanları önceden belirlenmeli ve denize, verimli topraklara dökülmemeli, kontaminasyon riskleri bilinmeli varsa özel önlemler alınarak uzaklaştırılmalıdır. Katı atıkların düzenli toplanması ve uygun yerlerde biriktirilmesi önemlidir. *Çöpler düzenli olarak toplanmalı, en az 2 m. derinlikte çöp çukurları açılmalı, zemine ve üzerine kireç tozu dökülmeli, dolunca üzeri 50 cm. toprakla örtülmeli, çöp toplama alanları su kaynağı ve gıda dağıtım alanlarından uzak tutulmalıdır.* Toplama alanları çamaşır suyu ya da kireç kaymağı ile dezenfekte edilmelidir. Bu toplama alanlarında insektlerin ve kemiricilerin toplanmasının önüne geçmek için pestisid ve insektisid uygulanmalı, ancak bunun kendinin de bir kirlilik unsuru haline gelmemesine özen gösterilmelidir.

Çevrede hayvan ölüsü saptanırsa yetkililerce ortadan kaldırılmalıdır. Eğer bulaşıcı hastalık nedeniyle olduğu saptanan toplu hayvan ölümleri varsa, o bölgede hayvan nakli durmalı, sağlam hayvanlara temas engellenmeli, veterinerlerce tarama başlatılıp gerektiğinde aşılmalı, ölü, hasta ya da şüpheli hayvanlarla teması olanların izlemleri yapılmalıdır. Hayvanın bulunduğu yer incelendikten sonra ölüsü ve kaldırıldığı yer dezenfekte edilmelidir. Etrafta vektörler varsa hemen müdahale edilmelidir. Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin yetkili kişilerin kontrolünde yapılması gerekir. Ölü hayvanın taşındığı aracın da başka amaçlarla kullanılmaması, yıkanıp dezenfekte edilmesi gerekir. Belediyenin bu hayvan ölülerini özel alanlarda gömmesi ya da yakması gerekir (Akdur R. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001, Güler Ç, Çobanoğlu Z. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:39 Afetlerde Çevre Sağlığı Önlemleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara 1997, Karababa AO. Olağandışı durumlarda çevre sağlığı hizmetleri. Karababa AO. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002 , TC Sağlık Bakanlığı Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Olağanüstü durumlarda sağlık hizmetleri ve yönetimi, Çalışma toplantısı raporu. Mart 2000).

- **Kanalizasyon Atıklarının Kontrolü:** Kanalizasyon şebekesinin zarar görüp görmediği ilk fırsatta değerlendirilmelidir. Eğer zarar görmüşse öncelikle bunun onarımına gidilmelidir. Yeni tuvaletler yapılıp, altyapıya bağlanmalıdır. Kanalizasyon sisteminin harap olması durumunda alternatif yöntem temin edilmeli, sahra tuvaleti, seyyar tuvalet vb. kurulmalıdır. Sahra tuvaletlerinin kanalizasyona yakınlığı sağlanmalı, nüfusa uzak olmalı, toprak yapısı ve yer altı su seviyesine uzaklığı hesap edilmelidir. Açık çukurlu sahra tuvaletleri su kaynaklarından en az 15 m. uzakta olmalıdır. Tabanı yer altı su yüzeyinden en az 3 m. yukarıda olmalı, çadırlardan 30-50 m. uzaklıkta olmalıdır. Her 10 kişi için bir tuvalet çukuru açılmalıdır. Arazinin eğimi, rüzgarın yönü, hayvan ve vektör geçişine yönelik önlemler düşünülmelidir. Seyyar tuvaletler de kullanıma sokulabilir. Tuvalet amacı için gösterilen yerlerin, mutlaka susuz ve sıvı sabunsuz kalmamasına, kağıt temizlik maddelerinin bulunmasına, yıkama sularının etrafta birikinti oluşturmamasına özen gösterilmelidir (Akdur R. Afetler ve Afetlere karşı alınacak

önlemler. Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993, Güler Ç, Çobanoğlu Z. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:39 Afetlerde Çevre Sağlığı, Karababa AO. Olağandışı durumlarda çevre sağlığı hizmetleri. Karababa AO. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri – Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002 , T.C. Sağlık Bakanlığı Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Olağanüstü durumlarda sağlık hizmetleri ve yönetimi, Çalışma toplantısı raporu. Mart 2000)

Afetler sırasında ilgili kuruluşların tıbbi atık yönetimi, tehlikeli atıkların kontrolü ve radyoaktif atıkların kontrolü sürdürülmesi gereken önemli uygulamalardır. Mevcut yasal düzenlemelere uygun kontrol çalışmaları afet döneminde de dikkatle değerlendirilmelidir. (Öztürk M. Sağlık kuruluşlarında atık yönetimi. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği ve Getirdiği Zorunluluklar. 5. Ulusal Sterilizasyon Kongresi kitabı.S.673-680, 2007., Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği.Çevre ve Orman Bakanlığı. Resmi Gazete 25755 14.03.2005 <http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/03/20050314.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/03/20050314.htm>, Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği Resmi Gazete 23999 24.03.2000 <http://www.taek.gov.tr/mevzuat/yonetmelikler/radguv/radyasyonguv.html>)

- **Bulaşıcı Hastalık Kontrolü:** Beklenmedik ve büyük çaplı olaylar can ve mal kayıplarıyla sonuçlanırken, hemen ardından sağlık hizmetlerinin, yanı sıra su kanalizasyon, iletişim, elektrik gibi hizmetlerin de aksamasına neden olarak toplum sağlığını ve refahını ciddi ölçüde etkiler. Barınaklar, göçler, toplu yaşam, çevre koşullarının bozulması afetin etkilerini artırıcı rol oynar. Bölgede endemik görülen enfeksiyon hastalıklarının artışı beklenir. Temiz ve yeterli içme suyu sağlanması, su kaynaklarından ve yerleşim yerlerinden uzakta tuvaletler kurulması, kanalizasyonun bir an önce onarılması, vektörlerin tuvaletlere ulaşmasının önlenmesi, kişilere banyo, çamaşır yıkama yerleri gösterilmesi, çöplerin ağzı kapaklı bidonlarda saklanması, yakılması ya da gömülmesi, mutfak hastane gibi yerlerin atık sularının toprağa açılan kuyularda toplanması, insektisidlerin hazır bulundurulması, akrep ve yılan sokmalarına karşı hazırlık yapılması gereklidir. Tifo, kolera, kızamık, influenza, besin zehirlenmesi, hepatit A,B,C, kuduz, polio, sıtma, meningokoksik menenjit, tüberküloz, parazitler, skabies, tetanos gibi hastalıklar sıklıkla ortaya çıkabilir. Sterilizasyon, dezenfeksiyonun sağlanamaması nedeniyle Hepatit B ve C vakaları görülebilir. Hijyene en

üst düzeyde önem verilmeli, hastalık kayıtları düzenli tutulmalı ve bulaşıcı hastalık bildirimleri sürdürülmelidir. Vaka ortaya çıktığında olgu ve taşıyıcıların tedavisi, olguların izolasyonu, filyasyon, bildirim kaynağa yönelik olarak, çevre koşullarının düzeltilmesi, dezenfeksiyon, kişisel temizlik, vektör kontrolü bulaş yoluna yönelik olarak, bağışıklama, kemoprofilaksi, beslenmenin düzeltilmesi, eldiven, maske gibi koruyucuların kullanılması sağlam kişiye yönelik koruyucu önlemler olarak alınmalıdır (Aksakoğlu G. Bulaşıcı hastalıklarla savaş ilkeleri. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:3. Ankara 1983).

Sağlık personelinin sık el yıkaması, etken tahmin edilebiliyorsa ilaçla korunması, koruyucu malzemeler kullanarak hastayla temas etmesi önemlidir.

Bulaşıcı hastalık kontrolü için bölgede işbirliği halinde düzenli veri toplanmalı, herhangi bir bulaşıcı hastalık durumuna karşı laboratuvar tanı ve tedavi olanakları, mekân, personel, maliyet, veri akışı gibi konular planlamada hesaba katılmalıdır. Laboratuvarlar kesintisiz çalışmalı, gerekirse mobil laboratuvarlar kurulmalıdır. Özellikle ishal ile başvuran hastalardan gaita örnekleri alınıp incelenerek sonuçları merkeze gönderilmelidir Organizmaların laboratuvar tiplendirmesi, çevresel testler, hastalara ait parametrelerin hepsi de laboratuvarların çalışabileceği kapsamda olmalıdır. Epidemiyolojik çalışmalar ve çevre sağlığı çalışmaları koordineli olmalıdır. Afet bölgesindeki endemik bulaşıcı hastalıklara karşı surveyans planı hazırlanmalıdır. Sağlık izleme programı kurarak tıbbi sorunların semptomlara dayalı günlük takibi yapılmalıdır (diare ile seyreden hastalıklar, solunum yolu enfeksiyonları).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli öğelerinden biri epidemiyolojik surveyansdır. Bozulan yaşam çevresi ve koşulları ile birlikte ortaya çıkan enfeksiyon hastalıkları ve salgına dönüşme riski nedeniyle tüm birimlerden günlük ölüm ve hastalık verileri toplanmalı, hastalık çıkan yerler derhal incelenmeli, görülen olgular yaş, cins, yerleşim yeri ve tanulara göre sınıflandırılmalı, risk altındaki yer ve kişiler belirlenmeli, su ve gıdalar sık aralıklarla denetlenmeli, gerekirse mobil laboratuvarlar kurulmalıdır (Dedeoğlu N. Depremlerde Sağlık Hizmetleri, TTB).

Tetanos aşısı ve serumu yararlılar için ilk akla gelen gereksinimlerden olduğundan gereksinim planlanmalıdır (Güler Ç, Çobanoğlu Z. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:39 Afetlerde Çevre

Sağlığı Önlemleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara 1997, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Olağanüstü durumlarda sağlık hizmetleri ve yönetimi, Çalışma toplantısı raporu. Mart 2000, Dizer U. Afet ve Enfeksiyon. Eryılmaz, Dizer, Afet Tıbbı, I. Cilt, Ünsal yayınları, Ankara 2005., Uçku R, Ünal B. Olağanüstü durumlarda bulaşıcı hastalıklara yaklaşım. Olağanüstü durumlarda çevre sağlığı hizmetleri. , Karababa AO. Olağanüstü durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002, Hacım AK. Afetlerde Salgın incelemesi ve Önlemler. Eryılmaz, Dizer, Afet Tıbbı, I. Cilt, Ünsal yayınları, Ankara 2005).

Biyolojik saldırıya bağlı bir bulaşıcı hastalık durumunda erken tespit, maruziyet sonrası profilaksi, dekontaminasyon ve defetme konuları oldukça önemlidir. Olay öncesi planlamada tehdit durumlarını iyi algılama ve erken tanıma, fark etme işaretleri önemli yer almalıdır. Olay sonrası yanıt hızlı gerçekleşmelidir (Mass Casualty disaster plan checklist: A template for healthcare facilities. APIC-CSB&EI <http://bioterrorism.slu.edu/bt/quick/disasterplan.pdf>, Ocaktan E. Biyolojik Savaş Ajanları. İbni Sina Tıp Dergisi. 2004;9(1-2):1-11).

- **Rutin Sağlık Hizmetlerinin Devam Ettirilmesi:** Üreme sağlığı, aşılama, çocuk sağlığı ile ilgili hizmetler kesinlikle aksatılmamalıdır.

Üreme sağlığı hizmetleri; cinsel eğitimden cinsel yolla bulaşan hastalıklara, doğurganlığın düzenlenmesinden infertiliteye, beslenme, emzirmeden osteoporozu geniş bir kapsamdadır.



Üreme Sağlığı; 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 (Özvarış Ş. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. Aile Planlamasında temel bilgiler. Sağlık Bakanlığı, HÜTF, JHPIEGO, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Damla matbaacılık, İstanbul 1997) Doğum öncesi bakım, sağlıklı koşullarda doğum, doğum sonrası bakım, aile planlaması başta olmak üzere üreme sağlığına yönelik hizmetler devam ettirilmelidir (Özaydın N. Olağanüstü durumlarda üreme sağlığı hizmetleri ve aile planlaması. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001).

Bebek ve çocuk izlemleri, aşılama, sağlık eğitimi, hastalık bildirimini gibi hizmetlerin olağan düzeyine hızla dönülmelidir.

Rutin aşilar kaldığı yerden devam etmelidir, ancak cesetlerle ve yaralılarla temas edenlere gerektiği durumlarda hepatit B aşısı, kurtarma çalışmalarına katılanlarda gerekli durumlarda tetanos aşısı yapılabilir. Afet durumlarında rutin aşılama kapsamına giren aşilar dışında ilaveten kitlesel bir aşılama önerilmemektedir (Akdur R. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001, Karababa AO. Olağandışı durumlarda çevre sağlığı hizmetleri. Karababa AO. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002, Dedeoğlu N. Depremlerde Sağlık Hizmetleri TTB)

- **Veri Toplama ve Kayıt:** Düzenli bir veri toplama ve kayıt sistemi başlatılmalı, sorunlar ve nedenleri, etkilenen kişiler, yapılan müdahaleler, günlük veriler, kaynakların daha verimli nasıl kullanılabileceği, gereksinim duyulan bilgi ve kaynakların neler olduğu rapor edilmelidir.

Sürekli izleme ve değerlendirme yapılmalıdır. Afetten sonra ayrıntılı bir değerlendirme yaparak, uygulamalardaki yetersizlikler, darboğazlar, çözüm yöntemlerinin etkililiği, benzer durumlarda daha etkili olunabilmesi için alınması gereken önlemler dahil ayrıntılı bir rapor hazırlanmalıdır. Başvuran vakalar, aciller, bulaşıcı hastalığı olanlar, semptomlar, tanıları yaş, cins, yerleşim yerine göre sürekli kayıt ve değerlendirme altında olmalıdır.

Toplanan veriler tam, doğru, güvenilir, kullanılabilir ve yararlı olmalıdır. Bu veriler hem yaşanmış afet hem de daha sonra ortaya çıkabilecek afetlere hazırlık planları oluşturmada son derece gereklidir (Yüksel İ. Afetlerde Veri ve Özellikleri Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001, s. 271-273).

- **Ruh Sağlığı Hizmetleri:** Afet kişinin karşılaşabileceği en travmatik olaydır ve kişinin ruh sağlığını ve işlevselliğini önemli ölçüde etkileyecektir. Ortaya çıkan tepkiler yeni koşullara uyum sağlama çabasının sonucudur. Reaksiyonlar; psikofizyolojik, davranışsal, emosyonel ve kognitif belirtiler olarak dört kategoride ele alınır. Psikososyal destek birimleri günlük yaşama uyum sağlamayı kolaylaştırıcı etkinlikler gerçekleştirmelidir. Psikiyatri hizmetleri

aksamamalıdır. Afettede, hasta ve hasta yakınları kadar bu hizmetler personeli de kapsamalıdır. Görevlilerde konsantrasyon zayıflığı, atipik duygu bozukluğu, amnezi, tepkisizleşme, hareketsizleşme gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Ortam yöneticisinin çalışanlardaki psikolojik ve fiziksel belirtilerine dikkat ederek dinlendirmesi, uygun bir şekilde ortamdan uzaklaştırması gerekir. Sağlık personelinin liderlik edebilme, zor koşullarda görevini sürdürebilme, ani karar alabilme ve problem çözme yeteneğini geliştirecek nitelikte eğitimlere ihtiyacı vardır (Acil Durumlar ve Afetlerde Yönetim. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Acil Durumlar ve Afetlerde Yönetim Kursu Notları, Mart 1998 Almanya, Babalioğlu N. Afetlerde Ruhsal Yardım. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001).

- **Ölümler ile İlgili Hizmetler:** Çok sayıda ve kontamine ölümler olabileceği de göz önüne alındığında geçici ilave morglara ihtiyaç duyulacaktır. Yeterince ceset torbası bulundurulmalıdır. Biyolojik veya kimyasal bir ajan ile kontamine ölümler dekontamine edilmelidir. Kontamine olanlar dışında ölümlerin uygun koşullarda saklandığında çevreye hastalık yayması beklenmediğinden, ölümlerin ve altında ölümler bulunan enkazların kireçlenmesi ve klorlu sıvılar dökülmesi gereksizdir (Karababa AO. Olağandışı durumlarda çevre sağlığı hizmetleri. Karababa AO. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002). Ölümlerin gömülmesi için mezarlık olarak gösterilen yerler dışındaki yerlerin kullanılması yasaktır. *Ölenlerin yakınlarına haber verilmesi, eşyalarının onlara teslim edilmesi, yakınları alana kadar soğuk ortamda bekletilmesi, hızlı defin sağlanması* gereklidir. En büyük ölü toplama merkezlerinde bekletme süresi 72 saati geçmemelidir ve daha sonra cenazelerin ayrı ayrı dini törenle gömülmesi önemlidir. Ölümlerin gömülmesi mutlaka fotoğraf alarak kimliklendirildikten sonra yapılmalıdır. (Karababa AO. Olağandışı durumlarda çevre sağlığı hizmetleri. Karababa AO. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002 , Su İ. Afet tıbbında ölü defin işlemleri. Eryılmaz, Dizer, Afet Tıbbı, I. Cilt, Ünsal yayınları, Ankara 2005).
- **Toplum Eğitimi:** Afet eğitimlerinde amaç, katılımcıları bilgi ve sorumluluk sahibi, dinamik ve üretken kılmaktır, afet yönetiminde karar alma süreçlerine katılabilmelerini sağlamaktır. Afet yöneti-

minde yer alan kurumlar arasında eğitim stratejileri belirlenmelidir (Akın D. Eğitim ne kadar önemli? <http://www.e-kutuphane.imo.org.tr/pdf/3888.pdf> TMMOB Afet Sempozyumu Kitabı,S:45-46, 4-7 Aralık 2007, Ankara).

Sağlık personeli acil ve afet tıbbi konusunda eğitilirken, kurtarma sırasında müdahale, triaj, halk sağlığı hizmetleri konularını detaylı öğrenmeli, görevini yürütürken karşılaşılabileceği etik, psikolojik, deontolojik problemlerle başa çıkabilecek düzeye gelmelidir. Eğitimler yalnızca sağlık personeli ve diğer ilgili kurumlar ile sınırlı kalmamalıdır. Araştırmalar göstermiştir ki afet sonrası olaya ilk müdahale edenler oradaki yerel halktır. Yaralanan kişiyi hayata döndürme ve yaşam fonksiyonlarını sürdürebilme temel amacına uygun ilk yardımı gerçekleştirme ve acil müdahale ihtiyacını saptama noktalarını kapsamalıdır. Gönüllülerin rol alabileceği her konuda, eğitim eşliğinde organizasyon, etkili bir dayanışmayı mümkün kılacaktır (Akdur R. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001). Halkın afetlere karşı hazırlıklı olmasını sağlayacak geniş kapsamlı halk eğitimi etkinliklerinin zarar azaltmada önemli olduğu muhakkaktır. Sağlık hizmeti veren kurumların afeti en iyi yönetebilmesi açısından da, toplumdaki bireylerin olabildiğince kolaylaştırıcı rol oynamaları, afet bilinci geliştirmeleri, afet koşullarının tüm kişi ve kurumlara ne gibi zorlayıcılıklar getirdiğinin ve burada kendi rollerinin önemi konusunda farkındalık kazanmaları sağlanacaktır (Taylan Özkan A. Acil ve Afet Tıbbında Eğitim ve Öğretim. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001).

Afet sonrasında da eğitime ağırlık verilmeli; el yıkama, etrafa atık bırakmama, genel hijyen kuralları, su ve gıda hijyeninin önemi, özel önem gösteren bulaşıcı hastalıklar anlatılmalıdır.

Toplum afet gönüllüleri projesi kimi yerlerde uygulanmış ve afete hazırlıklı, bilinçli bir toplum yaratmak amaçlanmıştır. Temel afet bilinci eğitimleri okullarda, kurumlarda, halka yönelik olarak İl Kızılay Şube Başkanlığı, Sivil Savunma Müdürlüğü, Milli Eğitim Müdürlüğü, Sivil savunma Müdürlüğü, Üniversiteler ve Meslek Odalarının katkılarıyla verilmektedir (Mersin O, Arıkan Ş. İzmir Acil Yardım Planı <http://www.e-kutuphane.imo.org.tr/pdf/3912.pdf> TMMOB Afet Sempozyumu Kitabı,S:313-322, 4-7 Aralık 2007, Ankara).

- **Sağlık Hizmetleri Altyapısının Yeniden İnşası:** Hasar gören binaların onarılması, araç gerecin yerine konması, afetten alınan sonuçlar doğrultusunda saptanan gereksinimlerin giderilmesidir.

Afetlerde Risk Grupları

Topluma sağlık hizmeti sunumu planlarken, çeşitli risklere daha açık olduğundan temel sağlık hizmetlerinden öncelikle faydalanması gereken bazı risk grupları vardır. Bu gruplara hizmet sunumunda daha çok zaman, kaynak ve personel ayrılır. Bu hizmetler birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda rutin işleyişe entegre biçimdedir. Afet gibi olağan yaşam düzenini bozan ve çok sayıda insani gereksinimin ortaya çıktığı zorlayıcı koşullarda bu gruplar gözden kaçırılabilir. Afet sonrası verilen hizmetler ve rutin sağlık hizmetlerinin devamlılığı sağlanır; asla unutulmaması gereken bu gruplar şunlardır:

- 0-5 yaş grubu bebek ve çocuklar,
- Gebe kadınlar,
- Emzikli kadınlar,
- Yaşlılar,
- Kronik hastalığı olanlar,
- Engelliler,
- Akut hastalık geçirenler (Özaydın N. Olağanüstü durumlarda üreme sağlığı hizmetleri ve aile planlaması. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001).

Hastane Afet Planları

Afet hallerinde en korunmuş ve hazırlıklı olması gereken kurumlardan biri doğal olarak hastanelerdir. Her hastanenin tatbikatlarla denenmiş planları olmalıdır. Hastane afet planlarında değişik disiplinlerden üyeler yer alır. Planların iç ve dış afete yönelik hazırlanmış olması, birkaç olasılığı ele alması ve en kötü olasılıklar düşünülerek hazırlanması, afet planlarının diğer kurumlarla bağlantılandırılması, hastane boyunca dağıtımı ve hazırda bulundurulması gerekir. Hastane afet planları hazırlanmasında görev alacak kişilerin motivasyonu sağlanmalı ve hazırlandıktan sonra da tekrar tekrar gözden geçirilmelidir (Prescott JE. Hospital disaster planning for the real world <http://www.hsc.wvu.edu/som/cmed/ophp/ppts/gr20050921HospDisasterPlanning.ppt>).

Hastane Afet Planında Yer Alması Gereken Veriler

Bir hastane için afet planında olması gereken mevcut tıbbi kaynaklar ile ilgili veriler; hastane binaları ve sayısı, acil servis kapasitesi, diğer birimlerin yatak ve ayaktan muayene kapasitesi, personel dağılımı, ameliyathaneler, izolasyon odası, yoğun bakım odası, diyaliz makinesi, taşınabilir görüntüleme cihazları, mekanik solunum cihazları, alt yapı ve teknik özelliklerin durumu, kritik malzeme depoları, antibiyotik ve antidotlar, acil hallerde kullanılabilecek kaynaklar ve donatılardır.

Hastanelerde Olay Sırasında En Öncelikli Konular

- Yangın ve gaz sızması gibi tehlikeleri ortadan kaldırmak,
- Afetin etkilediği ve sürdüğü alandan insanları uzaklaştırmak (hastalar ve personel için tahliye planları etkili olursa afetlerin etkisini azaltacaktır. Bu amaçla her binada bu önlemler alınmalıdır. İnsanları çökmeden binalardan kurtarmak veya sel yangın, zehirli duman veya kimyasalların bulunduğu hacimlerden kurtarmak için hazırlıkların yapılması son derece önemlidir),
- Afetzedeleri kurtarmak,
- Acil tıbbi bakım sağlamak,
- Organize olmak.

Hastane Afet Planlarında Mutlaka Yer Alması Gereken Başlıklar

- Hastane içinde ve dışında olan tüm afet olasılıklarına yönelik yanıtlar,
- Hasta kabul alanı,
- Triyaj alanı,
- Ayaktan hasta tedavi alanları,
- Acil servis kapasitesi,
- Yatan ve ayaktaki hastalar ile ilgili kapasite ve artırma planları,
- Koruyucu bakım sağlamak ve rutin bakımı sürdürmek,
- Su, yiyecek, barınak sağlamak,
- İnsan atıklarını yok etmek,
- Vektörlerle yayılan hastalıkları önlemek,
- Katı atıkların zararsızlaştırılması,
- Hastanede tıbbi atık yönetimi,
- Tehlikeli atık yönetimi,

- Enfeksiyon kontrolü ve bunun için aralıksız bir prosesin hazır olması,
- Cenaze hizmetleri
- Dokümantasyon, durum ve deneyimlerin kayıt ve raporlanması ve kayıtların mutlaka saklanması (acil gelen hastaların sayısı, semptomlara dağılımı, enfeksiyon şüphesinde mikrobiyoloji sonucu gelenlerin dağılımı vb. hem o afet için hem de sonraki çalışmalar için bir örnek ve ders niteliğinde olması açısından önemlidir),
- Materyalin depolanması ve dağıtımı,
- Trafik düzenlemesi ve ulaşımı kolaylaştırma, park konusu,
- Güvenlik hizmetleri
- İzolasyon odası,
- Önemli görevlerin; yöneticilerin, sorumluların ve yürütücülerin tanımlanması (potansiyel afet durumunda bir uyarıcı personel, planın nasıl ve kimler tarafından aktive edileceği vb.),
- Tüm personel için afet durumunda rolünü bileceği kartlar hazırlanması,
- Hastanedeki herkesin tanımlanması için bir işaret tayin edilmesi (ziyaretçi, personel, tıbbi personel, medya vb.),
- Personel iletişim listesi bulunması,
- Her bir departmanın kendi işleyişini hazırlaması,
- İlgili kurumlarla iletişim planı,
- Afet kontrol komuta merkezinin acil servisten uzak bir alana kurulması,
- İşlemleri çabuklaştırmak için yetkililerin yerine karar verilebilmesi esnekliği,
- Hastane iletişim sistemi aşırı yüklendiğinde ya da zarar gördüğünde alternatif iletişim düzenlenmesi, ayrıca ilgili birimler arasında özel iletişim ağı kurulması,
- Gönüllü hizmet ve kuruluşların yer, ekipman ve iletişimlerinin planlanması,
- Giriş ve çıkış kontrolü ve denetimi,
- Bina krokileri, tahliye planları,
- Ziyaretçiler için bekleme alanları,
- Personelin dinlenmesi ve rotasyonu,
- İlaç ve tedariklerin dağıtımı,
- Çamaşırhane,

- Personel ve hastaların morali,
- Görevli personele yardım için ziyaretçi ve hastalardan yararlanma,
- Personel koruyucu malzemeler,
- Gereken medikal ekipmanı sağlamak için yerel satış noktaları ile iletişim numaraları,
- Hastane mikrobiyoloji laboratuvarının güvenlik düzeyinin değerlendirilmesi,
- Güvenli transport için konteynerler,
- El yıkama olanağı,
- Öncelikli farmasötikler (gerektiğinde personelin ve ailelerinin profilaksisine olanak verecek miktarda),
- İlaç, malzeme, personel gereksinimleri için bir başka sağlık kurumu ile işbirliği, farmasötiklerin depolanacağı yerin tanımlanması, güvenli koşullarda sağlanıp, taşınıp, teslim edilmesi,
- Finansal sorunlar,
- Yardımcı ve ekipman hizmeti,
- Fizik koşulların onarımı ve işlerlik kazandırılması,
- Danışmanlık, aile ve personel psikolojik destek programlarının planlanması,
- Eğitim ve uygulamalar-tatbikatlar,
- Tüm anahtar personel ve katılanlarla resmi bir değerlendirme toplantısı,
- Anahtar personelin telefon, çağrı, mobil telefon numaraları
- Hasta yakınları ve medya ile iletişim (medya görevlileri ve hasta yakınlarının hasta bakım alanına girişleri engellenmelidir),
- Helikopter iniş noktaları,
- İzolasyon odaları (hava yolu ile bulaşan hastalıkların yayılımını önlemek için),
- Yoğun bakım üniteleri,
- Bölgede kitlesel başvuru kabul olanakları (spor salonları, stadyumlar, toplantı salonları, kamp alanı),
- Evde bakılan hastalar, çocuklar ve yaralılar için gereksinimler,
- İşbirliği yapılacak kuruluşlar (Kızılay, sosyal hizmetler, çevre sağlığı çalışanları, halk sağlığı çalışanları, veteriner hizmetleri, gıda hizmetleri),
- Hastanenin içinde bir olağan dışı durum olması halinde tahliye, işbirliği yapılacak hastaneler, karşılıklı tıbbi malzeme, personel, ambulans desteği konusunda protokol sağlanmalıdır.

Biyolojik ve Kimyasal Saldırılarda;

- Biyolojik kimyasal saldırılarda ayrı kabul alanları,
- Dekontaminasyon alanı ve bu alana sıcak-soğuk su sağlanması, alandan kullanılmış suyun güvenle uzaklaştırılması,
- Dekontaminasyon ekipmanı,
- Personel için kişisel koruyucu ekipman,
- Kontaminasyon tespit ekipmanı,
- Antidotlar,
- Kemoprofilaksiste kullanılacak ilaçlar,
- Kontamine ambulans alanları ayrı başlıklarda yer bulmalıdır (Hersche B, Wenker OC. Principles of hospital disaster planning. The Internet Journal of DisasterMedicine. <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijdm/vol1n2/hosp.xml>, Disaster preparedness. Guide for incidents involving chemical, biological, radiological and environmental (CBRE) Agents http://www-nehc.med.navy.mil/EPM/Disaster_Preparedness.htm , Prescott JE. Hospital disaster planning for the real world <http://www.hsc.wvu.edu/som/cmed/ophp/ppts/gr20050921HospDisasterPlanning.ppt>, Mass Casualty disaster plan checklist: A template for healthcare facilities. APIC-CSB&EI <http://bioterrorism.slu.edu/bt/quick/disasterplan.pdf>, Richter PV. Hospital Disaster preparedness: Meeting a requirement or preparing for the worst? Healthc Facil Manag Ser. 1997 Aug;1-11., Pan American Health Organization. Mass fatality plan checklist for Ministries of Health and National Disaster Office. First draft. March 2007 <http://www.paho.org/english/dd/PED/deadbodies5checklist.htm>, Hospital Disaster Plan http://dhs.wisconsin.gov/rl_DSL/Hospital/HospitalDisastrPlng.htm, Department of emergency medicine disaster plan. Approved by: Lucchesi M., Stiveletti L, Binita Shah. http://www.hscbklyn.edu/emergency_medicine/pdf.docs/KCHCDI-SASTER.pdf).

Türkiye'de Afetler ile İlgili Yasal Düzenlemeler ve Kurumlar

Afetlerle İlgili Yasal Düzenlemeler

- Umumi Hayata Müessir afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun (7269 sayılı,1959)
- Olağanüstü Hal Kanunu (2935 sayılı, 1983)
- Sivil Savunma Kanunu (7126 sayılı,1958)

- Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı ve Planlama Esaslarına Dair Yönetmelik (12777 sayılı,1988).

Afetlerle İlgili Kurum ve Oluşumlar

Afetler sırasında kriz masaları Başbakanlık, Genelkurmay başkanlığı, bakanlıklar, diğer kurumlar, il, ilçe vb. düzeyinde kurulur. Valiler il düzeyinde geniş yetkiler kullanabilirler. Afetler ile doğrudan ilgili kurumlar şunlardır:

- Türkiye Acil Durum Yönetimi Genel Müdürlüğü (Başbakanlığa bağlı)
- Afet İşleri Genel Müdürlüğü (Bayındırlık ve İskan bakanlığına bağlı),
- Sivil savunma Genel Müdürlüğü (İç İşleri Bakanlığı'na bağlı),
- Kızılay,
- İtfaiye,
- Sağlık Bakanlığı,
- Türk Silahlı Kuvvetleri,
- Gönüllü kuruluşlar (Altıntaş H. Afetler ve Afet Tıbbı 635-682 Güler Ç, Akın L. Halk sağlığı Temel Bilgiler Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006 Ankara ISBN:975-491-214-9).



Özet

Afet çok sayıda ölüm, sakatlık, yaralanma ve mal kaybına neden olan, toplumun olağan yaşam düzeyini bozan, oluşturduğu toplumun baş etme kapasitesini aşan ve dış yardım gereksinimi doğuran durumlardır. Afetler tüm dünyada ve Türkiye’de yaygınlığı, çok sayıda ölüm, sakatlık ve yaralanmaya neden olması, özellikle gelişmekte olan ülke ekonomilerine büyük yük getiren ekonomik kayıplara yol açması, ilk oluştuğunda ortaya çıkan zararların yanısıra ikincil önemli sağlık sorunlarını da beraberinde getirebilmesi nedeniyle önemli halk sağlığı sorunlarından.

Afetler doğal ve yapay afetler olarak iki grupta incelenmekte olup, her bölgenin daha önceki deneyimleri ve risk yaratan özelliklerinden hareketle, beklediği bazı afet türleri vardır. Türkiye’de hemen her tür afetler sıkça rastlanmakta ise de en sık ölüme neden olan afet türü depremlerdir.

Afet yönetimi eskiden yalnızca kriz yönetimi olarak algılanırken, günümüzde risk yönetimi ve kriz yönetiminin bir arada afet yönetimini sağlayacağı görülmüştür. Dolayısıyla afet yönetiminin iki amacından birincisi; afete neden olabilecek riskleri belirlemek ve önlemek, ikincisi afetin zararlarını azaltmaktır. Afetlere karşı iyi bir yanıt sağlamanın ve zararı olabildiğince azaltmanın yolu ona karşı hazırlıklı olmaktır. Bu da ancak afetin dönemleri boyunca yapılacak çalışmaları eksiksiz gerçekleştirmekle mümkündür. Afetin dönemleri; sessiz dönem, alarm dönemi, izolasyon dönemi, dış yardım dönemi ve rehabilitasyon dönemidir. Tüm dönemlerde yürütülecek çalışmalar birbirinden farklı olsa da, her dönemde en doğru yanıt sessiz dönemde yapılacak çalışmalarla sağlanabilir. Bu çalışmalardan en önemlisi bireylerden topluma, birimlerden sektöre, ülke genelinde koordineli ve titizlikle hazırlanmış afet planları hazırlığıdır.

Afetlerin önlenmesi ve hazırlık sağlanması çok sektörü ilgilendiren bir konudur. Sağlık sektörünün afete bağlı ölümlerin çoğunda yapabileceği fazla bir şey yoktur. Sağlık sektörünün afetlerde görevleri; durum ve kaynakların saptanması, önlemler geliştirme ve halkın eğitimi, ölümlerin azaltılması, yaralıların bakımı, ikincil hastalık ve sonuçlarının önlenmesi, olağan halk sağlığı hizmetleri düzeyine ulaşma, sağlık hizmetleri altyapısının yeniden inşası olarak sıralanabilir. Bunların içinde ikincil hastalık ve sonuçlarının önlenmesi amacına yönelik yürütülecek çevre sağlığı, toplum eğitimi, epidemiyolojik surveyans çalışmaları çok özel bir yer tutar. Rutin halk sağlığı hizmetlerinin sağlanması ve en kısa sürede sağlıklı ilgili altyapının eski düzenine dönüşünün sağlanması, gerekli iyileştirmelerin yapılması toplum için son derece önemlidir.

Gözden Geçir



- Afetin tanımı ve önemini açıklayınız.
- Afet türleri nelerdir?
- Afetin dönemlerini ve her dönemde yürütülen çalışmaları yazınız.
- Afet yönetimini tanımlayınız.
- Afetlerden korunma nasıl sağlanır?
- Afetlerde sağlık hizmetlerini açıklayınız.
- Hastane afet planlarını anlatınız.



Değerlendirme Soruları

- Aşağıdaki özelliklerden hangisi afeti acil durumlardan ayırt ettiren en önemli özelliktir?
 - Çok sayıda can kaybına neden olması
 - Çok sayıda yaralanmaya neden olması
 - Olağan yaşam düzenini bozması
 - Dış yardım gereksinimi olması
 - Ekonomik kayıplara neden olması
- Aşağıdakilerden hangisi istemsiz yapay bir afettir?
 - Heyelan
 - Deprem
 - Savaşlar
 - Nükleer santral kazaları
 - Kuraklık-kıtlık
- Afetlerde en iyi zarar azaltma hangi dönemde yapılacak çalışmalarla sağlanır?
 - Sessiz dönem
 - Alarm dönemi
 - İzolasyon dönemi
 - Dış yardım dönemi
 - Rehabilitasyon dönemi
- Afetzedelerin fizyolojik ve psikolojik destek sağlamak için ilk karşılanması gereken gereksinimi hangisidir?
 - Konforlu barınma koşulları
 - Sıcak yemek
 - Sağlıklı su
 - Tuvalet çukurları açılması
 - Çöplerin kontrolü

5. Aşağıdakilerden hangisi ikincil hastalıkların ve salgınların önlenmesi kapsamında yürütülen çalışmalardan değildir?
- Triaj
 - Vektörlerle mücadele
 - Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması
 - Hastalık çıkan yerlerin derhal incelenmesi
 - Mobil laboratuvarların kurulması



Kaynaklar

- Akdur R. Afetlere karşı sağlık hizmeti senaryoları yazma: Deprem Örneği. Eryılmaz, Dizer, Afet Tıbbı, I. Cilt, Ünsal yayınları, Ankara 2005.
- Gögen S. Afetler ve afete müdahalede asgari sağlık standartları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004:3(12):296-306
- Akdur R. Afetler ve Afetlere karşı alınacak önlemler. Halk Sağlığı. ANTIP, Ankara 1993
- Güler Ç, Çobanoğlu Z. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:39 Afetlerde Çevre Sağlığı Önlemleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara 1997
- Akdur R. Afetlere hazırlık ve afet yönetimi. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001 s:1-61
- Akdur R. Afetlere karşı kurumsal hazırlıklar. Afet Süreçlerinde yapılacak işler. Eryılmaz, Dizer, Afet Tıbbı, I. Cilt, Ünsal yayınları, Ankara 2005.
- Özaydın N. Olağanüstü durumlarda üreme sağlığı hizmetleri ve aile planlaması. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001
- Rodoplu Ü, Ersoy G. Acil Tıp Derneği ve Hastane Afet Planı STED. 11(9):329-31.
- Hersche B, Wenker OC. Principles of hospital disaster planning. The Internet Journal of Disaster Medicine. <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijdm/vol1n2/hosp.xml>
- Disaster preparedness. Guide for incidents involving chemical, biological, radiological and environmental (CBRE) Agents
http://www-nehc.med.navy.mil/EPM/Disaster_Preparedness.htm.
- Prescott JE. Hospital disaster planning for the real world <http://www.hsc.wvu.edu/som/cmcd/ophp/ppts/gr20050921HospDisasterPlanning.ppt>
- Mass Casualty disaster plan checklist: A template for healthcare facilities. APIC-CSB&EI <http://bioterrorism.slu.edu/bt/quick/disasterplan.pdf>
- Richter PV. Hospital Disaster preparedness: Meeting a requirement or preparing for the worst? Healthc Facil Manag Ser. 1997 Aug;1-11.

- Pan American Health Organization. Mass fatality plan checklist for Ministries of Health and National Disaster Office. First draft. March 2007 <http://www.paho.org/english/dd/PED/deadbodies5checklist.htm>
- Hospital Disaster Plan http://dhs.wisconsin.gov/rl_DSL/Hospital/HospitalDisastrPIng.htm
- Department of emergency medicine disaster plan. Approved by: Lucchesi M., Stiveletti L, Binita Shah. http://www.hscbklyn.edu/emergency_medicine/pdf.docs/KCHCDISASTER.pdf
- Karababa AO. Olağandışı durumlarda çevre sağlığı hizmetleri. Karababa AO. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002
- Bakır B, Hacım AK. Afetlerde temiz su temini. Eryılmaz, Dizer, Afet Tıbbı, I. Cilt, Ünsal yayınları, Ankara 2005.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Olağanüstü durumlarda sağlık hizmetleri ve yönetimi, Çalışma toplantısı raporu. Mart 2000
- Sphere Projesi. Afete Müdahalede Asgari standartlar ve insani yardım sözleşmesi.
- Acil Durumlar ve Afetlerde Yönetim. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Acil Durumlar ve Afetlerde Yönetim Kursu Notları, Mart 1998 Almanya
- Batı H. Olağandışı durumlarda beslenme. Karababa AO. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002
- Öztürk M. Sağlık kuruluşlarında atık yönetimi. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği ve Getirdiği Zorunluluklar. 5.Ulusal Sterilizasyon Kongresi kitabı. S.673-680, 2007.
- Dizer U. Afet ve Enfeksiyon. Eryılmaz, Dizer, Afet Tıbbı, I. Cilt, Ünsal yayınları, Ankara 2005.
- Uçku R, Ünal B. Olağandışı durumlarda bulaşıcı hastalıklara yaklaşım. Karababa AO. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002
- Hacım AK. Afetlerde Salgın incelemesi ve Önlemler. Eryılmaz, Dizer, Afet Tıbbı, I. Cilt, Ünsal yayınları, Ankara 2005.
- Ocaktan E. Biyolojik Savaş Ajanları. İbni Sina Tıp Dergisi. 2004;9(1-2):1-11.

- Aksakoğlu G. Bulaşıcı hastalıklarla savaş ilkeleri. Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:3. Ankara 1983.
- Su İ. Afet tıbbında ölü defin işlemleri. Eryılmaz, Dizer, Afet Tıbbı, I. Cilt, Ünsal yayımları, Ankara 2005.
- Akın D. Eğitim ne kadar önemli? <http://www.e-kutuphane.imo.org.tr/pdf/3888.pdf> TMMOB Afet Sempozyumu Kitabı,S:45-46, 4-7 Aralık 2007, Ankara
- Taylan Özkan A. Acil ve Afet Tıbbında Eğitim ve Öğretim. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001
- Babalıoğlu N. Afetlerde Ruhsal Yardım. Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001
- Acil Durumlar ve Afetlerde Yönetim Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
- Özvarış Ş. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. Aile Planlamasında temel bilgiler. Sağlık Bakanlığı, HÜTF, JHPIEGO, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Damla matbaacılık, İstanbul 1997
- Precautions against the sabotage of drinking-water, food and other products. Public Health response to biological and chemical weapons. WHO Guidance. Second edition Genova 2004
- .disaster risk management, working concept. <http://www.gtz.de>
- Altıntaş H. Afetler ve Afet Tıbbı 635-682 Güler Ç, Akın L. Halk sağlığı Temel Bilgiler Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006 Ankara ISBN:975-491-214-9
- Yurdakök K. Afet ve Afetlerden Korunma, Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001,S:91-99
- Cengiz Kaya K, Oğuzhan T. İnsani Yardımda Minimum Standartlar Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001s:163-177
- disaster risk management, working concept. <http://www.gtz.de>
- Saçaklıoğlu F. **Sarıkaya Ö.** Olağandışı Durumlarla İlgili Temel Kavramlar. Karababa A.O. Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri –Sağlık çalışanının El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği 2. basım Aralık 2002 ,s:11-20

- Özkuş B, Karaman E. Doğal Afetler için Risk Yönetimi. TMMOB Afet Sempozyumu, s:251-60
- Yüksel İ. Afetlerde Veri ve Özellikleri Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara 2001, S:271-273)
- Öztürk M. Sağlık kuruluşlarında atık yönetimi. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği ve Getirdiği Zorunluluklar. 5.Ulusal Sterilizasyon Kongresi kitabı.S.673-680, 2007.,
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği.Çevre ve Orman Bakanlığı. Resmi Gazete 25755 14.03.2005 <http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/03/20050314.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/03/20050314.htm>
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği Resmi Gazete 23999 24.03.2000 <http://www.taek.gov.tr/mevzuat/yonetmelikler/radguv/radyasyonguv.html>

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler

Sağlık Hizmetleri ve Politikaları **Prof. Dr. Recep Akdur**

14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Sağlık Hizmetlerinde Tarihsel Gelişim
 - › Bir İçgüdü Olarak Sağlık
 - › Bilimdeki Gelişimin Sağlık Hizmetlerine Yansıması
 - Mistik Anlayış/Dönem
 - Polifarmasi Anlayışı/Dönemi
 - Etiyolojik Tedavi Anlayışı/Dönemi
 - Çağdaş Anlayış/Dönem
- Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları
 - › Koruyucu Sağlık Hizmetleri
 - › Tedavi Edici Hizmetler
 - › Esenlendirme Hizmetleri
- Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma
 - › Sağlık Politikaları
 - › Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma

Ünite Hakkında

Bu ünite de sağlık hizmetlerinde tarihi gelişim, bu gelişimde bilimsel ve toplumsal dinamiklerin rolü ile çağdaş sağlık hizmetleri kavramının ışığında sağlık politikaları konusu ele alınmıştır.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda;

- Sağlık hizmetlerinin insanlık tarihinde kat ettiği yol ve süreci kavrayacaksınız.
- Sağlık hizmetlerinin yapılanmasında toplumsal ve bilimsel dinamiklerin rolünü kavrayacaksınız.
- Sağlık hizmetlerin alanında kullanılan temel kavramları bileceksiniz.
- Sağlık politikasının temel araçlarını bilip kavrayacaksınız.

Üniteyi Çalışırken



Metni dikkatlice okuduktan sonra daha önce sahip bilgiler ile kıyaslayarak bir sentez oluşturulmalıdır. Ulaşılabilen kaynaklarda çeşitli ülkelerde uygulanan sağlık politikaları incelenmelidir.

Sağlık Hizmetlerinde Tarihsel Gelişim

Bir İçgüdü Olarak Sağlık

Canlıların temel içgüdüleri sağlığını korumak ve neslini sürdürmektir.



Beslenme, çiftleşme, tehlikeden kaçınma, acı dindirme gibi içgüdü olarak tanımlanan diğer birçok güdü ve davranışın da asıl kaynağı bu **temel içgüdüdür**.

Bu temel içgüdüünün davranışlara yansımalarının birçok örneğini her türden canlıda gözleyebilmekteyiz.

En basit canlılar olan, bitkilerin birçoğunun güneşten gelen enerjiden iyi bir biçimde yararlanabilmek için, yaprak ve çiçeklerini sürekli olarak güneşe doğru döndürdüğü ve gün boyunca onun hareketlerini izlediği bilinmektedir. Daha gelişkin bazı bitki türleri, herhangi bir tehlike karşısında kapanmakta, geri çekilmekte ya da beslenmek için avlanabilmektedir.

Sağlığı koruma içgüdüleri hayvanlarda daha da gelişmiş olup, doğrudan sağlığı koruma ya da sıkıntıları gidermeye yönelik davranışlara neden olmaktadır.



Örneğin etobur olan köpekler, kabızlık sıkıntısı olduğunda, otlar arasındaki bir tür ayırık otunu arayıp bulur ve yiyerek, onun ishal yapıcı (müshil) etkisinden yararlanır. Birçok hayvan, yalamak suretiyle, yaralarının bakım ve pansumanını yapmaktadır. Fazla yiyerek rahatsızlanan leylek, gagasına aldığı suyu makatından (anüsünden) vermek suretiyle kendi kendine bir tür lavman yapar. Aynı şekilde, gözünde katarakt gelişen keçi, gözünü çalılara sürterek bir tür katarakt ameliyatı yapmaktadır.

Hayvanların sergilediği bu tür davranışlar yalnızca kendileri ile sınırlı kalmamakta diğer bir hayvana yardım şeklinde de olabilmektedir.



Örneğin birçok hayvan yaralı olan diğer bir hayvanın yarasını yalayarak pansuman yapmaktadır. Maymunlar, eşinin, yavrularının ya da gruptan diğer bir maymunun derisindeki asalakları (parazit haşereleri) temizleyerek onu parazitlerinden arındırmaktadır.

Benzeri içgüdüsel davranışların kalıntılarına insanlarda da rastlanmaktadır.

Örneğin bazı ilkel ve izole kabilelerde, kabızlık sıkıntısı olan çocuklara anne veya baba tarafından ağza alınan su çocuğun makatından verilmek suretiyle, bir tür lavman yapılmaktadır. Hayvan ve insanlarda görülen bu tür davranışların örnekleri daha da çoğaltılabilir.



Bu gözlem ve örneklerden hareketle, sağlığı koruma ve nesli sürdürmeye yönelik davranışların, canlıların yeryüzünde var oluşu ile başladığını ve günümüze dek varlığını sürdürdüğünü söylemek yanlış olmaz. Diğer canlılarda, bir içgüdü düzeyinde kalan bu davranışlar insanlarda, zamana koşut olarak, gelişmiş istemli ve bilinçli davranışlara dönüşmekle kalmamış, toplumsal bir davranış niteliği de kazanmıştır. Yine buradan hareketle, günümüzdeki anlamda olmasa bile, sağlık hizmetlerinin insanlıkla birlikte var olageldiği, sağlık hizmetleri tarihinin insanlık tarihi ile yaşıt olduğu ve ilk eczacı ve doktorun ilk insan olduğu söylenebilir. İnsan topluluklarının örgütlü toplumlara dönüşmesi süreci, iş bölüşümü ve uzmanlaşmaya ortam hazırlayarak, sağlık meslekleri ve sağlık insan gücünün doğmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin örgütlü hizmetler grubu haline gelmesi ise sağlık sektörünün oluşmasına neden olmuştur.

Bilimdeki Gelişimin Sağlık Hizmetlerine Yansıması

Sağlık hizmetleri, gerek bilimsel-teknolojik düzey ve anlayışı gerekse sağlık politikası, yani hizmet sunma biçimi ve sektörün yapılanması yönünden sürekli bir değişim ve gelişim içinde olmuştur. Bu gelişim ve değişimde, bilimdeki gelişim ve birikimle birlikte (*bilimsel dinamik*), toplumların içinde bulunduğu üretim ilişkileri ve düzeyi (*toplumsal dinamik*) belirleyici olmuştur. Bilimsel gelişimin sağlık hizmetlerine yansıması açısından sağlık hizmetleri başlıca dört anlayıştan/dönemden geçmiştir.

Mistik Anlayış/Dönem

Bilimin varlığından bile söz edilmeyen ilk çağlarda, her türlü iyilik ve kötülük durumu birtakım doğüstü güçlere ve olaylara dayandırılmakta idi.



Örneğin kıtlık görülmesi durumu, toplumun tapılan güce karşı kulluk görevlerini yeterince yerine getirmedeği ve bundan ötürü de tapılan gücün onları cezalandırıldığı şeklinde yorumlanıyordu. Birinin hastalanması durumu ise o kişinin iyi ya da kötü mistik güçleri kızdırdığı ve bundan ötürü de cezalandırıldığı şeklinde algılanıyordu.

Bunun bir sonucu olarak, birtakım içgüdüsel davranışlar dışındaki, her türlü sağlık işlemlerinin esasını; doğaüstü güçlere tapınma, adak sunma, kötü ruhları kovma ve benzeri mistik eylemler oluşturmuştur. Hastanın içindeki kötü ruhun onu terk etmesi için, hastaya kötü kokulu ya da acı maddeler içirilmiştir. Bu amaçla ameliyatlar bile yapılmıştır.



Arkeolojik kazılarda sık rastlanan trepanasyon ameliyatı yapılmış (delik açılmış) kafatası bu amaçla yapılan ameliyatların tipik örneklerinden birisidir. Kafatasına açılan bu deliğin amacı; hastanın başına girdiğine inanılan kötü ruhun kolayca çıkmasına olanak sağlamaktır.

Bu anlayış ve uygulamaların kalıntıları, günümüzde de varlığını sürdürmektedir.



Nazara karşı mavi boncuk takılması, al (bir tür cin) basmaması için loğusalara kırmızı elbise giydirilmesi, hastalara muska yazılması, medyumlardan şifa beklenmesi, çeşitli sağlık beklentileri için büyü yapılması ve benzeri uygulamalar söz konusu anlayışın/dönemin kalıntılarının örnekleridir.

Polifarmasi Anlayışı/Dönemi

Mistik uygulamalar sürüp giderken, günlük yaşamdaki rastlantılar sonucunda, bazı bitkilerin, gıdaların veya maddelerin birtakım sıkıntılara iyi geldiği gözlenmiştir. Bu gözlemler, zamanla uygulama/denemelerle zenginleştirilmiş ve pekiştirilmiştir. Böylece acı ve sıkıntıların bazı maddeleri kullanarak giderilmesi veya hafifletilmesi uygulamalarına başlanmıştır. Giderek, birçok hastalıkta, bugünkü anlamda olmasa bile, ilaç diyebileceğimiz çeşitli maddeler kullanılır hale gelmiştir. Ancak, bu uygulamalarda, madde ve hastalık ayırımı söz konusu olmamıştır. Yani, aynı hastalıkta çok çeşitli maddenin

veya aynı maddenin değişik hastalıklarda kullanımı söz konusudur. Bu nedenle de, çok ilaçlı (polifarmasi) dönem/anlayış olarak adlandırılan bu uygulamaların uzantıları günümüzde de devam etmektedir.

Halk arasında, aynı bitki ve maddenin, çok farklı nedeni, birçok hastalıkta denenmesi veya bazı hekimlerin, hastalara, çok çeşitli yapı ve işlevli ilaçlardan oluşan reçeteler düzenlemeleri, çok ilaçlı dönemden/anlayıştan günümüze kalan örneklerdir.



Etiyolojik Tedavi Anlayışı/Dönemi

Bilim ve bu arada sağlık bilimindeki gelişmeye koşut olarak, birçok hastalığın etkeni veya oluş nedeni bulunmuş ve bilinir hale gelmiştir. Sonuçta, aynı yakınma ve belirtileri gösteren hastalıkların bile birbirinden ayrı olgular (ayrı birer antite) olduğu anlaşılmıştır.

Örneğin baş ağrısının bir kısmının nedeni bedende üreyen mikroplar (enfeksiyon) iken diğer bir kısmının nedeninin kan basıncı yüksekliği (hipertansiyon) olduğu anlaşılmıştır.



Hastalıkların tedavisinde ise; esas olanın yakınmaların giderilmesi/ tedavisi değil, bu yakınmaya yol açan nedenin giderilmesi/ tedavisi ya da ortadan kaldırılması olduğunun ayırıcına varılmıştır. Bu gelişmelere koşut olarak, hastalıkların tedavisinde bütün ağırlık hastalık etkeni veya hastalığı oluşturan nedeni gidermeye yönelik girişimlere verilmiştir.

Bulaşıcı hastalıkların etkenleri olan mikroorganizmaların ve bunlara karşı antibiyotiklerin bulunması, hormonal hastalıklarda bazı hormonların azlığı ya da fazlalığının bulunması ve tedavide söz konusu hormonun azlığının ya da etkisinin giderilmesi, doku bozulması ile seyreden (dejeneratif) hastalıkların oluş mekanizması ve tedavilerinin bulunması bunlara örnektir.



On dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısından sonra, bilimdeki gelişmenin büyük ivme kazanmasına koşut olarak, tıp alanında da büyük gelişmeler sağlanmış ve hemen her hastalığın etkeni veya oluş nedeni ile bunu tedavi edecek ilaç ya da tıbbi girişim bulunmuştur. Böylece, sağlık hizmetlerine her hastalık için ayrı, etkene ve oluş nedeni veya nedenlerine (etiyojolojiye) yönelik tedavinin uygulandığı bir anlayış hâkim olmuştur.

Buraya kadar özetlenen anlayış ve uygulamaların ortak özelliği, sağlık ortamına “*Hasta kişi yok hastalık var.*” anlayışının hâkim olmasıdır. Başka bir anlatımla, bu anlayış veya dönemlerin her üçünde de, hastalanan kişinin ailesiyle, toplumuyla ve çevresiyle bütünleşmiş bir varlık olduğu kavranamamış, kişiye yalnızca bir hastalık tablosu gözüyle bakılmıştır. Bunun bir sonucu olarak da hastalık durumu kişisel bir olgu ve sorumluluk olarak algılanmıştır.

Çağdaş Anlayış/Dönem

Zamanın ilerlemesi ile, birçok hastalığın etkeninin bulunmasına karşın, kanserler, kalp ve damar hastalıkları gibi bazı hastalıklarda belli bir etken saptanamamıştır. Daha sonra bu tür hastalıkların doğrudan belli bir etken ile ilişkili olmadığı, çevredeki birçok faktörün etkisi sonucunda oluştuğu anlaşılmıştır. Buna ek olarak, belli bir hastalığa neden olan, aynı etkenin bazı kişileri hastalandırdığı halde diğer bazıları hastalandırmadığı da görülmüştür. Aynı etken bazı toplumlarda salgınlara ve kitle ölümlere neden olurken diğer bazılarında ciddi kişisel ve toplumsal sorunlara bile yol açmamaktadır.



Örneğin verem mikrobu bazı insanlarda hastalık oluştururken diğer bazılarında hastalık oluşturmamaktadır. Bazı toplumlarda büyük salgınlara ve sağlık sorunlarına yol açarken diğer bazı toplumlarda ciddi bir etkisi görülmemektedir.

Bu ve benzeri gözlemler hastalıkların oluşmasının yalnızca insan ve etken ilişkisine indirgenemeyeceği ya da yalnızca etkenin varlığı ile açıklanamayacağı, hastalıkların oluşması konusunun daha ayrıntılı bir biçimde incelenmesi gerektiği düşüncesini doğurmuştur.

Genelde sosyal bilimlerdeki özeldense epidemiyoloji disiplinindeki gelişme, hastalıkların oluş mekanizmasının çok ayrıntılı bir biçimde incelenmesine olanak sağlamıştır. Bu incelemeler, hastalığın oluşumunda hastalık etkeninin yanında çevresel (fizik çevre, biyolojik çevre, sosyal çevre)¹ ve kişisel faktörlerin de önemli bir rol oynadığını göstermiştir.

1

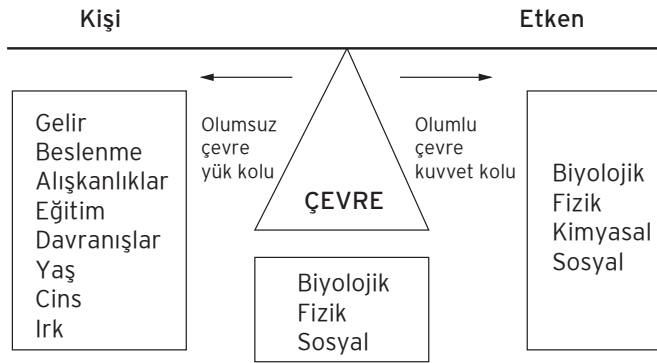
- Fizik çevre: Her türlü cansız (enerji türleri de dahil) maddelerden oluşan topluluk.
- Biyolojik çevre: Virüslerden başlayarak omurgalılara dek giden her türlü canlı ve bunların ürünlerinden oluşan topluluk.
- Sosyal çevre: İnsan ve insan eylemlerinden oluşan olgu ve olaylar topluluğu.

Örneğin verem hastalığının oluşması için, ortamda tek başına verem mikrobunun/etkenin varlığı yetmemekte mikropla birlikte, kişiye ve çevreye ait, daha birçok faktörün yan yana gelmesi gerekmektedir.



İşte bir hastalığın oluşması için yan yana gelmesi gereken faktörler; *etken, kişi* ve çevre başlıkları ile adlandırılan üç grup altında toplanmaktadır. Hastalıklar, “*epidemiolojik üçlü*” olarak adlandırılan bu üç grup faktörün arasındaki ilişkiler ve etkileşimler sonunda oluşmaktadır.

Şekil 25: Epidemiyolojik Üçlü



Epidemiyolojik üçlünün kendi arasındaki ilişkiler bir kaldıraca benzetilerek açıklanmaktadır. Çevre bu kaldıraçın destek noktasında bulunmakta olup, insan sağlığında çok önemli ve belirleyici bir role sahiptir. Yukarıdaki şekilden de görüldüğü gibi, çevrenin olumlu (sağlıklı) hale gelmesi durumunda kaldıraçın destek noktası etkene doğru kayar, kuvvet kolu kısalar yük kolu ise uzar, dolayısı ile de etkenin kişiyi hastalandırması zorlaşır. Tam tersine çevrenin olumsuzlaşması halinde ise kaldıraçın destek noktası kişiye doğru kayar, kuvvet kolu uzar yük kolu ise kısalar, dolayısı ile de etkenin kişiyi hastalandırması çok kolaylaşır. Bu bilgiden hareketle, çevredeki bazı olumsuzluklar giderilerek hastalıkların önlenilebileceği ve hatta yeryüzünden silinebileceği bilinmektedir. Bunun tersine çevredeki olumsuzlukların artmasına koşut olarak kişi ve toplumda hem hastalıkların sıklığı hem de ağırlığı artmaktadır.

Günümüzde yapılan toplumsal ölçekli araştırma ve izlemeler, tek tek hastaları tedavi etmekle toplumun sağlık düzeyini yükseltmenin olanaklı olmadığını, hatta tedavi edilen kişiye bile köklü bir çözüm getirmediğini göstermektedir. Çünkü kişinin yaşadığı ortamdaki etken ve

olumsuz çevresel faktörler ve kişinin bunlarla olan ilişkileri devam ettiği sürece, hastalanan kişi tedavi edildikten sonra bu ortama tekrar gönderildiğinde hastalık yinelemektedir. Üstelik hastalar kervanına, yeni hastaların eklenmesi de sürmektedir. Bu kısır döngüyü kırmada ve kişilerin/toplumun sağlık düzeyini yükseltmede, yalnızca hastaların tedavisinin önemli bir katkısı olmamaktadır. Bu kısır döngüyü kırmak için, sağlık ve sağlık hizmetlerine bütüncül bir anlayışla yaklaşılması ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi gerekmektedir.

Bu gelişmelerin bir sonucu olarak, sağlık hizmetlerinde bir yandan koruyucu sağlık hizmetlerinin önem ve önceliği artarken öte yandan da koruyucu sağlık hizmeti bilgileri ve teknikleri hızla gelişmiştir. Koruyucu sağlık hizmeti teknikleri bazı hastalıkları yeryüzünden silebilecek yeti ve kapsama kavuşmuştur. Böylece, sağlık hizmetlerinde, kişileri önce sağlam iken korumak, buna karşın hastalanır ise erken ve uygun tedavi vermek ve gereğinde de esenlendirmek (rehabilit etmek) diye tanımlanabilecek çağdaş sağlık anlayışı dönemine geçmiştir.

Geleneksel anlayışta, kişinin herhangi bir yakınmasının olmaması onun sağlıklı olduğu anlamına geliyordu. Aynı şekilde yakınmasının olmadığı bu dönem sağlıklı, yakınmaların olduğu dönem ise hastalıklı dönem olarak algılanıyor ve tanımlanıyordu. Oysaki hemen bütün hastalıklarda, yakınmaların ortaya çıkmasından önce, çok uzun bir süreç vardır.



Örneğin kanserlerde ve kalp damar hastalıklarında hastalığın başlangıcı yakınmalar ortaya çıkmasından yıllarca öncesine gider. Kanserlerde, yıllarca bir etkene sunuk kalma sonucunda, önce genlerde bir değişiklik oluşur. Hücre içi evre denilen bu evre birkaç yıl sürer. Daha sonra ur ve daha sonra da yayılma evresi gelişir. Ur etrafındaki dokuların ya da organın işlevlerini bozacak büyüklüğe ulaşıncaya dek kişide herhangi bir yakınmaya neden olamaz. Başka bir anlatımla, ur belli bir büyüklüğe ulaşıncaya dek kişi kendisini sağlıklı sanır. Bundan ötürü de herhangi bir tıbbi işleme gereksinim duymaz. Oysa bu dönemde tıbbi kontrolden geçirilse hastalığının hemen farkına varılır. Hastalık bu evresinde tanınır ise, tedavi hem çok kolay hem de çok daha etkilidir (tam şifa oranı yüksek). Yakınmaların başladığı yani kişinin kendini hasta olarak algıladığı evrede tanı konulması halinde ise hastalık genellikle tedavi edilemez evreye girmiş olur.

Hastaların, hastalığın erken döneminde yakalanabilmesi onların kendini iyi hissettiği (yakınmalarının olmadığı) dönemlerde ve belli aralıklarla tıbbi kontrolden geçmesine bağlıdır. Buradan da anlaşılacağı üzere, kişilerin yalnızca kendilerini hasta olarak hissettikleri dönemde değil, özellikle kendini sağlam hissettikleri dönemde sağlık hizmeti alması ve düzenli kontrollerden geçmesi gerekmektedir.

Geleneksel anlayışta, ender görülen, zor tanınan ve zor tedavi edilebilen hastalıklar ile bu konularla uğraşan kişi ve kuruluşlara daha büyük bir önem atfedilmiştir. Bundan ötürü de, bu tür kuruluş ve kişilere daha büyük miktarlarda kaynak ayrılmıştır. Bunun tersine, toplumda sık görülen, tedavisi ve kontrolü kolay/olanaklı olan hastalıklar ile bunlarla uğraşan kuruluşlara gerekli önem verilmemiştir. Oysaki kişi ve toplumun yaşam kalitesinde bu tür sık görülen hastalıkların diğerlerine göre çok daha önemli bir yeri vardır. Üstelik bu tür hastalıkların kontrol altına alınması ve tedavisi hem kolay hem de daha ekonomiktir. Ayrıca, çağdaş halk sağlığı yaklaşımına göre; bir sorunun halk sağlığı sorunu (öncelikli ve önemli bir sorun) olup olmadığı değerlendirilmede üç ölçüt kullanılmaktadır. Bunlar; sıklık (çok görülme), ağırlık (sakat bırakma, öldürme) ve ekonomik kayıp miktarıdır. Buradan hareketle, bir toplumda en önemli hastalık en sık görülen, en çok öldüren sakat bırakan ve ekonomik kayba neden olan hastalıktır.

Geçmişte hastalığın kişisel bir sorun olduğu ve yalnızca hasta olan kişiyi ilgilendirdiği düşünülürdü. Oysa çağdaş anlayış bunun yanlış olduğunu, hastalıkların kişiden başlayarak tüm insanlığı ilgilendirdiğini kabul etmektedir. İngiltere’de ortaya çıkan 35 - 40 kadar deli dana hastalığı buna çok iyi bir örnek oluşturmuştur. Olay önce İngiltere’nin toplum yaşamını ve ekonomisini daha sonra da tüm AB ülkelerindeki yaşamı ve ekonomiyi sarsmıştır. Türkiye gibi Birlik üyesi olmayan ülkelerde hatta tüm dünyada toplumsal yaşamı etkilemiştir. Buradan hareketle çağdaş anlayışta, hastalık tedavi ve kontrolünün yalnızca kişisel ya da ulusal bir sorun olmadığını tüm ulusun giderekten tüm insanlığın sorunu ve sorumluluğu olduğunu kabul eder. Bundan ötürü de, hastalıklarla mücadelede ulusal ve uluslararası dayanışmayı öngörür.

Geleneksel anlayışta sağlık ve sağlık hizmetleri genelde yalnızca bir sağlık sektörü özelde ise bir hekim iş ve sorumluluğu olarak algılanmıştır. Oysa gerek kişilerin ve gerekse toplumun sağlıklı kılınabilmesi sağlık hizmetlerinden daha çok ilgili diğer birçok sektörün hizmeti ile ilgilidir.



Örneğin içme ve kullanma suyu temiz ve yeterli, beslenmesi yeterli ve dengeli olmayan bir toplumda her kişinin başına 24 saat bir hekim verilse bazı hastalıkların ve ölümlerin önü alınamaz. Aynı şekilde, günümüzdeki sağlık hizmetleri geçmişte olduğu gibi yalnızca bir hekim hizmeti değil, tüm sağlık personelinin birlikte ve ekip halinde kotardığı bir hizmettir.

Çağdaş sağlık hizmeti anlayışı, sağlık ve sağlık hizmetlerine, bazıları yukarıda açıklanan birtakım bilimsel ilkeler dizini ve bütünü içinde yaklaşan bir anlayıştır. Bu ilkelerin başlıcaları aşağıdaki gibi sıralanabilir.

Çağdaş Sağlık Hizmeti Anlayışının İlkeleri

- Kişinin yaşamı bir bütündür, sağlıklı ve hastalıklı dönemler diye birbirinden ayrılamaz. Kişinin hastalığı, sağlıklı dönem diye bilinen dönemdeki birikimlerin sonucudur.
- Sağlık hizmeti, hastadan çok sağlama götürülen bir hizmettir ve koruma tedaviden daha önemlidir.
- Kişi ve çevresi (fizik, biyolojik, sosyal) bir bütündür ve birbirinden soyutlanamaz. Kişinin sağlığı, çevrenin özellikle de sosyal çevrenin bir işlevidir (fonksiyonudur).
- Bir toplumda en sık görülen hastalık en önemli hastalıktır.
- Hastalık yalnızca kişiyi ilgilendirmez, ailesinden başlayarak tüm toplumu etkiler ve ilgilendirir.
- Sağlık hizmeti, birçok sektörün hizmetinden etkilenen, bir ekip hizmetidir.

Günümüz toplumlarının sağlık kültürü ve anlayışında, dolayısı ile de sağlık hizmetlerinin günlük uygulamalarında, yukarıda özetlenen, anlayış veya dönemlerin hepsinin izlerine rastlanmaktadır. Bir tarafta en gelişkin teknolojilerle donanmış hastanelerde ayrıntı düzeyinde uzmanlaşmış sağlık çalışanları hizmet sunarken öte tarafta da medyum ve sahte imamlar da hizmet vermektedir. Bir yanda hastalar ilaç sanayinin en yeni geliştirdiği ilaçları kullanırken öte yanda ottan çöpten medet umulmaktadır. Bir toplumda, bu uygulamaların sağlık hizmetleri içindeki sıklığını ya da payını ise toplumsal dinamik belirlemektedir. Sosyokültürel düzeyi yüksek, üretim ve paylaşım ilişkileri hakkaniyete uygun ve toplumsal dayanışması gelişmiş toplumlarda ilkel uygulamaların ve davranışların payı çok az iken, bunun aksine

sosyokültürel düzeyi düşük, toplum kesimleri arasında derin eşitsizlikler olan ve toplumsal dayanışması gelişmemiş olan toplumlarda bu tür uygulamaların payı çok daha yüksektir. Yüksek olmaktan da öte, bazı bölge ve toplumlarda bu ilkel anlayış ve uygulamalar sağlık alanına egemendir.

Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları

Geleneksel anlayışta, **sağlık kavramı**, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır.



Tanımın böyle yapılması, hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin/toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiştir. Oysa hastalık kavramı ya da hastalık olarak algılanan olgu ve olaylar, zamana, topluma ve kişiye göre değişmektedir. Kendinde ya da toplumunda hastalık bulunduğu halde, bunu hastalık olarak algılamayan kişi ve toplumlar kendilerini sağlıklı olarak değerlendirebilmektedir.

Örneğin geçmiş tarihlerde, frengi (sifiliz), cüzzam (lepra), trahom ve şark çıbanı (leishmania tropika) hastalıklarının yaygın olduğu toplumlarda, bunlar hastalık olarak kabul edilmemiş ve hatta bu hastalıklara sahip olmayan kişilerin anormal olduğu bile düşünülmüştür. Aynı şekilde, yakın dönemlere kadar Türkiye'de ishal, kulak iltihabı/akıntısı (otitis interna) gibi durumlar bir hastalık olarak kabul edilmemiştir. Bu nedenle de, sağlığı; hastalığın olmayışı şeklinde tanımlamak yeterli olmamaktadır.



Yukarıdaki örneklerden de anlaşılacağı üzere, hastalıkları algılama ve tanımlama konusundaki genel gelişim; zamanın ilerlemesi ve kültür düzeyinin yükselmesine koşut olarak, hastalık olarak kabul edilen durumların sayısının artması yönündedir. Hastalık kavramındaki bu değişkenliğe ve göreceliğe karşın, tıp çevreleri hâlâ hastalık kavramına bağlı olmayan bir sağlık tanımı yapamamış ve sağlığın tanımını hastalık kavramı ile anlatmak zorunda kalmıştır.

Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan tanımdır.

Bu tanıma göre, **sağlık**; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.



Bu tanımda bedensel ve ruhsal iyiliğin yanında “sosyal yönden tam bir iyilik” haline de vurgu yapılmaktadır. Sosyal yönden tam bir iyilik halinin ise sınırları belirsizdir. Bu nedenle de, bu tanım ile genelde insanlığın özelde ise sağlık sektörünün önüne “insanları olabileceği en üst düzeydeki iyilik haline ulaştırmak” düşünsel bir hedef olarak konmaktadır.



Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavileri ve esenlendirilmesi (rehabilitasyonu) için yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir.

Bu şekilde yapılan kısa bir tanımla, ne sağlık hizmetleri tam olarak anlaşılır ne de içeriği hakkında bir fikir edinilebilir. Bu nedenle de, gerçekte sağlık hizmetleri bir bütün olmakla birlikte, anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak ve içeriği hakkında bilgi vermek amacıyla; Koruyucu sağlık hizmetleri, Tedavi edici sağlık hizmetleri, Esenlendirme hizmetleri olmak üzere üç ana başlıkta incelenir ve tanımlanır. Bunlar sırasıyla aşağıda açıklanmaktadır:

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalıklar oluşmadan kişileri ve toplumu korumak için verilen hizmetlerin tamamı bu başlık altında toplanır. Bir toplumda, hastalıkları önleme ve toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmenin en kestirme ve etkili yolu bu tür hizmetler iledir. Kendi içinde iki alt başlıkta incelenir:

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek, çevreyi olumlu hale getirme veya olumsuz çevre etmenlerinin kişileri etkilemesini önleme çabalarının tümü bu başlık altında toplanır. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Vektörlerle (haşerelerle) savaş,
- Hava kirliliği ile savaş,
- Radyasyon ve gürültü ile savaş.

Sayılan bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılacağı üzere, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek grupları tarafından yürütülmesi gereken hizmetlerden oluşmaktadır. Sağlık sektörünün, bu alandaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve eğitimidir.

İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılarak onların insanları etkilemesini önlemeyi, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Bu başlık altında sayılabilecek hizmetlerin başlıcaları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Erken tanı ve uygun tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- Aile planlaması.

Hizmet tanım ve türlerinden de görüleceği üzere, bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütülen ve yürütülmesi gereken hizmetlerdir. Bu tür hizmetler, tedavi hizmetlerine göre daha kolay, etkili ve ekonomik olan hizmetlerdir. Akılcı bir sağlık ortamında bu tür hizmetlere öncelik ve önem verilmesi gerekir.

Tedavi Edici Hizmetler

Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında toplanır. Kendi içinde; a) Birinci basamak tedavi hizmetleri, b) İkinci basamak tedavi hizmetleri c) Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç kademeye ayrılır.

Hastaların evde ve ayakta (hastanede yatmadan) tedavilerine birinci basamak tedavi edici hizmetler adı verilir. Bu hizmetler esas olarak yataksız tedavi kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada yürütülür. Bu hizmetleri veren birimlere de birinci basamak sağlık birimi/kuruluşu adı verilmektedir (23, 28).





Bunların Türkiye'deki örnekleri; sağlık ocakları, kurum/işyeri tabiplikleri ve kısmen de muayenehanelerdir.



Hastanın, genel bir hastaneye yatırılarak tedavi edilmesine **ikinci basamak tedavi** adı verilir. Bu tür tedavi hizmeti üreten genel hastanelere de ikinci basamak tedavi kuruluşu/birimi denmektedir (23,28).



Bunların Türkiye'deki örneği; Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan il ve ilçe devlet hastaneleri ile diğer kurumlara bağlı (kamu ya da özel) genel amaçlı hastanelerdir.



Özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları hastanesi, geriatri hastanesi vb.), cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastaneleri vb.) ya da hastalığa (verem, ruh ve akıl hastalıkları, onkoloji hastaneleri vb.) hizmet veren, o konudaki gelişkin teknolojiyle ve üst düzeyde uzmanlaşmış personelle donanmış olan yataklı tedavi kuruluşlarında verilen hizmetlere üçüncü basamak tedavi hizmetleri denir. Bu hizmetler genellikle özel dal ya da eğitim hastanelerinde yürütülür. Bu tür hizmetleri veren kuruluşlara da üçüncü basamak tedavi kuruluşu adı verilir (23,28).



Bunların Türkiye'deki örneği; başta Sağlık Bakanlığının eğitim hastaneleri, üniversite hastaneleri olmak üzere tüm özel dal hastaneleridir.

Tedavi edici hizmetler, tamamen sağlık sektörünce ve sağlık insan gücü tarafından yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetlerin hem etkili ve ekonomik olması hem de hizmet alanlar ile hizmet verenlerin hoşnut olduğu bir ortamda üretilebilmesi için, mutlaka yukarıda verilen basamaklar halinde, kademe-leşmiş olması ve bu basamaklar arasında iyi bir sevk zincirinin bulunması gerekir.

Esenlendirme Hizmetleri

Kişilerin hastalıklarının tedavisinden sonra, bunların bir kısmında, bazı organların işlevleri kaybolur veya bu organların işlevlerinde güçsüzlük oluşur (engellilik). Bu kişilerin günlük yaşamını devam ettirmedi ve işgüçlerini kullanmada bazı sınırlılıkları vardır. Bunlara tıbbi ya da sosyal esenlendirme (rehabilitasyon) hizmetleri verilmek suretiyle, günlük yaşamlarını ailesine ve toplumuna yük, kendisine ise katlanılacak bir sıkıntı olmadan sürdürmeleri sağlanabilir. Bu tür hizmetler bu başlık altında toplanır ve kendi içinde ikiye ayrılır.

Tıbbi Esenlendirme

Hastalık veya kaza sonrasında güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb. tıbbi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesi ya da tamamen kaybedilen organ yerine ortez-protez takılmak suretiyle kişiye o organın işlevini kısmen kazandırma türünden hizmetlere **Tıbbi Esenlendirme (Tıbbi Rehabilitasyon) hizmetleri** adı verilir.



Bu hizmetler sonunda kişi, sınırlı da olsa, günlük yaşam ve işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşmuş olur. Adından ve türlerinden de anlaşıldığı üzere, tıbbi esenlendirme hizmetleri sağlık sektörü ve çalışanları tarafından yürütülen hizmetlerdir.

Toplumsal Esenlendirme

Fizik veya psikolojik hasarlı kişilerin geçimlerini sağlayacak bir iş bulması güçtür. Oysa yaşamlarını ailesine ve topluma yük olmadan devam ettirebilmeleri durumlarına uygun bir işe yerleşmelerine bağlıdır. Aynı şekilde, önceden sağlıklı olan ve çalışan bir kişinin daha sonra herhangi bir hastalık ya da kaza nedeniyle engelli hale gelmesi durumunda da kendisine yapabileceği diğer bir işin verilmesi/işinin değiştirilmesi gerekir. Hiç çalışamayacak durumda olan veya o hale gelen kişilerin bir kurumda bakılmasına gereksinim vardır.

İşte bu ve benzeri türden hizmetlerin hepsine **Toplumsal/Sosyal Esenlendirme (Toplumsal Rehabilitasyon) hizmetleri** adı verilir.



Toplumsal esenlendirme hizmetleri kendiliğinden olamaz, bunları yapacak bir takım toplumsal kurum ve örgütlenmelere gereksinim vardır. Ad ve türlerinden de anlaşılacağı üzere, toplumsal esenlendirme hizmetleri, toplumsal/sosyal hizmetler kurum ve personeline yürütülen hizmetlerdir.

Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma

Sağlık Politikaları

Felsefenin çok çeşitli tanımı vardır.



Bunlardan birisi, **felsefeyi**; bir bilim veya bilgi alanının temelini oluşturan kavramlar, değerler ve ilkeler bütünüdür şeklinde tanımlar. Sağlık felsefesini tanımlamak ve açıklamak için de, örnek alınacak en uygun felsefe tanımı bu tanımdır. Buradan hareketle, sağlık felsefesi için; sağlık bilim ve alanının kavramları, değerleri ve ilkelerinden oluşan bütüne **sağlık felsefesi** denir şeklinde bir tanım verilebilir.

Felsefe için olduğu gibi, **politika** deyimini için de çok çeşitli tanımlar verilebilmektedir. Bu tanımlardan birisine göre, politika; toplum yaşamının her alanını seçilen/benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmaktır. Bu tanımdan yola çıkıldığında, **sağlık politikası**; bir ülkedeki, sağlık sektörünü seçilen/benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak olarak tanımlanabilir.

Sağlık sektörünü yapılandırmanın araçları ise; örgütlenme, finansman ve insangücüdür. Bu araçları biçimlendirme yöntem ve seçeneklerine de **alt ya da ikincil sağlık politikaları** denilebilir.

Çeşitli ülkelere bakıldığında, sağlık sektörünün çok farklı yapılanmış olduğu ve her birinin ayrı yapılanma özellikleri taşıdığı, hiç birinin bir diğerine benzemediği görülür. Farklı ülkeler bir yana, aynı ülkenin farklı köşe ve birimlerindeki sağlık hizmetleri bile çok farklı yapılanma özellikleri gösterir. Bu görüntüler, çok çeşitli sağlık politikalarının varlığı izlenimi yaratır. Oysa, gerçekte, sanıldığı kadar çok ve çeşitli sağlık politikası yoktur. Bu yapılanmalar ayrıntılı ve dikkatli bir şekilde incelendiğinde, sağlık politikalarının, genelde, iki ayrı felsefeden (ilkeler, değerler, kavramlar bütünü) yola çıktığı ve dolayısı ile de sağlık politikalarının iki ayrı seçenek halinde netleştiği görülür ve anlaşılır.

Bu seçeneklerden birisi;

- Sağlığı “toplumsal bir olgu”,
- Sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı “doğuştan kazanılmış temel bir insanlık hakkı”,

- Sağlık hizmetlerini ise “toplumsal bir görev ve sorumluluk” olarak gören politikadır.

Bu politika, tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlık hizmetlerini “toplumsal dayanışmanın ve ulusal geliri yeniden dağıtmanın bir aracı” olarak ele alır ve “hizmetlerden yararlanmada eşitliği” öngörür.

Diğer seçenek ise; sağlığı “bireysel bir olgu” olarak gören, dolayısı ile de sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesini toplumsal bir görev olarak değil de “bireysel bir sorumluluk” olarak tanımlayan ve bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak, insanların bu haktan “fırsatları oranında” yararlanmasını öngören, sağlık hizmetlerine de “kar aracı” olarak bakan politikadır.

İki seçenek sağlık politikasına temel oluşturan, bu iki ayrı felsefe sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi maddi yapısını; yani tüm diğer alt politika ve uygulamalarını dolayısı ile de sektörün yapılanmasını da belirler.

Örneğin birinci seçenektan yola çıkan sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumsal dayanışmayı ön plana çıkararak, sağlık hizmetlerini kamu eliyle (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse ederken, hizmet sunumunda da kamu örgüt ve birimlerini benimser. İkinci seçenektan yola çıkan sağlık politikası ise; cepten ödeme veya özel sigortacılığı finansman yolu olarak benimserken, hizmet sunumunda da özel örgüt ve kuruluşları yeğler (Bakınız çizelge 27).



Çizelge 27: Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma

Seçenek 1	Seçenek 2
Toplumsal Olgu / Olaydır	Bireysel Olgu / Olaydır
Temel İnsanlık Hakkı Toplumsal Görev ve Sorumluluktur	Bireysel Sorumluluktur
Yararlanmada Eşitlik	Fırsatlar ve Piyasa Kurallarına Tabidir
Hizmetler Dayanışma Aracıdır	Hizmetler Kar Aracıdır

Örgütlenme			
↓			
Kamu sektörü	Özel sektör		
↓			
İnsangücü uygulamaları			
↓			
Kamu (Eğitimde, istihdamda)	Özel (Eğitimde, istihdamda)		
↓			
Finansman			
Genel bütçe	Kamu sigortası	Özel sigorta	Cepten ödeme

Seçilen ya da benimsenen sağlık felsefesi ve onun bir ürünü/ uygulaması olan sağlık politikası, alt politika ve uygulamalara, ülkenin sosyokültürel yapısına göre, farklı derece ve biçimlerde yansıyor/yansıyor. Başka bir anlatımla, alt politika ve uygulamalarını söz konusu toplumun dinamikleri (toplumsal dinamik) belirliyor. Bu nedenle de, benimsenen genel politikanın, yukarıda özetlenen, açık ve net uygulamaları her toplumda ve aynı toplumun tüm zamanlarında görülüyor. Benimsenen genel felsefenin/politikanın alt politika ve uygulamalara yansıma biçim ve derecesine göre, sağlık sektörü farklı farklı görüntülere bürünüyor. Bu durum, sanki çok çeşitli sağlık politika ve uygulamaları varmış gibi bir görüntü ortaya çıkarıyor. Oysa esas olan, belirleyici olan ayırım değişmiyor. Yalnızca, bu iki seçeneğin, kendi içindeki, farklı uygulamaları, biçimlenmeleri, kompozis-

yonları söz konusu olabiliyor. İşte, herhangi bir ülkedeki, sağlık politikasını anlamak, açıklamak ve sağlık sektörünü tanımlamak için yukarıda özetlenen ilkeler ve yapılanmalar yumağının tümünün gözetilmesi ve çözümlenmesi gerekir.

Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma

Planlama, örgütlenme, insangücü yetiştirme ve çalıştırma (personel istihdamı), finansman, eşgüdüm (koordinasyon), yönlendirme ve denetleme genelde yönetimin, özelde sağlık yönetiminin başlıca öğeleridir. Bunlardan planlama, yönlendirme, eşgüdüm ve denetim gibi öğeler, daha çok bilişsel alanla (üst yapı), başka bir deyişle yönetim bilim ve becerileri ile ilgili öğeler olup, her iki sağlık politikasında da ya da her türlü sağlık hizmeti yapılanma biçimlerinde de değişmeyen ilkelere sahiptir.

Örneğin sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları ya da özel kuruluşlar aracılığı ile sunulması yönetim biliminin (planlama, yönlendirme, denetleme vb.) ilkelerini değiştirmez, değiştirmemelidir. Buna karşılık, seçilen/benimsenen, sağlık politikası hizmetlerin yapılanmasını ya da maddi yapısını (alt yapı); yani örgütlenme, insangücü yetiştirme/çalıştırma ve finansman biçimlerini etkiler ve belirler. Buradan hareketle, bu üç öğeye sağlık politikasının uygulama araçları da denilebilir. Bu nedenle, bu bölümde sağlık yönetiminin üst yapı öğeleri üzerinde durulmamış yalnızca sağlık hizmetlerinin maddi öğeleri ya da sağlık politikalarını uygulama araçları üzerinde durularak, bunların seçilen sağlık politikasına göre aldığı biçimler tanımlanmaya ve açıklanmaya çalışılmıştır.



Örgütlenme

Bir sektörü oluşturan tüm öğelerin karşılıklı ilişkilerini ve her bir öğeye düşen yetki, sorumluluk ve görevleri açık bir biçimde belirleme ve düzenleme olayına örgütlenme denir. Başka bir tanımla, belli bir hizmetin yürütülmesi için ayrılan kaynakların belli bir düzen içinde dizgelenmesi olayına **örgütlenme** denilmektedir.





Herhangi örgütü belirleyen/tanımlayan en önemli özelliklerinden birisi, örgütün kaynaklarının nereden karşılandığı ve mallarının mülkiyetidir. Bunun kamu olması haline kamu örgütünden ya da örgütlenmesinden söz edilir. Bu kaynak ve mülkiyetin özel olması halinde ise özel örgüt ya da örgütlenmeden söz edilir.



Örgütlenme biçimine aynı zamanda **hizmet sunma biçimi** de denir.

Tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde de, kamu ve özel olmak üzere, iki temel örgütlenme biçimi vardır. Bir ülkede, bu örgütlenme biçimlerinden birisi tek başına ve saf olarak uygulanabildiği gibi, ikisi birlikte ve karmaşık olarak da kullanılabilir. Birinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen ülkelerde hizmetler ağırlıklı olarak kamu örgüt ve birimleri aracılığı ile sunulur. İkinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen ülkelerde ise örgütlenme ve hizmet sunumunda ağırlık özel girişimden yanadır.

İnsangücü Yetiştirme ve Çalıştırma

Sağlık insangücünün planlanması, yetiştirilmesi ve çalıştırma ve özlük haklarının düzenlenmesine kadar uzanan birçok konu ve çalışmayı kapsar. Örgütlenme biçimi ve toplumun koşullarına uygun nitelikte ve sayıda işgücü yetiştirilmesi sağlık hizmetlerinde başarının ön koşullarından biridir. Yetiştirilen bu insangücüne, iyi bir çalışma ortamı ve özlük hakları verilmemesi ise sağlık hizmetlerinde verimliliği düşüren en önemli etmen olmaktadır.

Birinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen ülkelerde sağlık insangücünün planlanması, yetiştirilmesi ve çalıştırılması kamu kurum ve birimleri aracılığı ile yapılır. İkinci seçenekte ise sağlık insangücünün planlanması ve yetiştirilmesinde kamu kurum ve birimleri ağırlıkta iken, sağlık personelinin çalıştırılmasında ağırlık özel girişime bırakılmıştır. Dolayısı ile hizmet üretecek insangücünün sayısı, niteliği ve bunlara verilecek olan ücret gibi insangücü yönetiminin işlevleri tamamen piyasa koşullarınca belirlenir.

Finansman

Bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin yapılanmasını belirleyen temel öğelerden birisi de finansmandır. Hizmetlerin finansman biçimi sektörün diğer (Örgütlenme ve İnsangücü Uygulamaları) alt yapı özelliklerini de önemli oranda belirler. Ayrıca hizmetin gerektirdiği finansmanın

sağlanamaması veya sağlanan bu finansmanın iyi kullanılmaması durumunda hizmetler başarısız olur. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ise başlıca dört yöntem vardır:

- **Kamu Genel Bütçesi Kaynaklı Finansman:** Bu yöntemde, sağlık hizmetlerinde kullanılacak para vatandaşlardan genel vergiler yoluyla toplanır ve sağlık hizmetlerinin tüm giderleri kamu bütçesinden karşılanır. Sağlık hizmeti alanlar ile üretkenler arasında doğrudan para ilişkisi yoktur.
- **Zorunlu Sosyal Sigorta Kaynaklı Finansman:** Bu yöntemde, kamu tarafından kurulan sigorta örgütlerine, bireyler aylık ve belli bir ön ödemede bulunur (prim) ve bir sigorta fonu oluşturulur. Daha sonra, kişilerin sağlık harcamaları bu fondan karşılanır. Bu yöntemde de sağlık hizmeti alanlar ile üretkenler arasında doğrudan para ilişkisi yoktur.
- **Özel Sigorta veya Kapalı Ağ Sistemi:** Bu yöntemde, kişiler herhangi bir özel sigorta şirketi ile sözleşme yaparak, belli bir ödeme takvimine uygun olarak ön ödemede (prim) bulunurlar. Daha sonra sağlık hizmetine gereksinim duydıklarında, şirketle imzalandığı teminat paketinde (karşılanacağı belirtilen hizmet listesi) bulunan hizmetlerin giderleri bu sigorta tarafından karşılanır.

Kapalı ağ sisteminin özel sigortacılıktan tek farkı sigorta şirketinin çoğunlukla hekimler tarafından kurulmuş olması ve bizzat kendisinin sağlık hizmeti üretmesidir. Ön ödemede bulunan kişilere doğrudan şirketçe hizmet verilir. Teminat paketinde bulunan ancak şirketin üretmediği türden hizmetler var ise, bu tür hizmetler diğer sağlık kuruluşlardan satın alınır. Özel sigortacılığın bu türünde hizmet üreten ile alan arasında doğrudan para ilişkisi vardır.

- **Hizmet Sırasında Bedel (Ücret) Ödeme:** Bu yöntemde, hizmet alan kişi hizmetin karşılığını o esnada cebinden öder, yani satın alır. Bu yöntemde hizmeti alan ile üretken arasında bire bir para ilişkisi vardır.

Yukarıda sayılan bu dört yöntemden, genel bütçe kaynaklı finansman yöntemi tek başına ve saf olarak uygulanabilir. Diğerlerinin tek başına uygulanması söz konusu değildir. Çünkü; sağlık hizmetlerinde ücretlendirilemeyen veya kişisel olmayan ve toplum tarafından birlikte yararlanılan bir dizi hizmet vardır. Bu hizmetlerin kamu bütçelerinden karşılanması zorunludur. Bu nedenle de, tüm sağlık harcamalarını kamu bütçesinden karşılamayan toplumlarda, finansman yöntemlerinin en az ikisi veya bir kaç bir arada uygulanır ve uygulanmak zorundadır.



Özet

Sağlık hizmetleri insanlık tarihi ile birlikte var olagelmiş ve düzenli sürekli bir gelişmenin içinde olmuştur. Bu gelişmede toplumsal ve bilimsel dinamikler rol oynamıştır.

Günümüzde sağlık hizmetleri çağdaş sağlık hizmeti olarak nitelenen bir içerik e biçime kavuşmuştur.

Ülke yönetimleri, ülkelerindeki sağlık sektörünü sahip oldukları felsefeye göre yapılandırmaktadır. Bu yapılandırmada da örgütlenme biçimi, finansman ve insangücü en önemli araçları oluşturmaktadır.

Gözden Geçir



- Bilimsel dinamik açısından sağlık hizmetleri hangi anlayış dönemlerini yaşamıştır?
- Çağdaş sağlık anlayışının ilkeleri nelerdir?
- Koruyucu sağlık hizmetleri hangi başlıklardan oluşur
- Tedavi edici sağlık hizmetleri nasıl basamaklandırılır?



Değerlendirme Soruları

- Aşağıda sayılan uygulamalardan hangisi, tıbbın “mistik dönemi”nden miras kalmış bir uygulamadır?
 - Nazar boncuğu takılması
 - Çeşitli bitkilerin ilaç olarak kullanılması
 - Rast gele antibiyotik kullanılması
 - Rast gele vitamin kullanılması
 - Gıdaların bazı maddelerle zenginleştirilmesi
- Aşağıdakilerden hangisi, sağlık hizmetlerinin “Polifarmasi Dönemi”nden kalmış bir mirastır?
 - Enfeksiyon hastalıklarında antibiyotik kullanılması
 - Hastalara muska yazılması
 - Hastalıkların tedavisinde çeşitli bitkilerin kullanılması
 - Aşı yapılması
 - Endokrin bozukluklarda hormon kullanılması
- Bir hastalığın oluşumunda rol alan etiyolojik faktörlerin tümüne birden ne denir?
 - Gerekli neden
 - Yeterli neden
 - Host
 - Etken
 - Çevre
- Bir hastalığın oluşması için mutlaka bulunması gereken etiyolojik faktöre ne denir?
 - Gerekli neden
 - Yeterli neden
 - Host
 - Epidemiyolojik üçlü
 - Çevre

5. Aşağıdakilerden hangisi Çağdaş Sağlık Hizmetleri Anlayışı'nın ilkelerinden biri değildir?
- Kişinin yaşamı bölünmez bir bütündür. Sağlıklı ve hastalıklı dönemler diye birbirinden ayrılamaz.
 - Kişi ve çevresi bir bütündür, birbirinden soyutlanamaz. Kişinin sağlığı çevrenin özellikle de sosyal çevrenin bir fonksiyonudur.
 - Koruyucu hizmetler tedaviden daha etkili, kolay ve ekonomiktir.
 - Sağlık hizmetleri yalnızca hastalara götürülen bir hizmettir.
 - Bir toplumda en sık görülen, en çok öldüren ve sakat bırakan ve en çok ekonomik kayıplara neden olan hastalık en önemli hastalıktır.



Kaynaklar ve Daha Fazla Bilgi

Akdur R. Çöl M., Işık A., İdil A., Durmuşoğlu M., Tunçbilek A.: Halk Sağlığı, ANTIP A.Ş. Yayınları, Ankara, 1998 ISBN:975-7226-15-7.

Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler: Halk Sağlığı içinde. Akdur R. Çöl M., Işık A., İdil A., Durmuşoğlu M., Tunçbilek A. ANTIP A.Ş. Yayınları, Ankara, 1998 ISBN:975-7226-15-7.

Akdur R. : Sağlık Hizmetlerinde Bilimsel ve Toplumsal Dinamikler, Sağlık ve Toplum, sayı: 1, Saydam Matbaası, Ankara, 1990 s:20- 23

Arabacıoğlu C.: Hekimlik ve Hastanecilik, Çukurova Ü.T.F yayını no:15, Adana, 1991.

Dirican M.R. : Hekimliğin Tarihsel Gelişimi ve Toplum Hekimliği, Halk Sağlığı (II. baskı, Bilgel N., Dirican R.), Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993, s:1- 38

Eren N., Öztekin Z.: Halk Sağlığının Gelişmesi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler (editörler :Bertan M., Güler Ç.) , Güneş Kitabevi, Ankara, 1995, s: 3 -12.

Eren N., Uyer G.: Sağlık meslek Tarihi ve Ahlakı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1993

Fişek N.H.: Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaası, Ankara, 1983

Polat H.: Sivas Ulaş'ta Halk Hekimliği Uygulamaları, Ürün Yayınları, Ankara, 1995.

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları

Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları

Prof. Dr. Recep Akdur

15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

Osmanlı İmparatorluğu Dönemi ve Cumhuriyet Döneminde ülkemizde sağlık hizmetleri ve politikaları ayrıntılı olarak irdelenmektedir. Cumhuriyet Dönemine damga vuran, Refik Saydam Dönemi, Behçet Uz Planı, Demokrat Parti Uygulamaları, Sosyalleştirme Dönemi ve Aktif Özelleştirme Dönemi ele alınmaktadır.

Ünite Hakkında

Bu ünite Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihi gelişimi Osmanlı İmparatorluğu döneminden başlanarak günümüze dek incelenmiştir.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda,

- Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimini kavrayacaksınız.
- Türkiye'de başlıca sağlık örgütlenmesi modellerini ve bu modellerin dönüşüm nedenlerini öğreneceksiniz.
- Sağlık hizmetlerinin yapılanmasında toplumsal dönüşümlerin ve bilimsel dinamiklerin rolünü kavrayacaksınız.

Üniteyi Çalışırken



Sağlık örgütlenmesi modelleri ve bu modellerin oluşumuna yol açan toplumsal ve bilimsel dinamikler bütünlük içinde kavranmalıdır.

Tarihi Gelişim

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de, geçmişten günümüze izlenen sağlık politikalarını anlamak, açıklamak ve sağlık sektörünü tanımlayabilmek ancak daha önceki bölümlerde özetlenen kavramlar, ilkeler ve yapılanmalar yumağının gözetilmesi ve çözümlenmesi ile olanaklı olabilir. Bu çözümlenmeler yapıldığında, Türkiye’de, geçmişten günümüze dek, izlenen sağlık politikaları aşağıdaki dönemler halinde özetlenebilir.

Osmanlı Dönemi

İmparatorluk döneminde, monarşinin tüm özellikleri sağlık politika ve uygulamalarına da yansımıştır. İdari örgütlenmenin saray merkezli ve askersel olmasına koşut olarak, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran Reisul Etibba (Hekim Baş) kurumundan başka resmi bir örgüt yoktur. Yaygın kitleler, genellikle serbest çalışan, tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır(1,4,18). Bunun yanında, kimsesiz ve yoksullar için, padişah ve yakınlarının hayra yönelik olarak kurduğu hastane ve şifa evleri ile askeri tabipler ve özel nitelikli vakıflarca da bir kısım sağlık hizmetleri verilmiş ise de, hâkim olan hizmet biçimi özel hizmetlerdir. Gerek devlet ve hayır kurumlarınca ve gerekse özel kişilerce sunulan bu hizmetler ise İstanbul, Bursa, Edirne, Kayseri ve Selanik gibi büyük kentlerle sınırlı kalmıştır.

Devlet, doğrudan tıbbi bakım hizmetleri yanında, içme suları ve besin kontrolü, kanalizasyon ve ölü defni, çeşitli sosyal yardım hizmetleri gibi toplum sağlığını ilgilendiren diğer bazı konular ile de ilgilenmiş ve bu konularda bazı hizmetler üretmiş ise de, bu hizmetler de birkaç büyük kentle sınırlı kalmıştır. Özet bir anlatımla; yaygın kitlelere sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler, 19. yy.ın sonlarına gelinceye dek devletin asli görevleri içinde sayılmamıştır. Bunun bir sonucu olarak, gerek sağlık hizmetleri düzeyi ve gerekse toplumun sağlık düzeyi o zamanın gelişmiş toplumlarının çok gerisinde kalmıştır. Başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere, bir çok sağlık sorununun kırımı ile karşı karşıya olan halk, her türlü bilim dışı kurum ve davranıştan (mistik ve polifarmasik uygulamalardan) şifa aramak zorunda kalmıştır.

Tüm diğer konularda olduğu gibi, sağlık alanında da 19. yy.ın ikinci yarısından sonra Batı’ya yönelinmiştir. Böylece, devlet eliyle götürü-

len sağlık hizmetlerinde, saray ve ordu ile sınırlı olan kapsam genişletilerek, yaygın kitlelere de hizmet götürme anlayışının ilk adımları atılmıştır. Hekimbaşı kurumu 1849’da kaldırılarak yetkileri, 1850 yılında kurulan, Tıbbiye Nezareti’ne devredilmiştir (1,4,18). 1862 yılında, hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamname yayımlanarak, hekimlik yapabilmek için tıp okullarından birinden mezun olma şartı getirilmiştir (1). 1867 yılında yayımlanan, İdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi’nde genel idari örgütlenme içinde sağlık örgütlenmesine de yer verilmiştir(1). 1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak, Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye adındaki, yaygın kitlelere götürülecek sağlık hizmetleri ile ilgili ilk merkezi birim kurulmuştur (1,18). 1871 yılında ise, İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi ile Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak yaygın örgütlenmenin hukuki yapısı oluşturulmuştur. 1906 yılında, Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuş ve bu meclis 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye adını alarak, günümüzdeki genel müdürlüğe eşdeğer olan bir statüye kavuşturulmuştur. Bu genel müdürlüğün örgütlenmesinde ise, İtalya’daki sağlık örgütlenmesi örnek alınmıştır. Bu genel müdürlük 1914 yılında Dahiliye Nezaretine bağlanarak, Dahiliye Nezareti’nin adı Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti’ne dönüştürülmüştür(1). Böylece, yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri işleri bakanlığına bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur.

Cumhuriyet Dönemi

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi ile dir. Türkiye Büyük Millet Meclisi, 3 Mayıs 1920’de kabul ettiği 3 sayılı Yasa ile Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti’ni kurarak(9,18), sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir.

Kurtuluş Savaşı’nın ağır koşullarının yaşanmasına ve o tarihlerde yalnızca gelişmiş birkaç ülkede ayrı bir sağlık bakanlığı örneği olmasına karşın, sağlık bakanlığının hemen kurularak, sağlık hizmetlerinin bu düzey ve bu öncelikte ele alınması, zamanın yönetiminin konuya verdiği önemi ve ileri görüşlülüğünü göstermektedir (9).

Sağlık Bakanlığını kuran yasanın kabulünden sonra, TBMM Hükümeti’nin ilk sağlık bakanı olarak atanan, Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında ne yerleşmiş, köklü bir örgüt ve alt yapı ne de toplumun gereksinimlere yanıt verecek yasal düzenlemeler vardı. Her şeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de,

günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcının bu tarih olduğunu söylemek yanlış olmaz.

Refik Saydam Dönemi

Adnan Adıvar'dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür (10). Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurarak, sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Bu nedenle, Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur.

Bu dönemde, illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yöne kanalize edilmiştir. Yataklı tedavi hizmetlerinin, yine kamu eliyle; ancak yerel idareler (belediyeler, il özel idareleri) tarafından yürütülmesi politikası benimsenerek, bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik ile yükümlenmiştir. Bu erekle, bir yandan yerel idarelerin hastane açması teşvik edilirken öte yandan da, bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır.

1928 yılında 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Başta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur. Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin, hâlâ, o zaman hazırlanmış olan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların, bazı eksiklikler dışında, günümüz gereksinimlerine yanıt vermeye devam etmesi, bu yasaları hazırlayanların ileri görüşlülüğünü göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinde başarının vazgeçilmez koşullarından birisi de yeterli sayı ve nitelikte personel bulunmasıdır. Dr. Refik Saydam Dönemi’nde, bazıları yukarıda özetlenen girişimlerle, devlete bağlı sağlık örgüt ve birimlerinin tüm yurda yayılması için büyük bir çaba harcanırken, diğer yandan da, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için bir dizi önlemlere başvurulmuştur. Bu diziden olmak üzere, hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirmek amacıyla, Yatılı Tıp Talebe Yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek üzere okular açılmış kurslar düzenlenmiştir. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disiplin altına alınmıştır. Bunlara ek olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, personelin hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmalarını çekici hale getirilmiştir.

Uygulama örneklerinden de anlaşılacağı üzere, Refik Saydam Dönemi’nde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmış ise de, bunların ürettiği hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı’nda toplanarak hizmetler merkezleştirilmiştir.

Dr. Behçet Uz Planı

Dr. Saydam Dönemi’nden sonraki, ilk önemli girişim; 1946 - 1950 yılları arasında bakanlık yapan, Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi’ne sunulan ve yürürlüğe sokulan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı”dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir.

Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü (4, 9).

Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu. Geçmişte yalnızca büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde yararlanması hedeflenmişti (18).

Behçet Uz'dan sonra, bu plan gereğince uygulanmamış ve giderekten her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür(9). Bu merkezler ise, maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaktan öteye gidememiştir. Kamuda çalışan hekimlere yüksek ücret uygulamasına son verilmesinin bir sonucu olarak, geçimini muayenehanesindeki çalışmalarıyla karşılamak zorunda kalan sağlık merkezi hekimleri koruyucu hizmetler ile ilgilenmedikleri gibi, merkezlerde ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapmaz duruma gelmişlerdir. Bu durum, hekimlerin sağlık merkezlerinden ayrılarak tamamen serbest çalışmaları sonucunu doğurmuş ve giderek, bu merkezlerde çalışacak hekim ve sağlık personeli bulunamaz olmuştur. 1978 yılında çıkarılan, Tam Gün Yasası ile getirilen ücret politikası ile personel yönünden daha iyi bir duruma kavuşan bu merkezler, bu uygulamaya son verilmesinden sonra tekrar ve hızla hekim kaybına uğrayarak, verimsiz küçük hastanecikler haline dönüşmüştür. 1980'den sonra zaman zaman kapatılan ve açılan bu birimlerin bazıları hastaneye bazıları ise sağlık ocağına dönüştürülerek varlığına son verilmiştir.

Demokrat Parti Uygulamaları

1950 yılında iktidara gelen Demokrat Parti bir yandan sağlık merkezlerini tüm yurda yaymaya gayret ederken öte yandan da 1954 yılında, 6134 sayılı Yasa ile, il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı tüm hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlamıştır. Böylece kamuya bağlı hastanelerin yönetimi (SSK, MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç) tek elde toplanmış ve tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Bunun doğal bir sonucu olarak, bir yandan il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli başarılar kaydedilirken, öte yandan da var olan hastanelerdeki hizmetlerde iyileşmeler sağlanmıştır. Bu olumlu gelişme, hastane hizmetlerini Bakanlık Merkezi'nde önem ve önceliğe sahip olan tek konu haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli

durumunu kaybederek, arka plana itilmiş ve ihmal edilir hale gelmiştir. Diğer taraftan, bu tarihten itibaren yönetime hâkim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Zamanla daha da güç kazanan, bu politika yataklı tedavi kuruluşlarının Anadolu’ya yayılmasının hızını da kesmiştir.

Tüm bu uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet’in başından beri genel politika ya da resmi görüş sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olması yönünde olmuştur. Buna karşılık, özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesine sıcak bakılmış, özel kurum ve kuruluşların kurulması ve gelişmesini engelleyen herhangi bir yapı bulunmadığı gibi bu kuruluşlar teşvik edilmiştir. Bir bakıma, esas motor ya da gücün kamuda olduğu, karma ekonomi anlayışı sağlık sektörüne de yansımıştır. Bu durum bazı hükümetlerde ikircikli bir tavra neden olmuş, bir yandan sağlık hizmetlerine kamunun yatırımları devam ederken öte yandan da özel sağlık kuruluşlarının gelişmesi için çaba harcanmıştır. Sağlık politikası alanında var olan bu ikircikli yapı, 1950’lerden sonra daha belirgin hale gelmiş, özellikle hükümetler düzeyinde, hizmetlerin özel birim ve kuruluşlara devredilmesi anlayışı hâkim görüş haline gelmeye başlamıştır.

Sağlık politikasına hâkim olan bu ikircikli yapı sonucunda, başta kırsal kesim olmak üzere, hem tedavi edici hizmetlerde hem de koruyucu hizmetlerde çağ yakalanamamış ve gerisinde kalmıştır. Halkın artan talepleri karşılanamadığı gibi, bu talepleri geçici önlemlerle karşılamak da olanaksız hale gelmiştir(9). Bunun bir sonucu olarak, kurum ve kuruluşlar kendi sağlık sorunlarına kendi olanakları ile çare aramaya başlamışlar, sağlık hizmeti üreten çeşitli örgütler ve birimler kurmaya başlamışlardır. Bunun ilk ve en büyük örneği yasa 1945 yılında çıkarılan ve uygulamalarına 1952 yılında geçilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve buna bağlı hastaneler olmuştur. Sonuçta, sağlık sektörüne çok başlılık ve eşgüdümsüzlük hâkim olmuştur.

Sosyalleştirme Dönemi

Sağlık sektörünü, yukarıda kısaca özetlenen yapıda devralan 1960 İhtilal Hükümeti, sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verme gereğini duymuştur. Bu anlayış yeniden hazırlanan Anayasa’ya da yansımış ve 1961 Anayasası’nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilmiştir.

Anayasa doğrultusunda hazırlanan, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla ve yeniden düzenlenmesi/örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 sayılı Kanun) 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır.

Uygulamasına, 1963 yılında başlanan, Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması hedeflenmişti. 1982 yılında ise, her 5000 kişiye bir "Sağlık Ocağı" kurulmasının tamamlanması öngörülmüyordu. Program tüm Türkiye'ye yaygınlaştığında, belli bir sistemden yoksun olarak ve birçok kuruluşça ayrı ayrı yürütülen hizmetlerin doğurduğu sakıncalar giderilecek, hizmetler eğitim ve denetim zinciri ile birbirine bağlanarak, mevcut kaynakların en verimli bir şekilde kullanılması sağlanacaktı.

224 sayılı Yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Bu Yasa ile, sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi (entegre edilmesi) ve tek elden yurda yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır. Ancak, izleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalarla, bu yasayla benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, ülke koşullarına çok uygun olan, Sosyalleştirme Programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi, sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme/çatışma alanı haline getirilerek, programın başarılı olmasını olanaksızlaştıran bir ortam yaratılmıştır (27).

Yukarıda özetlenen uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet'in başından 1970'li yıllara dek izlenen resmi sağlık politikası, yazının en başında tanımlanan birinci seçenektan yola çıkan ya da hizmetlerin kamu eliyle götürülmesini benimseyen politika olmuştur. Hükümetler düzeyinde, zaman zaman ya da alttan alta bu politikaya karşı çıkışlar ve bu politikayı engelleme girişimleri olmuş ise de,

açıkça bu politika değiştirilmediği/değiştirilemediği gibi aktif bir özelleştirme programı da uygulanamamıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak, her geçen yılla birlikte hizmetlerde kamu ağırlığı artmıştır.

Bu politikadan vazgeçme ve yazının başında tanımlanan ikinci seçeneğe sağlık politikasına geçme çabalarının, toplumu Cumhuriyet ve Atatürk ilkelerinden uzaklaştırmaya çalışan iktidar dönemlerine yoğunlaşmış olduğu ya da bu ki olgu ve olayın birbiri ile koşutluk sergilediği dikkat çeken bir konudur. Dikkati çeken diğer bir konu ise; Cumhuriyetin oluşturduğu sağlık politikalarından uzaklaşma çabaları ile toplumun sağlık düzeyindeki gerilemenin de koşutluk göstermesidir.

Örneğin Cumhuriyet'in başında toplumda çok yaygın olan sıtma, Cumhuriyet ilkelerinin hâkim olduğu ve bu yönde istikrarlı bir sağlık politikasının izlendiği yılların sonunda kontrol altına alınmış ve 1950'li yıllara dek 2000'li rakamlarla seyreden bir hastalık haline gelmiştir. Buna karşılık, bu ilkelerden uzaklaşmanın yoğunlaştığı yıllar olan, 1955, 1975 ve son olarak da 1990 yılından sonra büyük salgınlar yapmıştır.

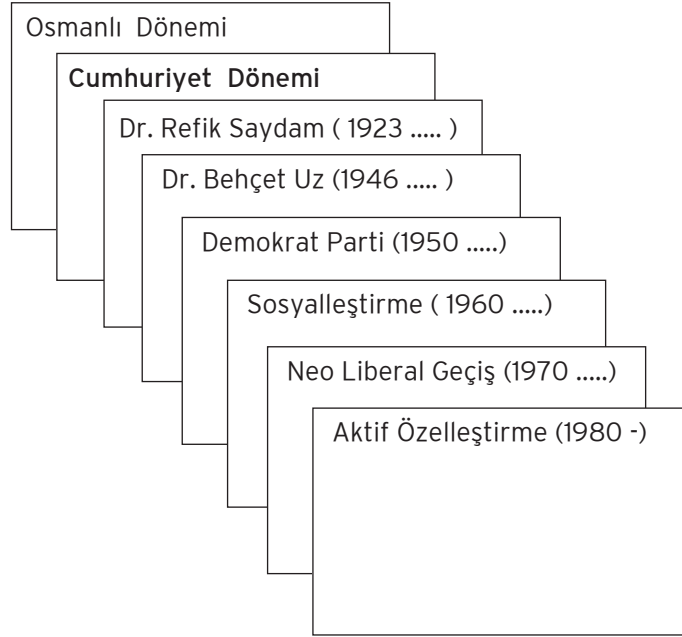


Aktif Özelleştirme Dönemi

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hâkim olmasına koşut olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır. Bu gidişin, Türkiye'ye de yansımaları uzun zaman almamış ve 24 Ocak 1980 Kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. Bunun bir uzantısı olarak, yazının en başında tanımlanan sağlık politikalarından ikinci seçeneği benimseyen, yani sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika resmi politika haline gelmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve TC Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir. 1961 Anayasası'nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan "insan haklarına dayalı devlet" tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek "insan haklarına saygılı devlet" şekline dönüştürülmüştür. Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözetceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir.

Son yirmi yılın temel özelliği, sağlık sektörünü, özellikle de kamu sağlık örgütünü, seçilen/benimsenen bu yeni resmi politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu erkle, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce (özde birbirinden farklı olmayan) çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Geline nokta- da bulunan çözüm ise, genel hatları ile hizmet sunumunda (örgütlenme- mede), sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan “aile hekimliği”nin yerleştirilmesi, devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi zamanla özelleştirilmesidir. Finansmanda ise; genel bir kamu sigortası “genel sağlık sigortası” üzerine oturtulmuş “özel sigortacılık ve cepten ödeme”dir (36).

Şekil 26: Türkiye’de Sağlık Politikası Uygulamaları



İktidarlar, sağlık politikasındaki bu temel değişikliği yaşama geçirmede ve toplumu buna uygun olarak biçimlendirmede başarılı olabilecek mi? Ne kadar başarılı olabilecekler?

Henüz belli değil. Çünkü bu değişikliğin toplum/ülke sağlığına getirecekleri bir hayli tartışmalı. Ancak, şurası kesindir ki; bu geçiş kolay ve çabuk olmayacaktır. Çünkü son yılların iktidarlarının uygulamaya çalıştıkları politika ile Cumhuriyet’ten günümüze kamu sağlık örgüt-

lerine ve topluma yerleşmiş olan politika ve anlayış birbiriyle bağdaşmamaktadır. Bu nedenle de, bu geçiş yaygın kitlelerden yeterli destek bulamamış ve bulamayacaktır. Destek vermek bir yana, toplum ve onun temsilcileri tarafından Cumhuriyet’ten beri yerleşmiş olan anlayış ve sistemin korunması yönünde davranışlar sergilenmektedir. Bunun bir sonucu olarak, sağlık sektörü bu iki politikanın çekişme alanı haline gelmiştir.

Bu çekişme, merkezi hükümet ve diğer kamu kuruluşlarının uygulamalarında da ikircikli bir yapıya neden olmaktadır. Bir yandan özelleştirme için hükümetler düzeyinde çaba gösterilmekte ve adeta zorlamalara başvurulmakta iken öte yandan da kamu kuruluşları eliyle yatırımlara devam edilmektedir. Ancak, bütçeden ayrılan para olabildiğince azaltılmakta ve en az düzeyde tutulmaktadır. Sonuçta, bir yandan var olan kamu hizmet birim ve kuruluşları hizmetlerini sürdürdürebilmek için kaynak sıkıntısı çekerken öte yandan da yatırımlar çok uzun sürelere yayılmakta, inşaat tamamlansa bile, içinin donanımı yapılamamaktadır. Böylece, kamu sağlık hizmetlerinde kalitesizlik ve verimsizlik olgusu yaşanmaktadır.

Türkiye’de, günümüz sağlık sektöründeki tüm yapı ve uygulamaları bu ikircikli politika ya da iki politikanın çekişmesi belirlemekte olup, adeta bir karmaşa ortamı yaşanmaktadır. Bu karmaşanın doğal bir sonucu olarak, sağlık politikasının alt politikaları ya da pratikteki uygulamaları olan finansman, örgütlenme ve insangücü alanlarında bir karmaşa ve belirsizlik vardır.

Örneğin finansman konusunda dünyada bilinen tüm yöntemlerin bir karması uygulanmakta olup, belirgin ve kesin olarak yeğlenmiş sağlık finansman biçimi yoktur.



Aynı şekilde, örgütlenmede de dünyada bilinen tüm örgütlenme biçimleri uygulanmaktadır. İnsangücünün gerek yetiştirilmesi ve gerekse istihdamı konusunda da net bir uygulamadan söz edilememektedir. Dünyada bilinen tüm istihdam biçimleri var olup, bunlar arasında yatay ve dikey geçişler de söz konusudur.

Örneğin aynı hekim hem devlet memuru, hem ek görevi var hem de özel çalışabilmektedir.



Özetle, Türkiye’de ne genel sağlık politikası anlamında ne de bunların alt politika ya da uygulamaları anlamında, belirlenmiş ve kararlaştırılmış net bir ortam yoktur.

Sağlık hizmetlerine kamudan yeterli kaynak ayrılmamakta, ayrılan kaynak ise verimli kullanılmamaktadır. Yönetimde kariyer ve liyakat gözetilmemekte ve çağdaş bir sağlık idaresi oluşturulmamaktadır. Hizmetler birbiri ile eşgüdümü olmayan onun da ötesinde birbirinden habersiz kurum ve kuruluşlarca yürütülmektedir. Sektöre hâkim olan bu karmaşa nedeniyle, sağlık hizmetleri, hizmet alanların da hizmet verenlerin de memnun olmadığı bir yapıya kavuşmuştur.

Özet



Ülkemizde yaygın kitlelere sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler, 19. yy.ın sonlarına gelinceye dek devletin asli görevleri içinde sayılmamıştır. Bunun bir sonucu olarak, gerek sağlık hizmetleri düzeyi ve gerekse toplumun sağlık düzeyi o zamanın gelişmiş toplumlarının çok gerisinde kalmıştır. Diğer konularda olduğu gibi, sağlık alanında da 19. yy.ın ikinci yarısından sonra Batı'ya yönelinmiştir. Böylece, devlet eliyle götürülen sağlık hizmetlerinde, saray ve ordu ile sınırlı olan kapsam genişletilerek, yaygın kitlelere de hizmet götürme anlayışının ilk adımları atılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi iledir. Sağlık Bakanlığı'nı kuran yasanın kabulünden sonra, TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak atanan, Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında ne yerleşmiş, köklü bir örgüt ve alt yapı ne de toplumun gereksinimlere yanıt verecek yasal düzenlemeler vardı. Adnan Adıvar'dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür (10). Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurarak, sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Dr. Saydam Dönemi'nden sonraki, ilk önemli girişim; 1946 - 1950 yılları arasında bakanlık yapan, Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı"dır. Bütün sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir.

Cumhuriyet'in başından beri genel politika ya da resmi görüş sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olması yönünde olmuştur. Buna karşılık, özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesine sıcak bakılmış, özel kurum ve kuruluşların kurulması ve gelişmesini engelleyen herhangi bir yapı bulunmadığı gibi bu kuruluşlar teşvik de edilmiştir.

Sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verme anlayışı yeniden hazırlanan Anayasa'ya yansımış ve 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilmiştir. Anayasa doğrultusunda hazırlanan, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmet-

lerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Uygulamasına, 1963 yılında başlanan, Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması hedeflenmişti. 1982 yılında ise, her 5000 kişiye bir "Sağlık Ocağı" kurulmasının tamamlanması öngörülmüyordu. Ancak, izleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalarla, bu yasayla benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Türkiye'de, günümüz sağlık sektöründeki tüm yapı ve uygulamaları bu ikircikli politika ya da iki politikanın çekişmesi belirlemekte olup, adeta bir karmaşa ortamı yaşanmaktadır.

Gözden Geçir



- Osmanlı İmparatorluğu Döneminde topluma sunulan sağlık hizmetlerinin temel nitelikleri nelerdir?
- Cumhuriyet Döneminde topluma sunulan sağlık hizmetlerinin temel nitelikleri nelerdir?
- Refik Saydam Dönemi sağlık politikalarının başlıca özellikleri nelerdir?
- Behçet Uz Dönemi sağlık politikalarının başlıca özellikleri nelerdir?
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Dönemi sağlık örgütlenmesinin başlıca özellikleri nelerdir?



Değerlendirme Soruları

1. Aşağıdakilerden hangisi Refik Saydam dönemi sağlık politikalarının ögesi değildir?
 - a. Sosyal Sigortalar Kurumu'nun kurulması (1945)
 - b. Sağlık ve sosyal kanunların çıkartılması
 - c. Devletin sağlık teşkilatının kurulması
 - d. Merkez Hıfzısıhha Müessesesi'nin ve Hıfzısıhha Okulu'nun kurulması
 - e. Sağlık insan gücü yetiştirilmesine önem verilmesi
2. Aşağıdakilerden hangisi Refik Saydam döneminde gerçekleştirilmemiştir?
 - a. Numune Hastaneleri açılmıştır (Ankara, Erzurum, Diyarbakır, Sivas ve İstanbul'da)
 - b. Umumi Hıfzısıhha Kanunu çıkartılmıştır
 - c. Sağlık Sosyal Yardım örgütünü köylere götürmek için Köy Grup Sağlık Memurlukları Kurulmuştur
 - d. Tedavi edici hizmetlerde çalışanlara daha yüksek ödeme yapılmıştır
 - e. Sıtma, trahom, frengi için dikey örgütlenme oluşturulmuştur
3. Aşağıdakilerden hangisi ilk kez 1963 yılında Muş ilinde uygulanmaya başlanmış olan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun 'un, ögesi değildir?
 - a. Eşit hizmet
 - b. Ücretsiz hizmet
 - c. Tamgün çalışma
 - d. Kademesiz hizmet
 - e. Sürekli hizmet

4. Aşağıdakilerden hangisi TBMM Hükümeti'nin atadığı ilk sağlık bakanıdır?
- a) Dr Behçet Uz
 - b) Dr Adnan Adıvar
 - c) Dr Refik Saydam
 - d) Dr Nusret Fişek
 - e) Dr Hulusi Behçet



Kaynaklar

- Akdur R. :Türkiye Cumhuriyetinin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara, Aralık,1999
- Akdur R. Çöl M., Işık A., İdil A., Durmuşoğlu M., Tunçbilek A.: Halk Sağlığı, ANTIP A.Ş. Yayınları, Ankara, 1998 ISBN:975-7226-15-7.
- Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikaları: Halk Sağlığı içinde. Akdur R. Çöl M., Işık A., İdil A., Durmuşoğlu M., Tunçbilek A.: ANTIP A.Ş. Yayınları, Ankara, 1998 ISBN:975-7226-15-7.
- Akyay N.: Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal kuruluşlar, H.Ü. Toplum Hekimliği Bölümü Yayını no: 20 Ankara, 1982
- Dirican M.R.: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni cilt:2 sayı:7 (ayrı baskı) Erzurum 1970
- Fişek N.H.: Halk sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi yayını no:2 Ankara, 1983
- Öztek Z.: Nusret Fişek İle Söyleşi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Tisemat Basım Sanayi, Ankara, 1992
- Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40. Yıl Anısına, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları no:495, Ankara, 1982
- Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara, 1992.

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları

Bulaşıcı Hastalıklar

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Bulaşıcı Hastalıklar Epidemiyolojisi
- Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü
 - › Bulaşıcı hastalık çıkmadan önce alınması gereken önlemler
 - › Bulaşıcı hastalık çıktıktan sonra alınması gereken önlemler
 - › Salgın durumunda alınması gereken önlemler
- Bulaş Yoluna Göre Bulaşıcı Hastalıkların Genel Özellikleri
- Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemleri

Ünite Hakkında

Bu ünitede bulaşıcı hastalıklar konusunda temel düzeyde bazı bilgilere yer verilmiştir. Bulaşıcı hastalıklar; kişiden kişiye bulaşabilmeleri, hastalık, sakatlık ve ölümlere neden olmalarının yanı sıra yol açtıkları salgınlarla da sağlık hizmetlerinin baş etme kapasitesini aşarak toplumda korku ve paniğe neden olabilmeleri gibi nedenlerle hâlâ önemini koruyan sağlık sorunlarıdır. Son dönemde SARS, H1N1, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), HIV/AIDS, Tüberküloz vb. (emerging/reemerging) yeni/yeniden görülen bulaşıcı hastalıklar nedeniyle de gündeme gelmektedir. Bu nedenle tüm sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar ile ilgili temel kavramları, bulaşıcı hastalıklar çıkmadan önce, çıktıktan sonra ve salgın durumlarında neler yapılması gerektiğini bilmeleri gerekmektedir.

Bu ünitede TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2005 yılında güncellenen Bulaşıcı Hastalıklar bildirim-bilgi akış sistemi (sürveys) konusuna da yer verilmiştir.

Öğrenme Hedefleri



Tıbbi Sekreterlik ve Dokümantasyon Bölümü öğrencileri bu üniteyi tamamladığında; bulaşıcı hastalıkların genel epidemiyolojik özelliklerinin, korunma yöntemlerinin salgın inceleme yöntemlerinin ve bildirim sistemlerinin tanımlanması, bulaş yolu farklı olan hastalıklardaki yaklaşım farklılıklarını kavramaları amaçlanmıştır.

Bu üniteyi tamamladığınızda;

- Enfeksiyon zinciri, etken, kaynak, bulaş yolu, duyarlı kişi gibi temel kavramları tanımlayabileceksiniz.
- Korunmada etken-bulaş yolu-sağlam kişiye yönelik önlemleri sıralayabileceksiniz.
- Bulaşıcı hastalıklar çıkmadan önce alınması gereken önlemleri sıralayabileceksiniz.
- Bulaşıcı hastalıklar çıktıktan sonra alınması gereken önlemleri sıralayabileceksiniz.
- Salgın durumunda alınması gereken önlemleri sıralayabileceksiniz.
- Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim sistemini tanımlayabileceksiniz.
- A, B, C, D grubu bildirim zorunlu hastalıkları sıralayabileceksiniz.

Üniteyi Çalışırken



Güncel bulaşıcı hastalık örnekleri üzerinden temel kavramları tekrar etmeniz, her bir bulaşıcı hastalık için, “etken ve kaynak nedir?”, “bulaş hangi yolla olmaktadır?” ve “duyarlı kişiler kimlerdir?”, “Hangi korunma önlemleri alınırsa enfeksiyon zinciri kırılabilir?” Sorularına yanıt aramanız kavrama düzeyinizi artıracaktır. Sürveyansın (bilgi akış sistemleri) bu güne kadar öğrendiğiniz hangi konularda kullanıldığını gözden geçiriniz. Sağlık sisteminde sürekli-düzenli-doğru-tam bilgi toplamanın önemini göz önüne bulundurarak bulaşıcı hastalıklarda güncellenen sürveyans sisteminin getirdiği olumlulukları tartışınız.

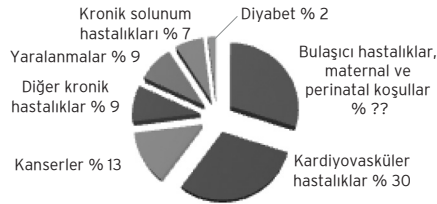
Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisi



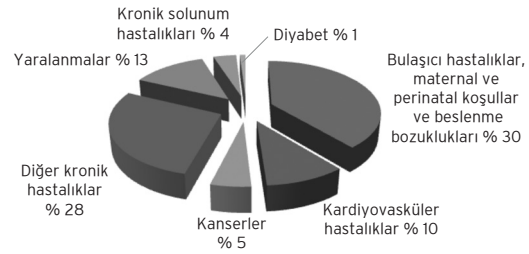
Bulaşıcı hastalık, özel bir enfeksiyöz etkenin ya da onun toksik ürünlerinin, bir kaynaktan duyarlı kişiye doğrudan ya da dolaylı olarak geçmesiyle oluşan toplumsal bir sağlık sorunudur (Nelson KE, 2007).

Bulaşıcı hastalıklar tüm dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde en önemli morbidite ve mortalite nedenleri içerisinde yer almaktadır. Dünyada 2005 yılında tahmini 58 milyon ölüm olduğu ve bu ölümlerin % 30'unun bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal koşullar ve beslenme bozuklukları nedeniyle olduğu, hastalık yükü açısından ele alındığında (DALY-Disability Adjust Life Year, Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı) bulaşıcı hastalıkların yer aldığı grubun % 39 ile ilk sırada olduğu görülmektedir (Bakınız Şekil 27, 28). Bulaşıcı hastalıklardan her yıl 14,2 milyon ölüm görülmektedir. Bu ölümlerin başında 3.8 milyon ölüm ile Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları, 2.8 ile HIV/AIDS, 1,7 ile İshalli hastalıklar, 1,6 ile Tüberküloz, 1,0 ile Sıtma ve 800 bin ölüm ile Kızamık yer almaktadır. Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkardığı tahmini küresel yük – HIV/AIDS, Tüberküloz ve sıtma ağırlıklıdır (Bonita R., Beaglohole R., Kjellström T., 2006).

Şekil 27. Dünyada temel ölüm nedenleri, tüm yaş grupları (Toplam 58 milyon ölüm/yıl)



Şekil 28. Hastalık yükü DALY (Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı) nedenleri, tüm yaş grupları



Tüm sağlık sorunlarında ama özellikle de bulaşıcı hastalık morbidite ve mortalite düzeyleri arasında bölgesel farklılıklar söz konusudur. 2009 yılı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre nedene özel mortalite ve morbidite hızları açısından ülkeler ele alındığında özellikle Afrika bölgesi en yüksek bulaşıcı hastalık verilerine sahiptir. Ülkelerin ekonomik durumlarına göre yapılan karşılaştırmada düşük ve çok düşük gelire sahip ülkelerde temel sağlık hizmetlerinde, ülkelerin alt yapı (su temini, kanalizasyon, konut hijyeni vb.) sorunları nedeniyle bulaşıcı hastalıkların yükü daha da artmaktadır (WHO, 2009) (Bakınız Çizelge 28).

Çizelge 28. Dünya Sağlık Örgütü 2009 verilerine göre bulaşıcı hastalıklar

	Dünya Sağlık Örgütü'ne Bağlı Bölgeler						Gelir Grupları				Toplam
	Afrika	Amerika	Güney-Doğu Asya	Avrupa	Akdeniz	Pasifik	Çok Düşük	Düşük	Orta	Yüksek	
Nedenlerine Göre Yaşam Yılı Kayıpları (%)											
Bulaşıcı Hast.	80	25	52	56	12	24	68	29	27	8	51
Bul.Olmayan H.	13	55	31	30	70	57	21	49	53	77	34
Yaralanmalar	7	20	17	15	18	19	10	22	20	15	14
Nedene Özgü Mortalite Hızları (100.000 kişide)											
HIV/AIDS	198	11	..	10	10	4	87	11	65	4	34
Sıtma	104	<1	2	..	7	<1	61	3	<1	..	17
Tüberküloz (HIV negatif kişilerde)	45	4	28	6	17	16	41	20	8	2	20
Tüberküloz (HIV pozitif kişilerde)	47.6	0.9	2.3	0.9	1.4	0.8	21.1	2.1	12.9	0.1	6.8
Tüberküloz prevalansı (100.000 kişide)											
1990	324	82	554	52	227	320	398	393	127	33	296
2000	436	51	417	68	209	260	421	311	115	21	259
2007	475	38	280	51	139	197	387	219	100	17	206
Tüberküloz insidansı (100.000kişi/yıl)											
1990	168	57	202	37	110	129	192	149	72	29	125
2000	319	40	189	51	107	115	260	140	95	18	136
2007	363	32	181	49	105	108	269	134	109	16	139
15 yaş üzeri kişilerde HIV prevalansı (100.000 kişide)											
2007	4.735	448	295	336	202	89	1.842	263	1.482	241	644
Seçilmiş Bazı Bulaşıcı Hastalık Vaka Sayıları											
Kolera	110.837	..	4.327	..	..	2.286	128.450	49.281	..	54	177.963
Difteri	..	103	3.675	228	170	80	410	3.728	121	14	4.273
Lepra	31.037	2.854	169.528	..	4.089	5.865	44.994	166.395	1.860	..	231.373
Sıtma	..	..	1.477.412	..	3.624.395	..	..	..	..	..	..
Kızamık	76.408	163	69.301	6.949	15.670	112.280	92.211	177.525	1.689	9.345	280.771
Kabakulak	..	47.958	..	71.154	..	290.916	..	..	77.669	31.890	408.270
Boğmaca	21.197	18.019	72.981	28.798	14.213	..	34.566	78.268	17.540	31.468	161.842
Polio	434	0	893	0	58	0	503	882	0	0	1.385
Konj.Kızamıkçık	..	19	..	31	..	..	..	..	27	23	..
Kızamıkçık	3.993	13.182	..	67.927	12.071	85.194	21.433	99.638	74.516	853	196.440
Neonatal Tetanos	1.346	63	1.373	5	951	2.348	2.333	3.699	32	22	6.086
Tetanos	5.157	718	8.780	205	1.220	3.790	6.995	12.248	489	138	19.870
Tüberküloz	561.149	119.780	972.441	105.288	155.559	664.722	759.378	1.501.430	276.533	41.583	2.578.939

.. verilerin uygun olmadığı ya da veri olmadığı durumları belirtmektedir.

Günümüze kadar bulaşıcı hastalıklar, tüm dışsal nedenlerle (savaşlar, afetler vb.) olan ölümlerden daha fazla ölüme neden olmuştur (Eren N, 1989). Morbidite ve mortalite nedeniyle ortaya çıkan ekonomik kayıplar bulaşıcı hastalıkların önemini ve önceliğini daha da artırmaktadır. Ayrıca Bulaşıcı hastalıklara bağlı epidemiler nedeniyle toplumsal işleyiş bozulmakta ve sağlık örgütünün rutin işleyişi aksamaktadır (Akdur R, 1998, Akın L, Aksakoğlu G, Ellidokuz H, 1996). Günümüzde, iletişim, seyahat olanaklarının artması nedeniyle bulaşıcı hastalıklar kolaylıkla ve çok hızla uluslararası yayılım gösterebilmekte pandemilere yol açmaktadır. DSÖ'nün, Güvenli Gelecekler adını verdiği ve bulaşıcı hastalıklar ve özellikle salgınlara yer verdiği 2009 yılı değerlendirmesinde, yılda 2 milyar kişinin uluslararası seyahat gerçekleştirdiğine dikkat çekilmektedir. Afrika ve Asya kıtalarında yer alan 57 ülkenin temel sağlık hizmetlerini sunmada yetersiz kaldığını, bu ülkelerin sağlıkta kırılgan ülkeler (fay hatları) olduğunu bu ülkelerden kaynaklı sağlık sorunlarının tüm dünya için tehdit oluşturduğu belirtilmektedir. Bu nedenle salgınlar için erken uyarı ve lojistik destek sağlamak üzere özel bir birimin oluşturulmuştur (WHO, 2009).

Enfeksiyon Hastalıklarının Artış Nedenleri

- Ekolojik Değişiklikler (ekonomik gelişim, toprak kullanımı, barajlar, su ekosistemlerinde değişiklikler, iklim değişiklikleri),
- İnsan demografik ve davranış değişiklikleri (nüfus artışı, göçler, savaşlar, kentleşme, cinsel davranışlar, madde kullanımı),
- Uluslararası seyahatler ve ticaret,
- Teknoloji (gıda teknoloji değişimi, ilaçlar),
- Mikrobiyolojik adaptasyon ve değişim,
- Halk Sağlığı Programlarının aksaması (koruma programlarında ihmal, yetersiz sanitasyon, vektör kontrolü) sayılabilir (Akın L, 2006, Wenzel RP, 1996).

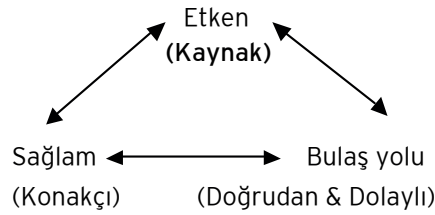
Tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi bulaşıcı hastalıkların oluşumunda da üç faktörün (kişi-etken-çevre) etkileşimi söz konusudur (Tümerdem Y, 1992). Kişiyi ait bireysel faktörlerin başında bağışıklık-direnç, beslenme durumu, genetik özellikleri, davranışsal riskleri, yaşama şekilleri, alışkanlıkları vb., gelmektedir. Biyolojik çevre bulaşıcı hastalıklarda etken iken fiziksel ve sosyoekonomik olumsuz çevresel faktörler su-atıklar-konut-sosyoekonomik düzey vb. etkenin yayılımı, hastalığın şiddetini etkileyebilmektedir. Bulaşıcı hastalıklarda enfeksiyon etkenine bağlı faktörler (enfektivite, patojenite, virulans, vb.)

enfeksiyon hastalığının yaygınlığını ve şiddetini belirlemektedir (Akdur R, 1998, Aksakoğlu G, Ellidokuz H, 1996).

Bulaşıcı hastalıklar, epidemiyolojik olarak etken (kaynak), bulaş yolu, sağlam (konakçı) dan oluşan “enfeksiyon zinciri” ile tanımlanmaktadır (Tezcan S, Aksakoğlu G, Ellidokuz H, 1996) (Şekil 29.).



Şekil 29. Enfeksiyon Zinciri



Kaynak, enfeksiyon etkeninin üzerinde yaşadığı, yaşamını sürdürebilmek için bağımlı olduğu, duyarlı konakçıya geçebilecek şekilde çoğaldığı insan, hayvan, bitki ya da toprak gibi cansız varlıklardır.

Etken: Mikroorganizmalar, bakteri, virüs, artropod, nematod, helmint, mantar ya da sporlardır.

Bulaş yolu: Etkenin kaynaktan duyarlı konakçıya doğrudan veya dolaylı geçiş yoludur. Bir enfeksiyon etkeni genellikle birden farklı bulaş yolu gösterebilmekte ise de temel ya da başat olduğu bir bulaş yolu daima mevcuttur (Bakınız Tablo 2). Doğrudan bulaş ya direk ya da cinsel temas yolu ile olabilmektedir. Doğrudan bulaş hiçbir ara bulaş yolu olmadan etkenin kaynaktan duyarlı kişiye geçmesidir. Cinsel temas, dokunma, öpüşme, diğer temaslara - doğum, tıbbi uygulamalar-emzirme-transplansental-anne karnında bebeğe geçiş de bu grupta belirtilmektedir. Ayrıca damlacık (droplet) ile bulaşta doğrudan bulaş olarak sınıflandırılmaktadır. Çünkü öksürme, aksırma aracılığı ile dış ortama atılan damlacıklar 5 mikrondan büyük olup 30-60 cm uzağa gidebilmektedir. Dolaylı bulaşta ise etken duyarlı konakçıya araçlar (yatak örtüleri, oyuncaklar, cerrahi araçlar, intravenöz verilen sıvılar, kontamine su ve gıdalar), vektörler, hava yolu (uzun mesafeler toz, damlacık çekirdeği) ile bulaşmaktadır (Bakınız Çizelge 29, Akın L, 2006).





Vektör, enfeksiyon etkenini mekanik ya da biyolojik olarak üzerinde taşıyan artropodlardır.

Çizelge 29. Temel bulaş yoluna göre bazı enfeksiyon hastalıklarının dağılımı

Temel Bulaş Yolu	Örnek
Hava Yolu ile	Kızamık, Tüberküloz
Su ve Gıdalar Yolu ile	Tifo, Dizanteri, Kolera
Temas Yolu ile	
+ Doğrudan Temas	Trahom, Lepra, Uyuz, Kuduz
+ Cinsel Temas	Sifiliz, Gonore, HIV, Hepatit B,C
Vektörler Yolu ile	Sıtma, Filariasis, Veba
Zoonozlar	Şarbon, Kuduz, KKKA

Sağlam (Konak-Konakçı), enfeksiyon etkenine duyarlı olan insan ve hayvan enfeksiyon zincirinin üçüncü halkasını oluşturmaktadır. Etkenin bireyin vücuduna deri, mukozalar, solunum, sindirim sistemi yolu ile ya da plasental olarak girebilir. Bireyin etkene karşı nonspesifik-spesifik savunma mekanizmaları bulunmaktadır.

Bulaşıcı hastalıkların doğal seyri incelediğinde, etken ile karşılaşan her birey hastalık belirtileri göstermediği görülmektedir. Bu nedenle enfeksiyon ve enfeksiyon hastalığı olmak üzere iki farklı tanım yapılmaktadır.



Etkenin bireyin vücuduna girmesi, çoğalması enfeksiyon, bireyde klinik belirtiler oluşturması enfeksiyon hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Etkenin alınmasından klinik belirtilerin başladığı döneme kadar geçen süreye **kuluçka-inkübasyon süresi** adı verilmektedir.

Enfektivite, etkenin konağa=sağlam kişide enfeksiyona neden olma özelliğidir.

Bulaşıcı hastalıklar kişiden kişiye yayılmaktadır. Sekonder atak hızı ile değerlendirilmektedir. Çizelge 30'da bazı bulaşıcı hastalıkların enfektivite, patojenite ve virulanslarına ilişkin özellikleri verilmiştir (Nelson KE, 2007).

Patojenite, etken ile karşılaşan kişilerde hastalık belirtisi gösterenlerin oranıdır.

Virulans, bulaşıcı hastalık ortaya çıktıktan sonrasında hastalığın ağırlığını, ölümcüllüğünü gösterir.



Çizelge 30. Bulaşıcı hastalıkların, Enfektivite, Patojenite ve Virulansı

Hastalık Şiddeti	Enfektivite (Sekonder Atak Hızı)	Patojenite (Hastalanma Hızı)	Virulans (Hastalık Fatalite Hızı)
Yüksek	Çiçek, Kızamık, Suçiçeği	Çiçek, Kuduz, Kızamık Suçiçeği, Nezle	Kuduz, Çiçek, Tüberküloz, Lepra
Orta	Kızamıkçık, Kabakulak, Nezle	Kızamıkçık, Kabakulak	Çocuk Felci, Kızamık
Düşük	Tüberküloz	Çocuk Felci, Tüberküloz	Kızamık, Suçiçeği
Çok Düşük	Lepra	Lepra	Kızamıkçık, Nezle

Etkeni alan bireyler enfeksiyonun yayılımında önemli bir rol oynayabilmektedirler. Hastalık belirtileri göstermeden etkeni yayan kişilere **taşıyıcı (portör)** adı verilmektedir.



Değişik taşıyıcılık tipleri mevcuttur (Bakınız Çizelge 31., Akın L, 2006).

Çizelge 31. Taşıyıcılık Tipleri

Taşıyıcı Tipi	Örnek
Klinik belirti hiç vermemiş taşıyıcılar	Polio, Meningokok, Hepatit A,B,C
İnkübasyon taşıyıcıları	Su Çiçeği, Kızamık, Hepatit A,B,C
Konvelasan taşıyıcıları	Difteri, Hepatit B, Bazı Salmonella türleri
Kronik taşıyıcılar	Salmonella, Hepatit B.



Herd İmmunite-Toplumsal Bağışıklık Düzeyi: Toplumda bağışık olan bireyler aracılığı ile duyarlı olan kişilerin korunmasıdır (Nelson KE, 2007).

Bir popülasyonda bireylerin (% 70-80)'i belirli bir hastalık etkenine karşı bağışık olması, sporadik (seyrek olgular görülmesi) olsa bile, enfeksiyon zincirini kırmış olacağından epidemi çıkmasına engel olur (Aksakoğlu G, Ellidokuz H, 1996). Ülkemizde 1981 yılından bu yana uygulanmakta olan Genişletilmiş Bağışıklama Programı doğrultusunda, aşı ile korunulabilen hastalıklar için 0-11 aylık bebeklerde % 95 aşılama oranına ulaşmak hedeflenmiştir (Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2002).

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü

Temel amaç enfeksiyon hastalığını kontrol altına almak, hastalığın prevalans ve insidansını azaltmak ve/veya eradike etmektir.

Bulaşıcı Hastalıklarda;

- *Birincil Korunma:* Çevrenin güvenli hale getirilmesi (su, atıklar, besin, konut hijyeni), bireyin etkene karşı güçlü kılınmasına yönelik hizmetleri (aktif ve pasif bağışıklama, beslenmenin iyileştirilmesi)
- *İkincil Korunma:* Erken tanı ve uygun tedavisi
- *Üçüncül Korunma:* Gelişen tıbbi-sosyal yeti yitimlerinin yerine konması çalışmalarıdır.

Bulaşıcı hastalıklarda enfeksiyon zinciri kırılmaya çalışılır (Bakınız Çizelge 32);

Çizelge 32. Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolünde Kaynağa, Bulaş Yoluna ve Duyarlı Kişilere Yönelik Yapılması Gerekenler

Kaynağa yönelik yapılması gerekenler:	Bulaş yoluna yönelik yapılması gerekenler:	Duyarlı kişilere yönelik yapılması gerekenler:
Hastalığa bağlı olarak olguların erken tanı ve tedavisi (sağaltımı)	Kişisel hijyen konusunda sağlık eğitimi (Tüm BH için),	Bağışıklama
Olguların izolasyonu, bildirim,	Besin hijyeni (su-besinlerle bulaşan hastalıklar)	İyi beslenme
İlk kaynağın (Filyasyon), Taşıyıcıların (Portör) aranması ve temaslıların bulunması	Sağlıklı içme suyu sağlanması (su-besinlerle bulaşan hastalıklar)	Sağlık eğitimi
Hayvan kaynakların kontrolü,	Vektör kontrolü (Sıtma, Tifo, Şark Çıbanı, KKKA)	İlaçla koruma
	Dezenfeksiyon ve sterilizasyon (Hepatit B ve Ebola'da)	Güvenli kan ve kan ürünlerinin sağlanması,
		Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV için kondom dağıtılması vb.

Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele sağlık ekibinin sunması gereken hizmetlerin başında gelmektedir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK)'nun 65-72. maddeleri bulaşıcı hastalık kuşkusu bulunan durumlarda sağlık ekibinin yetki ve sorumluluklarını tanımlamaktadır (Aksakoğlu G, Ellidokuz H, 1996, Tümerdem Y, 1992).

Sağlık ekibi bulaşıcı hastalıklarla mücadelede;

- Bulaşıcı Hastalık Çıkmadan Önce
- Bulaşıcı Hastalık Çıktıktan Sonra
- Olağanüstü Durumlar ve Afetlerde (Bu konu 12. ünite de ele alınmıştır)
- Salgın Durumunda Alınması Gereken Önlemleri almalıdır.

Bulaşıcı Hastalık Çıkmadan Önce Alınması Gereken Önlemler

Bulaşıcı hastalık çıkmadan önce yeterli-gereken önlemler alınmaz ise bulaşıcı hastalık ortaya çıktıktan sonra alınacak önlemler istenen etkiyi yaratamayabilir. Can kayıplarının en aza indirilmesi, hastalık ve salgınların önlenmesinde topluma ve çevreye yönelik sunulacak Çizelge 33'de belirtilen her bir hizmet çok değerlidir.

Çizelge 33. Bulaşıcı Hastalık Çıkmadan Önce Alınması Gereken Önlemler

Toplumaya Yönelik Hizmetler	Çevreye Yönelik Hizmetler
Sağlık Eğitimi	Çevrenin Olumlu Hale Getirilmesi (Temiz su temini, Katı-Sıvı Atıkların zararsız hale getirilmesi, Vektörlerle mücadele, Besin sanitasyonu, Hudut ve Sahiller, Gayri Sıhhi Müesseseler, Mezarlıklar, Okullar, Yurtlar, Oteller ve diğer toplu yaşam alanları, Genelevler, Kaplıcalar vb.)
Bireysel Temizlik, Hijyen	
Konut Hijyeni	
Beslenmenin İyileştirilmesi	
Bağışıklama	
Toplumda Bilinmeyen Olguların Belirlenmesi (Kitle incelemeleri, Portör aranması, Hasta hayvan aranması, Gıda denetimi)	

Bulaşıcı Hastalık Çıktıktan Sonra Alınması Gereken Önlemler

Bulaşıcı hastalıklar ortaya çıktıktan sonra her bir hastalığa yönelik farklı uygulamalar söz konusu olabilmekle birlikte, bulaşıcı hastalıklarda temel amaç etken-bulaş yolu-duyarlı kişiden oluşan enfeksiyon zincirinin kırılmasıdır. Çizelge 34'de Etkene, bulaş yoluna ve duyarlı kişiye yönelik alınması gereken önlemler listelenmiştir.

Çizelge 34. Bulaşıcı Hastalık Çıktıktan Sonra Alınması Gereken Önlemler

Enfeksiyon Kaynağına (ETKEN'e) Yönelik Önlemler	Bulaş Yoluna Yönelik Önlemler	Sağlama (Duyarlı Kişiye) Yönelik Önlemler
Kesin Tanı	Çevrenin olumlu hale getirilmesi	Aşılama
Bildirim		Serokemoprofilaksi
Kaynağın (Filyasyon) Aranması ve Temaslılarının Bulunması	Temiz su temini, Atıkların zararsız hale getirilmesi,	Sağlık Eğitimi
Tedavi	Vektörlerle mücadele,	
Ayırım (İzolasyon), Karantina	Besin sanitasyonu	
Dezenfeksiyon	Sağlık Eğitimi	
Taşıyıcı (Portör) Aranması		
Sağlık Eğitimi		

Salgın Durumunda Alınması Gereken Önlemler

Salgınlar (Epidemi), halk sağlığı uzmanları tarafından ele alınan önemli sağlık sorunlarından birisidir. Sağlık sorunlarının bölge/toplumlar için beklenen dağılımları farklıdır. Bir toplum/bölgede bir sağlık sorunlarının boyutunu değerlendirme de kullanılan terimler, endemi, hiper endemi, sporadi, epidemi, pandemi'dir (Akdur, 1990, Akın L, 2006, Bertan M, Enünlü T, 1995, Aksakoğlu G, Ellidokuz H, 1996).

Endemi: Hastalık/sağlık sorununun düşük ve sabit bir düzeyde görülmesidir.

Hiper endemi: Hastalık/sağlık sorununun devamlı yüksek düzeyde görülmesidir.

Sporadi: Hastalık/sağlık sorunun düzensiz aralıklarla ve az sayıda görülmesidir.

Epidemi: Hastalık/sağlık sorununun belli bir bölgede belli bir sürede beklenen düzeyinden fazla görülmesidir. Epidemiyoloji, sağlık çalışanları tarafından outbreak=patlama=salgın olarak da adlandırılabilir.

Pandemi: Epidemiyolojinin bir çok bölge veya ülkeye yayılması, çok sayıda insanın etkilenmesidir.



Salgınların tarihsel gelişimi incelendiğinde; sağlık hizmetlerinin ve teknolojik gelişime paralel olarak değişiklikler yaşandığı görülmektedir. Geçmişte tüm insanlığı en çok Veba, Tifüs, Kolera, Tifo, Sıtma, Çiçek pandemilerine bağlı ölümler etkilemiştir. Bilimsel gelişim süreci içerisinde salgınlardan bahsedilirken bilim insanlarının özellikle Hipokrat'tan başlayarak Pasteur, Lister, Snow, Razi'nin katkıları unutulmamalıdır. Yaptıkları çalışmalar ile salgınlara bilimsel epidemiyolojik bakışın temellerini atmışlardır (Eren N, 1989).

Bir salgının değerlendirilmesinin öncelikli bir halk sağlığı sorunu olmasının nedeni, hastalık/sağlık sorununun kontrolü ve önlenmesidir. Bir salgında kontrol stratejileri geliştirmeden önce salgının olduğu yerdeki doğal seyri tanımlanmalıdır. Eğer vakalar bir salgın olacak şekilde devam ediyorsa, amaç yeni vakaları önlemek iken salgın bitmek üzere ise amaç daha sonra tekrar ortaya çıkabilecek salgınları önlemektir. Salgın değerlendirmesi-inceleme ile bulaşıcı hastalıklar

için etken-kaynak, bulaş yolu, konakçı enfeksiyon zincirinin tanımlanması ve bunlara yönelik önlemlerin belirlenmesi gerekmektedir. Ancak salgın her zaman bulaşıcı bir hastalık nedeniyle ortaya çıkmayabilir. Eozinofili-Myalji Sendromu salgınında yapılan incelemede durumun L-tryptofan alınmasına bağlı olduğu ortaya konulmuş ve bu maddeyi içeren ürünlerin satışı engellenmiştir. 2002 yılı itibari ile salgınlar değerlendirildiğinde karşımıza Şarbon, Veba, Batı Nil Virusu, Menegococcal Menejit, İnfluenza, Ebola, AIDS gibi bulaşıcı hastalıkların yanı sıra Sigara, Trafik Kazaları gibi sağlık sorunları da salgın başlığında ele alınmaktadır.

Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların ve salgınların bildirim Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun (UHK) 65-72. maddeleri gereğince göre yapılmaktadır.1990 tarih ve 190 sayılı KHK ile T.C.Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Müdürlüğü’ne bağlı “Salgın Hastalıklar Araştırma Müdürlüğü” kurulmuştur.

Salgını epidemiyolojik olarak değerlendirmesi yapılırken izlenmesi gereken basamaklar: Uygulamada ise bu basamaklar iç içe geçebilir:

Alan Çalışması İçin Hazırlık Yapılması

Ortaya çıkabilecek salgınların kontrolünde etkili sağlık bilgi toplama sisteminin önemi çok büyüktür. Bildirim sistemi salgınların erken tanınmasını ve kontrolünü sağlar. Salgınlarda mikrobiyolojik doğrulama için iyi çalışan laboratuvar olanaklarına gereksinim vardır. Yerleşim yerine ait su kaynaklarını, ulaşım yollarını, sağlık birimlerini vb. gösteren güncellenmiş bir harita veya kroki sağlanmalıdır. Salgın durumunda işe yarayacak yönetim ve bilgilendirme zinciri kurulmalıdır. Salgınla ilgili danışmanlık yapabilecek kişilerle bağlantı kurulmalıdır. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili tanı, sağaltım ve salgın kontrolünde başvurulabilecek güncel bir el kitabı salgın incelemesi sırasında el altında bulundurulmalıdır. Medya ile iletişime geçecek açıklamalar yapacak kişiler ile toplu yaşam yerindeki kişilerin temsilcileri belirlenmelidir.

Salgın Varlığının Doğrulanması

Beklenen olgu sayıları ile gözlenen olgu sayıları karşılaştırılarak salgın varlığının doğrulanması gerekir. Beklenen olgu sayısı rutin toplanan verilerden, önceki aylar ve yılın aynı döneminde ortaya çıkmış olgular üzerinden belirlenir.



Gözlenen olgu sayıları beklenenden ne kadar fazlaysa salgın varlığını gösterir?

Bu sorunun yanıtı hastalığın o bölgede endemik olup olmamasıyla değişir. Hastalığın endemik olmadığı bir bölgede bir olgu bile anlamlyken, belli sayıda olgunun görüldüğü bölgelerde olgu sayılarının belli bir dönem için 'anlamlı düzeydeki' artışı salgını gösterir. Ancak kolera, sarı humma, viral hemorajik ateş ve veba gibi hastalıklarda bir olgunun bile gözlenmesi salgın olarak yorumlanır. Çoğu hastalığın salgın için tanımlanmış bir sınır değeri olmadığından kuşkulu veya doğrulanmış bütün olgular bildirilmeli ve dikkatle araştırılmalıdır. Her durumda olgu sayılarının bildirimdeki artıştan, belli bir hastalığa artmış ilgiden, tanı yöntemlerindeki bir değişimden, yeni gelen bir sağlık ekibinden veya sağlık hizmetlerinin yaygınlığının artmasından olup olmadığı çok iyi değerlendirilmelidir. Olağan dışı durumun yaşandığı bölgenin önceki döneme ait sağlıklı verilerine ulaşılabilir; bu gibi durumlarda ilin, bölgenin veya ülkenin hastalık hızları kullanılabilir. Bu hızlar kullanılarak bölge nüfusuna göre beklenen olgu sayıları tahmin edilmeye çalışılır. Hiçbir veriye ulaşamıyorsa konu ile ilgili hekimlerle veya sağlık çalışanlarıyla görüşmeler yapılarak olgu sayılarındaki artışla ilgili gözlemleri sorulabilir.

Tanının Kesinleştirilmesi

Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede hastalardan veya çevreden alınan örnekler üzerinde etkenin gösterilmesi tanının kesinleştirilmesini sağlar. Ancak iyi bir laboratuvar kurmak veya örnekleri bir laboratuvara ulaştırmak olanaklı değilse olgu tanuları klinik bulgulara göre konabilir ve sağaltılabilir. Salgın etkeninin kesin tanısını koymak için olguların birkaçında laboratuvar tanısı sağlanması yeterlidir. Bir kez salgının varlığına karar verilmişse olguların laboratuvar olarak doğrulanması gerekmez.

Olgu Tanımı Yapılması ve Yeni Olgu Aranması

Hastaların ortak klinik bulgularına (aynı yemeği yeme, ateş, kusma, günde üçten fazla dışkılama, vb.) dayanarak olgu tanımı yapılır. Salgın incelemesinde olgu tanımı içinde *kişi* (20 yaş altı, aşılanmamış vb.), *yer* (A mahallesinde oturan, B fabrikasında çalışan vb.) ve *zaman* (hastalığa ait bulguların son bir ayda ortaya çıkması) özellikleri de yer alır. Salgının boyutunu değerlendirmek için uygulanabilir bir olgu tanımı yapılmalıdır. Hastalığın etkeni laboratuvarda gösterilmişse 'kesin vaka-olgu' olarak kabul edilir. Laboratuvar bulgusu yok ancak bazı klinik bulguları gözlenmekte ise 'olası vaka-olgu' olarak kabul edilir. Salgın durumlarında her olgunun laboratuvar doğrulamasının yapılması gerekmez. Sadece bir iki olgunun laboratuvar testi ile doğrulanarak 'kesin olgu' olarak tanımlanması, diğerlerinin ise klinik bulgulara göre değerlendirilmesi yeterli olabilir.

Olguların Kişi-Yer-Zaman Özelliklerinin Tanımlanması

Saptanan olgulardan toplanan bazı bilgiler salgının coğrafi dağılımı, zaman içinde değişimi ve etkilediği nüfus hakkında bilgiler verir. Bu bilgiler salgının olası kaynağı veya risk altındaki kişilerin belirlenmesinde yol gösterici olabilirler. Salgın boyunca veri toplama işlemi devam etmeli, belli aralarla veriler yorumlanmalıdır. Her hastadan veya yakınından en azından; hastanın yaşı ve cinsiyeti, yaşadığı yer, klinik bilgiler, risk faktörlerine yönelik bilgiler ve bulguların ortaya çıktığı tarih ile ilgili bilgiler toplanmalıdır.

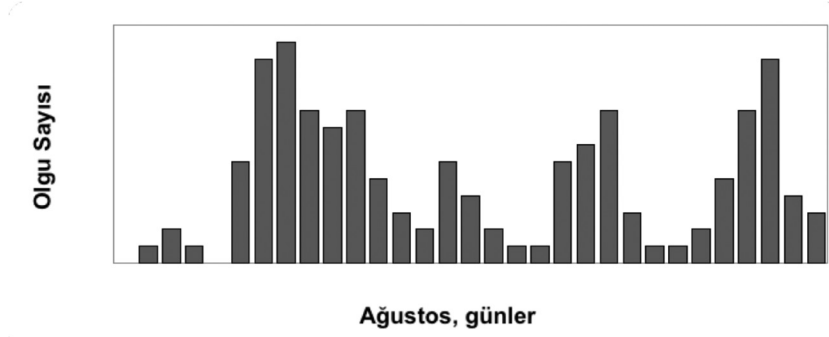
Bu bilgiler elde edildikten sonra *salgın eğrisi* hazırlanmalıdır.

Salgın eğrisinin hazırlanması: Hastalığın zamanla nasıl değiştiğini ve salgının hangi aşamada olduğunu izlemek için salgın eğrisi hazırlanır.



Salgın eğrisi, hastalığın başlangıç tarihine göre günlük olgu sayılarını gösteren bir grafik (histogram) tir. Salgının ilk başladığı gün, etkenle karşılaşılan olası gün, salgının boyutu, etkenin inkübasyon süresi ve bulaş şekli konusunda bilgi verir.

Şekil 30. Salgın Eğrisi



Şekil 31. Salgın haritası



Olgular *harita* üzerinde işaretlenmeli ve risk altındaki kişiler saptanmalıdır.

Risk Faktörlerini Saptamak İçin

Ek Epidemiyolojik Çalışmalar Yapılması

İlk veriler toplanıp değerlendirildiğinde salgını neden olan etken, etkenin kaynağı ve bulaş yolu konusunda hipotezler oluşturulmalı ve doğrulukları araştırılmalıdır.

Korunma ve Kontrol Önlemlerini Uygulanması

Elde edilen veriler kullanılarak hastalığın kaynağına, bulaş yoluna veya duyarlı kişiye yönelik olabildiğince erken önlem alınması gerekir. Hastalığın tipine göre kaynağa yönelik önlemler şöyle sıralanabilir:

Salgın Raporu İle Sonuçların Duyurulması

Rapor salgının boyutu ve sağlık etkileri konusunda olgular ve ölümlerle ilgili sayısal bilgiler içermelidir. Yazılı bir rapor gelecekteki salgın incelemelerinde yol gösterici bir belge olarak saklanmalıdır.

Bulaş Yoluna Göre Bulaşıcı Hastalıkların Genel Özellikleri

(Aksakoğlu G, Ellidokuz H, 1996, Akın L., 2006)

Hava Yolu ile Bulaşan Hastalıkların Genel Özellikleri

Kaynaktan solunum yolu ile atılan ve konağa solunum yolu ile giren etkenlerin yaptıkları hastalıklara **hava ile bulaşan enfeksiyonlar** denir.



Bu enfeksiyonların etkenleri konağın solunum yoluna; genellikle nefes ile alınan havayla, kirlenmiş el veya enfekte eşya ve yiyeceklerin ağza sürülmesi ve sokulması ile de bulaşabilirler.

Sık görülen viral hastalıklar	ÜSYE (Influenza, parainfluenza, adeno, rhino viruslar), Kızamık, Kabakulak, Suçiçeği, Kızamıkçık
Seyrek görülen Viral ve riketsiyal hastalıklar	Q humması (Coxiella burneti), Psitakoz, Ornitoz
Sık görülen bakteriyel enfeksiyonlar:	Pnömoniye neden olan tüm bakteriler, Streptokoksik enfeksiyonlar, Menegokoksik menenjit, Boğmaca, Difteri, Tüberküloz

Bu hastalıklardan; Tüberküloz, Q humması, Streptokok enfeksiyonları, Difteri süt ve besinlerle de bulaşabilirler.

Solunum yolu (alt-üst) enfeksiyonları ve diğer hava yolu ile bulaşan hastalıklar toplumda en sık görülen hastalıklardır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde solunum yolu enfeksiyonları sonucu gelişen pnömoni ve bronkopnömoni bebeklik çağında en sık görülen ölüm nedenlerindedir.

Epidemi, Pandemiler yaparlar. Özellikle Influenza (Grip), H5N1 pandemiler yapar.

Her yaşta görülebilir. Ancak çocuklar ve yaşlılarda hastalığın sürmesi ve sonuçları daha ciddidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde solunum yolu enfeksiyonları sonucu gelişen pnömoni ve bronkopnömoni bebeklik çağında en sık görülen ölüm nedenlerindedir.

Mevsimsel özellik gösterirler. Genellikle kışın son aylarına ve baharın ilk aylarında daha sık olarak görülür. Bunda özellikle sıkışık yaşamın da etkisi vardır. Oda başına düşen kişi sayısı arttıkça insidansları artar.

Bütün bölgelerde görülebilir. Kalabalık yaşam, okul, yurt, kışla vb., kentsel alanda sık görülürler.

Direncin düşmesine yol açan durumlarda daha sık ve kolay görülür.

İç hacim kirliliği (sigara dumanı, ev içi ısınma ve pişirme sırasında ortaya çıkan duman vb.) ve atmosfer kirliliği çevresel risk faktörleridir.

Hava ile bulaşan hastalıkların kaynakları:

- *Hasta insanlar:* Kızamık, kızamıkçık, kabakulak.
- *Portörler:* Streptokok, meningokoksik menenjit.
- *Semptomsuz olgular :* Tüberküloz.
- *Hasta hayvanlar:* Tüberküloz, ruam, psitakoz ve ornitoz.

Hava ile bulaşan hastalıklarda enfeksiyon kaynağına yönelik önlemler:

Kesin tanı	Olası tanı-kesin tanı, klinik-laboratuvar confirmasyon.
Bildirim	Her bulaşıcı hastalıkta olduğu gibi hava ile bulaşan hastalıklarda da olguların erken haber alınması hastalığın yayılmasını önlemek bakımından önemlidir
Filyasyon aranması	Hasta insanların bulunması: streptokok, tüberküloz, difteri, menenjitte önemli. Hasta hayvanların bulunması: Tüberkülozdan korunmak için hasta ineklerin yok edilmesi, ruam hastalığına karşı hasta olan atların tespit edilerek ortadan kaldırılması, psitakoz ve ornitoz açısından kuşlar ve özellikle güvercinlerin kontrol altında tutulması gereklidir.
Tedavi:	Viral enfeksiyonlarda destek tedavisi, antibakteriyel, antitüberküloz tedavi (Doğrudan gözetim altında tedavi stratejisi).
Ayırım (izolasyon) ve dezenfeksiyon	Ayırım, bu hastalıklarla savaşta önemli bir önlemdir. Özellikle direkt damlacık ile bulaşan enfeksiyonlar ile savaşta yararlıdır. Menenjit, şarbon, ruam vebada dezenfeksiyon önerilir.
Portör veya semptomsuz olguların aranması	Özellikle tüberküloz gibi hastalıklarda önemlidir. Streptokok ve meningokok enfeksiyonlarında en önemli kaynak portörlerdir
Sağlık eğitimi	Öksürürken ağızın kapanması, maske kullanımı, temasın azaltılması, konut hijyeni, havalandırma, vb., el yıkama, beslenme vb. konularda

Hava ile bulaşan hastalıklarda bulaşma yoluna yönelik işlemler:

- Kişisel hijyen (el yıkama, maske kullanımı),
- Kişi başına düşen hava hacminin artırılması,
- Kalabalık yaşanan yerlerde teması azaltıcı işlemler (toplu yaşam alanlarından kaçınma, hasta kişilerle öpüşme, tokalaşmadan kaçınma vb.),
- Konut hijyeni,
- Hasta hayvan ve ürünleri ile temasın engellenmesi.

Hava ile bulaşan hastalıklarda sağlam kişiye yönelik işlemler:

Aşılama	Difteri, boğmaca, kızamık, tüberküloz, adenovirüslerin yaptığı solunum yolu enfeksiyonları, grip, kabakulak bu grup hastalıklardan aşı ile korunulması mümkün olan hastalıklardandır.
Seroprofilaksi	Kızamık.
Kemoprofilaksi	TB-INH, Strep-depo penisilin, menengokok-sülfonamid.
Sağlık eğitimi	Topluma öksürüp aksırırken ağzın kapatılması, solunum yolu enfeksiyonlarının sık olduğu dönemlerde kalabalık ortamlardan kaçınılması, kişisel hijyen kuralları, konut hijyeni vb.
Beslenmenin iyileştirilmesi	Kızamık, boğmaca, tüberküloz gibi hava yolu ile bulaşan hastalıklarda komplikasyonların görülmesinde ve hastalığın ağır seyretmesinde hastanın beslenme durumunun önemi büyüktür. Genellikle iyi beslenemeyenlerde bu hastalıklar ağır geçirilir. Daha sık ve ağır komplikasyonlar yapar ve ölümlere neden olur.

Su ve Besinler ile Bulaşan Hastalıkların Genel Özellikleri

Kaynak genellikle dışkı-el-ağız ilişkisi ile (fekal-oral yolla) mikroorganizma ile enfekte su ve besinlerdir. Çizelge 8’de su ve besinlerle bulaşan etkenler listelenmiştir.

Bakteriler:	Tifo ve paratifo (Salmonella), Basilli Dizanteri (Shigella), Amipli Dizanteri, Kolera (Vibrion), Çocuk yaz ishalleri, Stafilakoksik gıda zehirlenmeleri, Bacillus Cereus zehirlenmeleri, Botulismus (Clostridium Botulinum);
Parazitler:	Askaris Lumbricoides, Oksiur, Tenia Saginata, Solium, Giardia Lamblia, Kist Hidatik;
Virüsler:	Hepatit A ve E, Poliomyelit;

Bulantı, kusma ve ishal en sık görülen yakınmalardır.

Çizelge 35. Besinlerle Bulaşan Bazı Mikroorganizmalar

Besin	Etkenler
Su	Salmonella, Shigella, V.Kolera, E.Coli, Ekinokok, Leptospira, Giardia, Hep A-E, Polio, Nora virus
Süt ve ürünleri	Staf, Strep, Salmonella, M.Tuberculosis, Brucela, Polio, Hep A-E, E.Coli, Listeria, Q Yangısı, Toxoplazma
Et ve ürünleri	Salmonella, Staf, B. Antracis, C.Perfiringens-Botilinum, E.Coli, Toxo, Tenia, Trichinella, Hep A
Yumurta	Salmonella, Shigella, Staf, Strep
Sebze/meyve	Salmonella, E.Coli, V.Kolera, Entamoeba, Askaris, Hep A-E
Bahçe otları	Ekinokok(Kist Hidatik)
Hamur İşleri	Staf, Salmonella, Hep A-E
Pilav	B.Cereus
Deniz Hayvanları	Salmonella, Hep A-E, V.Kolera
Kümes Hayvanları	Salmonella, C.Perfiringens

Su ile bulaş söz konusu ise Patlama şeklinde (kısa sürede çok sayıda olgu görülmesi) salgınlar yaparlar.

Kötü hijyenik koşulların bir göstergesidir. Alt yapı olanakları kötü olan bölgelerde siktir.

Yaz aylarında siktir. Kışın görülen ishal olgularında Rota virus en sık etkindir.

Olumsuz çevre koşullarının düzeltilmesi, besin hijyeni enfeksiyon zincirinin en etkili, en kolay kırılma noktasıdır.

Su ve besinler yolu ile bulaşan hastalıklarda enfeksiyon kaynağına yönelik işlemler:

Kesin tanı:	Olası tanı-kesin tanı, klinik-laboratuvar confirmasyon Öykü (aynı su kaynağı, ortak yemek, aynı ailenin bireyleri)
Bildirim:	Kolera uluslararası bildirim zorunlu hastalıktır (Kategori B) en seri araçlarla bildirim yapılmalıdır.
Filyasyon aranması:	Hasta insanların bulunması: Hasta hayvanların bulunması: Ekinokok, Leptospiroz, Şarbon, Toksoplazma, Brucella) Hayvan dışkı ile temas etmiş toprak: Botilismus

Tedavi:	ishalle kaybedilen sıvı ve elektrolitin yerine konması varsa spesifik etkene yönelik tedavi.
Ayırım, karantina ve dezenfeksiyon:	Kolerada ayırım (izolasyon), karantina tedbirleri katı bir şekilde uygulanır.
Portör veya semptomsuz olguların aranması	Tifo, Paratifo, Dizanteri, parazitler.
Sağlık eğitimi:	Hasta bireylerin dışkı üzerine klor çözeltisi dökülmesi, el temizliği vb.

Su ve besinler yolu ile bulaşan hastalıklarda bulaşma yoluna yönelik işlemler:

- Sosyoekonomik-kültürel gelişim,
- Çevre koşullarının düzeltilmesi (içme ve kullanma suları, helalar, çöplük, gübrelikler, vektörlerle mücadele),
- Besin hijyeni,
- Hayvanlara yönelik önlemler,
- Sağlık eğitimi.

Su ve besinler yolu ile bulaşan hastalıklarda sağlam kişiye yönelik işlemler:

- *Aşılama:* Kolera ve Tifoda vakalar görüldükten sonra aşılama önerilmez.
- *Seroprofilaksi:* Hep A, Polio.
- *Kemoprofilaksi:* Tifo, Paratifo, Shigella.
- *Sağlık eğitimi:* Su, besin hijyeni, kişisel hijyen, el yıkama vb. konularında.

Cinsel Yolla (Temas ile) Bulaşan Hastalıkların Genel Özellikleri

Bulaş mukozal temas ile olur. Perkütan yaralanma, kan transfüzyonu, anneden bebeğe, organ nakli vb. yolla da bulaşmaktadır. Sosyal ilişki ile tokalaşma, öpüşme vb. bulaşma olmaz.

Bakteriler:	Sifilis (<i>Treponema pallidum</i>), Gonore (Bel Soğukluğu, <i>Neiseria Gonore</i>),
Virüsler:	HIV/AIDS, Hepatit B, C, Genital Herpes, Yumuşak Şankr (<i>Hemafilus Ducrei</i>), Lenfograduloma Venereum, Granuloma İngiunale, <i>Chlamdia Trochomatis</i> ,
Parazitler:	Trikomoniasis cinsel temas ile bulaşabilir (Aksakoğlu G.).
Virüsler:	Hepatit A ve E, Poliomyelit;

Tüm bulaşıcı hastalıklar içinde filyasyonun en önemli olduğu gruptur.

Bulaş cinsel yolla olmakla birlikte hastalık belirtileri sistemik olabilmektedir.

Örneğin HIV/AIDS, Hepatitler.



Genital belirtilerin başında akıntı (vajinal, üretral, servikal), ülser, pelvik inflamatuvar hastalık (akıntı, ateş, hassasiyet) gelmektedir.

HIV/AIDS pandemik, diğer CYBH endemiktir.

Sosyal bir hastalıktır. Tanı konulduğunda toplumsal damgalama (stigmatization) nedeniyle olgular semptom ve/veya tanılarını gizleyebilmektedir.

Üretken çağda özellikle genç yetişkin grupta sıktır. Bilinen olgular buz dağının suda görünen kısmıdır. Her bir bilinen olguya karşılık bilinmeyen (asemptomatik ve/veya gizlenen) üç-beş olgu olabileceği akılda tutulmalıdır. Çok eşlilik (birden fazla partner varlığı), öyküde geçirilmiş CYBH olması risk faktörlerinin başında gelmektedir.

Cinsel temas ile bulaşan hastalıklarda enfeksiyon kaynağına yönelik işlemler:

Kesin tanı:	Olası tanı-kesin tanı, klinik-laboratuvar confirmasyon Öykü (güvenli olmayan, korunmasız cinsel temas, birden fazla cinsel partner, geçirilmiş cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü).
Bildirim:	Sifiliz, HIV/AIDS, Gonore, Hepatit B Ulusal düzeyde A Grubu bildirim zorunlu hastalıklardır.
Filyasyon aranması:	Tüm bulaşıcı hastalıklar içinde filyasyonun en önemli olduğu gruptur.
Tedavi:	Sifiliz

Eğitim ile korunmayı öğrenmek, öğretmek ve olumlu sağlık davranışı geliştirmek gerekir. Tek eşlilik ve güvenli cinsel ilişki bulaş yoluna yönelik önlemlerin başında gelmektedir. Kondom kullanmadan yaşanan her türlü cinsel ilişki, vajinal bir enfeksiyonu veya âdet kanaması olan kadınlarla ve cinsel organ bölgesinde akıntı, yara, şişlik olan erkeklerle yaşanan korunmasız cinsel ilişkiler, korunmasız oral/anal ve dezenfekte edilmemiş cinsel oyuncaklarla temaslar “güvenli olmayan cinsel temas” olarak tanımlanmakta ve CYBH açısından yüksek riskli davranışlar kabul edilmektedir

Cinsel temas ile bulaşan hastalıklarda sağlam kişiye yönelik işlemler:

- *Aşılama*: Hepatit B
- *Seroprolaksi*: Hepatit B
- *Kemoprofilaksi*: Gonokok taşıyıcısı annenin bebeğine Penisilin uygulanması
- *Sağlık eğitimi*: Genel hijyen, güvenli cinsel ilişki, kondom kullanımı vb. konularda

Vektörler ile Bulaşan Hastalıkların Genel Özellikleri



Enfeksiyon etkenini taşıyan ve bu enfeksiyonların yayılmasına neden olan eklem bacaklılara **vektör** denilmektedir.

Çizelge 36. Bazı vektörler ve bulaştırdıkları hastalıklar

Vektör	Hastalık (etkeni)
Sivrisinek	Sıtma(Plazmodium), Filaryazis (W.Bancrofti), Ensefalit (Virüsler)
Bit	Tifüs
Tatarcık (Flebotom)	Şart Çıbanı (Leishmania)
Pire	Veba(Pastorella Pestis)
Kene	Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Lyme Hastalığı (Borellia), Tularemi (Francisella Tularensis),
Karasinek	Tifo, Dizanteri, Kolera, Şarbon, Parazitolar, Trahom,

Vektörlük ya fizik/ mekanik ya da biyolojik olabilmektedir.

Fizik/Mekanik Vektörlük: İnsandan, hayvandan/çıkartıları ile kirlenmiş herhangi bir ortamdan vektöre bulaşan etkenin, vektörün bedeninde yaşamını sürdürmesi, diğer sağlam insana ulaştırmasıdır. Etken, vek-

törün bedeninde değişime/gelişime uğramaz. Ortamda, vektör olmasa da etken yaşamını, üremesini devam ettirir. Sadece vektörü kontrol altına almakla o hastalığı kontrol altına almak mümkün değildir.

Örnek karasinekler, parazitolar.



Biyolojik Vektörlük: Hastalık etkeninin yaşam döngüsünün bir evresi, vektörün vücudunda tamamlanır. Vektör, etken için bir ara konakçısıdır. Etkenin yaşamını sürdürmesi vektöre bağlıdır. Vektör olmadan etken varlığını sürdüremez. Kontrol altına alınması, mekanik vektörlükle bulaşan hastalıklara göre, daha kolaydır.

Örnek Anofel, Sıtma.



Bölgesel yığılım (endemi, hiperendemi) gösterebilmektedirler. Küresel iklim değişiklikleri, tarımsal uygulamalar vektörlerle bulaşan hastalıklar için zemin yaratmaktadır.

Vektörler ile bulaşan hastalıklarda enfeksiyon kaynağına yönelik işlemler:

Kesin tanı	Olası tanı-kesin tanı, klinik-laboratuvar confirmasyon. Vektör temas öyküsü, hastalığın endemik olduğu bölgeye seyahat, kalın damla yayması (Sıtma).
Bildirim	Sıtma, Şark Çıbanı, Tifo Ulusal Bildirimi Zorunlu Hastalık (A grubu) tır. Veba ise Uluslararası Bildirimi Zorunlu Hastalıktır (B Grubu).
Filyasyon aranması	Hasta insanların ve taşıyıcıların bulunması ve tedavisi, Hasta hayvanların bulunması, tedavisi, ortadan kaldırılması
Tedavi	Sıtma (Klorakin, Primakin) Sifiliz.
Ayırım, karantina ve dezenfeksiyon	Veba, tifüs.
Sağlık eğitimi	Vektörlerin yaşam alanları olan jitlelerin (sığ ve durgun sular, hijyenik olmayan konut koşulları, atıklar vb.) oluşturulmaması, vektörlerin ortadan kaldırılması veya vektör temasının engellenmesi (camlara tel örgü, cibinlik, uzun kollu giysiler giyilmesi vb.).

Vektörler ile bulaşan hastalıklarda bulaşma yoluna yönelik işlemler:

- Sosyoekonomik-kültürel gelişim:
- Sağlık eğitimi,
- Çevre koşullarının düzeltilmesi (içme ve kullanma suları, helalar, çöplük, gübrelikler),
- Veterinerlik Halk Sağlığı Hizmetleri Hayvanlara yönelik koruyucu önlemler,
- Vektör Kontrolüne Yönelik Çalışmalar (Çevre düzenlemesi, vektörlerin yok edilmesi insan-vektör temasının kesilmesi).

Vektörler ile bulaşan hastalıklarda sağlam kişiye yönelik işlemler:

- *Aşılama*: Tifus.
- *Kemoprofilaksi*: Sıtında Klorokin profilaksisi önerilmemektedir.
- *Sağlık eğitimi*: Kişisel hijyen, konut hijyeni, vektör kontrolü vb. konularda.

Zoonotik (Hayvanlardan İnsana Geçen - Bulaşan) Hastalıkların Genel Özellikleri

Omurgalı hayvanlardan insanlara doğrudan ve/veya vektörler (kene, sivrisinek) ve/veya besinlerle bulaşan viral, bakteriyel; mikotik ve paraziter enfeksiyonlardır. Brucella, Kuduz, Kedi Tırnağı Hastalığı, Şarbon, Leptospiroz, Kist Hidatik, Toksoplazmoz, Tokzokara, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), Kuş ve Domuz Gribi Türkiye’de görülen önemli zoonozlardır.



Epizooti, bulaşıcı hastalıklarda epidemiy teriminin karşılığıdır. Bir bölge veya coğrafik alanda, büyük sayıda aynı veya değişik türdeki hayvanları etkileyen salgın hastalık durumudur.

Enzooti, bulaşıcı hastalıklarda endemi teriminin karşılığıdır. Bir bölge veya coğrafik alanda, sürekli belirli sayıda aynı veya değişik türdeki hayvanları etkileyen hastalık olması durumudur (Dirican R, Bilgel N, 1993, Tanı ve Tedavi Rehberi 2003).

Bulaş değişik yollar ile olabilmekte, hava, su ve gıdalar, vektörler yolu ile veya hasta hayvanın ısırması yolu ile olabilmektedir.

Kaynak, genellikle, omurgalı veya memeli hayvanlardır (Bakınız Çizelge 37).

Çizelge 37. Bazı Zoonotik Hastalık Etkenlerini Taşıyan Kaynaklar ve En Sık Bulaş Yolları

Hastalık	Kaynaklar	En Sık Bulaş Yolu
Şarbon	Sığır, koyun, keçi, at, domuz	Enfekte et ve derilerle temas
Kuduz	Köpek, tilki, kurt, kedi, yarasa, tavşan	Hasta hayvan tarafından ısırılma
Brucellozis (Malta Humması)	Keçi, koyun, sığır, domuz, at	Kaynamamış süt ve bu sütten yapılan taze peynir tüketimi
Toksoplazmozis	Kemiriciler, kedi, köpek, kuşlar	Ev hayvanları ile temas
Kist Hidatik	Köpek, kurt, koyun, sığır, insan	Hasta hayvanın etlerini yiyen köpeklerin dışkısı ile temas
Tüberküloz (bovin)	Sığır	Kontamine sütün çiğ olarak tüketilmesi
KKKA(Kırım Kongo Kanamalı Ateşi)	Kemiriciler, kuşlar	Kene ısırması

Zoonotik hastalıklarda enfeksiyon kaynağına yönelik işlemler:

Hayvan Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi: Zoonotik hastalıklarda temel korunma veterinerlik halk sağlığı hizmetleridir. Sokakta yaşayan kedi, köpek gibi sahipsiz hayvanların uygun birimlerde toplanması, bakım ve tedavilerinin yapılması, kuduz ve kist hidatik açısından hayvanların aşılmasının sağlanması, veteriner hekim kontrolünde hijyenik koşullarda et kesimlerinin gerçekleştirilmesi, çiğ et yenmemesi, hayvan dışkısı ile el ağız ilişkisinin kesilmesi gibi önlemlerin alınması gerekmektedir.

Kesin tanı: Hastalığın zoonoz olabileceği akla gelmeli, tanı konabilmek, kaynağı bulabilmek için veterinerlik hizmetleri ile iletişime geçilmelidir. Şarbon, Kuduz...

Bildirim: Kuduz ve Kuduz şüpheli ısırık, Brucelloz, Şarbon Ulusal Bildirimi Zorunlu Hastalık (A grubu)'tır.

Hasta hayvanların bulunması: tedavisi, ortadan kaldırılması

Tedavi : Hasta insanların tedavisi (Şarbon-Penisilin, Kuduz, Aşı)

Ayırım (izolasyon), Karantina ve dezenfeksiyon: Veba, Kuduz.

Yabani hayvanlardan uzak durulması: İnsanların hem kendilerini hem de besledikleri evcil hayvanlarının yabani hayvanlarla ve vektörlerle temasını önlemelidir.

Zoonotik hastalıklarda bulaşma yoluna yönelik işlemler:

- Zoonotik hastalıkların kontrolünde kaynağa yönelik hizmetler, koruyucu veteriner hekimlik hizmetleri önemli bir yer almaktadır. Veterinerlik Halk Sağlığı Hizmetleri Hayvanlara yönelik koruyucu önlemler
- Hayvansal ürünlerin hijyeni: kaynatılmış süt kullanılması, peynirlerin taze tüketilmemesi
- Vektör Kontrolüne Yönelik Çalışmalar (Çevre düzenlemesi, vektörlerin yok edilmesi, insan-vektör temasının kesilmesi).

Zoonotik hastalıklarda sağlam kişiye yönelik işlemler:

Aşılama: Kuduz; şüpheli ısırıktan sonra 1., 3., 7. Günlerde aşı yapılır, hayvan gözlem altında tutulur, şüpheli hayvan ölür ise kaybolmuş ise, şemaya devam edilerek 14. ve 28. Günlerde aşı uygulanır.

Sağlık eğitimi: Hayvancılıkla uğraşan, evcil hayvan besleyen kişilerin eğitimi

Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemleri



Bildirimi zorunlu hastalık (BZH): Yasal bir gereklilik ile uygun yetkide bir merciye (yerel veya merkezi sağlık otoritesi) rapor edilmesi zorunlu hastalıktır.

Bildirim: Sağlık otoritesinin resmi iletişim kanalları ile vakalar veya salgınlardan haberdar edilmesi işlemi.

İhbar: Bazı bildirimi zorunlu hastalıklarda vaka veya salgın söz konusu olduğunda tanı koyan sağlık kurumundan yerel sağlık otoritesine durumun en kısa zamanda iletilmesidir.

Sürveyans (Surveillance): Verilerin sistematik olarak toplanması, biriktirilmesi ve özellikle elde edilen sonuçlara göre harekete geçecek kişiler başta olmak üzere bu sonuçlara ihtiyacı olan birimlere hızlı geri bildirim sağlayacak şekilde verilerin değerlendirilmesi sürecidir.

Rutin Sürveyans: Bir hastalığı veya sağlık olayını monitorize etmek için ihtiyaç duyulan bilginin düzenli ve sistematik olarak toplanmasıdır.

Sentinel Sürveyans: Bir hastalık için olguların erken saptanması veya trendler hakkında gösterge sayılabilecek bilgiye ulaşılmasında; verilerin, toplumun kalan kısmındaki duruma işaret edecek şekilde, bir örnek popülasyondan toplandığı sürveyans türüdür (Örneğin Influenza). Her olgunun saptanması ve önlem alınması gereken durumlarda uygulanmaz.



BZH ile ilgili Yasal Durum (Mevzuat)

Ülkemizde Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK)'nun 57. ve 96. Maddeleri bulaşıcı ve salgın yapan hastalıklar ile ilgilidir, 57-64. maddeleri hangi hastalıkların bildirilmesi gerekli olduğu ile ilgilidir. Bildirim tüm sağlık birimlerinden Sağlık Bakanlığı'na yapılmaktadır. Kolera, Veba, Çiçek, Humma-i Racia, Sarı Humma ve Tifüs, İnfluenza uluslararası düzeyde bildirim yapılan hastalıklardır ve en seri iletişim araçları ile (fax, telefon vs) bildirilmelidir. Sağlık hizmeti sunan birimler 014, 016, 017 numaralı formlar aracılığıyla günlük, haftalık ve aylık vaka bildirimleri yapmaktadır.

Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Gruplandırılması

Grup A Hastalıklar	Ülke genelindeki resmi ve özel bütün sağlık kuruluşlarından ve özel hekimlerden bildirim yapılacak olan hastalıklar	23 hastalık
Grup B Hastalıklar	Ülke genelindeki resmi ve özel bütün sağlık kuruluşlarından ve özel hekimlerden tespit edildiği anda rutin bildirim sürecini beklemeden en acil şekilde ihbarının yapılması zorunlu olan hastalıklar	4 hastalık
Grup C Hastalıklar	Ülke genelindeki bütün sağlık kuruluşlarından değil, sadece seçilmiş olan merkezlerden bildirim yapılacak olan hastalıklar	15 hastalık
Grup D Hastalıklar	Ülke genelindeki seçilmiş olan laboratuvarlardan (tüm kamu kurum ve kuruluşlarına ait laboratuvarlar) bildirim yapılacak olan hastalıklar	9 hastalık

Çizelge 38. Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi

A Grubu	B Grubu	C Grubu	D Grubu
AIDS	Çiçek	Akut Hemorajik Ateş	Campylobacter jejuni/coli.
Akut Kanlı İshal	Epide mik Tifüs	Sendromu	Chlamydia trach.
Boğmaca	Sarı humma	Creutzfeldt Jakob Hastalığı	Cryptosporidium
Bruselloz	Veba	Ekinokokkoz	Entamoeba histolytica
Difteri		Haemophilus	Enterohemorajik E.coli [ehc]
Gonore		Influenza Tip b	Giardia intestinalis
HIV Enfeksiyonu		Menenjit	Listeria Monocytogenes.
Kabakulak		İnfluenza [grip]	Salmonella Sp
Kızamık		Kala-azar	Shigella Sp.
Kızamıkçık		Konjenital Rubella.	
Kolera		Lejyoner Hastalığı	
Kuduz ve Kuduz Riskli		Lepra.	
Temas		Leptospiroz.	
Meningokokkal Hastalık		SSPE	
Neonatal Tetanoz		Şistozomiyaz	
Poliyomyelit		Toksoplazmoz	
Sıtma		Trahom	
Sifiliz		Tularemi	
Şarbon			
Şark Çıbanı			
Tetanoz			
Tifo			
Tüberküloz			
Viral Hepatitler			

Yeni Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve İhbar-Bildirim Sistemindeki Yenilikler

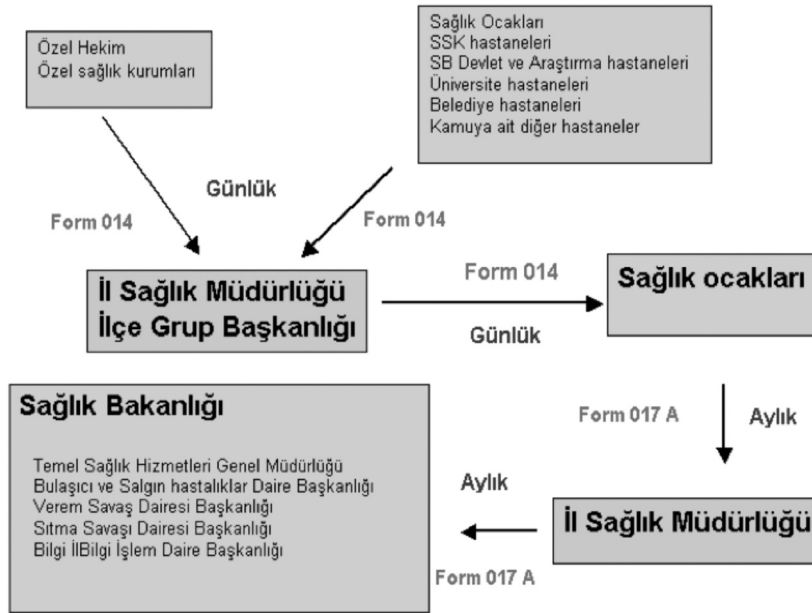
- Her kurumda bildirimlerden sorumlu bir kişi veya ünite bulunacaktır.
- Kurum ve kuruluşlar konu ile ilgili kişilerin adlarını il sağlık müdürlüklerine bildirecekler, kişilerin değişmesi durumunda ise il sağlık müdürlüklerine bilgi verilecektir.
- Hastalıkların bildirimine esas olacak standart (olası ve kesin vaka) tanı kriterleri kullanılacaktır.
- Hastalık bildirimlerinin yapılacağı kurumlar belirlenmiştir ve seçilmiş bazı hastalıklar için sentinal sürveyans sistemi kullanılacaktır.
- Her bir hastalık için ihbar ve bildirim nasıl yapılacağı belirlenmiştir.
- Bildirim sistemi yönergesine uymayanlar hakkında “Kamu sağlığını tehlikeye düşürücü davranışlardan dolayı” Cumhuriyet

Savcılıklarına İl Sağlık Müdürlükleri tarafından suç duyurusu yapılır.

Özet olarak yeni bildirim sistemi; Bildirime esas bulaşıcı hastalıklar listesinin güncellenmesi, standart vaka tanımlarının getirilmesi, hastalıkların bildiriminde bazı özelliklere göre gruplandırılmalarına gidilmesi, bazı enfeksiyon etkenlerinin de bildirim listesine dahil edilmesi, laboratuvarların doğrudan ve dolaylı olarak sistem içinde rol alması şeklinde yapılan değişiklikler ve düzenlemeler ile yenilenmiştir.

Grup A Hastalıklarda Bildirim (23 Hastalık)

Şekil 32. Grup A



Bildirimi, ülke genelinde hizmet veren bütün sağlık kurumlarından yapılır. (AIDS sağlık ocakları hariç ülke genelinde hizmeti veren bütün sağlık kurumlarından yapılacaktır). Bu hastalıkların önemli bir kısmı için ilk başvuru noktası birinci basamaktır. Birinci basamakta hekim, standart vaka tanımına göre hastaya tanı koyabildiği ölçüde bildirimini yapar ve gerekli araştırmaları başlatır. Birinci basamaktan sevk edilen ya da doğrudan ikinci basamağa başvuran hastaya tanı konulup tedavisine başlanırken; aynı zamanda hastaya ait bilgileri form 014 ile en kısa zamanda İl Sağlık Müdürlüğüne iletmekle yükümlüdür.

Bu sürecin amacı hasta ile aynı çevrede yaşayanlar arasında benzer vakalar olup olmadığının ve/veya hastalığın kaynağının araştırılabilmesini sağlamaktır.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) sürveyans formu: Aylık olarak bildirilir. Bildirilen hastalıklar, Difteri Boğmaca, Tetanos, Kızamık, Hepatit B, Neonatal Tetanos

GBP sürveyans formunda bildirilen hastalıklar, aylık olarak form 017'lerle de bildirilir.

Neonatal Tetanos Vaka Bildirim Formu; Saptandığı zaman hemen bildirilir. Daha sonra aylık bildirimleri Form 017 / A ile yapılır.

Şekil 33. Form 014

<p>Form 014</p> <p style="text-align: center;">BİLDİRİMİ ZORUNLU HASTALIKLAR FIŞI (U. Hıfzıssıhha Kanunu Mad. 57-64)</p> <p style="text-align: center;">İlçe Sağlık Grup Başkanlığına / İl Sağlık Müdürlüğüne</p> <p>GÖNDERENİN Adı Soyadı: Mesleği: Kurum Adresi: İly Adresi:</p>	<p style="text-align: center;">(Form 014 Arka Yüz)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ</th> <th colspan="2">HASTALIK DURUMU</th> </tr> <tr> <td>Cinsiyeti</td> <td>E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/></td> <td>Hastanın Adı</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T. C. Kimlik No.</td> <td></td> <td>Teghisi</td> <td>Olası <input type="checkbox"/> Kesin <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soyadı</td> <td></td> <td>Başladıği Tarih</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Adı</td> <td></td> <td colspan="2">Halten Yatığı Yerin Adresi</td> </tr> <tr> <td>Baba Adı</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Doğum Tarihi</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Mesleki</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ADRESİ:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>İli</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>İlçesi</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Muhafazası</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Sokakı</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Ev No.</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Ev/cep Tel.</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ		HASTALIK DURUMU		Cinsiyeti	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Hastanın Adı		T. C. Kimlik No.		Teghisi	Olası <input type="checkbox"/> Kesin <input type="checkbox"/>	Soyadı		Başladıği Tarih		Adı		Halten Yatığı Yerin Adresi		Baba Adı				Doğum Tarihi				Mesleki				ADRESİ:				İli				İlçesi				Muhafazası				Sokakı				Ev No.				Ev/cep Tel.			
HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ		HASTALIK DURUMU																																																											
Cinsiyeti	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Hastanın Adı																																																											
T. C. Kimlik No.		Teghisi	Olası <input type="checkbox"/> Kesin <input type="checkbox"/>																																																										
Soyadı		Başladıği Tarih																																																											
Adı		Halten Yatığı Yerin Adresi																																																											
Baba Adı																																																													
Doğum Tarihi																																																													
Mesleki																																																													
ADRESİ:																																																													
İli																																																													
İlçesi																																																													
Muhafazası																																																													
Sokakı																																																													
Ev No.																																																													
Ev/cep Tel.																																																													

Şekil 34. Form 017-A

Yaş Grubları	Cinsiyet	Hast															
		AKUT KANLI İSHAL		BRUSELLOZ			DİFTERİ		GONORE		AKUT VİRAL HEPATİTLER				KABAKULAK		
		Vaka	Ölüm	Olası vaka	Kesin vaka	Ölüm	Kesin vaka	Ölüm	Kesin vaka	Ölüm	Kesin vaka	Ölüm	Kesin vaka	Ölüm	Kesin vaka	Ölüm	
0-11 ay	E																
	K																
	T																
1-4 yaş	E																
	K																
	E																
5-9 yaş	K																
	T																
	E																
10-14 yaş	K																
	T																
	E																

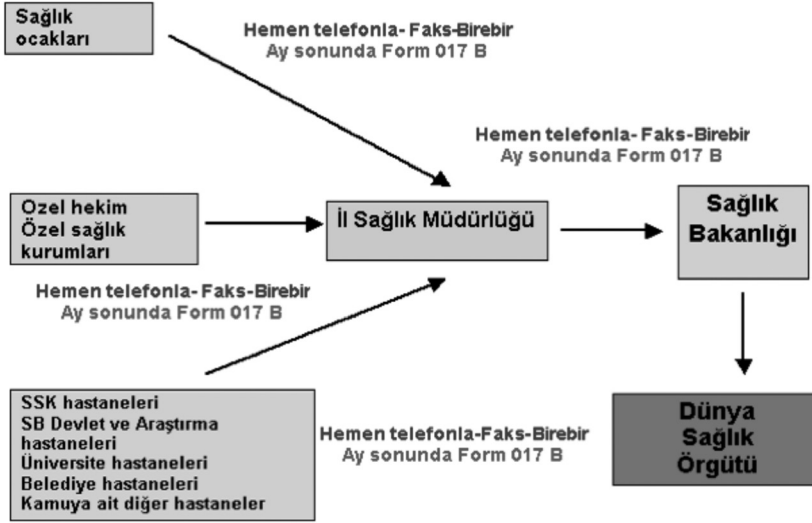
Neonatal Bebek Ölüm Formu: Aylık olarak bildirilir.

Form 021 ile Tüberküloz Vakalarını; aylık olarak gönderilir. Verem Savaş Dispanserleri, İl Sağlık Müdürlüğüne, İl Sağlık Müdürlüğü de Verem Savaş Dairesi Başkanlığına bildirimde bulunur.

Aylık Sıtma Çalışmaları Formu ile Sıtma vakalarını; Aylık olarak gönderilir. Bütün Sağlık Kuruluşları İl Sağlık Müdürlüğüne İl Sağlık Müdürlüğü de Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığına bildirimde bulunur.

Grup B Hastalıklar

Şekil 35. Grup B



Başta DSÖ'nün 1969 tarihli Uluslararası Sağlık Düzenlemeleri (International Health Regulations) olmak üzere çeşitli kararlar uyarınca, kuşku duyulduğu anda ihbarı zorunlu olan hastalıklardır. Ülkede bulunan bütün sağlık kuruluşlarında tespit edildiği anda ihbarı zorunlu olan hastalıklardır.

Grup C Hastalıklar

Şekil 36. Grup C

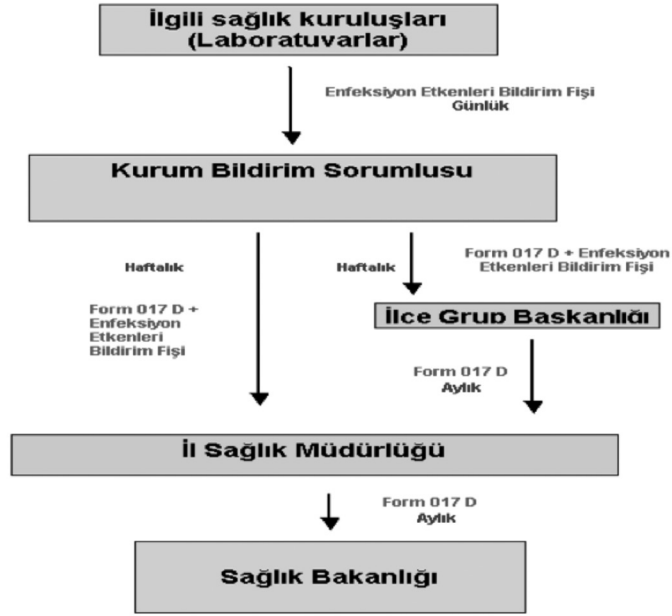


Bu hastalıkların çoğunu bildirim sistemine yeni dahil olan hastalıklar oluşturur. Ortak özellikleri hiçbiri için birinci basamaktan bildirim istenmemesidir. Hepsi için geçerli olan "sentinal sürveyans" anlayışı içinde izlenecek olmalarıdır.

Creutzfeldt Jakob Hastalığı (Nvcjd), İnfluenza, Kala-Azar, Şistozomiyaz, sadece eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından bildirilebilecek olan hastalıklardır.

Grup D Hastalıklar

Şekil 37. Grup D



Bu grupta diğer gruplardan farklı olarak “enfeksiyon etkenleri”nin bildirimini tarif edilmektedir. Amaç, halen halk sağlığı sorunu olarak önemini koruyan bazı bulaşıcı hastalıkların etiyolojik ajanları hakkında veri elde edilmesi ve gerektiğinde bunların ileri epidemiyolojik araştırmalarının yapılabilmesidir.

Grup D hastalıkları bildirecek olan laboratuvarlar: Halk Sağlığı Laboratuvarları, Bölge Hıfzıssıhha Laboratuvarları, Devlet Hastaneleri Laboratuvarları, Üniversite Hastaneleri Laboratuvarları, SSK Hastaneleri Laboratuvarları, Askeri Hastane Laboratuvarları Diğer kamuya ait hastanelerin laboratuvarlarıdır. laboratuvar sorumlusu tarafından günlük olarak Grup D-Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi doldurulur. Kurum istatistik sorumlusuna teslim edilecektir.

Özet

Özet

Bulaşıcı hastalıklar toplumda sık görülmeleri, hastalık, ölüm ve sakatlıklara neden olmaları, salgınlara yol açabilmeleri, nedeniyle hem toplumda hem de sağlık hizmetleri açısından önemli-öncelikli bir sağlık sorunudur. Bulaşıcı bir hastalığın oluşabilmesi için kaynak, bulaş yolu ve duyarlı kişiden oluşan bir enfeksiyon zinciri tamamlanmalıdır. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde bu zincir çeşitli aşamalarından kırılmaya çalışılmaktadır. Aşı ile korunma bulaşıcı hastalıklardan korunmada temel stratejidir. Ancak aşısı olmayan pek çok bulaşıcı hastalık söz konusudur. Bu noktada sağlık eğitimi ile kişilerin bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi düzeyinin yükseltilmesi, farkındalığın artırılması en önemli korunma yöntemi olarak hâlâ önemini korumaktadır. Bulaşıcı hastalıklarda hastalık ortaya çıkmadan önce, çıktıktan sonra, salgın ve afet durumlarında kontrol önlemleri alınmalıdır. Bulaşıcı hastalıklarda morbidite ve mortalite verilerinin sürveyansı oldukça önemlidir. Gerek salgın kararını verirken, gerekse sağlık hizmetlerini planlarken sürveyans sisteminden elde edilen doğru-sürekli-tam verilere gereksinim duyulmaktadır. Ülkemizde de 2005 yılından bu yana A, B,C ve D grubu 4 farklı bildirim şekli söz konusudur. Listede yer alan hastalıkların form 016 ile tespiti, form 014 ve 017 ile günlük, haftalık ve aylık bildirimleri yapılmaktadır.





Gözden Geçir

- Bulaşıcı hastalıklarda enfeksiyon zincirini tanımlayınız?
- Bulaşıcı hastalıkları bulaş yoluna göre sınıflandırıp her grup için birer örnek veriniz?
- Bulaşıcı hastalıklar çıkmadan önce alınması gereken önlemler nelerdir?
- Bulaşıcı hastalıklar çıktığında alınması gereken önlemler nelerdir?
- Salgın nedir tanımlayınız?
- Salgın inceleme aşamalarını belirtiniz?
- Bulaşıcı hastalık bildirimini nasıl yapılmaktadır, belirtiniz?
- A, B, C, D grubu bildirim zorunlu hastalıkların bildiriminde ne gibi farklılıklar söz konusudur, belirtiniz?

Sözlük

Etken	Oluşturduğu Hastalığın İsmi
Polio	Çocuk Felci
Brucella	Malta Humması
Skabies	Uyuz
Shigella	Dizanteri
Salmonella	Tifo
Beta Hemolitik Streptokoklar	Kriptik tosillit, kızıl, erizipel
Malaria	Sıtma



Değerlendirme Soruları

1. Enfeksiyon ile ilgili doğru seçenek aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Enfeksiyon etkeninin klinik bulgu belirti vermeksizin insan ya da hayvan organizmasına girmesi, üremesi ya da çoğalmasına enfeksiyon hastalığı denir.
 - b. Enfeksiyon etkeninin insan ya da hayvan organizmasına girmesi, üremesi ya da çoğalması ve klinik bulgu belirti göstermesine enfeksiyon denir.
 - c. Enfektivite mikroorganizmanın dayanıklılığını gösterir.
 - d. Enfeksiyon dozu mikroorganizmanın canlılarda yerleşme gücüdür.
 - e. Enfekte olan tüm bireyler sağaltım-tedavi gereksinim duymayabilir.
2. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde hastalık kaynağını bulma işlemine ne ad verilir?
 - a. Portör aranması
 - b. Filyasyon aranması
 - c. Yeni vaka aranması
 - d. Pasif sürveyans
 - e. Aktif sürveyans
3. Bir toplumda genel olarak aşı ile korunabilen hastalıklar için salgınların çıkmasını önlemek için bireylerin en az ne kadarı aşılanmalıdır?
 - a. %95-100
 - b. %85-90
 - c. %70-80
 - d. %50-60
 - e. %30-40
4. Bir hastalığın bir toplum veya bölgede sürekli olarak bulunması aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Endemi
 - b. Pandemi
 - c. Eradikasyon
 - d. Epidemi
 - e. Sporadi

5. Ülkemizde kenelerin neden olduğu hastalık aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Kırım Kongo kanamalı ateşi
 - b. Sıtma
 - c. Kuş gribi
 - d. Veba
 - e. Endemik tifüs
6. Birincil korunma sürecinde yer almayan hizmet aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Atıkların zararsız hale getirilmesi
 - b. Beslenmenin iyileştirilmesi
 - c. Sosyoekonomik kalkınma
 - d. Sağlık eğitimi
 - e. Erken tanı ve tedavi
7. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde bildirim hangi yasa uyarınca yapılmaktadır?
 - a. 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
 - b. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
 - c. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun
 - d. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
 - e. 765 Sayılı Türk Ceza Kanunu
8. Aşağıdakilerden hangisi bildirim zorunlu hastalıklar grubundan değildir?
 - a. A grubu bildirim zorunlu hastalıklar
 - b. B grubu bildirim zorunlu hastalıklar
 - c. C grubu bildirim zorunlu hastalıklar
 - d. D grubu bildirim zorunlu hastalıklar
 - e. E grubu bildirim zorunlu hastalıklar

9. A grubu hastalıklar sağlık ocağında tespit edilmiş ise aşağıdaki formlardan hangisi doldurulur?
- Form 014
 - Form 015
 - Form 016
 - Form 017
 - Form 018
10. Aşağıdakilerden hangisi hava yolu ile bulaşan hastalıkların genel özelliklerinden değildir?
- Toplumda en sık rastlanılan bulaşıcı hastalıklardır
 - Epidemi ve pandemiler yaparlar
 - Kalabalık ve sıkışık yaşamı çok severler
 - Toplum olarak savaşılmaları çok kolaydır
 - Mevsimsel bir özellik gösterirler
11. Hangi bulaşma yoluyla yayılan hastalıklar genellikle hızlı seyreder ve bir çok kişiyi birden etkiler?
- Hava yolu ile bulaşan bulaşıcı hastalıklar
 - Su ve besinlerle bulaşan bulaşıcı hastalıklar
 - Vektörlerle bulaşan hastalıklar
 - Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
 - Zoonozlarla bulaşan hastalıklar
12. Zoonotik olmayan hastalık aşağıdakilerden hangisidir?
- Amibiyazis
 - Şarbon
 - Brucelloz
 - Hidatidoz
 - Kuduz

Kaynaklar ve Daha Fazla Bilgi



- Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A.(1998). Halk Sağlığı. I.Baskı, Ankara. A.Ü.T.F. Antıp A.Ş. Yayınları, Ankara.
- Akdur R. (1990), "Salgın Nedir ve Nasıl Önlenir" UNİCEF yayınları, Ankara.
- Akın L (2006). Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü. içinde: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Aksakoğlu G., Ellidokuz H. (1996). Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş-Genişletilmiş İkinci Basım, Açılım Yayıncılık, İzmir.
- Bertan M., Enünlü T. (1995). (çeviri ed.) "Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyoloji El kitabı", Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara.
- Bonita R., Beaglohole R., Kjellström T. (2006). Basic Epidemiology 2nd Edition, World Heald Organization, Geneva.
- Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi (2004) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı.
- Dirican R., Bilgel N. (1993). Halk Sağlığı(Toplum Hekimliği), II.Baskı, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayın No:70, Bursa.
- Eren N., (1989). Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü", H.Ü.T.F., Halk Sağlığı AD. Yayını, No:89/47, Ankara.
- Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2002). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı., Ankara.
- Wenzel R.P. (1998) Communicable Disease in Maxcy-Rosenau-Last. Public Health & Preventive Medicine", (edited by) Robert B.Wallece, Fourteenth Edition, Appleton&Lange Publication.
- Nelson K.E. (2007).Epidemiology of Infectious Disease: General Principles, in Infectious Disease Epidemiology, Theory and Practices, Second Edition, edited by Nelson KE, Masters C), Williams Jones and Bartlett Publishers, USA.
- TC Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı Tedavi Rehberleri, 2003, Ankara
- Tezcan S.(çeviri ed.) "Epidemiyolojinin İlkeleri-Uygulamalı Epidemiyoloji ve Biyoistatistiğe Giriş", Akın L., " Bölüm 6:Salgın İncelemesi", İkinci Baskı, Ankara.

Tümerdem Y.(1992). Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği) - İstanbul: İÜ Basımevi ve Film Merkezi.

www.rshm.saglik.gov.tr/bolumler/bolumdetaylari/salgin/salginmud.htm

WHO (2009), World Health Organization, World Health Statistics 2009, Geneva.

WHO (2009), World Health Organization, Safely Future, Geneva.

HALK SAĞLIĞI

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar

16

Beslenme

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

17. Sağlık Eğitimi
18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Beslenme ile ilgili Tanımlar, Terminoloji ve Temel Kavramlar
- Beslenme Durumunu Değerlendirme Yöntemleri
- Başlıca Beslenme Sorunları
- Öncelikli Gruplarda Beslenme

Ünite Hakkında

Bu üniteye temel beslenme konuları ele alınmıştır.

Yeterli ve dengeli beslenme, gıda güvencesi, besin ögeleri gibi temel kavramların yanı sıra sık görülen beslenme ile ilgili sorunlar kısa başlıklara yer verilmiştir.

Ayrıca beslenmede öncelikli bazı gruplara (gebeler, 0-1 yaş grubu bebekler gibi) yönelik beslenme özellikleri de belirtilmiştir.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladıңызda;

- Beslenmeyi tanımlayabileceksiniz.
- Beslenme ile ilgili temel kavramları tanımlayacaksınız.
- Bireyin beslenme durumunu değerlendirebileceksiniz.
- Beslenme sorunlarını sıralayabileceksiniz.
- Beslenme sorunları ile ilgili risk gruplarını belirleyebileceksiniz.
- Risk gruplarına özgü beslenme ilkelerini sıralayabileceksiniz.

Üniteyi Çalışırken



Beslenme ile ilgili temel kavramları yüksek sesle tekrar ediniz. Bireysel olarak beslenme durumunuzu değerlendiriniz (BKI, Bel çevresi vb.). Temel beslenme ilkelerine ne kadar uygun beslendiğinizi değerlendiriniz. Öğrenme hedefleri doğrultusunda yeterli ve dengeli beslenme ile ilgili kendiniz için uygun olan ve olmayan davranışlarınızı listeleyiniz. Beslenme ile ilgili doğru davranışları benimsemek için kendiniz için bir plan hazırlayınız. Üniteyi bitirdiğinizde, bir gebeye, 0-1 yaş bebeği bulunan anneye beslenmede dikkat etmesi gereken noktaları açıklayınız, danışmanlık veriniz.

Tanım, Terminoloji ve Temel Kavramlar

Toplumun ve bireylerin sağlıklı olmasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinöde, refah düzeyinin artmasında yeterli ve dengeli beslenme temel koşullardan birisi belki de en önemlisidir (Ural ZF, 1972; Yumurturuğ S., Sungur T., 1980; Baysal A., 2002).

Yeterli Beslenme ve Dengeli Beslenme;

- Yaşa,
- Ağırlığa,
- Cinsiyete,
- Yapılan işe,
- İklim ve
- Fizyolojik durum göz önüne alınması koşulu ile gerekli enerjinin alınmasıdır.
- Yeterli beslenme için gerekli enerji düzeyi;
- Uygun bileşim’de besin öğelerinden sağlanmalıdır.



Yeterli ve dengeli beslenme: Vücudun büyümesi, gelişmesi, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için gerekli olan besin öğelerinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması için besinlerin tüketilmesidir (Dirican R, Bilgel N., 1993).

Besin: Yaşam için gerekli öğeleri sağlayan bitkisel ve hayvansal kaynaklı maddelerdir.

Metabolizma: Canlılığın temeli, besinlerin alınması, sindirilmesi, hücrelere taşınması, solunumla alınan oksijen varlığında enerjiye dönüştürülmesi, küçük parçaların birleştirilerek yeni ve yıpranan hücrelerin yapılmasıdır.

Katabolizma: Yağ, karbonhidrat ve proteinlerin yapıtaşlarının mineraller ve vitaminlerin yardımı ile yakılıp enerji oluşması sürecidir.

Anabolizma: Küçük parçaların yine vitaminler ve minerallerin yardımı ile birleşerek hücrelerin yapımı sürecidir.

Malnütriyon: Kötü beslenme, “Yetersiz”, “Dengesiz”, “Aşırı” beslenme olarak tanımlanmaktadır (Baysal A., 2002, Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004).

Sağlıklı bir yaşam ancak gıda güvencesi ve güvenliğinin sağlanması ile sürdürülebilir. Beslenme en temel insani gereksinimdir. Doğada her canlı yaşamını devam ettirebilmek için beslenmek zorundadır. Beslenme konusunda insanları diğer canlılardan ayıran en önemli nokta beslenmenin bir hak olarak ele alınması ve sosyal devletin bu hakkı tüm vatandaşları için garanti altına alması sağlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Gıda ve Tarım Örgütü (Food and Agriculture Administration-FAO) 1992 yılında yaptıkları Uluslararası Beslenme Konferansında (International Conference on Nutrition-ICN 1992) "Gıda Güvencesi" kavramını şu şekilde tanımlamışlardır (Atilla S, Bosi T., 2006).

Gıda güvencesi, bütün insanların her zaman aktif ve sağlıklı bir yaşam için gerekli olan besin ihtiyaçlarını ve gıda önceliklerini karşılayabilmek amacıyla yeterli, sağlıklı, güvenilir ve besleyici gıdaya fiziken ve ekonomik bakımdan erişmeleri ve sürdürmeleri bir hak olarak tanımlanmaktadır ve sosyal devlet bu hakkı tüm vatandaşları için sağlamakla yükümlüdür. Gıdanın ulaşılabilirliğini etkileyen önemli bir konu gelir dağılımındaki adaletsizliktir.

Gıda güvenliği gıdaların amaçlandığı biçimde hazırlandığında, fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik özellikleri itibarıyla tüketime uygun ve besin değerini kaybetmemiş olmasıdır. Günümüzde sanayileşme ve kitlesel üretim, daha uzun ve daha karmaşık gıda zincirlerinin oluşumu, GDO'lu (Genetiği Değiştirilmiş Organizma) gıdalar, ayaküstü gıda (fast food) tüketimi, sokak satıcıları ve uluslararası ticaret ve turizm ilişkilerindeki artış gibi nedenlerle gıda güvenliğini etkileyen pek çok tehlike oluşmaktadır. Gıda güvenliğinin sağlanması amacıyla Tehlike Analizi Kritik Kontrol Noktaları (Hazard Analysis & Critical Control Points-HACCP), kontrol ve üretim sistemleri uygulanmaktadır.

Gıda güvenliği kontrolleri üretim ve dış ticaret aşamalarında Tarım ve Köyişleri Bakanlığı tarafından, gıda satış noktalarında ise Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır (Devlet Planlama Teşkilatı., 2003).

Besin Grupları

Türkiye'nin besin üretimi ve beslenme durumu dikkate alınarak günlük alınması gereken temel besinlerin planlanmasında dört besin grubu ve grupların bir arada dengeli alınmasını sembolize etmek



amacıyla “dört yapraklı yonca” ile ifade edilmektedir (Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004):

- I.Grup: Süt ve Sütten Yapılan Yiyecekler
- II.Grup: Et, Yumurta, Kuru baklagiller
- III Grup: Tahıllar ve Ürünleri
- IV. Grup: Sebzeler ve Meyveler

Şekil 38. Besin Grupları



Rasyon, bireyin yeterli ve dengeli beslenmesi için bir gün içerisinde tüketmesi gereken gıdalar ve besin öğeleridir (Yumurturuğ S., Sungur T., 1980). Günlük rasyonun;

% 55-77 Karbonhidrat'lardan

% 15-30'unun Yağlardan ve

% 10-20'sinin de Protein'lerden oluşmalıdır (Atilla S, Bosi T., 2006).

Gıda Maddelerinin İçinde Bulunan Temel Besin Öğeleri

Karbonhidratlar

Günlük enerjimizin çoğunu karbonhidratlardan sağlarız. Besin piramidinin en tabanında yer alan besin öğesidir. İnsan vücudunda karbonhidratlar çok az miktarda glikojen olarak bulunur. Glikojen en çok karaciğerde yer alır. Diğer organlarda ve kaslarda da bir miktar glikojen bulunur. Kanda glikoz şeklinde belirli miktarda bulunması, dokulara sürekli enerji sağlanması bakımından önemlidir. Yetişkin insan vücudundaki toplam karbonhidrat miktarı % 1'in altındadır.

Yağlar

Vücuda alınan ve kullanılmayan besinler yağ olarak depolanmaktadır. Yeterli gıda alınmadığında bu enerji depolarında bulunan yağ yakılarak enerjiye dönüşmektedir. Yağ en çok enerji veren besin ögesidir. Yetişkin insan vücudunun ortalama % 18'i yağdır. Yağlar bileşimlerinde bulunan yağ asitlerine göre 3 gruba ayrılırlar; doymuş yağ asitleri (tereyağı, içyağı, vb.), tekli doymamış yağ asitleri (zeytinyağı), çoklu doymamış yağ asitleri (ayçiçeği yağı, mısırözü yağı, soya yağı vb.). Bu üç grubun dengeli olarak tüketilmesi önerilmektedir.

Proteinler

Proteinler hücrelerin esas yapısını oluşturur. Protein, büyüme ve gelişme için en önemli besin ögesidir. Vücudun savunma sistemlerinin, vücut çalışmasını düzenleyen enzimlerin, bazı hormonların da esas yapıları proteindir. Yetişkin insan vücudunun ortalama % 16'sı proteinden oluşur.

Vitaminler

Vücudun normal yapı ve fonksiyonları için vitaminler en temel besin ögeleridir. Vitaminler yağda ya da ve suda eriyen vitaminler olmak üzere iki grupta ele alınabilir:

- **Yağda Eriyen Vitaminler:** A, D, E ve K vitaminleri,
- **Suda Eriyen Vitaminler:** Tiamin (B1), riboflavin (B2), niasin, folik asit, B6, B12, C Vitamini, Biotin, Pantetonik Asit'tir. Yağda eriyen vitaminler vücut dokusunda depolanırken, suda eriyen vitaminler depolanmaz ve fazlası idrarla atılır.

Çizelge 39. Vitaminlerin Kaynakları, Görevleri ve Yetersizliğinde Karşılaşılan Sağlık Sorunları (Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi, 2002)

Adı	Kaynakları	Biyolojik Görevleri	Yetersizliği
Yağda Eriyen Vitaminler			
A Vitamini	Karaciğer, Yeşil yapraklı sebzeler, Yumurta sarısı, Havuç, Kayısı, Süt, tereyağı, Zenginleştirilmiş Margarin, Diğer yeşil sebzeler, Domates, Peynir	Normal büyüme, Epitel dokunun gelişmesi, devamı ve korunması, Enfeksiyonlara karşı vücut direncinin artması, Gözün ışık durumuna göre ayarlanması, Kemik gelişimi, üreme, Fazla alımı toksik (Özellikle gebeler için)	Mide ve barsakları örten, mukozalarda zayıflık, Gözde konjonktiva ve deri bozuklukları, Gece körlüğü, Diş sağlığının bozulması, Enfeksiyonlara yakalanma riskinde artış
D Vitamini	Güneş ışığı, Balık yağı, Karaciğer, Yağlı balıklar, Zenginleştirilmiş margarin, Yumurta sarısı	Kalsiyum ve fosforun ince barsaklardan emilmesi, Normal büyüme ve gelişme, Normal kemik ve diş gelişimi, Başışıklık sistemini düzenleyici, Fazla alımı toksik	Rikets (Raşitizm) ve osteomalasia, Özellikle menoz sonrası kadınlarda, yaşlılarda osteoporoz
E Vitamini	Buğday embriyosu, Soya yağı, Bitkisel yağlar, Zenginleştirilmiş Margarin, Zeytinyağı, Yağlı tohumlar, Kuru baklagiller, Yeşil yapraklı sebzeler	Güçlü bir antioksidan olması nedeniyle kolay oksitlenebilen çeşitli bileşiklerin oksidasyonunun önlenmesi, Aneminin önlenmesi	Hemolitik anemi, Sinir-kas sistemi yetersizlikleri
K Vitamini	Ispanak, Soya fasulyesi, Lahana, Buğday kepeği, Kuru baklagiller	Kanın pıhtılaşmasını sağlayan protrombin sentezinde, Kanın normal akışının sağlanmasında, Fazla alımı toksik	Hemoraji (vücut içinde veya dışında kanama)
Suda Eriyen Vitaminler			
Tiamin (B1 Vitamini)	Karaciğer, Diğer sakatatlar, Kuru baklagiller, Tahıllar, Yağlı tohumlar	Kalp, sinir sistemi ve kasların normal fonksiyonu için gerekli	İştahsızlık, yorgunluk, kusma, baş dönmesi, Sindirim sistemi bozuklukları, Sinir ve kas sistemi bozuklukları, Kan ve dolaşım sistemi bozuklukları şeklinde beliren BERİBERİ

Riboflavin (B2 Vitamini)	Karaciğer, etler, Yeşil yapraklı sebzeler, Kuru baklagiller, Yumurta	Karbonhidrat, yağ, protein metabolizmasında etkili, Büyümede etkili, Göz ve cilt sağlığı için gerekli	Ciltte özellikle ağız, burun ve kulak kenarlarında yaralar, Dilde şişme, Çocuklarda büyümede duraklama, Gözlerde konjonktivada hassasiyet, Sinir sistemi bozuklukları
B6 Vitamini	Karaciğer, etler, Balık, Tavuk, Yumurta	Karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmalarında gerekli	Merkezi sinir sisteminde bozukluk, Hipokromik anemi, Ciltte yaralar, Bağışıklık sisteminde zayıflık
Niasin	Maya, Karaciğer, Et ve balık, Yağlı tohumlar	Besinlerden enerji oluşmasında Demir ve bazı vitaminlerin yararlılığının artmasında, Sinir ve sindirim sistemlerinin düzenli çalışmasında, Cilt sağlığında	Sinir sistemi bozuklukları, Sindirim sistemi bozuklukları, Ciltte yaralar, Pellegra
Folik Asit	Karaciğer ve diğer Organ etleri, Yeşil yapraklı sebzeler, Kuru baklagiller, Yumurta, Portakal	Amino asitlerin metabolizmasında, Kan hücrelerinin yapımında görevli, Protein ve yağ metabolizması için gerekli	Makrositik anemi, Pellegraya benzer deri yaraları, Hafif sindirim sistemi bozuklukları, Kalp krizi ve kalp hastalıkları
B12 Vitamini	Karaciğer, Yumurta, Balık, Et	Amino asit ve nükleoprotein metabolizmasında gerekli, Kemik hücre aktivitesi ve metabolizması için gerekli	Pernisiyöz anemi, Sinir sistemi bozuklukları, Baş ağrısı, yorgunluk
C Vitamini	Kuşburnu, Yeşil ve kırmızı biber, Maydanoz, Koyu yeşil yapraklı sebzeler, Turunçgiller	Kollajen doku sentezinde, Antioksidan, Aminoasitlerin metabolizması ve folik asitin etkin duruma geçmesi, Kalsiyum ve demirin kana geçmesi	Yorgunluk, halsizlik, Enfeksiyonlara karşı dirençsizlik, Diş etlerinde kanama, Eklemlerde sertlik ve ağrı, Skorbüt
Biotin	Maya, Yumurta sarısı, Soya fasulyesi, Karaciğer, Balık, Süt	Karbonhidrat ve yağ metabolizması için gerekli, Koenzim komponenti B12 vitamini, folik asit ve pantetonik asit metabolizmaları ile ilişkili	İştah kaybı, Kusma, bulantı, depresyon, Cilt hassasiyeti, Yüksek kolesterol düzeyi
Pantetonik Asit	Karaciğer, Yumurta sarısı, Kuru baklagiller, Et, Süt	Karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmaları için gerekli	Sinir sistemi bozuklukları, Halsizlik, yorgunluk, tedirginlik, Saç dökülmesi

Mineraller

Vücudun sağlıklı olarak büyümesi ve yaşamını sürdürmesi için gereken minerallerden en önemlileri kalsiyum (Ca), fosfor (P), sodyum (Na), potasyum (K), magnezyum (Mg), manganez (Mn), demir (Fe), iyot (I), flor (F), çinko (Zn), Bakır (Cu), Selenyum (Se).

Çizelge 40. Bazı Minerallerin Kaynakları, Görevleri ve Yetersizliğinde Karşılaşılan Sağlık Sorunları (Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi, 2002)

Adı	Kaynakları	Görevleri	Yetersizliği
Kalsiyum/ Fosfor	Süt ve ürünleri, Pekmez, Kuru baklagiller, Yağlı tohumlar, Yeşil yapraklı sebzeler, Kuru meyveler, Yumurta, Turunçgiller	Kemik ve dişlerin yapımı, Nükleik asit metabolizması, Kasların ve sinirlerin çalışması, Kanın pıhtılaşması, Hücrenin çalışması,	Kemik ve dişlerde bozukluk, Raşitizm- osteomalasia, Sinir-kas sisteminde bozukluk
Demir	Kırmızı et, Yumurta, Kuru baklagiller, Yağlı tohumlar	Enzim sisteminde görevli, Oksijen taşınması, Besin öğelerinden enerji oluşumu, İmmün sistem için gerekli, Fazlası toksik	Hipokromik mikrositik anemi, Baş dönmesi, Yorgunluk, İştahsızlık, Sindirim sistemi bozuklukları, İş verimliliğinde düşüş
Sodyum	Tuz, Yumurta, Et Süt ve ürünleri	Sıvı dengesi, Sinir-kas çalışması, Hücre geçirgenliği, Protein sentezi, Fazlası toksik	Zihin bulanıklığı, Kas yorgunluğu, Solunum yetersizliği, Ağrı ve kramp, İştah azalması
Potasyum	Kahve, Kuru baklagiller, Yeşil yapraklı sebzeler, Diğer sebzeler, Taze meyveler, Yağlı tohumlar	Sıvı dengesi, Sinir-kas aktivitesi, Glikojen oluşumu, Protein sentezi, Solunum yetersizliği, Fazlası toksik	Kalp atışında bozulma, Kas yorgunluğu, Kasılmalar, Zihin karışıklığı
İyot	İyotlu tuz, İçme suyu, Su ürünleri, Süt, Yumurta, Yeşil yapraklı Sebzeler	Tiroit bezinin çalışması,	Basit guatr, Kretenizm, Mental fonksiyonların bozulması, nörolojik bozukluk, Ölü doğumlar, Düşükler, Düşük doğum ağırlığı, Fiziksel gelişimde gecikme

Su

Besinlerin sindirimi, dokulara taşınmaları, hücrelerde kullanılmaları sonucu oluşan zararlı artıkların ve vücutta oluşan fazla ısının atılması için gereklidir. Günde 2 litre (8-10 su bardağı) su tüketilmelidir.

Posa-Fiber

Posa barsak içeriğini artırmak ve günlük dışkılama fonksiyonlarını yerine getirmek için alınmalıdır. Tüm sebze ve meyveler, tahıllar, kuru baklagiller posa yönünden zengin gıdalardır.

Herhangi bir besin ögesinin tek başına bir etkinliği yoktur. Bütün besin öğeleri birlikte alındığında vücut normal büyüme ve gelişimini, sağlıklı ve güçlü çalışmasını sürdürür. Günlük enerji gereksinimleri 1 gram şekerin yanması ile açığa çıkan enerji 1 kalori kabul edilerek hesap edilebilmektedir. Günlük enerji gereksinimi özellikle yaşa, cinsiyete ve ağırlığa göre değişebilmektedir (Dirican R, Bilgel N., 1993).

Çizelge 3'te erişkinlerin yaş, cinsiyet ve ağırlıklarına göre günlük enerji ve protein gereksinimleri özetlenmiştir (Atilla S., Bosi T., 2006).

Çizelge 41. Erişkinlerin Yaş, Cinsiyet ve Ağırlıklarına göre Günlük Enerji ve Protein Gereksinimleri

Yaş	Ağırlık (Kilogram)		Enerji Kilo kalori/gün		Protein (gr/gün)	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
18-30	65	55	2700	2100	49	41
30-60	65	55	2600	2100	49	41
60 üstü	65	55	2200	2050	49	41
18-30	55	45	2400	1850	41	34
30-60	55	45	2450	1950	41	34
18-30	75	65	2900	2300	56	49
30-60	75	65	2800	2250	56	49

Gebelikte 150-200 Kilo kalori/gün Emziliklikte 600-800 Kilo kalori/gün, çalışan kadınlar için hafif işlerde 200, orta 500, ağır 900 Kilo kalori/gün, çalışan erkekler için hafif işlerde 500, orta 1250, ağır 1500-2500 Kilo kalori/gün eklenir.

Beslenme Durumu Değerlendirme Yöntemleri

Bir toplumun yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayacak ulusal beslenme plan ve politikalarının oluşturulabilmesi için o ülkeye ilişkin beslenme ve sağlık verilerinin bulunması gereklidir (Pekcan G. 2008). Beslenme konusunda Türkiye'yi temsil eden kapsamlı üç çalışma

bulunmaktadır. İlki, 1974 yılında Orhan Köksal tarafından yapılan Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması günümüze kadar yapılmış en kapsamlı araştırmadır. İkinci çalışmada 1984- Gıda Tüketimi ve Beslenme Araştırması ise, Türkiye geneline gösterge olmak kaydıyla 3 ilde sağlık taraması yapılmadan mevsimsel olarak gerçekleştirilmiştir. Son çalışma Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA-2010), Sağlık Bakanlığının Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile işbirliği içinde yürüttüğü bir çalışmadır ve sonuçları henüz açıklanmamıştır.

Beslenme Durumunun Dolaylı Değerlendirmesi (Tüketim Araştırmaları)

Beslenme yetersizliğinin en iyi ve erken göstergesi kişinin enerji ve besin öğelerini alım düzeyinin; yani besin tüketiminin saptanmasıdır. Besin ögesi yetersizliği ilerledikçe depolar boşalır, besin ögesinin kandaki ve dokulardaki düzeyleri düşer ve işlevsel bozukluklar ile klinik belirtiler daha sonra ortaya çıkar.

- 24 saatlik besin tüketimi yöntemi hatırlama veya kayıt tutma tekniği ile saptanır. Besin tüketim çalışmaları bazı durumlarda 24 saatlik besin tüketimi yöntemi; 3, 5, 7 ve daha fazla günü içeren zaman diliminde tekrarlanır.
- Besin tüketim sıklığının saptanması (besin tüketim miktarını da içerebilir).
- Diyet öyküsü (24 saatlik besin tüketimi, besin tüketim sıklığı, diğer bilgileri, sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi, beslenme alışkanlıkları, besin satın alma, hazırlama, pişirme ve saklama koşulları, fiziksel aktivite durumu vb.) içerir (Pekcan G., 2008; Nestle M., 1998).

Beslenme Durumunun Dolaysız-Direkt Değerlendirilmesi

Antropometrik Değerlendirme

Boy ölçümü	Üst kol orta çevresi ölçümü
Ağırlık ölçümü	Üst kol orta çevresi / baş çevresi ölçümü
Baş çevresi ölçümü	Skapula altı deri kıvrım kalınlığı ölçümü
Triseps deri kıvrım kalınlığı ölçümü	Bel çevresi, Bel / kalça oranı:
Deri altı yağ tabakası kalınlığı ölçümü	Erkeklerde 1'i, kadında 0.8'i aşmamalı
Vücut kütlesi saptanması (kas/yağ oranları vs.)	

Laboratuvar İncelemeler

Hemoglobin, hematokrit	Serum albumin
Demir, SDBK	Kan şekeri
Serum vitamin mineral seviyesi	Kolesterol düzeyleri vb.

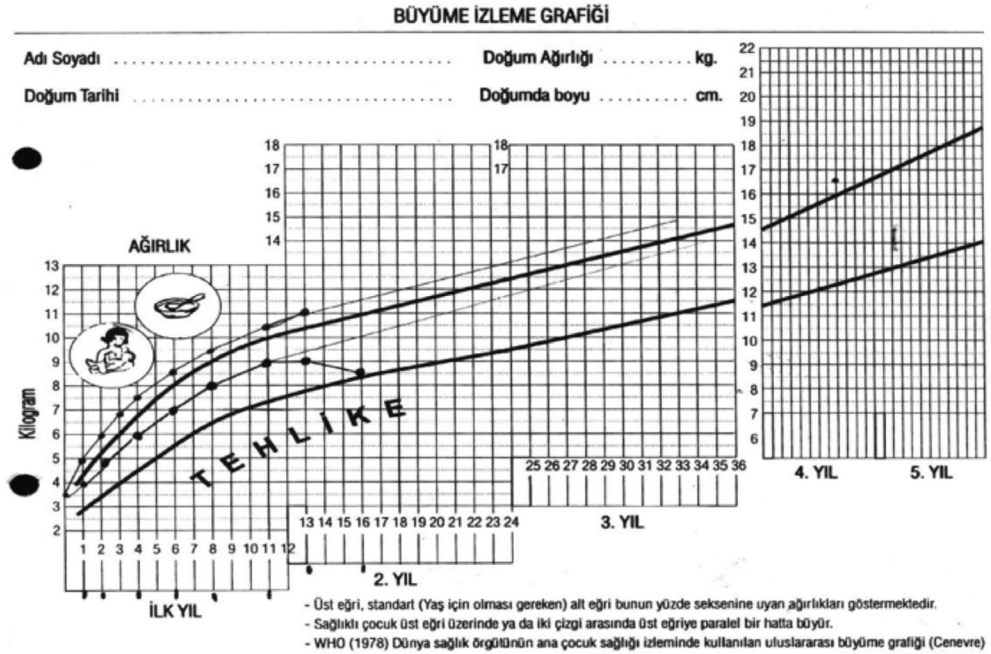
Tıbbi Öykü ve Fizik Muayene

Zayıflık	İlaç kullanımı
Kilo kaybı öyküsü	Madde bağımlılığı
Malnütrisyon klinik belirtileri	Kronik Hastalık Riskleri (KŞ, KB,
Besin alımını artırmayı gerektiren akut ya da kronik bir durumun varlığı	Kolesterol yüksekliği, obezite
	Büyümenin İzlenmesi

Büyümenin İzlenmesi

Yeterli ve dengeli beslenmenin en iyi göstergesi büyümenin izlenmesidir. Doğumdan sonraki ilk yıllarda çocuğun ağırlık ve boy takibi gelişimin izlenmesinde en kolay yapılabilen ve en önemli yoldur. Birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında 0-6 yaş çocukları düzenli aralıklarla izlenmektedir. Bu izlemler sırasında boy ve ağırlık ölçümü yapılmakta, aşağıda verilen grafik üzerinde ölçümler işaretlenmekte, iki ölçüm arasındaki farka "büyüme ivmesi"ne bakılarak yorumlanmaktadır (Atilla S, Bosi T., 2006).

Şekil 39. Büyüme İzleme Grafiği

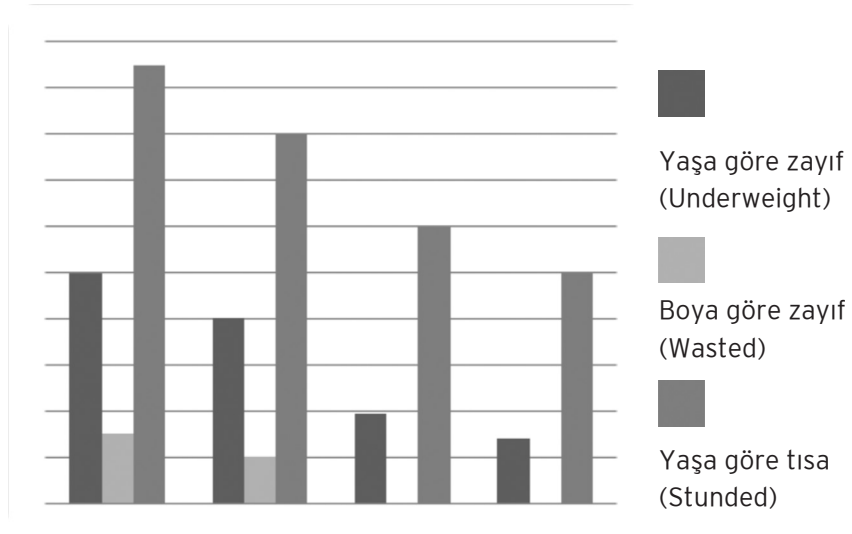


Boy ve ağırlık artışı için yaşa göre beklenen artışlar için;

<p>Boy için; İlk 6 ayda 16 cm, ikinci 6 ayda 8 cm 1-2 yaş 10-12 cm 2-4 yaş 7 cm/yıl 4-12 yaş 5-6 cm/yıl (1 yaşında doğum boyunun 1.5 katı, 4 yaşında 2 katı, 13 yaşında 3 katı) kullanılabilir.</p>	<p>Ağırlık için; İlk 6 ayda 800gr/ay, ikinci 6 ayda 500gr/ay (6 ayında doğum kilosunun 2 katı, Bir yaşında 3 katı)</p>
---	--

- **Underweight- -Zayıflık-Yaş a göre zayıflık:** Çocuğun yaşına göre ağırlığının -2 SD (Standart Deviasyon) altında olması durumudur, akut malnütriyon belirteçidir.
- **Wasted/Wasting-Kavrukluk-Boya göre zayıflık:** Çocuğun boyuna göre ağırlığının -2 SD (Standart Deviasyon) altında olması durumudur, akut malnütriyon belirteçidir.
- **Stunded-Stunding-Bodurluk-Yaş a göre kısıklık:** Çocuğun yaşına göre boyunun -2 SD (Standart Deviasyon) altında olması durumu-
dur, kronik malnütriyon belirteçidir (Prakash S., 2002).

Şekil 40. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması



Beş yaş altı çocukların beslenme durumları ile ilgili Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNNSA) 1993-2008 verileri grafikte verilmiştir. Yıllar itibari ile tüm beslenme yetersizliklerinde azalma olduğu görülmektedir.

Yaşa göre ve boya göre zayıf olma gibi akut beslenme sorunlarının daha az görüldüğü ancak her 10 çocuktan birinin kronik beslenme yetersizliği belirteci olan yaşa göre kısa boylu (stunded-bodurluk) olduğu görülmektedir

Beden Kitle İndeksi (BKİ) Body Mass Index (BMI)

Yetişkinde beslenme durumunun değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan ölçüttür. Ağırlığın kilogram cinsinden boyun metre cinsinden karesine bölünmesi ile elde edilir (Birinci Basamağa Yönelik Tanı Tedavi Rehberleri., 2003).

Şekil 41. BKİ Değerlendirme Skalası

3	2	1		1	2	3
Kronik Enerji Yetmezliği			Normal İdeal Ağırlık	Tombul	Şişman	Çok Şişman
15.9 ve altı	16.0-17.4	17.5-18.4	18.5-24.9	25.0-29.9	30.0-39.9	40.0 ve üzeri
Beden Kitle İndeksi (BKİ) = ağırlık (kg)/boy ² (m)						

Örnek Hesaplama, 70 kg ağırlığındaki bir bireyin;

- Boyu 1.60 ise: BKİ=31.2 (Şişman)
- Boyu 1.70 ise: BKİ=27.7 (Tombul)
- Boyu 1.80 ise: BKİ=24.5 (Normal) olarak değerlendirilmektedir.

TNSA 2008 verilerine göre gebe olmayan annelerin % 39.9'u normal kilodadır. % 58.4'ünün BKİ 25'in üzerinde iken BKİ 18.5 altında olan % 2'dir. Yaş arttıkça kilolu olma (BKİ≥25) oranı artmaktadır, 35-39 yaş grubunda % 75.1, 40-44 yaş grubunda % 77.7, 45-49 yaş grubunda % 88.3'dür (HÜNEE, 2008).

Başlıca Beslenme Sorunları

Demir eksikliği anemisi, şişmanlık (obezite) başta olmak üzere yetersiz, dengesiz veya aşırı beslenmeye ilişkin sorunlar dünyada en yaygın görülen sağlık sorunlarıdır. Beslenme, ayrıca nonspesifik direnç üzerinde etkisi nedeniyle pek çok hastalığı oluşumunda zemin hazırlama, yayılımını kolaylaştırma ve prognozunu (gidişini) olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kalp damar hastalıkları, kanserler gibi ilk sırada morbidite ve mortaliteye neden olan kronik hastalıklardan birincil korunmada beslenmenin iyileştirilmesi ilk sırada ve en etkili önlemdir.

Demir Eksikliği Anemisi (DEA)

Günümüzde en sık görülen halk sağlığı sorunlarından birisidir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 3,5 milyar insanda demir yetersizliğine bağlı anemi görülmektedir. Tüm yaş grupları için yaşamsal önem taşıyan DEA özellikle doğurganlık çağındaki kadınların sağlığını etkilemekte, anne ölümlerine neden olmakta, çalışma kapasitesini sınırlamakta ve bebek ölümlerine neden olmaktadır. Anemi bebek ve çocuklarda büyümeyi etkilemekte, enfeksiyonlara direnci azaltmaktadır. Bebeklik ve küçük çocukluk döneminde demir eksikliği anemisi psikomotor ve bilişsel gelişimi geciktirip zekâ düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Demir eksikliği olan 2 yaşından küçük çocuklarda uyum ve denge sorunları görülmekte bu çocuklar daha içe kapanık ve çekingen davranmaktadırlar. Bu tür etmenler çocuğun çevresiyile etkileşime geçip öğrenme yetisini engelleyebildiği gibi zihinsel yeteneklerinin de köreltebilir. DSÖ Protokolüne göre ağır aneminin tedavisinde; <2 yaş grubu çocuklara 3 ay süre ile günlük 25 mg demir ve 100-400 mcg folik asit; 2-12 yaşlarda günlük 60 mg demir ve 400 mcg folik asit; adölesanlarda ve doğurganlık çağı kadınlarda günlük 120 mg demir ve 400 mcg folik asit uygulanması önerilmektedir. Üç aylık tedavi sonrası önleyici destek hizmetleri sunulmasının gerektiği belirtilmektedir (Demir Gibi Türkiye Projesi., 2004).

Şekil 42. Demir Gibi Türkiye Proje Logosu



Türkiye’de 2003 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından “Demir gibi Türkiye - Demir Bizden Projesi” yürütülmektedir (Demir Gibi Türkiye Projesi, 2004).

Projenin Temel Amaçları

- Tüm doğan bebeklerin doğumdan sonra hemen emzirilmeye başlatılması, ilk 6 ay “tek başına” anne sütünün verilmesi,
- Altıncı aydan sonra da uygun ve yeterli miktardaki ek besinlerle beraber emzirmenin sürdürülmesi,
- Gebelerin demir yetersizliği konusunda bilgilendirilmesi,
- Bebeklere korunma ve tedavi amaçlı demir desteğinin sağlanması,
- İzleme ve değerlendirmenin yapılmasıdır.

Bu program il, ilçe düzeyinde tüm sağlık kuruluşları tarafından yürütülmekte, 0-5 yaş grubu bebek ve çocuklar ile gebe ve emziren kadınların demir korunma ve tedavisi ücretsiz olarak yapılmaktadır.

Şişmanlık (Obezitenin ve Hareketsizliğin Önlenmesi)

Günümüzde yaşam tarzı ile ilişkili olan en yaygın problemlerden birisi, vücut ağırlığının fazla olması, şişmanlık-obezitedir. Obezite, kalp ve solunum hastalıkları, Tip 1 veya Tip 2 diyabet, hipertansiyon, bazı kanser türleri ve erken ölüm gibi birçok kronik hastalık gelişiminde risk faktörüdür. BKİ'si 30'un üzerinde olan bir kişi obez, 25'in üzerinde olan ise vücut ağırlığı fazla olarak tanımlanmaktadır. Ortalama BKİ değerleri, Afrika ve Asya'da 22-23 kg/m², Kuzey Amerika, Avrupa, bazı Latin Amerika ülkelerinde, Kuzey Afrika ve Pasifik Adaları'nda 25-27 kg/m² olarak bulunmuştur. Türkiye'de ise; ortalama değer 25-26 kg/m² olarak saptanmıştır. BKİ, birçok toplumda artan bir eğilim göstermektedir. BKİ değerleri özellikle birçok hastalığın görülme-ye başladığı orta yaş sonrası yaşlılık döneminde artmaktadır.

Dünya genelinde 1 milyar kadar yetişkin bireyin vücut ağırlığının fazla ve bunlardan 300 milyonunun obez olması kronik hastalıkların yaygınlaşmasındaki başlıca nedenlerdendir. Obezite; kompleks bir hastalık olup, ciddi sosyal ve psikolojik etkileri bulunmaktadır. Her sosyoekonomik düzeyden, her yaş grubundan insanı etkilemektedir.

1997 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi artan global bir epidemi olarak tanımlamış ve halk sağlığını artan diyabet, hipertansiyon ve koroner kalp hastalıkları riskine bağlı olarak ciddi bir şekilde halk sağlığı tehdit ettiğini bildirmiştir.

Obezitenin nedenlerinin başında fazla yeme, fiziksel hareketlerin azlığı, psikolojik bozukluklar ve metabolik ve hormonal bozukluklar gelmektedir. Şişmanlığın önlenmesinde en önemli kuralı, küçük yaştan

itibaren enerji dengesine uygun bir beslenme alışkanlığının kazandırılmasıdır. Çocukluktan itibaren fazla şekerli, yağlı sadece enerji veren vitamini ve proteini düşük besinler fazla tüketilmemelidir. Dört besin grubundan her öğünde dengeli bir şekilde beslenme sağlanmalıdır. Yiyecek ve içeceklerle alınan enerjiyi sınırlayarak vücuttaki yağ depolarını kullanmak mümkündür. Hızlı zayıflayan kişi verdiği kiloları kısa sürede geri alır. Bu nedenle haftada 0.5-1 kg. veya ayda 4 kg. zayıflamak en uygundur (Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite., 2008).

Obezitenin Önlenmesi ve Fiziksel Aktiviteler, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı'na bağlı bir şube müdürlüğü olarak hizmet vermektedir (<http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BEBFE1A1EBF9849693>, erişim tarihi: 04.08.2010).

Görevleri şöyle sıralanabilir:

- Toplum sağlığını tehdit eden ve kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, osteoporoz, gibi kronik hastalıklar için risk faktörü olan obezitenin önlenmesine yönelik ulusal beslenme politikalarını ve programlarını geliştirmek, uygulamak, izlemek ve değerlendirmek.
- Toplumun her kesiminin hareketli yaşam konusunda bilinçlenmesini sağlamak amacıyla bireylerin spor ve fiziksel aktiviteye yönelik bölgesel ve/veya ulusal düzeyde müdahale programları hazırlamak, geliştirmek, uygulamak.
- Obeziteye ait risk faktörlerini ve toplumun fiziksel aktivite durumunu izlemek, izleme sonuçlarına göre her bir risk faktörü için periyodik olarak sağlık etki değerlendirmelerini yapmak.
- Obezitenin önlenmesi ve fiziksel aktivitenin teşviki için yaşa, cinsiyete, mesleğe vb. göre gerekli standartları belirlemek, ulusal rehberleri hazırlamak.
- Obezite ve fiziksel aktivite konularında sağlık personelinin ve toplumun her kesimine (her yaş, meslek, cinsiyet vb.), yönelik eğitim programları ve projeleri geliştirerek uygulamak, eğitim materyalleri hazırlamak ve hedef kitleye ulaşımını ve kullanılabilirliğini sağlamak.
- Görev alanına giren konularla ilgili olarak ulusal ve/veya uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak, ulusal ve uluslararası

düzeydeki bilimsel gelişmeleri izlemek, değerlendirmek ve bunları hizmetin geliştirilmesinde kullanmak.

- Görev alanı ile ilgili mevzuat hazırlama, uygulama ve geliştirme çalışmalarını yürütmektir.

Protein-Enerji Malnutrisyonu (PEM)

Beslenmede değişik derecelerde protein ve/veya enerji yetersizliğine bağlı oluşan, en sık süt çocukları ve küçük çocuklarda görülen büyüme ve gelişme geriliği, sık olarak enfeksiyonların eşlik ettiği bir tablodur.

Gomez'in Malnütrisyon Sınıflaması

Yaşa göre ağırlık değerlendirmesine dayanır. Çocuğun ağırlığının Standart Ağırlığına (St. Ağ.) yani o yaşta % 50 dilimde olması gereken ağırlığa oranlanması ile elde edilir. St. Ağ. % 91'i veya üzeri ağırlıkta ise "Malnütrisyon yok", % 75-90 "1. Derece (hafif) malnütrisyon", % 60-74 "2. Derece (orta) malnütrisyon", % 60'ından düşük "3. derece (ağır) malnütrisyon" olarak gruplandırılır.

Ağır Malnütrisyon Marasmus (kalori eksikliği ön plandadır), Kwashiorkor (protein eksikliği ön plandadır) ve Marasmik kwashiorkor olmak üzere üç grupta değerlendirilmektedir (Birinci Basamağa Yönelik Tanı Tedavi Rehberleri, 2003).

İyot Yetersizliği Sorunları

İyot yetersizliğine bağlı oluşan hastalıkların başında *guatr* gelmektedir. 6-12 yaş grubu çocuklarda basit *guatr* görülme sıklığı % 30.3 (erkeklerde % 27.7, kızlarda % 32.6) bulunmuştur. İyot eksikliği, çocuklarda zekâ geriliğinin ve psikomotor gelişim sorunlarının en önde gelen nedenlerinden biridir. İyot eksikliği aynı zamanda gebelik sırasında ölü doğum ve düşük olasılığını da arttırabilmektedir. Zekâ gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı düşük okul başarısı ve çalışma performansındaki yetersizlikler gibi sonuçlara da yol açmaktadır.

İyot eksikliğinin giderilmesi için uluslararası benimsenen yöntem tuzun iyotlanmasıdır. Türkiye'de 1998 Temmuz ayından itibaren tüm sofralık tuzların iyotla zenginleştirilmesi, yönetmelik gereği zorunlu kılınmıştır. Yeni yasa ve bu kapsamda yoğun şekilde sürdürülen halk eğitim çalışmaları sonucu iyotlu tuz kullanım oranının artması beklenmektedir. İyotlu tuzu üretimden tüketime kadar izlenmesi çalışmalarının da yürütülmesi gerekmektedir. TNSA 2008 verilerine göre hanelerin yüzde 15'inde evde kullanılan tuzun iyodür veya iyot içermediği saptanmıştır (HÜNEE, 2008).

Raşitizm



Raşitizm, bebek ve çocuklarda görülen, D vitamini yetersizliği nedeniyle kalsiyumun vücutta yeterince kullanılamaması sonucu, kemikleşmenin bozulduğu bir hastalıktır. Raşitizm 3 ay ile 2 yaş arasında belirtileri görülen kemik hastalığıdır.

D vitamini yetersizliği sonucu gelişen raşitizm gelişmiş ülkelerde alınan önlemlerle hemen hemen görülmez olmuştur. Ulusal ve bölgesel çalışmalar ülkemizde raşitizm görülme sıklığının % 7.9-20.0 arasında olduğunu göstermektedir. Raşitizm belirtileri, göğüs kafesinde raşitizme özgü deformiteler (Kosta tesbihleri, kunduracı göğsü, güvercin göğsü), X, O bacak, fontanelerin (Bingıldak) kapanmasında, yürümeye, diş çıkarmada gecikme, konvulsiyonlar görülebilmektedir. Anne sütünde D vitamini olmadığı için doğumdan sonra bebeklere ağızdan D vitamini verilmektedir. Ancak ağızdan alınan D vitamini tek başına yeterli değildir. Deri altında D vitamini sentezi için güneş ışığı ile uygun saatlerde (sabah 10.00'dan önce, öğlen 16.00'dan sonra), en az 20-30 dakika, direk(çıplak kol ve bacak derisine) temas etmesi gerekmektedir. TC. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından 2005 yılında başlatılan bir program ile bir yaşına kadar bebeklerin D vitamini desteği ücretsiz olarak sunulmaktadır (Rakıcıoğlu N., 2008).

Osteoporoz



Osteoporoz, kemiklerde zayıflama ve kırık riskinin arttığı bir hastalıktır. Sözcük anlamı "delikli, gözenekli kemik" demektir.

Özellikle yaşlı bireyler için önemli bir sağlık sorunudur. Kemiklerden kalsiyum kaybının artması sonucunda kemikler kolaylıkla kırılabilir duruma gelir. Prevalansı kadınlarda % 9.0, erkeklerde % 0.6, olup menopoza döneminde kemiklerde kırılma oranı % 16.7 olarak bulunmuştur. Osteoporozu önlemede en önemli iki faktörden biri güçlü bir kemik oluşumunu sağlamak, diğeri ise kemik kaybını önlemektir. Kemikte en hızlı büyüme doğumdan yaklaşık 20 yaşa kadar oluşur. Kadınlarda menopoza sonra östrojen düzeyindeki azalmaya bağlı olarak, kemik kayıp hızı önemli ölçüde artar. Osteoporozu önlemek için; Kalsiyum ve D vitamini tüketimi artırılmalıdır. Kemik mineralizasyonu için gerekli olan magnezyum, çinko, bakır, manganez gibi diğer mineraller ve K vitamini yeterli miktarlarda tüketilmelidir. Düzenli fiziksel aktivite yapılmalıdır. Fiziksel aktivite gençlikte kemik

kütlesini arttırır, yaşlılıkta ise kemik kaybını önler. Haftada 4 kez, 30-60 dakika fiziksel aktivitede bulunmak kemik kırık riskini % 50-70 oranında azaltır. Dans etmek, tenis, hızlı tempoda yürüyüş ve yüzme gibi ağırlık aktarma ve direnç egzersizleri yapılmalıdır (Rakıcıoğlu N., 2008).

Diş Çürükleri

Diş çürükleri hem çocuklar hem de yetişkinler için önemli bir sorundur. Şeker ve şekerli besinlerin fazla ve sık tüketimi, düzenli diş bakımı yapılmaması, diş büyümesi ve olgunlaşması döneminde süt ve ürünlerinin, sebze ve meyvelerin yeterince tüketilmemesi ve sularda flor eksikliği başlıca çürük nedenleridir. Doğan ve Gökalp tarafından yürütülen Türkiye 2004 araştırmasında 5 yaş çocuklarında; çürük prevalansı % 69,8'dir, DSÖ'nün 2000 yılı hedefi olan % 50 çürüksüzlük prevalansının çok altındadır. On iki yaş, örnek seçme kolaylığı ve yirmi yaş dişleri dışında daimi dişlerin ağızda yer alması nedeniyle uluslararası karşılaştırmalarda çürükler için küresel izleme yaşı olarak seçilmiştir. Türkiye 2004 çalışmasında on iki yaş çocuklarında da diş çürüğü prevalansının (% 61,1) yüksek olduğu saptanmıştır. Otuz beş-kırk dört yaş grubu, yetişkinlerin ağız-diş sağlığı durumunu izlemek için standart bir gruptur. Diş çürüklerinin tam etkileri ve sunulan diş sağlığı hizmetlerinin genel etkileri bu yaş grubundan elde edilen verilerden yararlanılarak izlenebilmektedir. Bu çalışmada, 35-44 yaş grubunda en az bir çürüğü olanların prevalansı (% 75,8) çok yüksek bulunmuştur. Beklenen yaşam süresinin tüm ülkelerde artmasına bağlı olarak 65-74 yaş grubu, geriyatrik grupta ağız-diş sağlığındaki değişiklikleri göstermesi açısından indeks yaş grubu olarak seçilmiştir. Türkiye 2004 çalışmasında bu yaş grubunun yarısının dişsiz olduğu gösterilmiştir. Sağlam bir tek dişi kalmış olan kişilerin bile "dişli" kabul edildiği bu çalışmada, en az bir dişi olanların yarısından fazlasında da (% 59,3) çürük olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de ağız sağlığı düzeyinin yükseltilmesi için beslenmenin yanı sıra ağız sağlığına yönelik etkili özendirme stratejilerine gerek vardır (Doğan BG, Gökalp S., 2008).

Genel Beslenme ilkeleri ve Öncelikli Gruplarda Beslenme

Beslenme yaşamın her döneminde önemli olan bir bireysel korunma yöntemi olarak önemini korumaktadır. Gebelikten başlayarak annenin ve karnındaki bebeğinin beslenme durumunun geliştirilmesi ve iyileştirilmesi yaşamın başlangıcında bir çok sağlık sorunun önleyecektir. Çocuğun doğumundan sonra, gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde de değişen enerji gereksinimlerini karşılayacak, yeterli ve denge-

li beslenmenin sağlanması gerekmektedir. Kısaca tüm bireyler yeterli ve dengeli beslenmelidir (Baysal A., 2002).

Genel Beslenme İlkeleri

(Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi, 2002; Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004):

- Üç ana, üç ara olmak üzere günde 6 öğün yenmelidir.
- Öğünler içinde en önemlisi sabah kahvaltısıdır.
- Tüm besin gruplarındaki yiyeceklerden dengeli tüketilmelidir.
- Günde iki litre su tüketilmelidir.
- Günde en az 5 porsiyon sebze ya da meyve tüketilmelidir.
- Her gün yetişkin bireylerin 2 porsiyon, çocukların, adölesan dönemi gençlerin, gebe ve emzikli kadınlarla menopoz sonrası kadınların 3-4 porsiyon süt ve yerine geçen besinleri tüketmeleri gerekir. Bir orta boy su bardağı (200 cc) süt veya yoğurt ile iki kibrit kutusu büyüklüğünde peynir bir porsiyondur.
- Et-yumurta-kuru baklagil grubundan günde 2 porsiyon alınmalıdır.
- 1 porsiyon: Et, tavuk, balık vb.: 50-60 g (2 ızgara köfte kadar), Kuru baklagiller: 90 g (Bir çay bardağı), Yağlı tohumlar: 30 g, Yumurta: Haftada 3-4 adet tüketilmelidir, 2 yumurta 2-3 köfteye eş değerdir.
- Etler iyi kalite protein kaynağıdır. Özellikle protein gereksiniminin arttığı, hızlı büyümenin olduğu bebeklik, çocukluk dönemlerinde diyetle mutlaka yer alması gerekir.
- Yağlı etlerin doymuş yağ ve kolesterol içeriği daha yüksek olduğu için koroner arter hastalığı, diyabet, hipertansiyon gibi hastalığı olanlar kırmızı yağlı et yerine derisiz beyaz eti (tavuk, hindi) ve balık etini tercih etmelidirler.
- Protein kalitesi yüksek olduğu için bebek ve çocuklar tarafından her gün bir adet yumurta tüketilmesi yararlıdır. Diyetle protein miktarının kısıtlandığı böbrek ve karaciğer yetmezliği gibi hastalıklarda yumurta örnek protein içeriği nedeni ile önemli bir proteindir. Kalp-damar hastaları haftada 1-2 kez yumurta yiyebilirler.
- Omega-3 içeriği yüksek olduğu için sağlıklı beslenme için haftada 2 kez balık yenilmelidir.
- Tam tahıl ürünleri günde 6 porsiyon (6 dilim ekmek veya 3 dilim ekmek, 1 kepçe unlu çorba, 4 yemek kaşığı pilav gibi) tüketilebilir.

Ağır işte çalışan ve enerji gereksinimi fazla olanlar bu gruptan daha fazla tüketebilirler.

- Tahıllar, Posa içeriklerinin yüksek olması ve yağ içeriklerinin düşük olması nedeniyle özellikle kalp-damar ve diyabet hastalarının diyetinde sıklıkla yer almalıdır.
- Sigara kullanılmamalıdır. Alkollü içecekler için özellikle kırmızı şarap tüketiminin (günde bir kısım 15 gr/gün, 2 kadeh, 1 duble gibi) kalp damar hastalıklarına karşı koruyucu olduğu bilinmektedir.
- Karbonatlı içeceklerin tüketimi hem kalori artışına hem de diş çürümelerine yol açtığı için önerilmemektedir. Yine bu kapsamda ele alınabilecek şeker, çikolata, tatlı gibi gıdaların tüketimi sınırlandırılmalıdır. Bu tür gıdaların tüketilmesinin ardından ağız-diş temizliği yapılmalıdır.
- Fast food olarak bilinen hamburger, sandviç, patates kızartması gibi bol kalorili hazır gıdaların tüketiminin obeziteye (şişmanlık) ve kronik hastalıklara (kalp-damar hastalıkları, kanserler vb.) neden olduğu bilinmektedir. Özellikle ocuk ve gençlerin beslenme alışkanlığını olumsuz yönde etkileyen bu tür gıdalar tüketilmemelidir.
- Günlük gıda tüketiminde her bir gıdanın kalori değeri düşünülerek günlük gereksinim kadar enerji alınmalıdır. Tüketilmeyen, fazla alınan kalori, enerji vücutta yağ olarak depolanmaktadır.
- Günlük tuz alımınızı azaltınız (ortalama 1 çay kaşığı). Sofrada yemeklerinizin tadına bakmadan tuz ilave etmeyin. Salamura, konserve, zeytin ve turşu gibi tuz içeren besinlerin tüketimini azaltın.
- Az şekerli besinleri tercih edin, çay şekeri gibi rafine şekerleri mümkün olduğunca tüketmeyin, tatlılar ve şekerli içeceklerin tüketimini sınırlandırınız. Rafine şeker, şekerli içecekler, tatlılar, pasta, kek vb. besinler bileşimindeki şeker ve çeşitli soslar (karamel sos, çikolata sos vb.) nedeniyle yüksek enerji içermektedirler. Bu besinlerin yenilme sıklığını azaltarak vücut ağırlığınızı kontrol altında tutun.
- Besinlerinizin hazırlanması, pişirilmesi sırasında hijyen kurallarına dikkat ediniz. Yiyeceklerinizi pişirirken haşlama, fırında ve buharda pişirme yöntemlerini tercih ediniz. Kızartmalardan kaçınınız. Böylece yemeklerinize ekleyeceğiniz yağ, tuz ve şeker miktarını azaltmış olursunuz.

Çizelge 42. Bazı Gıdaların Porsiyon başına Enerji miktarları (Baysal A., 2002; Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi, 2002).

Gıda	1 Porsiyon (miktar)	Enerji Miktarı (Kilo kalori)
1.Süt ve Ürünleri		
Süt/Yoğurt	240 ml	170
Peynir	2 kibrit kutusu (50-60 gr)	210
2.Et ve Ürünleri		
Et/tavuk/balık	60-90 gr	220
Yumurta	2 adet	150
Kuru baklagiller (pişmiş)	120 gr	70
3.Sebze ve meyveler		
Taze Sebzeler (pişmiş)	120 gr	70
Patates	1 orta boy	70
Elma	1 orta boy	50
Kayısı	3-4 adet	50
Portakal	1 orta boy	50
Greyfurt, Muz	1/2 orta boy	50
4.Tahıl ürünleri		
Ekmek	1 dilim (25 gr)	80
Tahıllar (pişmiş)	120 gr	80
Hazır Gıdalar (Fast food)		
Hamburger	1 adet	300
Kızarmış Patates	Orta boy	220
Pizza	1 dilim	220
Kolalı içecekler	100ml	40
Milk shake	100 ml	400
Sütlü çikolata	30 gr	150

Ancak yaşamın bazı dönemlerinde artan gereksinimler söz konusudur. Bu dönemlerde beslenmenin yeterli ve dengeli olmasının yanı sıra artan enerji gereksinimini de karşılaması gerekmektedir. Beslenme açısından riskli kabul edilen yani yeterli ve dengeli beslenmemesi durumunda çok kısa bir sürede yaşamı tehdit edebilecek sağlık sorunları yaşama olasılığı diğer gruplara göre daha yüksek olan öncelikli grupları aşağıda listelenmiştir (Yumurturuğ S., Sungur T., 1980; Baysal A., 2002; Dirican R, Bilgel N, 1996; Atilla S, Bosi T, 2006).

Beslenmede Öncelik - Risk Grupları

- Gebelik ve Emzirme Dönemi
- 0-6 yaş grubu Bebek ve Çocuklar
- Kreş-Yuva, Okul çağı Çocukları
- Gençler
- Doğurganlık Çağındaki Kadınlar
- Menopoz Çağındaki Kadınlar
- Yaşlılar
- Kronik hastalığı olanlar
- Düşük Sosyoekonomik Düzeye sahip olanlar (yoksullar)
- Çalışanlar
- Sporcular

Gebelik Döneminde Beslenme İlkeleri

Çocukların sağlıklı olarak dünyaya gelmesi için ve gelişimleri için annelerin, gebe ve emziliklik döneminde; bebeğin gelişimi, anne sütünün yapımı/emzirme, besinlere olan gereksinmelerinin artması ve buna bağlı olarak yeterli ve dengeli beslenmeleri ve sağlıklarını korumaları konusunda bilinçlendirilmeleri gerekmektedir. Gebe kadının beslenmesi ile anne karnındaki bebeğin sağlığı arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Anne karnındaki bebeğin bedensel ve zihinsel olarak büyümesi ve gelişmesi annenin gebeliği süresince yeterli ve dengeli beslenmesi ile mümkündür. Gebelik süresince yetersiz ağırlık kazanımı (6 kg'ın altında) düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme şansını artırmaktadır. Sağlıklı yetişkin kadınlar için gebelik süresince normal ağırlık kazanımı 10-14 kg (ayda 1-1.5 kg) arasındadır.

Gebelik süresince annenin yetersiz ve dengesiz beslenmesi ile görülebilecek sorunlar;

Bebekte oluşabilecek sorunlar:

- Zamanından önce, erken doğum (prematüre)
- Düşük doğum ağırlıklı bebek (doğum ağırlığı 2500g'ın altında olanlar)
- Ölü doğumlar
- Bebek ölümleri
- Bebekte zihinsel ve fiziksel gelişim bozuklukları

Gebe kadında oluşabilecek sorunlar

- Kansızlık (anemi)
- Kemik dokusu bozuklukları (osteomalasia)
- Gebelik zehirlenmesi (toksemi)
- Ödem
- Ağırılık kazanımının yetersiz olması
- Anne ölümleri

Gebe kadının beslenme ilkeleri normal zamanda yediklerine ek olarak tüketmesi gereken besinler ve miktarları şunlardır:

- Yemekler azar azar ve sık sık tüketilmelidir.
- Bir su bardağı kadar süt veya yoğurt veya 2-3 kibrit kutusu kadar peynir veya 1-2 kaşık çökelek. Süt veya yoğurt çorbalar içinde de (sütlü çorba, yoğurtlu çorba) tüketilebilir.
- Bir adet yumurta veya yumurta kadar et, tavuk, balık. Bu besinler tüketilemiyorsa kuru baklagil yemekleri, mercimekli veya nohutlu çorbalar tüketilebilir.
- Yemeklerle birlikte C vitamininden zengin sebzeler (maydanoz, kıvırcık, lahana, biber, domates, karnabahar vb.) meyveler (kuşburnu, portakal, mandalina, elma, şeftali vb.) ve taze meyve suları tüketilmelidir.
- Yemeklerde iyotlu tuz kullanılmalıdır. Yüksek tansiyon (hipertansiyon) varsa yemekler tuzsuz veya az tuzlu pişirilmelidir.
- Satın alınırken taze besinler tercih edilmelidir. Konserve, beklemiş besinler ve hazır besinler yerine taze ve doğal besinlerin tüketilmesine özen gösterilmelidir.
- Besin çeşitliliğine önem verilmelidir. Bu şekilde birçok vitamin ve mineralin vücuda alınması mümkün olacaktır.
- Sıvı alımı asla ihmal edilmemeli, günde en az 8-10 bardak su içilmelidir. Özellikle kabızlık şikayeti varsa bol su içerek, kabuğu ile yenen meyveleri tüketerek, her öğünde sebze ile salataya yer vererek ve yürüyüş yaparak bu sorunun önüne geçilebilir.
- Sebze, meyve, tam tahıl ürünleri, kuru baklagiller gibi posa içeriği yüksek besinleri tüketiniz. Günde en az 5 porsiyon sebze ve meyve, kepekli ekmek, tam tahıl ürünleri ve haftada iki kez kuru baklagil yemekleri tüketerek posa miktarınızı artırınız.
- Kuru erik, kuru erik suyu ve incir doğal laksatif etkileri nedeniyle kabızlığı önleyebilir.

- Düzenli fiziksel aktivite, barsak fonksiyonlarının normal olmasını sağlar. Yürüyüş, yüzme ve hafif egzersizler gebelik süresince yapılabilecek en iyi egzersizlerdir.
- Çay, kahve, kakao gibi kafeinli içecekler, mide bulantısı ve mide ekşimesine neden olabileceği için tüketmeyiniz (Samur G., 2008).

Sağlık Bakanlığının (Demir Bizden Projesi kapsamında gebelerde klinik anemi olmasa da günlük demir gereksinimi göz önüne alınarak tüm gebelere ikinci trimestirden başlayarak 6 ay ve doğum sonu 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 40-670 mg elementer demir verilmektedir.

Emzicilik Döneminde Beslenme İlkeleri

Emzirme, bebeğin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun beslenme yöntemidir. Anne ile bebeğin sağlığı üzerinde biyolojik ve psikolojik bir etkiye sahiptir. Emzirme sırasındaki enerji ve besin öğeleri ihtiyacı gebelikte olduğundan daha fazladır.

Emzicilik döneminde süt üretimi için gerekli olan enerji iki kaynaktan sağlanır:

- Gebelik süresince vücut yağı olarak depolanan enerji,
- Besin gruplarından gelen enerji.
- Sütü ile bebeğin ihtiyacını tamamen karşılayan bir kadın günde ortalama 700-800 ml süt salgılar. Bu sütün karşılığı olan enerji ve besin öğeleri ihtiyacı emzicilik döneminde de normal gereksinmeye ek yapılarak artırılmalıdır.
- Yeterli düzeyde anne sütü üretimi için yeterli miktarda sıvı almaya özen gösterilmelidir. Günde en az 8-12 bardak sıvı alınması yeterlidir.
- Emzicilik döneminde suyun yanı sıra besin değeri yüksek süt ve meyve suyu gibi içecekler tercih edilmelidir. Süt ve meyve suyu aynı zamanda diğer besin öğelerinin tüketimini de sağlayacağından, anne sütü verimliliğini de etkileyecektir.

Örneğin süt tüketimi kalsiyum, meyve suyu ise C vitamini sağlayacaktır.



- Emziliklik döneminde zayıflama diyeti yapılmamalıdır. Bu dönemde enerji alımı günlük 1800 kaloringin altına düşerse, vücut için gerekli olan besin öğelerini yeterli düzeyde alınmamaktadır. Özellikle emziliklik döneminin başında düşük kalorili bir diyet uygulaması süt yapımını azaltmakta ve sütün besin değerini olumsuz etkilemektedir.
- Emziliklik döneminde alkol ve sigara kullanılmamalıdır.
- Soğan, sarımsak, brokoli, kabak, karnabahar, acı baharatlar veya kuru baklagiller, anne sütünün tadını değiştirebilir. Bu durum bazı bebeklerde huzursuzluk (gaz oluşturma, emmeyi reddetme gibi) yaratırken, bazıları hiç fark etmeyebilir. Bebeğinizde ciddi birtakım huzursuzluklar gelişirse, bu tür besinler ya daha az sıklıkla tüketilmeli ya da hiç tüketilmemelidir (Samur G., 2008).

0-6 Yaş Grubu Bebek ve Çocuklarda Beslenme İlkeleri

Yaşamın ilk yıllarında yeterli ve dengeli beslenme bebeğin/çocuğun fizik, motor ve mental gelişiminin temel belirleyicisidir. Bu yaş grubunda beslenmeyi düzenleyerek, Malnütrisyonu engelleyerek her iki beş yaş altı ölümden birini engellemek olasıdır. Beş yaş altı ölüm nedenlerinin başında ishali hastalıklar, pnömoni, kızamık gibi malnütrisyon zemininde prognozu ağırlaşan sağlık sorunları gelmektedir. Bebek ve çocuk ölümlerinin çoğu yetersiz beslenmeye bağlı büyüme ve gelişme bozuklukları ile önlenemez hastalıklar olup, protein, enerji, vitamin ve mineral eksikliğinin neden olduğu beslenme yetersizliklerinden kaynaklanmaktadır.

İlk 6 Ayda Beslenme (Doğal beslenme)

- Bebekler, ilk 6 ay su dahil başka hiçbir yiyecek ya da içecek (ayran, çay, meyve suyu, hazır mama ya da inek sütü vb.) olmaksızın sadece anne sütü verilmelidir. Bebek doğumdan en fazla yarım saat sonrasında kadar emzirilmelidir. Anne sütü bebeğin sağlıklı büyümesi için gerekli olan tüm enerji ve besin ögesi gereksinimlerini karşılar. Ayrıca ishal ve diğer enfeksiyonlara karşı doğal koruyucu (anti-infektif) maddeler içerir. Anne sütünde bebeğin büyümesi için D vitamini hariç bütün besin maddeleri vardır. (Konu ile ilgili ayrıntılı bilgi için, TC. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmekte olan Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı)
- Memede ilk yapılan süt, kolostrumdur. Sarımsı renkte olan bu süt, doğumdan sonra ilk 3 günde salgılanır. Kolostrum barsak hareketlerini uyarır, mekonyumun (bebeğin ilk gaitası) kolayca çıkmasını sağlar.

- Bebekler, ilk 6 ay her istediğinde, sayılarla sınırlanmadan gece ve gündüz emzirilmelidir. Bebek günde toplam en az 8 kez emzirilmelidir.
- Emzirme 2 yaşına kadar sürdürülmelidir.
- 6. aydan sonra tamamlayıcı besinlere başlandığında da bebek sık sık (yani bebek her istediğinde) emzirilmelidir.
- İlk 6 aylık dönem boyunca anneye eğer bebeğinin yeterli kilo almadığını ya da sütünün yeterli olmadığını düşünüyorsa, evine en yakın sağlık kuruluşlarına başvurabileceği ve buralardan ücretsiz danışmanlık alabileceği belirtilmelidir (Tamamlayıcı Beslenme Sağlık Çalışanları İçin Rehber, 2010).

İlk 6 ayda Beslenme (Yapay beslenme)

- Hiç anne sütü verilmeden bebeği besleme şeklidir.
- Temiz ve uygun hazırlama yöntemleri ile hazırlanmış, hazır mamalar kullanılmalıdır.
- Zorunlu olmadıkça 6 aydan küçük bebeklere inek sütü verilmemelidir.
- Kullanıldığı takdirde ilk ay yarı yarıya,
- 2. ay iki süt bir su olarak sulandırılmalıdır.
- 3. ayda sulandırılmadan tam süt verilebilir.
- Beslenmenin yeterliliği, dikkatli bir kilo takibi ile yapılmalıdır.

İlk 6 ayda Beslenme

(Tamamlayıcı Beslenme Sağlık Çalışanları İçin Rehber, 2010)

- 6. aydan sonra anne sütü tek başına yeterli olmaz.
- 6. aydan sonra tüm bebekler, ek besinler de almalıdır.
- Bebeğin kilo artışı ile ilgili duraksama olması halinde özellikle çalışan annelerde bazen karışık beslenmeye daha erken geçilebilir.

TNSA 2008 verilerine göre doğumdan sonra bebeklerin % 96.7'si emzirilmektedir. Bebeklerin % 39.0'u doğumda sonra ilk 1 saat içerisinde emzirilmeye başlanmaktadır, % 23.2'si anne sütü vermeye düzenli olarak başlamadan önce doğumdan sonraki ilk 3 gün içinde anne sütünden başka bir gıdaya başlanmaktadır. Ortalama emzirme süresi 16 aydır, emzirme Türkiye'de yaygın olmasına rağmen, sadece anne sütü ile besleme alışkanlığı arzu edilen seviyede değildir. İlk altı ayda yaklaşık her beş çocuktan ikisi sadece anne sütü ile beslenmektedir.

Bebek maması ve diğer sıvılara erken başlama yaygındır ve biberon ile besleme tercih edilmektedir.

Ek Besin Vermede Dikkat Edilecek Noktalar

- Tamamlayıcı besinlere 6.ayda bir çay kaşığı miktarı ile başlanmalı, giderek miktarı ve çeşidi artırılmalıdır.
- 6-12 aylık dönemde de bebek her istediğinde emzirilmeli, emzirmenin yanında yeterli miktarda besleyici tamamlayıcı besinlerden (eğer bebek anne sütü alıyorsa günde 3 kez, eğer bebek anne sütü almıyor ise günde 6 kez) verilmelidir.
- 12 ay-2 yaş döneminde yine bebek her istediğinde emzirmeye devam edilmeli, günde 5 kez, her seferde 1 su bardağı ve/veya 1 kâse olmak üzere, yemeklerden (baharatsız, az tuzlu ve az yağlı) verilmelidir.
- Bebeği beslemede kullanılan tüm malzemelerin temiz olmasına dikkat edilmelidir.
- Tamamlayıcı besinleri bebeğe verirken kaşık ya da bardakla besleme yöntemi kullanılmalı, asla biberon kullanılmamalıdır. Biberon kullanımı hem anne sütü ile beslemeyi olumsuz yönde etkilemekte, hem de biberonun hijyeni ile ilgili sorunlara yol açabilmektedir.
- Her yeni besine teker teker, 3-4 gün ara ile, az miktarda başlanmalı ve miktarları azar azar artırılmalı,
- Reddedtiği besin bir süre verilmemeli,
- Bir besine başladıktan sonra alerji gelişirse, besin kesilir, 15-20 gün sonra tekrar denir.
- İlk ek gıda süt ve süt ürünleridir. Meyve suları ve meyve püreleri başlanır. 7. ayda sebze çorbası, 8.ayda et, baklagiller, 9. ayda yumurta eklenir. 12 aya gelen çocuk için evde ek yemek hazırlanmamalı evde pişen tüm yemekleri yiyebilmelidir.

1-3 Yaş Dönemi Beslenme İlkeleri

- Çocuğun ihtiyacı olan yiyecek miktarları normalin altında ve üstünde olmayıp, yeterli olmalıdır.
- Çocuk büyüklerin tutumundan etkilenir. Sofrada çocuğun önünde, yemekler eleştirilmemelidir.
- Yemekten önce şekerleme, bisküvi gibi şeyler yemesine izin verilmemelidir.

- Çocuk belirli besinleri yemesi için zorlanmamalı, o besin çocuğun sevdiği şekilde verilmelidir.
- Çocuk 3 yaşına kadar, kendi başına yemek yemeye alıştırılmalıdır.

4-6 Yaş Dönemi Beslenme İlkeleri

- Çocuğa, besinlerin vücuda yararları anlatılmalıdır.
- Yiyecekler tabağa ihtiyacından fazla konmamalıdır.
- Sofrada tartışma yapılmamalı, büyükler yemek seçmemeye özen göstermelidir.
- Çocuğa sağlık/temizlik konuları anlatılmalıdır.
- Çocuğun mutfakta sebze-meyve yıkama, sofraya kurma gibi basit işlerle yardım etmesi istenmelidir.

Sağlık Bakanlığı Tarafından Beslenme ile İlgili Yürütülen Programlar; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Toplum Beslenmesi Şubesinde yürütülen ve halkın beslenmede bilinçlendirilmesini amaçlayan "Toplum Beslenmesi Eğitim Programı" en geniş kapsamlı programlardan biridir. Bu program 1996 yılında başlatılmış olup halen devam etmektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yürütülen diğer bir program ise "Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım Projesi"dir. Proje çalışmalarına 2000 yılı içinde başlanmış olup halen devam etmektedir.

Konuyla ilgili diğer programlar, Ana, Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünce yürütülmektedir. Bunlar şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Anne sütünün teşviki ve bebek dostu hastaneler programı,
- Anne ve çocuk beslenmesi programı,
- İyot yetersizliği hastalıklarının önlenmesi ve tuzun iyotlanması programı,
- Ağız ve diş sağlığını iyileştirmede florür kullanımı programı,
- Çocuk hastalıklarına bütüncül yaklaşım programı,
- Erken çocukluk gelişiminin izlenmesi programı,
- Adölesan sağlığı ve gelişimi programı
- Okul içme sütü programı

Sonuç olarak; Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye geneline gıda tüketimine bakıldığında, tahıl ve tahıl ürünlerinin tüketimi ilk sırada yer almaktadır. Et ve et ürünlerinin protein açısından çok önemli gıda maddeleri olmasına rağmen Türkiye genelinde tüketim yüzdesi diğer gıda gruplarının tüketimleri içerisinde sadece % 3'tür. Türkiye'de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bunun temel nedenlerinin başında gelir dağılımındaki dengesizlik gelmektedir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik, hatalı gıda seçimi ile yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır. Yıllar içerisinde ekonomik koşullar ve diğer etkenler dışında, reklamlar, pazara sunulan yeni ürünler ve küresel ölçekte yayılan fast food (ayaküstü beslenme) da toplumun beslenmesini etkilemektedir. Bu değişiklikler beslenme sorunlarına neden olmakta, halk sağlığını etkileyebilmektedir.

Beslenme konusunda temel sorun bilgi eksikliğidir, genel eğitim düzeyi düşüklüğü, beslenme bilgisi yetersizliği, ilgili kurumlar-bakanlıklar arası koordinasyon eksikliği, dengesiz gelir dağılımı, denetim-cezai işlem yetersizliği, gıda güvenliğinin çok başlı uygulanması, bilgi akışı erişim sistemi yetersizliği olarak belirlenmiştir.

Gıda güvencesi ve güvenliğinin sağlanması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, çevrenin korunması ve sosyoekonomik gelişmenin sağlanması amacıyla politikalar oluşturulurken gıda ve sağlık kavramlarının birlikte ele alınması gerekmektedir.

Politikaların oluşturulması, uygulanması ve etkilerinin görülmesi aşamasında, önem sıralamaları dikkate alındığında, ilk sırada 0-5 yaş çocuklar ve gebe-emzikli kadınlar gelmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı., 2003).

Özet



Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği beslenme ile ilgili 10 önemli nokta (<http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/facts/en/index.html>,Erişim tarihi: 04.08.2010)

- Malnütrisyon toplam küresel hastalık yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Dünya genelinde çocuk ölümleri üçte birinden fazlası kötü beslenmeye bağlıdır. Kötü beslenmenin temel nedeni ise "Yoksulluk"tur.
- Kronik Malnütrisyon göstergesi Bodurluk (Stunding) dünyada 178 milyon çocuğu etkilemektedir. Yeterli gıdaya ulaşamam, vitamin ve minerallerden fakir diyet ve geçirilen hastalıklar sonucu Bodurluk ortaya çıkmaktadır. Büyüme yavaşladığı gibi, beyin gelişimi de gecikmekte ve bu gecikme bodur çocuklarda öğrenme güçlüğüne yol açmaktadır. Bodurluk oranları Afrika ve Asya'da en yüksektir, güney-orta Asya'da bodurluk prevalansı % 41'dir.
- Akut beslenme yetersizliği Boya göre Zayıflık (Wasting) gıda azlığı ve hastalıklar nedeniyle oluşmaktadır. Her yıl yaklaşık 1.5 milyon çocuk Zayıflık nedeniyle ölmektedir. Yükselen gıda fiyatları, çatışma yaşanan bölgelerdeki gıda kıtlığı, doğal afetler, uygun ve yeterli gıdaya erişimi azaltmakta, bu da Zayıflığa yol açmaktadır.
- Gizli açlık, vitamin ve mineral eksikliği, bağışıklık durumunu ve büyüme ve gelişimi olumsuz yönde etkilemektedir. A vitamini, çinko, demir ve iyot eksikliği önemli halk sağlığı sorunlarına yol açmaktadır. Dünya genelinde 2 milyar kişi iyot eksikliğinden etkilenmektedir, A vitamini eksikliği her yıl yarım milyondan fazla beş yaş altı çocuğunun ölümüne neden olmaktadır.
- Kiloluk ve obezite artışı tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obezite her yaştan ve her kökenden insanı etkilemektedir. Diyabet ve diğer diyet ilgili hastalık oranları, gelişmekte olan ülkelerde bile artmaktadır. Gelişmekte olan bazı ülkelerde, beş yaş altı çocuklarda obezite prevalansı % 20'nin üzerine çıkmıştır.
- Gebelik sırasında iyi beslenme daha sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlar. DSÖ, altı ay sadece anne sütü ile beslenmeyi, altı aydan sonra yaşına uygun ve güvenli tamamlayıcı besinler başlamayı ve en az iki yaşına kadar emzirmeye devam etmeyi önermektedir. Bu önerilere uyulur ise dünya genelinde her yıl beş yaş altı çocuk ölümlerinin beşte biri önlenir. Yeterli ve dengeli beslenme,

çocuklarda bodurluk ve şişmanlık oranlarının azalmasına ve zihinsel gelişimin hızlanmasına neden olacaktır.

- Ergenlerdeki beslenme sorunları, çocukluk çağında başlamakta ve yetişkinlik döneminde de devam etmektedir. Anemi, ergen kızların önemli bir beslenme sorunudur. Adölesan gebeliklerin önlenmesi ve kızların beslenmesinin güçlendirilmesi anne ve çocuk ölümlerini azaltacak ve kuşaklar arasında malnütrisyonun geçişini-görülmesini önleyecektir. İyi beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmada en uygun-ideal zaman hem kızlar hem de erkekler için ergenlik dönemidir.
- Sağlıksız beslenme ve hareketsizlik, kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet ve diğer beslenme ile ilişkili sağlık risklerini artırır. Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır, 2020 yılında 60 yaş ve üzeri nüfus 700 milyondan 1 milyara çıkacaktır. Yeterli ve dengeli beslenme yaşlılık döneminde de genel sağlığın önemli bir belirleyicisidir.
- Beslenme bilgi akış sistemleri (sürveyansı) ile beslenme yardımına en çok ihtiyaç duyulan bölgelerin saptanması ve değişimin izlenmesi gereklidir. DSÖ, 2006 yılında çocukların uluslararası çocuk büyüme standartları yayınlamıştır, bu standartlar kullanılarak ülkeler ve bölgeler arasında beslenme durumunu karşılaştırmak mümkün olacaktır.
- Halk eğitimi beslenmenin iyileştirilmesinde en önemli yöntemlerden biridir. Sağlıklı beslenmede 5 anahtar mesaj;

“Yaşamının ilk altı ayında bebeğinize sadece anne sütü veriniz”, “Tükettiğiniz gıdaları çeşitlendiriniz”, “Bol sebze ve meyve tüketiniz”, “Makul miktarlarda yağ tüketiniz” ve “Daha az tuz ve daha az şeker tüketiniz.” olarak belirlenmiştir.

Gözden Geçir



- Yeterli ve dengeli beslenme nedir? Tanımlayınız.
- Beslenme genel ilkelerinden dikkat ettikleriniz ve etmediklerinizi sıralayınız.
- Dört temel besin ögesine örnekler veriniz.
- Beslenmede öncelikli grupları sıralayınız.
- Gebe beslenmesinde dikkat edilmesi gereken noktaları sıralayınız.
- 0-1 yaş grubu bebek beslenmesinde dikkat edilmesi gereken noktaları sıralayınız.



Değerlendirme Soruları

1. Beden Kitle İndeksi 28.9 kg/m² olarak belirlenen kişi için değerlendirmeniz ne olacaktır?
 - a. Zayıf
 - b. Normal
 - c. Tombul
 - d. Şişman
 - e. Çok Şişman
2. Beden kitle indeksi için ideal normal ağırlık için sınır aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. < 16.00
 - b. 16.00-17.49
 - c. 17.50-18.49
 - d. 18.50-24.99
 - e. 25.00-29.99
3. Gomezin Malnütrisyon sınırlamasına göre 3.derece malnütrisyon için bebeğin standart ağırlığının ne kadarı olması gerekir?
 - a. % 60'ın altı
 - b. % 60-75
 - c. % 60-80
 - d. % 76-90
 - e. % 80-97
4. Gebe bir kadın için günlük ilave edilmesi gereken enerji miktarı için doğru seçenek aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. 50-100Kcal/gün
 - b. 100-150 Kcal/gün
 - c. 150-200 Kcal/gün
 - d. 200-250 Kcal/gün
 - e. 250-300 Kcal/gün

5. Emzikli bir kadın için günlük ilave edilmesi gereken enerji miktarı için doğru seçenek aşağıdakilerden hangisidir?
- 100-300 Kcal/gün
 - 300-600 Kcal/gün
 - 600-800 Kcal/gün
 - 900-1000 Kcal/gün
 - 1000-15000 Kcal/gün
6. Kronik uzun süreli beslenme bozukluğu belirteci olarak kullanılan ölçüt aşağıdakilerden hangisidir?
- Standart ağırlığın % 60'ın altında olması
 - Standart ağırlığın % 60-75 olması
 - Yaşa göre ağırlığın az olması
 - Boya göre ağırlığın az olması
 - Yaşa göre boyun kısa olması



Kaynaklar ve Daha Fazla Bilgi

- Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, (2004) Tc Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü., Hacettepe Üniversitesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü. Ankara.
- Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi. (2002). Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali. Tc Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü., Hacettepe Üniversitesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü., Ankara, 2002.
- Tamamlayıcı Beslenme Sağlık Çalışanları İçin Rehber, (2010). Tc Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü., Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme Ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığının Görevleri [Http://Www.Saglik.Gov.Tr/Tshgm/Belgegoster.aspx?F6e10f8892433cfffac8287d72ad903bebfe1a1ebf9849693](http://www.Saglik.Gov.Tr/Tshgm/Belgegoster.aspx?F6e10f8892433cfffac8287d72ad903bebfe1a1ebf9849693) (Erişim Tarihi: 04.08.2010)
- Samur G. (2008). **Gebelik Ve Emziliklik Döneminde Beslenme**, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme Ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, **Ankara**
- Pekcan G. (2008). **Beslenme Durumunun Saptanması**, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme Ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, **Ankara**.
- Rakıçoğlu N. (2008). **Kalsiyum, D Vitamini Ve Osteoporoz**, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme Ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, **Ankara**.
- Şişmanlık (Obezite) Ve Fiziksel Aktivite. (2008)**. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme Ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, **Ankara**.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2003). Ulusal Gıda Ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu, Ankara.
- 10 Facts On Nutrition [Http://Www.who.int/features/factfiles/nutrition/facts/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/facts/en/index.html) (Erişim Tarihi: 04.08.2010)
- Demir Gibi Türkiye Projesi. (2004). Tc Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.,Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi, Desteklenmesi, Demir Yetersizliği Anemisinin Önlenmesi Ve Kontrolü, Ankara.
- Doğan Bg, Gökalp S. (2008). Türkiye'de Diş Çürüğü Durumu Ve Tedavi Gerekisini, 2004 Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi Cilt: 32, Sayı: 2, Sayfa: 45-57.

- Atilla S, Bosi T. (2006) Beslenme. İçinde: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Baysal A. (2002). Beslenme. Hatipoğlu Yayınevi.
- Yumurturuğ S., Sungur T. (1980). Hijyen Koruyucu Hekimlik, A.Ü.Tf Yayınları, Ankara.
- Ural Zf. (1972). Koruyucu Hekimlik I Hijyen Ve Sanitasyon. Ankara Üniversitesi Basımevi V. Baskı, Ankara.
- Birinci Basamağa Yönelik Tanı Tedavi Rehberleri. (2003). Tc Sağlık Bakanlığı Ankara
- Dirican R, Bilgel N. (1993). Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa.
- Nestle M. (1998). Nutrition İn Public Health And Preventive Medicine. İn Maxcy-Rosenau-Last, "Public Health & Preventive Medicine", (Edited By) Robert B.Wallece, Fourteenth Edition, Appleton&Lange, Pp:1081-1089.
- Prakash S. (2002). Food And Nutrition. İn Oxford Text Book Of Public Health, Fourth Edition. Eds.Detels R., Mceven J., Beaglehole R., Tanaka H. Oxford University Press, Pp:149-170.
- Hünee-Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2008) *Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması, 2008.*

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye’de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme

17

Sağlık Eğitimi
Prof. Dr. Recep Akdur

18. İletişim

Ünitede Ele Alınan Konular

- Eğitim Tanımı ve Türleri
- Sağlık Eğitimi Yöntemleri
 - > Bireysel Eğitim
 - > Grup Eğitimi
 - > Toplum Eğitimi
- Sağlık Eğitimi Araçları
- Konu Seçimi
- Sağlık Eğitimi Yapılacak Grupların Öncelik Sıralarının Saptanması
 - > Ev Kadınları
 - > Okul Çocukları
 - > Organize Topluluklar
 - > Köy Toplumunu
 - > Şehir Toplumunu
- Sağlık Eğitimi Kimler Yapmalıdır?
- Sağlık Eğitiminin Değerlendirilmesi
- Yetişkin Eğitiminin Özellikleri
 - > Yetişkin Ne Demektir
 - > Yetişkinin Öğrenme Gücü ve Öğrenme Süreci
 - > Yetişkinin Eğitim Açısından Özellikleri

Ünite Hakkında

Bu ünitede eğitimin tanım, önem ve türleri ele alınmıştır. Eğitim yöntemleri araçları açıklandıktan sonra özellikle erişkin eğitiminin özellikleri ele alınmıştır.

Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladıңызda;

- Eğitimi öğretim tanım ve önemini bileceksiniz.
- Eğitim türlerini sayabileceksiniz.
- Sağlık eğitimi verilecek grupların önceliğini saptayabileceksiniz.
- Sağlık eğitiminde konu belirleyebileceksiniz.
- Eğitim açısından yetişkinin özelliklerini bileceksiniz.
- Eğitimim sonuçların değerlendirme yöntemlerini bilip kullanabileceksiniz.

Üniteyi Çalışırken



Metni dikkatlice okuyup anladıktan sonra daha önce bildiklerinizle kıyaslayınız ve sentezlemeye çalışınız. Ulaşılabildiğiniz kaynaklardan diğer kaynakları okuyunuz.

Eğitim Tanımı ve Türleri



Eğitim, mevcut haliyle yetersiz olan kişiyi değiştirerek yeterli hale getirmektir. Kısa bir anlatımla, eğitimin amacı kişiyi değiştirmektir.

EĞİTİM

Mevcut haliyle	kendi kendine	yetersiz olan kişinin
	ailesine örgütte	
	toplumda ulusunda	
değiştirilerek	insanlık aleminde	yeterli hale getirilmesidir

Yukarıdaki şemadan da görüleceği üzere, kişi kendisine, ailesine, örgütüne ve toplumuna yetersiz olabilir. Onu değiştirmenin, yeterli hale getirmenin yolu ise eğitimidir. Bu değiştirmeden kasıt, kişiyi biyolojik ve fizyolojik olarak değiştirmek olamayacağına göre; önemli olan ya da değiştirmekle kastedilen onun tutum ve davranışlarını değiştirmektir. Kişinin tutum ve davranışlarını değiştirmenin yolu ise ona bilgi aktarmaktır.



Bu yönüyle **eğitim**; kişileri bilgilendirerek, onların tutum ve davranışlarını değiştirmek suretiyle, onları geliştirmek olarak tanımlanabilir.

EĞİTİMDE AMAÇ; İNSANIN

Kişinin
Ailenin
Toplumun
Ulusun
İnsanlığın

GELİŞTİRİLMESİDİR

Eğitim üç şekilde yürütülmektedir:

- **Örgün Eğitim:** Planlı, programlı ve sistemli olarak, kurumlarda yürütülen ve belli bir hiyerarşik sıra içinde (ilk, orta, lise, yüksek gibi) bir alttakinin bir üst kademeye hazırladığı eğitimdir. Kişileri yaşama hazırlamayı ve bir meslek kazandırmayı amaçlar.
- **Yaygın Eğitim:** Planlı programlı ve sistemli olarak yürütülen, örgün eğitimin dışında ve örgün eğitimin boşluklarını, eksikliklerini ve kaybedilen şansları gidermeyi ya da yeni gelişmeleri aktarmayı, böylece insanları geliştirmeyi amaçlayan eğitim türüdür. Kısa süreli kurslar, kongre, konferans ve toplantılar şeklinde yürütülür.
- **Algın Eğitim:** Belli bir planı programı ve sistemi olmayan, eğitim kurumlarınca yürütülmeyen, tüm toplumun günlük yaşamı sırasında sürüp giden eğitimdir. Aile, kitle iletişim araçları, komşu, arkadaş gruplarının verdiği eğitim bu tür eğitimin en çok bilinen örnekleridir.

Algın eğitim bir yana bırakılır ise, örgün ve yaygın eğitim, planlı, programlı ve bilinçli bir süreçtir. Bu sürecin başlıca halkaları ise şunlardır:

- Amaçların belirlenmesi.
- Gereksinimin saptanması: Eğitim sürecinin en önemli ögesidir. Kişide ve toplumda değiştirilmesi gereken ya da eksikliği duyulan tutum ve davranışların belirlenmesi demektir.
- İçeriğin, bilginin saptanması.
- Öğretme ve aktarma etkinlikleri.
- Değerlendirme.

Denetimin bir eğitim olduğu noktasından hareket edildiğinde, tüm eğitim eylemlerinde olduğu gibi, denetim eğitiminde de alıcıların özelliklerine göre bir eğitim verilmesi gerekir. Denetim eğitiminde, eğitilecek kitle ise, yetişkinlerdir ve yetişkin eğitiminin çocuk eğitiminden belirli farklılıkları vardır. Bunlar gözetilmez ise, eğitimde başarılı olunamaz.

Bireylerin ve toplumların sağlığının korunması kendiliğinden gerçekleşmez. Sağlığı koruma ve seviyesini yükseltmeye yönelik çalışmaların ve olanakların yanısıra, bu çalışmaların yeterince benimsenmesi, olanaklardan en uygun biçimde nasıl faydalanılacağına bilinmesi ve bilinenlerin de olumlu davranış ve alışkanlıklar halinde, insan ve top-

lum yaşantısında yer alması gereklidir. İnsanlara, sağlıklı yaşama sanatını öğretmek, bu konuda yeterli beceri ve uygun davranışlar kazandırmak, belirli esaslara göre uygulanacak sağlık eğitimi sayesinde mümkün olmaktadır.

Topluma yapılacak sağlık eğitiminde; plânlama, metot seçimi, araçların tespiti, konuların belirlenmesi, sağlık eğitiminden yararlanacak grupların özelliklerinin ortaya konması, eğitimin, topluma etkin ve devamlı bir biçimde ulaştırılmasında yararlanılacak kimselerin bulunması ve nihayet yürütülen çalışmaların değerlendirilmesi ile ilgili olarak bütün sağlık personelinin yeterli bilgiye sahip bulunması ve eğitime yeteneğini kazanmış olması lazımdır.

Kendi konuları ile ilgili olarak, her kademedeki sağlık personelinin, yapmakla yükümlü bulunduğu sağlık eğitimi, başarılı sonuçlar elde edilebilmesi için aşağıda açıklanan esaslar dahilinde yapılmalıdır:

Sağlık Eğitimi Yöntemleri

Genelde eğitim, özelde ise sağlık eğitimi yapılaş biçimi / yöntemi:

- Bireysel eğitim,
- Grup eğitimi,
- Toplum eğitimi olarak üç kategoride değerlendirilir.

Bireysel Eğitim

Bu yöntemde sağlık çalışanı kişileri tek olarak eğitir. Seçilen konu da genellikle eğitim verilen kişilerin sorunlarıdır. Polikliniklerde, kliniklerde ve ev ziyaretlerinde genellikle bu yöntemle başvurulur. Ziyaretçi ebe ve hemşirenin anne ya da anne adaylarını gebelik, çocuk bakımı beslenme, çevre sağlığı, evde hasta bakımı, aile planlaması ve diğer sorunları ile ilgili olarak, ev kadınına eğitmesi, bu yöntemin en tipik örneklerinden biridir. Hekimin, hasta muayenesi sırasında veya bitiminde hastayı eğitmesi bireysel eğitimin diğer bir örneğidir.

Eğitenle eğitilenin karşı karşıya olması, daha çok doğrudan eğitilenin sorunlarıyla ilgili konular üzerinde durulması gibi nedenlerle bireysel eğitim yönteminde iletişim her iki taraf için de daha kolay olmakta, eğitilen dikkatini, eğitime tümüyle verebilmekte ve sonuç olarak, grup eğitimine göre daha etkili olabilmektedir. Buna karşılık, kişileri tek tek eğitecek, çok sayıda personel bulmak çoğu zaman mümkün olmadığından, ferdi eğitim metodu her zaman ve her yerde uygulanamamaktadır.

Grup Eğitimi

Adından da anlaşılacağı üzere; bir kaç kişiden, bir kaç yüz kişiye kadar olan bir grubun ortak olarak eğitilmesi işidir. Belli bir gruba ya da toplumu ortak olarak ilgilendiren konu ve sorunların ele alındığı eğitim biçimidir.

Grup eğitiminde, eğitilenlerin tümünün ilgisini aynı düzeyde tutmak güçtür. Bu bakımdan ve öğretimle kazanılan yeni bilgilerin hayatta kullanılmasını ve beceri kazanılmasını sağlayan eğitimin hareketli ve ilgi çekici olması lüzumu nedeniyle bu metotla yapılan eğitimde, topluluğun seviyesine ve elde mevcut imkânlarla göre çeşitli eğitim araçlarının bir veya bir kaçını kullanmak, daha başarılı sonuçlar almak için faydalı ve gereklidir.

Toplum Eğitimi

Toplumların ortak sorunlarının ele alındığı, basılı ya da görsel basın yayın organları ya da araçlarının kullanıldığı eğitim biçimidir. Olduğu hedef grup bir mahalle semt ya da kent olabileceği gibi ulus ve tüm insanlık ta olabilir.

Sağlık Eğitimi Araçları

Gruplara yapılan eğitimin daha etkili olmasını ve eğitilenlerin dikkat ve ilgilerinin devamını sağlamak amacıyla kullanılan araçları, hitap ettikleri duyu organlarına göre üç grupta mütalaa edilirler.

Görme duyusuna yönelik olanlar

Projeksiyonsuz olanlar:

- Yazı tahtası
- Bülten tahtası
- Flanelgraf
- Afişler, broşürler
- Resimler
- Karikatürler
- Grafikler
- Diyagramlar
- Krokiler - Haritalar - Küreler
- Plânlar
- Modeller - Maketler

- Kesitler
- Diogramalar
- Demonstrasyon
- Sergiler, Müzeler
- Basılı diğer eğitim araçları

Projeksiyonlu olanlar

- Slayt (Dia)
- Epi - Dia Filmstripler
- Sessiz filmler
- Tepegöz (Över Head)

Görme ve işitme duyularına yönelik olanlar

Projeksiyonsuz olanlar

- Kuklalar
- Karagöz
- Tiyatrolar
- Geziler

Projeksiyonlu olanlar

- Sesli filmler
- Karton filmler
- Sesli filmstripler Televizyon

İşitme duyusuna yönelik olanlar

- Radyo
- Plâk
- Bant (Teyp)
- Hoparlör
- Diğer

Buraya kadar sayılan çeşitli eğitim araçlarından, toplumun kültür seviyesine ve eldeki imkânlarla göre en uygun olanı veya olanları seçilerek kullanılır. Okuryazar oranı yüksek topluluklarda en etkin ve ucuz eğitim aracı olarak broşürleri gösterebiliriz.

Ülke çapındaki sağlık sorunlarıyla ilgili sağlık eğitimi için radyo ve televizyondan yararlanılır (Eğitim araçları şematik olarak Şekil 23'te gösterilmiştir).

Konu Seçimi

Topluma yapılacak sağlık eğitiminde hangi konuların anlatılacağı, bunlardan hangilerine öncelik verileceği, daha önceden tespit edilmiştir. Toplumun sosyoekonomik yapısı, örf ve âdetleri, inançları, sağlık alanındaki önemli sorunları, gereksinimleri ve olanakları mutlaka dikkate alınmalı ve konular bunlarla ilişkili olarak işlenmelidir.

Konu seçimi ile ilgili sağlık eğitimi programlaması iki bölümde ele alınmalıdır.

- Genel konuları içeren rutin sağlık eğitimi (kişisel hijyen, çevre sağlığı tedbirleri, beslenme, çocuk bakımı, hastalık durumunda erken haber verme, evde hasta bakımı vb.).
- Toplumun yapısındaki değişikliklerin, zaman ve yer faktörlerinin etkisiyle ortaya çıkan ve devamlı olmayan sorunların çözümüne yönelik konuları içeren sağlık eğitimi (Bir kolera epidemisi, göç olayı, gıda zehirlenmeleri vb.).
- Gerek rutin eğitimde ve gerekse zaman zaman ortaya çıkan sorunların çözümüne yönelik konuların öncelik sıralarına göre topluma verilmesi, hizmeti daha başarılı yapar. Bu öncelikleri şöyle sıralayabiliriz:
- Sağlık eğitimi yapılacak toplumun, içinde bulunduğu koşullarla ve karşılaştığı sorunlarla ilgili konular.
- Sağlık eğitimi yapılan topluma komşu durumda olan toplumların sağlık sorunları ile ilgili konular (Bir epideminin oradan bulaşabilmesinin olasılığı gibi).
- Komşu ülkelerin, ulusal sınırlarına kadar yaklaşmış olan ve her an memleketimize geçebilme durumunda olan sorunlarla ilgili konular (İnkubasyon süresi kısa, hücum nispeti yüksek bir enfeksiyon, örneğin kolera gibi tehlikeli bir salgın).

Toplumun içinde bulunduğu koşullar ve karşılaştıkları sorunlarla ilgili olarak sağlık eğitimi yapılırken, yetersiz koşulların düzelmesine, sorunların çözümüne yardımcı olacak bazı olanakların da topluma sağlanması, eğitimi daha etkili ve inandırıcı yapar.

Sağlık Eğitimi Yapılacak Grupların Öncelik Sıralarının Saptanması

Toplumla ilgili bütün çalışmalarda olduğu gibi, sağlık eğitimi konusunda da hizmeti, toplumu oluşturan gruplara, sağlık alanında karşılaştıkları riskler, hastalanmalara karşı hassaslık durumları, yapılan eğitimi kolayca benimseme ve uygulama hususları göz önüne alınarak, saptanacak öncelik sırasına götürmek esas alınmalıdır. Bu kriterlere göre toplum içinde sağlık eğitimine gereksinimi olan grupların, öncelik sırası şöyle sıralanabilir;

Ev Kadınları

Aile içinde; çocuk bakımı, aileyi oluşturan bireylerin beslenmesi, giyimi, ev temizliği, hastalara ve yaşlılara bakılması konularında, ev kadınının görev ve sorumluluğu büyüktür. Üstelik gebelik, lohusalık ve emzilik dönemlerinde ev kadını daha fazla hastalanma riskine maruzdur. Ayrıca 0 - 6 yaş grubu çocukların eğitilmesi ile de ev kadını meşgul olmaktadır. Bu nedenlerle, sağlık eğitimi öncelikle ev kadınlara yapılmalıdır.

Okul Çocukları

Okul çağlarında çocuklar öğrenmeye ve eğitime çok müsaittirler. Kötü alışkanlıkları ve katı davranışları mevcut olmadığından, onları iyi alışkanlıklara ve uygun davranışlara yöneltmek ve o yolda devam ettirmek yaşlı gruplara nazaran daha kolaydır.

Organize Topluluklar

İşçiler, okullar, askeri birlikler, hastaneler. Toplu halde yaşayan yukarıdaki gruplara, gerekli koşulları ve uygulamaları yerine getirerek yapılan sağlık eğitimi daha etkili olmaktadır.

Köy Toplumunu

Köy toplumu, şehir toplumuna nazaran daha elverişsiz koşullarda yaşadığı cihetle sorunları daha çok bir toplumdur. Bu nedenle eğitime daha fazla ihtiyacı vardır.

Şehir Toplumunu

Sağlık eğitiminde sonuncu grup olarak şehir toplumunu ele alıyoruz. Burada önceliği, daha yetersiz koşullarda yaşayan gecekondu, bölgelerinde oturan gruplara vermek lâzımdır. Daha sonra kalabalık faktörü, epidemiler, hava ve su kirlenmesi gibi konularda da, şehir toplumlarına eğitim hizmeti götürülmelidir.

Sağlık Eğitimi Kimler Yapmalıdır?

Ferdi eğitimin, ev ziyaretlerinde, hasta muayenesi sırasında sağlık personeli tarafından yapıldığını daha önce belirtmiştik. Herkesi tek tek eğitecek sağlık personeli veya yeterli zaman bulmanın imkânsızlığı karşısında, başvurduğumuz grup eğitimini, sınırlı bazı durumlar dışında, sağlık personelinin yapması, fazla yarar sağlamamaktadır. Çünkü eğitimi yapacak sağlık personeli, devamlı olarak toplumun bulunduğu yerde oturmamakta ya da toplumu teşkil eden fertlerle, devamlı temas halinde bulunamamaktadır. Bir başka deyişle eğitilenler, konu ile ilgili hususlarda her zaman eğiten ile konuşmak, aydınlanmak imkânına sahip değildirler. Bu birinci mahzuru teşkil etmektedir. İkinci mahzur mahalli lehçe, deyimler yani sağlık personelinin genellikle bilimsel veya kendi seviyesinde yaptığı konuşmaların, dinleyenler tarafından yeterince anlaşılmasındadır. Ayrıca halkın büyük çoğunluğu, yeni fikirleri, görüş ve davranışları, kendi toplumu içinde devamlı olarak yaşayan bilgisine ve tecrübesine inandığı, saygı duyduğu kimselerden öğrenirse, daha kolay ve daha çabuk benimser.

Yukarıda açıklanan nedenlerle gruplara yapılacak sağlık eğitimini, bizzat sağlık personeli değil, sağlık personeli tarafından yeterince eğitilmiş, inandırılmış toplum liderleri dediğimiz kişilerin yapması daha yararlı olmaktadır. Çünkü imam, muhtar, öğretmen, emekli bir memur gibi grupta sevilen ve sözü dinlenen kişiler, otobüs, minibüs şoförleri, ustabaşı, birlik kumandanı, servis hemşiresi gibi kimseler, devamlı olarak kendi toplumunun içinde yaşamakta, onlarla yakın ilişkiler içinde bulunmakta, aralarında konuşma ve anlaşmada kullandıkları sözler, deyimler farklılık göstermemektedir. Bu nedenlerle çevrelerinde daha etkili olmaktadır. Böylece mahalli liderler tarafından yapılan sağlık eğitimi, anlatım - anlama ile ilgili karşılıklı anlaşmanın tam olmasıyla etkinlik, liderlerin devamlı olarak toplumları içinde bulunmalarıyla de süreklilik kazanmaktadır.

Sağlık Eğitiminin Değerlendirilmesi

Sabırlı, dikkatli ve devamlı bir çalışma isteyen sağlık eğitiminin, başarılı olup olmadığını veya ne ölçüde başarılı olduğunu tespit etmek için belirli süreler sonunda değerlendirme yapılması gereklidir. Toplumun daha önceki sağlık seviyesi ile eğitim sonrasındaki sağlık seviyesinin karşılaştırılması bize bu imkânı vermektedir.

Toplumların sağlık seviyelerini gösteren başlıca kriterler şunlardır:

- Bebek ölüm oranı
- Anne ölüm oranı
- Bulaşıcı hastalıkların ve paraziter enfestasyonların yaygınlık durumu
- Dejeneratif hastalıkların toplumdaki oranı,
- Beslenme durumu
- Nüfus artış hızı ve bunun yarattığı sorunlar
- Düşükler ve yarattığı sorunlar

Toplumun sağlık seviyesinin yalnızca sağlık eğitimi ile yükselebileceğini iddia etmek pek mümkün değildir. Sağlık seviyesinin yükselmesinde alt yapı tesislerinin, sosyoekonomik ve kültürel gelişmenin, koruyucu tedbirlerin, teşhis ve tedavi olanaklarının etkileri muhakkaktır. Ancak, bunlardan yeterince yararlanma konusunda, bireylerin ve toplumun uygun bir davranış içinde olmasının da rolü aşikârdır. Toplumun sağlıklı yaşama konusunda uygun davranış ve alışkanlık kazanması ise, sağlık eğitimi sayesinde mümkün olmaktadır. Toplumun sağlık seviyesini gösteren kriterlerin, eğitimden önceki ve sonraki durumları ile etkili faktörlerin payları göz önüne alınarak, sağlık eğitiminin değerlendirmesi yapılmalıdır. Değerlendirme, yeni çalışmalara ışık tutacak, başarının daha fazla olmasını sağlayacaktır.

Yetişkin Eğitiminin Özellikleri

Yetişkin Ne Demektir

Yetişkinin birçok tanımı vardır, ancak bu tanımlardan hiç birisi amacı tam olarak ifade etmemektedir. Bu nedenle de, yetişkini bir cümle ile tanımlamak yerine onun özelliklerini saymak daha doğru ve anlaşılır olacaktır.

Yetişkin;

- Yaşı 18'i geçmiş, herhangi bir eğitim kurumuna tam zamanlı öğrenci olarak devam etmeyen,
- Olgunlaşmış, büyüme ve gelişmesini tamamlamış, kişiliği oluşmuş ve bütün yeteneklerini kullanabilen,
- Kendisi ve diğer kişilerle ilgili olarak uygun davranabilen ve doğru karar verebilen,
- Bağımsız ve iradi olarak iş yapabilen, sorumluluk üstlenebilen kişidir.



Bütün bu özelliklerden hareketle ve bir cümleyle tanımlamak gerekir ise, zorunlu ve örgün eğitim dışına çıkmış, olgunlaşmış, bağımsız olarak, uygun ve uyumlu davranabilen kişiye **yetişkin** denir.



Yetişkinin Öğrenme Gücü ve Öğrenme Süreci

Yaş ilerledikçe öğrenme gücünün azaldığı şeklinde genel bir kanı vardır (ağaç yaşken eğilir). Bu tamamen yanlış bir inançtır. Yaş ilerledikçe azalan öğrenme gücü değil öğrenme hızıdır. Yeterince zaman ayırmak koşuluyla, her yetişkin her türlü bilgiyi öğrenebilir. Ancak, öğrenme hızı; 20 - 25 yaşlarda en hızlı, 26 - 45 arasında yıldan yıla küçük azalmalar gösterir, 46 yaşından sonra ise öğrenme hızı önemli oranda yavaşlar. Bu nedenle de, yetişkinlerin eğitiminde esas sorun, onların öğrenme gücünde değil, öğretmenlerin aceleciliğindedir.

Yetişkinler, çocuklara göre, daha yavaş öğrenirler. Çünkü bilgi ve becerileri bir süreçten, çeşitli aşamalardan geçirdikten sonra öğrenir ve kabul ederler. Bu süreçler kısaca şöyle sıralanabilir:

- **Farkında olma:** Yetişkin, önce yeni ya da kendisinin bilmediği bir bilgi ve becerinin, olayın, olgunun var olduğunu duyar ve farkına varır.
- **İlgilenme:** Konuya ilgi duyar. Bu yeniliğin ya da bilginin yararlı ve üstün yanlarını merak ederek öğrenmek ister. Duyum düzeyindeki konu hakkında, daha detaylı bilgi toplamaya çalışır.

- **Değerlendirme:** İlgilendiği konuda daha detaylı bilgi edinen yetişkin, bu bilgi ve becerinin kendisine getireceği maliyet ve yararları konusunda bir değerlendirme ve hesaplama yapar. Bu değerlendirmede, yararların daha ağır bastığına emin olmak ister. Sonucun kendisi için yararlı ve karlı olup olmadığını tartar hesaplar. Karlı bulur ise denemek ister.
- **Deneme:** Öğrendiği bilginin, kendisine getireceği yararı, karlılığı küçük bir uygulama ile dener. Sonuçlarını gözler. Deneme sonunda da yararlı ve karlı olduğu kanısına varır ve inanır ise, uygulama yapmak ister. Kesin kararını deneme sonuçlarına göre verir.
- **Uygulama:** Yetişkin, bilgiyi, konuyu, benimsemiştir, gerekli girişimlerde bulunarak, uygulamaya geçer.

Yetişkinin Eğitim Açısından Özellikleri

- **Yetişkinlerde sorumluluk duygusu gelişmiştir:** Bu nedenle de, kendi gelişim ve eğitiminin sorumluluğunu ilk önce kendisi duyar, kendisi üstlenmek ister. Kendisine bir çocukmuş gibi davranılmasından, sorumsuz kişi gibi görülmekten, otoriter ve dikte ettirici tavırlardan hoşlanmazlar. Buna karşılık, eşit insanların dostane ilişkilerinden hoşlanırlar.

Eğitiminin amaçlarını kendisi belirlemek ister. Bu nedenle, yetişkinlere yapılacak eğitimin amaçlarının onlarla birlikte belirlenmesi gerekir.

- **Yetişkinlerde benlik duygusu gelişmiştir:** Yetişkinler, her türlü ilişkilerinde, kendilerine saygı duyulmasını bekler ve ister. Bu nedenle de, çok alıngandırlar. Başkalarının yanında küçük düşürülmek istemezler. Denetim eğitiminde, denetçi karşısındakinin alınmasına yol açacak herhangi bir davranışta bulunmamalıdır. Ayrıca, denetlediği kişileri, başkaları karşısında küçük düşürmemeli veya küçük düşürüldüğü izlenimi ve duygusu yaratmamalıdır.
- **Yetişkinler gereksinim duydukları konuları öğrenirler:** Yetişkinlerin bir konuyu öğrenmeleri için, her şeyden önce, o bilgiye gereksiniminin olması; bir sorununu çözmeye yaraması, ondan bir yarar, girdi elde etmesi (kendini yeterli hale getirecek, başarısını arttıracak) gerekir. Bu nedenle de, yetişkinlere verilecek eğitimlerin, her şeyden önce, onların gereksinimlerine göre düzenlenmesi, bir soruna ve çözümüne yönelik olması gerekir. Ayrıca, her bilgi ile birlikte o bilgiden nasıl yararlanacağını ve ona ne yarar getire-

ceğinin açıklanması da yerinde olur. Yetişkinler, çevreyi tanımasına yarayan ve onu denetim altına aldırarak bilgilerden hoşlanırlar.

Yetişkinin eğitime istek duyması, eğitimin onun güdülerine yanıt vermesi ve ilgi alanları ile örtüşmesine bağlıdır. Bu nedenle yetişkinlere eğitim vereceklerin, eğitim vereceği grubun güdülerini ve ilgi alanlarını iyi bilmesi gerekir.

Yetişkinlerin başlıca ilgi alanları şunlardır:

- > Mesleğini, işini ilerletecek bilgiler
 - > Eksiklik duyduğu konuyu tamamlayacak bilgiler
 - > Becerilerini artırıcı, yaparak öğrenmeye elverişli konular
 - > Toplumsal prestij sağlayacak konular
- **Yetişkinler pratik düşünür:** Yetişkin, hemen işine yarayacak, günlük kullanabileceği bilgi ve becerileri öğrenmek ister. Geçmiş hikâyelerden, geleceğe ilişkin, uzun vadeli ve teorik bilgilerden hoşlanmazlar. Bu nedenle, yetişkinlere aktarılacak bilgilerin pratik ve güncel bilgiler olması gerekir.
 - **Yetişkinler, bilgi birikimi olan ve deneyimli kişilerdir:** Bu nedenle de, her türlü ilişkilerinde, kendi bilgi ve görgülerini dile getirmekten hoşlanırlar ve onlardan yararlanılmasını isterler. Aynı şekilde, iletişim ve etkileşim süreçlerine katılmak ister ve pasif eğitimden hoşlanmazlar.
 - **Yetişkinler katıldıkları eğitimin sonuçlarını bilmek ister:** Bu nedenle de, eğitimin değerlendirmesinde bulunmak katılmak isterler. Ergin eğitiminin sonuçları onlarla birlikte değerlendirilmelidir.

Örgüt yöneticileri yapacakları her türlü eğitimde ve bu arada denetim eğitimlerinde, yetişkinin yukarıda özetlenen özelliklerini göz önünde bulundurmaları zorundadır. Aksi halde, tüm emekleri boşa gideceği gibi, örgütün verimliliğine de bir katkı getiremezler. Çok özet bir biçimde yinelemek gerekir ise, yönetici ve denetçi konumunda olanlar, çalışanların gereksinimlerini iyi bilmeli, bilmiyor ise tespit etmeli ve bu tespitlerden yola çıkmalıdır.

Yetişkin eğitiminde, son derece pratik ve sabırlı olunması gerekir. Aceleciliğe hiç bir zaman yer yoktur. Bir hafta önce aktarılan bilginin hemen uygulamaya geçmeyeceği bilinmelidir. Zamanın uzaması nedeniyle yılgınlığa düşülmemesi ve sabırlı olunması gerekir.



Özet

Eğitim insanları amaçlar doğrultusunda etkilemek ve değiştirmektir. Örgün yaygın ve algın olmak üzere üç türü vardır. Sağlık eğitimini uygularken bireysel grup ve kitle eğitim yöntemlerinden yararlanılır.

Sağlık eğitimi yapılırken konu ve grup eşleştirmesine özen göstermek gerekir. Yetişkinlere verilecek eğitimde uygun yol ve yöntemler kullanılmalıdır. Eğitimin sonuçları mutlaka değerlendirilmelidir.

Gözden Geçir



- Eğitim ve öğretimin farkı nedir?
- Eğitim kaç türde yürütölür?
- Sağlık eğitiminde daha çok hangi tip eğitim yapılır?
- Sağlık eğitiminde hedef grupların önceliklemesi nasıl sıralanır?
- Sağlık eğitiminde konuların önceliklemesi nasıl yapılır?
- Sağlık eğitiminde kullanılan araçlar nelerdir?
- Eğitim açısından yetişkin özellikleri nelerdir?
- Eğitim değerlendirilmesinde başlıca hangi sağlık düzey ölçütleri kullanılır?



Değerlendirme Soruları

1. Aşağıda sayılanlardan hangisi bir eğitim türü değildir?
 - a. Örgün
 - b. Yaygın
 - c. Algın
 - d. Bireysel
 - e. Mekanik
2. Aşağıda sayılanlardan hangisi bir yetişkinin özelliği değildir?
 - a. Önerilen her şeyi kabul eder
 - b. Deneyimlidir
 - c. Pratik düşünür
 - d. Gereksinim duyduklarını öğrenir
 - e. Benlik duygusu gelişmiştir
3. Aşağıda sayılanlardan hangisi eğitimin sonuçlarını değerlendirmede kullanılmaz?
 - a. Bebek ölüm hızı
 - b. Bulaşıcı hastalıkların ve paraziter enfestasyonların yaygınlık
 - c. Anne ölüm hızı
 - d. Beslenme durumu
 - e. Kentleşme düzeyi

Kaynaklar ve Daha Fazla Bilgi



- Aydın M.: Eğitim Yönetimi (3. baskı), Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1991
- Celep C.:Halk Eğitimi (2. basım), PEGEM, Ankara, 1995
- Chapman E.N.: The New Supervisor, An Exercise in Lidership, A Fifty Minute Series Book, Crisp Publications, California, 1992
- Cüceloğlu D.: İçimizdeki Çocuk (7. Baskı), Remzi Kitabevi, İstanbul, 1994
- Demirel Ö.: Genel Öğretim Yöntemleri, USEM Yayınları, Ankara,1994
- Dirican M., Bilgel N. : Halk Sağlığı,Toplum Hekimliği, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993
- Drucker P. F. : Yönetimin Görevleri, Sorumlulukları, Uygulamaları (Tercüme: Dilber F.) , ÖDTÜ Basım İşbirliği, Ankara, 1994
- Geray C. : Halk Eğitimi, A.Ü. Eğitim Fakültesi Yayınları no:73, A.Ü. Basımevi, Ankara, 1978
- Güler Ç., Çobanoğlu Z. : Çevre Sağlığı Konusunda Toplum Eğitim İlkeleri, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi no: 37, Ankara, 1994
- Güneş F.: Yetişkin Eğitimi (Halk Eğitimi), Ocak Yayınları, Ankara, 1996
- Tekin H.: Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme (Sekizinci Basım), Yargı Yayınları, Ankara, 1993
- Tortop N., İsbir E.G., Aykaç B.: Yönetim Bilimi, Yargı Yayınları, Ankara, 1993

HALK SAĞLIĞI

1. Halk Sağlığına Giriş
2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri
3. Çocuk Sağlığı Kontrol Programları
4. Okul Sağlığı & Gençlerin Sağlık Sorunları (Gençlikte Riskli Davranışlar)
5. Kadın Sağlığı
6. Doğurganlığın Düzenlenmesi ve Aile Planlaması
7. Çalışan Sağlığı
8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
9. Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)
10. Çevre Sağlığı
11. Kazalar
12. Afetler
13. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
14. Türkiye'de Sağlık Hizmet ve Politikaları
15. Bulaşıcı Hastalıklar
16. Beslenme
17. Sağlık Eğitimi

18

İletişim

Prof. Dr. Recep Akdur

Ünitede Ele Alınan Konular

Bu ünitede iletişimin tanımı önemi ile iletişimin etkililiğini arttıran ve azaltan özellikler ele alınmıştır.

Ünite Hakkında

Ünitede genelde insanların özelde ise sağlık çalışanlarının günlük yaşamlarının büyük bir bölümünü oluşturan iletişim eylemlerinin başarılı olmasına yönelik bilimsel destek sunulmaktadır. Bireyler ya da sağlık çalışanları; aileleri ve ilişkide bulunduğu diğer özel kişilerle, meslektaşlarıyla, çalıştığı kurumun üyeleri ve yöneticileriyle, kurumundan ve kendisinden hizmet alanlarla ve toplumla süregelen bir biçimde iletişim içindedirler. Bu nedenle de ilişkilerinin sağlıklı ve başarılı olması, iyi bir iletişim içinde olması, başka bir söylemle iyi bir iletişim bilgi ve becerisine sahip olması ile olanaklıdır.

Öğrenme Hedefleri



- İletişimi tanımını bilmek,
- İletişimin önemini kavramak,
- İletişimin öğelerini sayabilmek,
- İletişimde etkililiği arttıran davranışları bilmek,
- İletişimde etkililiği azaltan davranışları bilmek.

Üniteyi Çalışırken



Metni dikkatlice okumak ve daha önceki bildikleri ile sentezlemek yeterlidir.

Tanım ve Önemi

İletişim (communication); etimolojik olarak kökenini, Latince «communucare = ortak kılma” sözcüğünden alan (türetilen) bir sözcük olup, insanlar arasında ortak görüş, düşünce, anlayış ve davranış oluşturma işlemleri ve süreci demektir. Başka bir tanımla, bireyler ya da grupların, ortak bir anlayışa varmak amacıyla, birbirlerini etkilemek için ortaya koyduğu, her türlü davranışa iletişim denir. Buradan çıkarılacağı gibi, *iletişim, iki ya da daha fazla insan arasında geçen etkileşim ve paylaşım sürecidir. Kısaca, kişiler ya da gruplar arası bilgi alışverişi veya ileti (mesaj) aktarımı olarak tanımlanabilir.*

İletişimde erek, insanlar arasında bilgi tutum ve davranış ortaklığı sağlamaktır. Böylece insanların olaylar ve sorunlar karşısında ortak tavır alması ve birlikte hareket etmesi sağlanır. Kişiler arası ilişkilerde olduğu gibi, grup veya örgüt üyeleri ilişkilerinin de başarılı sonuçlar vermesi, doğrudan başarılı bir iletişime bağlıdır.

Genelde insanın özelde ise sağlık çalışanının günlük yaşamlarının büyük bir bölümü iletişim eylemlerinden oluşur. Çünkü, kişi ya da sağlık çalışanı, 1) ailesi ve ilişkide bulunduğu diğer özel kişilerle, 2) meslektaşları ile, 3) çalıştığı kurumun üyeleri ve yöneticileri ile, 4) kurumundan ve kendisinden hizmet alanlarla ve 5) toplumla süregelen bir biçimde iletişim içindedir. Bu nedenle de tüm bu ilişkilerinin sağlıklı ve başarılı olması, bunlarla iyi bir iletişim içinde olması, başka bir söylemle iyi bir iletişim bilgi ve becerisine sahip olması ile olanaklıdır.

Kurum ve kuruluşların yönetimde erek, çalışanların davranışlarını güdülemek ve eşgüdülemek suretiyle, çalışanların birbirleri ile işbirliği yapmalarını; kurum ve kuruluşun amaçlarına ulaşmasını sağlamaktır. Kısaca, insanları eğitmek, yani onlara birtakım mesajları veya bilgileri aktararak, bu mesajların içeriğine onları ikna etmek ve bu mesaj/ bilgi doğrultusunda davranmalarını sağlamaktır. Bunun yolu da yönetim ve yöneticinin iyi bir iletişim sistemi kurarak çalışanlarla başarılı bir iletişim kurmasından geçmektedir. Başka bir anlatımla yönetimin başarısı, kurum amacı ve hedeflerinin ne olduğunun kurum üyelerine iyi anlatması ve iletilmesine bağlıdır. Olumsuz söyleyişle, yönetim ve yöneticinin başarısızlığının altında yatan en önemli neden iletişim yetersizliği ya da bozukluğudur.

İletişim olmadan, herhangi bir grup ya da kurum üyelerinin, belirli bir amaca yönelik olarak işbirliği yapmaları ve uyumlu çalışmaları olanaksızdır. Bu yönüyle bakıldığında, örgütün kurulmasından başlaya-

rak, tüm yönetim süreç ve aşamalarındaki yönetimin temel işlevinin iletişim olduğu söylenebilir. İletişim, yönetimin yalnızca işlevlerinden birisi olmakla kalmaz, tüm yönetim süreçlerini belirler ve biçimlendirir.

Bu bilgilerden hareketle, yönetimin özünde bir iletişim olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu nedenle de, yöneticinin iletişim tekniklerini çok iyi bilmesi; kısaca, çok iyi bir iletişimci olması gerekir. Aynı şekilde, örgüt çalışanlarının da çok iyi bir iletişimci olması gerekir. Çünkü çalışanın yönetim ve iş arkadaşları ile iyi bir iletişim kurmadan verimli olması olanaklı değildir.

Çağdaş anlayışa göre, örgüt; tıpkı bireyler gibi, toplumla yoğun bir alışveriş, etkileşim ve iletişim içinde olan açık bir sistemdir. Bu nedenle, örgüt, yalnız örgüt içi iletişim yapmaz, toplumla da iletişim yapmak zorundadır. Topluma verdiği çıktılar, yani mal ve hizmetleri hakkında sürekli bilgi almak, ürününün niceliğinin ve niteliğinin toplumda yarattığı etki ve toplumun buna vermiş olduğu tepkiyi bilmek ve öğrenmek zorundadır. Ancak bu yolla, örgütün çalışmalarının bir değerlendirmesi yapılabilir ve üretim toplumun istek ve beklentilerine uydurabilir. Aksi takdirde, üretilen hizmet ya da mal toplum tarafından tüketilmez, diğer bir anlatımla talep edilmez.

Bir örgüt, yaşayabilmesi ve varlığını sürdürebilmesi için toplumu şimdiki haliyle tanımak ve gelecekteki değişikliklerini tahmin etmek, öngörmek zorundadır. Böylece, hem güncel olarak hem de gelecekte toplumla uyum sağlayabilir ve hizmetlerini planlayabilir, planlamak da zorundadır. Geleceğe ilişkin planlar ise, toplumdaki değişimlere, gelişim tahminlerine ve öngörülere dayanmak zorundadır. Bunun tek yolu da toplumla sürekli ve yoğun bir iletişimde bulunmaktır.

Örgüt, başta insan gücü, teknoloji ve sarf malzemesi olmak üzere, üretimde kullandığı girdileri toplumdan alır. Yönetim ve yönetici, örgütün gereksinimine, nitelik ve nicelik olarak en uygun girdileri alabilmek için bir dizi kararlar üretmek zorundadır. Yöneticinin doğru ve hızlı karar alabilmesi ise, hem örgüt hem de toplum hakkında, kendisine yeterli miktarda bilgi akmasına bağlıdır. Toplumdan sağlayacağı girdiler konusunda, doğru kararları alabilmek için, bu yönüyle de toplumu tanınması ve bilmesi gerekir. Diğer bir anlatımla, toplumdan bilgi toplamak, yani onunla iletişimde bulunmak zorundadır.

Aynı şekilde, örgütün hizmetlerinin toplum tarafından alınması, kabullenilmesi; yani mal ve hizmetlerine talep oluşması için topluma

bilgi aktarması, onu eğitmesi ve bu amaçla toplumla iletişimde bulunması gerekir.

Yukarıda aktarılan bilgilerden çıkarılacağı üzere, bir örgütün yaşaması ve verimli bir şekilde çalışabilmesi için gerek örgüt içi ve gerekse örgüt dışı (toplumla) sürekli ve yoğun bir iletişimde bulunması gerekmektedir. Bu özelliğinden dolayı, bazı düşünürler iletişimin bir örgüt için olan öneminden söz etmekle yetinmemekte, daha da ileri giderek, örgütü bir iletişim ağı olarak tanımlanmakta ve örgütün özünün iletişim olduğunu söylemektedir. Özetle, bu düşünürler iletişimin örgüt ve yönetimin ta kendisi olduğunu söylemektedir.

İletişim Süreci ve İletişimin Öğeleri

İletişimin, en kısa tanımının insanlar arasında bilgi alışverişi olduğundan yukarıda söz edilmişti. En az iki kişi arasında gelişen bir süreç olup, gönderici, kanal ve alıcı bu sürecin üç temel ögesini oluşturur. Bilgi, insanlar arasında, doğrudan ve yüz yüze aktarılabilmesi gibi, dolaylı yollarla da (yazı, genelge, broşür, kitap, radyo, tv gibi) aktarılabilir. Yönetimde, bu tür yolların ya da iletişim kanallarının hepsi kullanılır. İletişimin başlıca öğeleri ise şunlardır: 1) Amaç, 2) Gönderici, 3) İleti, 4) İletim kanalı, 5) Alıcı, 6) Yorum, 7) Geri bildirim, 8) İletişim ortamı.

Amaç

İletişim kuramında, iletişimin genel amacı bilginin veya iletinin aktarılmasıdır. Temel amaç ise, alıcıyı etkilemek ve onun davranışını değiştirmektir.

Bilinçli ya da bilinçsiz bir süreç olan iletişimi başlatan, alıcının davranışını değiştirecek bilgiye (iletiye) olan gereksinimdir. Bu gereksinimi doğuran nedenlerdir.

Bilinçli ve planlı bir süreç olması gereken, yönetim amaçlı iletişimde ise, amaç; a) Amaç ortaklığı ve işbirliği isteği yaratarak insanların bir araya gelmesini (örgütlenmesini) ve bunun sürekliliğini sağlamak, b) Örgüt üyelerini eğitmek, bilgili ve deneyimli kılarak verimliliklerini artırmak, c) Doğru kararlar vermek için gerekli bilgilere ulaşmak, d) Birim ve bireylere görev dağıtarak böylece onları eşgüdölemek, e) Çalışanları güdülemek, f) Erdemli ve doğru davranış kalıplarına sahip grup ve topluluklar oluşturmak, h) Örgütle toplumun uyumunu sağlamaktır.

İletişimin amacının, iletişimde bulunan taraflarca (gönderici - alıcı)

bilinmesi, onaylanması ve bu amacın önemine inanılması, iletişimi olumlu yönde etkiler, kolaylaştırır ve etkili hale getirir. Aksi takdirde, sağlıklı bir iletişim kurulamaz. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda, yönetim iletişiminde amacın, taraflarca bilinmesi, onaylanması, benimsenmesi ve bu amacın önemine inandırılması son derece önemlidir. Yönetimde, iletişimin başarısının ilk ve vazgeçilmez koşulu budur.

Gönderici/Kaynak

İletişimi başlatan, iletmek istediği bilgi ve düşünceleri, simgeleştirerek bir ileti şeklinde düzenleyen ve alıcıya gönderen kişi veya gruptur.

Geleneksel yönetimde, gönderici ile daha çok yönetici ve üst konumda çalışan kişiler anlaşılır, anlatılmak istenir. Oysa çağdaş iletişim kuramında, iletişim çift yönlü bir süreçtir. Bu nedenle de, gönderici; yalnızca üst konumunda olanlar ya da yöneticiler değil, tüm çalışanlardır. Bundan ötürü, bir örgütün verimli olabilmesi için, yalnız yöneticilerin iyi birer iletişimci olması yetmez, tüm çalışanların iletişim ve iletişim tekniklerini bilmesi ve iyi birer iletişimci olması gerekir.

Göndericinin, bilgi, beceri ve deneyim düzeyi, istek ve güdülleri, örgütteki konumu, ait olduğu gruplar, sosyokültürel durumu, kişiliği, davranış kalıpları, ruh hali, örgüt ve alıcılar hakkındaki düşünceleri ile alıcılarla olan ilişkileri gibi özellikleri iletişimi etkileyen en önemli etmenlerdir. Çünkü gönderici, iletiyi bu özelliklerine uygun olarak planlar, düzenler ve gönderir.

Göndericinin, ileti düzenleyeceği ya da bilgi göndereceği konuda çok iyi bir bilgi ve beceriye sahip olması gerekir. Hiç kimse, bilmediği bir konuda etkili bir iletişim kuramaz. Dolayısı ile özellikle de üst konumunda çalışan kişilerin, örgütün çalışma konusunu, teoriği ve pratiği ile çok iyi bilmesi, bu alanda çok iyi yetişmiş olması gerekir. Bu hem iletinin amacının iyi tanımlanıp analiz edilmesi için hem de iyi bir ileti düzenlenmesi için gereklidir.

Göndericinin, konuşma, yazma, okuma becerilerinin iyi olması, iletişim araçlarını ve iletişim tekniklerini iyi bilmesi ve kullanması gerekir. Aksi takdirde, iletiyi aktaramaz, iyi bir iletişim kuramaz ve amacına ulaşmada başarılı olamaz.

İletinin içerdiği bilgilerin gerçeklere uygun ve uygulanabilir olması gerekir. Bu nedenle de, göndericinin, özellikle yönetici konumundaki göndericilerin, toplumunu, bölgesini iyi tanuması, örgüt birim ve çalı-

şanlarının yeteneklerini, kapasitelerini ve onların sosyo kültürel özelliklerini de çok iyi bilmesi gerekir. Aksi takdirde, gönderdiği iletiler uygulanabilirliği olmayan bilgiler içerir. Bu durumda, ileti bir işe yaramadığı gibi, gönderici ve alıcının birbirleri üzerindeki (yöneticinin çalışanlar üzerindeki, çalışanın ise yönetici indindeki) etki ve güvenin kaybolmasına da neden olur.

İleti (bilgi, mesaj)

Göndericinin, alıcıya iletmek istediği bilgi, duygu, düşünce veya isteğine ileti denir. Başka bir tanımla, göndericinin düşünce ya da isteğinin, yine gönderici tarafından, sözcük, şekil ve davranış gibi çeşitli simgelerle (sembollerle) şekillendirilerek, düzenlenmiş haline ileti denir.

İletinin, her şeyden önce, isteğe ve amaca uygun olarak hazırlanması gerekir. Hangi yöntem ya da kanalla gönderilirse gönderilsin, ileti çok açık ve anlaşılır olmak zorundadır. Bu nedenle de, yanlış anlamalara neden olmayacak açıklıkta ve sadelikte düzenlenmelidir.

Bir iletinin içeriği, yani esas iletmek istediği bilgi kadar, bu iletinin kimden, nereden geldiği, ne ile ilgili ve amacın ne olduğu, neden, nasıl ve ne ile gönderildiğinin, alıcı tarafından bilinmesi de çok önemlidir. Bundan ötürü, her tür iletişimde, esas bilginin yanında, bu konuların da çok açık ve net bir şekilde belirtilmesi ve belli olması gerekir (yazışmalardaki antet, konu, ilgi, sayı gibi ek bilgiler hep bu gereklilikten doğmuştur).

İletinin, alıcıların bilgi, beceri, pozisyon ve sosyo kültürel özelliklerine göre düzenlenmiş olması gerektiğinden yukarıda da söz edilmişti. Toplumun, özellikle de alıcıların, bu özelliklerini dikkate almayan bir iletinin başarı düzeyi çok düşük olur.

İletişim Kanalı

İletinin gönderilme ya da aktarılma biçimine iletişim kanalı adı verilir. Başlıcaları, a) Sözlü, b) Sözsüz (ses tonu, mimik ve vücut hareketleri vb.), c) Yazılı (genelge, afiş, broşür, bülten, kitap vb.), d) Elektronik aygıtlardır (radyo,televizyon vb.).

İletişim kanallarından en etkili olanı sözlü aktarımdır. Çünkü hızlı ve anında geri bildirim alınabilen bir iletişim türüdür. Ancak, kayıtlanamaması ve göndericinin iletiyi yinelemesi durumunda, her seferinde ve tüm alıcılara aynı iletiyi verememesi gibi sakıncaları vardır. Yazılı iletişimin ise, standart olması, kanıt niteliği taşıması, kayıtlara geçmesi gibi avantajları yanında, yavaş olması, geri bildirim gecikmesi ve

alıcılar arasında farklı yorumlanması gibi dezavantajları vardır.

İletişimde, iletiye ve duruma en uygun kanal seçilmelidir, gereğinde çoklu kanal kullanılması alıcının iletiyi alması ve algılamasını kolaylaştırır. Örneğin iletilecek bilgi ve isteklerin önce sözel olarak aktarılması, hatta görsel ve işitsel araçlarla desteklenmesi, arkasından da iletilen bu bilgi ve isteklerin yazılı olarak bırakılması alıcının alma ve algılama düzeyini çok yükseltir.

Alıcı

İletinin gönderildiği ve göndericinin etkilemek istediği kişi, grup veya kurumdur. İletişim kuramında, alıcı en az gönderici kadar önemlidir. Geleneksel yaklaşımlarda bu önem kavranmaz ve alıcı önemsenmez. Bu durumda iletişim tamamlanamaz. Bu nedenle de, gönderici (özellikle yönetici konumunda olanlar) alıcıya (çalışanlara) büyük bir önem vermelidir ve vermek zorundadır.

Alıcının, bilgi, beceri ve deneyim düzeyi, istek ve güdüleri, örgütteki konumu, ait olduğu gruplar, sosyokültürel durumu, kişiliği, davranış kalıpları, ruh hali, gönderici hakkındaki düşünceleri ve onunla olan ilişkileri gibi özellikleri iletişimi etkileyen önemli etmenlerdir. Çünkü alıcı, iletiyi bu özelliklerine uygun olarak deşifre eder, yorumlar ve tepki gösterir.

Alıcı, iletiyi anlayıp yorumladıktan sonra, kendi beklenti, ilgi, bilgi, beceri ve olanakları ile uyumlu (yapılabilir), aynı zamanda da örgütün amaçları ile uyumlu bulur ise, iletiyi kabul eder ve gereklerini yerine getirir; yani olumlu tepki verir. Aksine, iletiyi anlamaz, yapılamaz ya da kendi beklenti ve örgütün amaçları ile bağdaşmaz bulur ise, iletiyi reddeder ve gereklerini yerine getirmez, olumsuz tepki verir.

Etkili bir iletişimde, alıcının mutlaka aktif olması ve iletişime katılması gerekir. İletiyi aldıktan sonra, onu yorumlamalı, göndericiye yanıt vermeli ve tepki göstermeli; yani geri bildirimde bulunmalıdır. Tüm bunların olabilmesi için, yöneticinin olduğu kadar, alıcının da örgüt ve toplumunu iyi tanınması gerekir.

Deşifre edilmiş ileti / yorum

Alıcının, iletiyi deşifre ettikten ve yorumladıktan sonra, anladığı, algıladığı anlam, düşünce ve içeriğe deşifre edilmiş ileti denir.

Göndericiden çıkan ileti, hiyerarşik kademelerden bir alt ya da üst kademeye aktarılırken; yani iletişim ağlarından geçerken, değişikliğe uğrayabilir ve farklı bir anlam ve içeriğe kavuşarak alıcılara ulaşabilir.

Çünkü kademeler arasında aktarım yapılırken, iletinin bazı kısım ya da bilgileri (asta ya da üste aktarılmasının gereksiz olduğu düşünülen kısımları) genellikle çıkarılır, ayıklanır. İletişimde, bu olaya süzgeçleme denir. Süzgeçleme, iletiyi aşırı bilgi yükünden arındırarak, yalnızca alıcının gereksinimine yanıt verecek kısımların aktarılmasını amaçlar. Ancak, süzgeçleme, özellikle de iyi yapılmamış bir süzgeçleme, iletinin kayıplara uğramasına neden olarak, ileti ile deşifre edilmiş ileti arasında farklılık oluşması riskini artırır.

İletiler, iletişim ağında süzgeçlenmese ve bir değişikliğe uğramasa bile, alıcı tarafından göndericinin amaçladığı içerik ve anlamda yorumlanmayabilir. Alıcı, iletiden daha farklı bir algılama ve yorum çıkarabilir. Çünkü bir sözcüğe ya da şekle (simgelere / sembollere) ve bunlardan oluşan bir yazıya veya konuşmaya kişilerin verdiği anlam onların, başta geçmiş deneyimi olmak üzere, sosyokültürel özelliklerine bağlıdır. Gönderici, iletiyi, kendi deneyim, bilgi ve sosyo kültürel özelliklerine bağlı olarak ifade (sembolize) eder ve düzenler. Alıcı ise, kendi özelliklerine bağlı olarak deşifre eder ve yorumlar. Gönderici ile alıcının deneyim, bilgi ve kültürleri arasındaki farklılık nedeniyle, göndericinin göndermek istediği bilgi ve düşünce ile alıcının iletiden çıkardığı bilgi ve düşünce çoğunlukla farklı olacaktır. Özellikle taraflar arasında ortak bilgi ve deneyim alanına girmeyen iletiler, taraflarca farklı yorumlanır. Bu farklılık, taraflar arasındaki bilgi ve deneyim farkının derinleşmesine paralel olarak artar. Bu ve benzeri çok çeşitli nedenlerle, ileti ile deşifre edilmiş ileti arasında farklılık ortaya çıkar.

Başarılı bir iletişimde, göndericinin anlatmak istediği ile alıcının anladığının aynı olması gerekir. Bunun sağlanması daha çok göndericiye, özellikle de yönetici konumundaki göndericilere düşen bir görevidir. İleti ile deşifre edilmiş ileti arasındaki farkı en aza indirmenin çaresi ise, iletiyi alıcının özelliklerine göre düzenlemektir. Ayrıca, yönetici ile yönetilenler arasındaki bilgi ve deneyim farkını en aza indirmek üzere, çalışanların eğitilmesi görevi de yönetime ve yöneticilere düşen diğer bir görevdir.

Geri Bildirim

Alıcının, iletiyi aldıktan sonra gösterdiği ve göndericiye ulaşan tepkisine ya da göndericiye gönderdiği yanıtı (alıcının düzenlediği iletiye) geri bildirim veya geri besleme (feedback) denir.

Bir iletişimin etkili olması için, mutlaka alıcının da iletişime aktif olarak katılması ve göndericiye tepki, duygu, düşünce ve isteklerini iletmesi; yani geri bildirim yapması gerekir. Çünkü geri bildirim, göndericinin,

- Gönderdiği iletinin alıcı tarafından alınıp alınmadığını,
- Anlaşıp, anlaşılmadığını ve anlaşılma derecesini,
- Benimsenip, benimsenmediğini ve nedenlerini,
- Gereklerrinin yerine getirilip getirilmediğini, getirilmedi ise nedenlerini öğrenmesini sağlar.

Böylece, gönderici, bir yandan alıcının duygu ve düşüncelerinden haberdar olarak (örgütten haberdar olma) ve bilerek hareket etme olanağına kavuşurken öte yandan da iletişimdeki aksaklık ve eksikliklerden haberdar olarak daha sonraki iletişimlerin etkili hale getirilmesi için gerekli olan bilgilere de sahip olur. Ayrıca, geri bildirim, her türlü ortamda, demokrasinin gelişmesinin de en etkili aracıdır.

Gönderici, alıcıdan beklediği yanıtı alamaz ise ya da iletinin amacına ulaşmadığı kanısına varır ise, iletiyi yineler. Farklı anlaşılmaları ortadan kaldırarak amacına ulaşmaya çalışır.

Ortam

İletişimin yapıldığı, dış ortam (çevre) ve iç ortam (alıcı ve vericinin ruh hali) bileşenlerinden oluşur. Kısaca, ortam ya da çevre sözcükleri ile ifade edilir. İletişimin etkililiğinde son derece önemlidir. Bu nedenle de, iletişimde, özellikle de yüz yüze yapılan iletişimlerde göz önünde bulundurulması gerekir. Gürültü, aşırı sıcak, elektrik kesilmesi gibi çevreye bağlı rahatsız edici (kirlenmiş) dış ortamlarda, sinirlilik, üzüntü, telaş, kafasının başka işle meşgul olması gibi alıcı veya vericiye bağlı, olumsuz (kirlenmiş) iç ortamlarda iyi bir iletişim kurulamaz. Bir yakının öldüğü, memleketinde deprem olduğu haberini alan alıcı iletişime uygun değildir. Böyle durumlarda, gönderici iletişimi ertelemelidir. Aynı şekilde, morali bozuk, üzüntülü bir yönetici de iyi bir iletişim kuramayacaktır. Böyle zamanlarda, ileti düzenlememeli, iletişimde bulunmamalıdır. İletişim ortamı kirliliğini "gürültü" sözcüğü ile anlatan ve bunu da psikolojik gürültü (alıcının, vericinin ruh hali) ve mekanik gürültü (dış ortam kirliliği) olarak ikiye ayıran düşünürler de vardır. Gürültü ya da iletişim ortamı kirliliğine karşı alınacak en etkili önlem iletişimin ertelenmesi ya da yinelenmesi iledir.

İletişim Bilgi ve Deneyim Demektir

İletişimin en kısa tanımının taraflar arasında bilgi alışverişi olduğundan yukarıda söz edilmişti. Bu tanım esas alındığında, iletişimin tarafların bilgi ve deneyimlerine bağlı olduğu ya da tarafların bilgi ve deneyimi tarafından belirlendiği hemen anlaşılmakta ve görülmektedir.

İletişimde tarafların bilgi ve deneyiminin rolünü Johari Penceresi'nden yararlanarak formüle etmek olanaklıdır. Buna göre, iletişimde bulunan iki tarafın, bilgi ve deneyim açısından durumları, aşağıdaki gibi, dört gözlü bir pencereye yerleştirilir. İletişimde bulunan A ve B kişisinin bilgi ve deneyime sahip olma hali (+), olmama hali ise (-) olarak sembollenmiştir.

A (-)	A (+)
B (-)	B (-)
A (-)	A (+)
B (+)	B (+)

Yukarıdaki pencerede, A ve B nin her ikisinin de eksi (-) olduğu, yani tarafların her ikisinin de bilgi ve deneyiminin olmadığı alan *kör alan*dır. Bu alan, tarafların iletişim kuramayacakları alandır. Çünkü tarafların ikisinin de bilmediği konularda iletişim kurması olanaksız olup bilgi yok ise, bilgi alışverişi de, iletişim de yoktur.

Pencerede, taraflardan birinin (+) diğerinin ise (-) olduğu alanlar iletişimin güç kurulduğu ve iletişim çatışmalarının yaşandığı alanlardır. Bu alanlara *çatışma alanları* denilebilir. Çünkü bu durumda bilgi ve deneyime sahip olan taraf, bu bilgi ve deneyimi karşı tarafa eksiksiz olarak aktarmak ve onu bu bilgilere ikna etmek zorundadır. Yetişkinlerin yeni bilgileri kabulü ise genellikle daha yavaş ve zordur. Bu durumda göndericinin sabırlı ve iletişim becerileri ile donanımlı olması gerekir.

Pencerede her iki tarafında (+) pozitif olduğu alan ise, taraflar arasında en kolay iletişim kurulabilecek alandır. Bu durumda, bilgi ve deneyime her iki taraf da sahip olduğu için, bu bilginin taraflar arasında alışverişinde hiç bir sorun yaşanmaz. Bu nedenle de, bu alana *iletişim alanı* denilebilir.

Bir örgütteki yönetimin görevi, örgüt üyelerinin bilgi ve deneyim düzeylerini olabildiğince yükselterek, çalışanlar arasında, iletişim alanını (tarafların her ikisinin de bilgili ve deneyimli) en geniş hale getirmek, buna karşılık iletişim güç olduğu alanı, çatışma alanını (taraflardan birisinin bilgisiz ve deneyimsiz) en aza indirmektir. Ayrıca, çatışma alanındaki, iletişim çatışmalarını da en aza indirmek üzere, tüm üyelerini iyi birer iletişimci yapmaktır.

İletişim Sembol Demektir

İnsanlar arasında iletişim (bilgi alışverişi) sembollerle yapılır. Bu nedenle de, iletişim büyük oranda sembollere dayanır. İnsanların sahip olduğu bilgileri ifade ettikleri semboller, taraflar arasında ortak olmaz ise iletişim ya hiç kurulamaz ya da iletişim çatışmaları ve zorlukları ortaya çıkar.

İletişim kurmaya çalışan A ve B kişilerinin bilgi ve sembol açısından durumları aşağıdaki çizelgede görüldüğü gibidir:

İletişim	Bilgi/Deneyim		Sembol	
	A	B	A	B
Yok	(-)	(-)	(-)	(-)
Çatışmalı	(+)	(-)	(+)	(-)
	(-)	(+)	(-)	(+)
	(+)	(+)	(X)	(Y)
Kolay	(+)	(+)	(X)	(X)

(-) Bilgi ya da sembol yokluğu gösteriyor (+) Bilgi ya da sembol varlığını gösteriyor (X) (Y) Farklı sembolleri gösteriyor

Yukarıdaki çizelgeden de görüleceği üzere, taraflarda bilgi ve sembolün olmadığı durumda iletişim söz konusu değildir (kör alan). İnsanların en kolay iletişim kurabildiği durum ise; tarafların aynı bilgiye sahip olduğu ve bu bilgileri aynı sembollerle ifade ettikleri durumdur. Buna karşılık, taraflardan yalnızca birinin bilgi ve sembole sahip olduğu; ya da tarafların her ikisinin de aynı bilgiye sahip olduğu halde, bu bilgileri farklı sembollerle ifade ettikleri durumlar, iletişim çatışmaları ya da zorluğu yaratan durumlardır. Bir örgütteki yönetimin görevi, üyelerinin bilgi ve sembollerinin ortak olduğu durumu (iletişimin kolay olduğu alan) olabildiğince genişletmek, buna karşılık çatışmalı durumu (kör alanı) olabildiğince daraltmaktır.

İletişim Etki Tepkidir ve Etkileşimdir

İletişim, insanlar arasında bir etkileşim olup karşılıklı etki ve tepkidir. İnsanların birbiriyle olan etkileşiminde, tarafların tutum ve davranışlarını belirleyen ise, onların kişilikleridir.

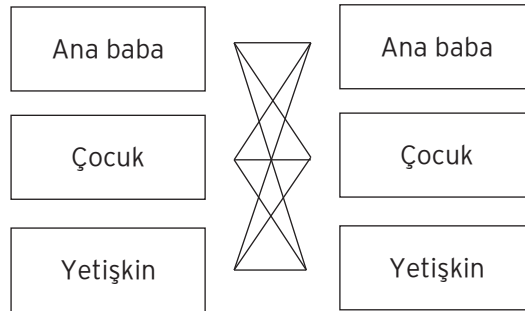
Transaksiyonel analize göre; bir insanın kişiliği üç bölümden oluşur: Ana baba benlik, çocuk benlik, yetişkin benlik. Ana baba benlik durumu, "koruyucu anababa" ve "eleştirici anababa" olmak üzere iki şekil-

de ortaya çıkar. Koruyucu Ana baba benliği genellikle verici ve başkaları için fedakârlık yapan tutum ve davranış kalıbını benimser ve gösterir. Eleştirici Ana baba ise, toplumsal kural ve değerleri koruyan, bunlara uymayanları eleştiren ve cezalandıran davranış kalıbını benimser ve gösterir.

Çocuk benlik durumu kendini iki şekilde gösterir (iki davranış kalıbı vardır): «doğal çocuk», «uyarlanmış çocuk». Doğal çocuk davranış kalıbı, kişiliğin eğitilmemiş yanıdır. Doğal çocuk benliği, bağımsız, spontan ve fiziksel gereksinimleri yönünde davranış sergiler. Uyarlanmış çocuk benliği ise, çocuğa verilen eğitim sonunda ortaya çıkan bir benliktir. Bu benlik, “uslu çocuk” ve “asi / yaramaz çocuk” olmak üzere iki tür davranış kalıbı sergiler. Sonuç olarak doğal çocuk benliği, çevresine ve otoriteye bakmaksızın kendi istediği gibi davranır. Uslu çocuk benliği, kendi isteklerini bir yana bırakıp, çevrenin ve otoritenin istediği gibi davranır. Asi/yaramaz çocuk benliği ise, kendi istek ve ihtiyaçlarını da gözetmeksizin, çevrenin ve otoritenin isteğine aykırı davranır. Yani, otoritenin isteği kendi istek ve amacına uygun olsa bile aksine davranabilir.

Yetişkin benlik insanların eğitimi ve deneyimleri sonunda gelişen, Ana baba benliği ile çocuk benliği arasında denge ve uzlaşma kurabilen benliktir. Bu benlik, çevreden bağımsız, kendi istek ve gereksinimleri doğrultusunda davranabilen, bu ölçüde de, çevreyi gözeterek çevre ve kendisi arasında denge kurarak, uyumlu davranabilen kişiliktir.

Örgüt üyeleri arasındaki etkileşim ve iletişimdeki başarı da burada yatmaktadır. Örgüt üyeleri, yetişkin ve eşit iki insan ilişkileri çerçevesinde, iletişim ve etkileşim kurabildikleri oranda başarılı olurlar. Aksi durumda, yani tarafların birinin Ana baba ya da çocuk benliğine ya da rolüne bürünmesi bu iletişimi ve etkileşimi zorlaştırır ve çatışmaya döndürür. İnsanlar arasındaki iletişim ve etkileşim, transaksyonel analiz kapsamında aşağıdaki gibi şematize edilebilir:



Yukarıdaki şekilden de görüleceği üzere, iki yetişkin arasındaki ilişkilerde, tarafların her ikisinin de yetişkin benliği ve davranış kalıpları içinde olması halinde, insanlar arasında olumlu ve verimli bir iletişim, etkileşim kurulabilir. Taraflardan birinin diğer benlik davranışlarını göstermesi durumu ise, iletişim zorluğu ve çatışmalarına yol açarak verimliliği düşürür.

İyi bir yöneticinin, bu davranış kalıplarını bilerek, önce kendisinin bir yetişkin gibi davranması gerekir. Karşısından yetişkin davranışı görmemesi halinde ise, onu anlayışla karşılayarak, yanlış davranışa denk ya da karşılık gelen bir davranışa yönelmeden, karşıdakini ikna etmeye ve onu yanlış davranış kalıbından uzaklaştırmaya çalışmalıdır. Aksi takdirde, iletişim her iki tarafın da davranış bozukluğu sergilediği bir ortama, yani şiddetli çatışmalara dönüşür. Bu durumda ise, iletişim amacına ulaşamaz. İletişimden amaç, çatışma değil, karşı tarafı etkilemek ve değiştirmek olduğu hiçbir zaman unutulmamalıdır.

İletişim Biçimleri / Modelleri

İletişim, gönderici ve alıcının iletişim sürecindeki durumlarına (yönüne), örgütteki akış biçimine ve planlı olup olmamasına göre çeşitli şekillerde sınıflandırılır.

Yönüne Göre İletişimin Türleri

Tek yönlü iletişim

Göndericinin, alıcıya bir bilgi veya mesajı aktarması şeklindeki iletişimdir. Diğer bir anlatımla, göndericinin aktif alıcının ise pasif olduğu iletişim biçimidir. Üstlerden astlara emir verilmesi, yazılı emirlerin, genelgelerin kuralların gönderilmesi, astlardan da üstlere raporlar gönderilmesi bu tür iletişimin klasikörnekleridir.

Hızlı olması, göndericinin sözü kesilmeden aktarım yapılabilmesi, kesin ve tartışmasız bir iletiye sahip olması gibi avantajlarına karşılık bazı dezavantajları vardır. Dezavantajın da ötesinde, çağdaş düşüncüler tek yönlü iletişimi kabul etmez ve böyle bir iletişimin yönetimde yeri olmadığını söylerler. Çünkü onlara göre, bilginin anlaşılması ve paylaşılması ancak iki yönlü bir iletişimle olanaklıdır.

İki yönlü iletişim

İletişime hem göndericinin hem de alıcının aktif olarak katıldığı modeldir. Diğer bir anlatımla, geri bildirim ögesinin de bulunduğu iletişim biçimine iki yönlü iletişim denir. Tek yönlü iletişime üstün bir iletişim biçimidir. Çünkü geri bildirim yoluyla, gönderici gönderdiği

iletinin alıcı tarafından alınıp alınmadığı, doğru algılanıp algılanmadığı ve gereklerinin yerine getirilip getirilmediği ve karşı tarafın tepkilerini öğrenmiş olur. Bu tepkilerden, gönderici de etkilenir ve eğitilir. Böylece, daha sonraki iletişimlerde kendisini bu tepkilere göre ayarlayarak iyi bir iletişimci ve yönetici haline gelir.

İki yönlü iletişim daha doğru sonuçlar alınan bir iletişim biçimidir. Çünkü alıcılar ileti konusundaki eksiklikleri, belirsizlikleri ve akıllarına takılan soruları sorarak, konuyu açığa kavuşturma olanağına sahiptir. Çalışanlarda kararlara, yönetime katılma olanağını ve katıldığı düşüncesi yaratarak güdüleyici bir işlev de üstlenir. Ayrıca, gönderici kendisini alıcıların kontrolünde hisseder ve iletişimde daha titiz davranır. Kendine gelen geri bildirimler ile hem iletişim hem de yönetimin diğer konularında gelişir ve yetkinleşir. Bu avantajlarına karşılık, yavaş olması (Alıcı, iletiye karşılık olarak gönderdiği sorusuna, tekrar yanıt gelmeden eyleme geçmez.), özellikle yüz yüze olanlarda, göndericinin sözünün sık sık kesilmesi nedeniyle, düzensizlik ve gürültü oluşması gibi dezavantajları vardır. Tartışmalar sonunda, ortaya çıkan sonucun ya da kararın gönderici tarafından netleştirilerek kesinleştirilmemesi dolayısı ile de konunun ortada kalması riskini taşır. Sonuçta alıcılar ikilemde kalır.

Çok yönlü iletişim

Daha çok yüz yüze yapılan ve göndericisi ile alıcısı net bir sınırla ayrılmayan iletişim modelidir. Bu biçimde her iki taraf birbirine mesaj aktarır ve birbirini etkilemeye çalışır.

Bu bilgi ve sınıflamadan da anlaşılacağı üzere, gönderici duruma ve iletinin niteliğine göre en uygun biçimi seçmelidir. Çağdaş yönetimde, iletişim en azından iki yönlü olması ve giderekten çok yönlü iletişim ortamına kavuşulması çaba gösterilmektedir.

Örgütteki Akışına Göre İletişimin Türleri

Dikey iletişim

Hiyerarşinin kademeleri arasındaki (ast, üst) iletişimidir. Bu özelliğinden ötürü, hiyerarşik iletişim olarak da adlandırılır. Aşağıdan yukarıya ve yukardan aşağıya olmak üzere iki tipi vardır.

Yukardan aşağıya iletişim; örgütün üst kademelerinden başlayıp, emir komuta zincirini izleyerek, alt kademelere doğru akan iletişimidir. Genellikle yazılı olarak iletilir. Örgüt politikaları, kuralları ve emirleri içerir. Geleneksel yönetimde en çok kullanılan iletişim biçimidir. Çoğunlukla tek yönlüdür ve üstlerin astlardan istedikleri davranışları

iletmenin yolu olarak kullanılır. Etkili bir biçimde kullanılmamasının nedeni de burada yatar. Oysa yukardan aşağıya doğru iletişim, üstlerin astlarından aldıkları iletilere karşı gönderecekleri geri bildirimlerini de aktarabilmenin tek yoludur. Bu nedenle, yukardan aşağıya iletişim salt emir, eleştiri ve istekleri aktarma aracı olarak görülmemeli, yönetimin çalışanlar hakkındaki düşünce, takdir ve ödülleri göndermek için de kullanılmalıdır. Özetle, yukardan aşağıya doğru iletişimin etkili olabilmesi, onun tek yönlülükten kurtarılmasına bağlıdır.

Aşağıdan yukarıya iletişim; hiyerarşinin alt kademelerinden, emir komuta zincirini izleyerek, yukarıya doğru akan iletişimidir. Genellikle, raporlar, üstün onayını alma istekleri, üstün istediği bilgiler ve astların tepkilerinden oluşur. Geleneksel yönetimde, astların kendi duygu, düşünce ve mesajlarını aktarmaktan çok, denetim amaçlı ve üstlerin astlardan istediği bilgilerin aktarılması amacıyla kullanılır. Başarısızlık nedeni de burada yatar. Oysa astların iletişimi doğrudan başlatabilmesinin, istek ve düşüncelerini yönetime iletebilmesinin, yönetime katkı ve katılım yapabilmesinin yolu altan üste doğru iletişimden geçer. Etkili bir yönetim için, aşağıdan yukarıya iletişimin, çalışanların düşünce ve isteklerini özgürce iletebileceği bir yol olarak kullanılması gerekir.

Yatay iletişim

Aynı düzeydeki, aralarında ast üst ilişkisi olmayan birim ve bireyler arasındaki iletişim demektir. Genellikle, birim ve kişilerin eşgüdülmesini amaçlayan bilgileri içerir.

Geleneksel yönetim anlayışında birim ve bireylerin eşgüdümünün bir üst tarafından sağlanması beklenir. Bundan ötürü de, yatay iletişim çok kullanılmaz. Oysa büyük örgütlerde, üst yönetim tüm birim ve bireylerin işlerini iyi bilemez bilmesi de olanaksızdır. Bu nedenle, birim ve bireylerin bir araya gelip iletişimde bulunarak eşgüdüm sağlaması hem daha kolay hem de daha etkilidir. Başka bir anlatımla, yatay iletişimin olabildiğince artırılması ve kullanılması verimliliği artırıcı olacaktır. Yatay iletişimin önündeki en önemli engel; birimler ve kişiler arası rekabet, kıskançlık ve uzmanlaşmanın doğurduğu dil farklılaşmasıdır. Üst yönetime düşen görev ise, yatay iletişim önündeki bu engellerle mücadele etmektir.

Çapraz iletişim

Hiyerarşik kademeleri atlayan ya da bu kademeler uymayan iletişimidir. Bazı durumlarda bir üst örneğin bir genel müdür aradaki tüm kademeleri atlayarak doğrudan başhekimle, bir proje sorumlusu ile,

bir uzman ile iletişimde bulunabilir ve bu birim veya kişinin de kendisi ile iletişim kurmasını isteyebilir. Bu şekildeki iletişime de çapraz iletişim denir. Geleneksel yönetimlerde hoş karşılanmaz. Oysa bazı işlerin çabuklaştırılması açısından gerekli ve yararlıdır.

Planlı Olup Olmadığına Göre İletişim Türü

Örgütlerdeki iletişim, yukarıdaki sınıflandırmalara ek olarak ve ayrıca, a) Planlanmış / biçimsel veya resmi iletişim, b) Doğal iletişim olarak da ikiye ayrılır. Planlanmış veya resmi iletişimden kasıt, örgütün organları aracılığı ile ve yukarıda aktarılan yöntem ve biçimlerle yapılan iletişimidir. Doğal iletişim ise, insanların günlük yaşamındaki ilişkileri sırasındaki (yemek yeme, yolculuk, sosyal etkinlikler, özel mektup vb.) bilgi alışverişidir.

Doğal iletişimle elde edilen bilgiler yönetim ve yöneticiler için son derece önemlidir. Bazen biçimsel iletişimden çok daha değerli bilgiler elde edilir. Buna karşılık, doğal iletişim dedikodu ve gruplaşmaları da körükleyerek örgütü olumsuz etkileyebilir. Yöneticinin görevi, iyi bir örgüt iklimi oluşturarak, doğal iletişimin olumsuz yönlerine kaymasını önlemektir. Örgütlerde çeşitli sosyal aktiviteler düzenlenmesi, bir yandan, üyeler arasında dostluk ve kaynaşma amacına hizmet ederek gruplaşmaları önlerken, öte yandan da doğal iletişimi olumlu yöne kanalize ederek bu iletişim kanalından da yararlanma olanağını sağlar.

İletişim Ağı

Örgütlerin büyümesi, kişiler arasındaki hiyerarşik / manevi ve fiziki uzaklığı artırır. Bundan ötürü de, kişiler arasında yüz yüze iletişim olanağı azalır. Gönderici ile alıcının iletişimi daha çok diğer kişiler, kademeler aracılığı ile yapılır. Gönderici ile alıcı arasındaki diğer kişi ve kişilerden oluşan, bu iletişim örgüsüne iletişim ağı denir.

Bir örgütteki iletişim ağ ya da ağlarını örgütün büyüklüğü, yönetim anlayışı ve örgüt iklimi ile örgütü oluşturan kişilerin sosyokültürel özellikleri belirler, biçimlendirir. Göndericiler, etkili bir iletişim yapabilmek için, iletişim ağını ve bu ağ içindeki kişilerin özellikleri ile bunlar arasındaki ilişkileri bilmek zorundadır. Örgüt içi ilişkiler sonunda oluşan, biçimlenen başlıca iletişim ağı türleri ise: zincir, yıldız, çember, tekerlek ve tüm kanalların açık olduğu iletişim ağlarıdır.

Zincir ağ

Belli hiyerarşik kademeleri izleyen ve düz bir hat boyunca dizilen ve uçları açık olan, iletişim ağı türüdür. Genellikle dikey iletişim biçimine uyar.

Yıldız ağ

Zincirin dışında kalan bazı birey ya da birimlerin, üstle doğrudan iletişim kurması ve zincire yandan eklenmesi şeklindeki iletişim ağıdır. Daha çok çapraz iletişim biçimine uyar.

Çember ağ

Üst ast ya da önderin olmadığı ve iletişimin, çemberin herhangi bir yerindeki herhangi birisince başlatılabildiği, iletişimin belli bir sırayı izleyerek (çemberi) tekrar başladığı yere ulaştığı ve zincirin uçlarının bağlı olduğu iletişim ağıdır.

Tekerlek ağ

Ortada bir önderin, üstün bulunduğu ve astların tek tek bu üst ile iletişimde bulunduğu, birbirleri arasında iletişimin söz konusu olmadığı iletişim ağıdır. Otoriter ve tek merkezli örgütlerde ortaya çıkan iletişim ağıdır. Tüm kanalların açık olduğu iletişim ağı: Belli bir sırayı izlemeyen ve herkesin herkesle iletişimde bulunduğu ağıdır.

Bu iletişim ağlarının hepsinin birbirine üstün ve zayıf tarafları vardır. Örgüte, İçinde bulunulan duruma ve amaca göre en uygunu seçilir. Örneğin emir ve kuralların iletilmesinde tekerlek ağ çabukluk ve hız sağlar. Buna karşılık bu tür ağın kullanılması halinde, çalışanların katkı ve katılımı dolayısı ile de tatmini daha azdır. Yaratıcılık, esneklik ve çalışanların katkı katılımının öncelendiği iletişimde ise, tüm kanalların açık olduğu iletişim ağı en etkili olandır.

Günümüzde, bu ağlar önemini yitirmekte bilgi işlem sistemleri ile tüm üyeler birbiri ile bağlanarak, iletişimde tüm kanalların açık olduğu bir biçime doğru gidilmektedir. Bu sistemde, kimin hangi bilgilere ulaşabileceğinin sınırlarının belirlenmesi önem kazanmaya başlamıştır.

İletişimin Etkililiğini Artıran Davranışlar

Gözlem

İletişimin etkililiğini artırmada önemli etmenlerden birisi, iletişimde bulunan tarafların, özellikle de göndericinin iyi bir gözlemci olmasıdır. Gönderici, iletişim sırasında, karşısındakinin sözel ve sözsüz tüm tavır ve davranışlarını gözlemeli ve gözlemine bağlı duygu ve düşüncelerini de karşısındakine iletmelidir. Bu durum yönetici konumunda olan göndericiler için daha da önemlidir. Çünkü çağdaş yönetim ilkelerine göre, verimliliği artırmanın en etkili yolu, çalışanları gözlemek ve gereğinde işi birlikte yaparak mesaj ve emirler vermekten geçmektedir. Gözlemde bulunmak, yöneticiye, örgütü ve çalışan-

ları tanımak, gerçek durumu bilmek, uygun ve uygulanabilir öneriler üretmek, çalışanlar ile dostane ilişkiler kurarak, onları anlamak gibi birçok yararlar getirir. Bu nedenle de, yöneticilerin yalnızca dolaylı iletişim ile yetinmemesi, olabildiğince yüz yüze iletişimde bulunması gerekir.

İlgi ve odaklaşma

Kişinin, bedenlen ve ruhen karşısındakine yönelmesi ve dikkatini ona vermesi durumudur. Özellikle yüz yüze iletişimin vazgeçilmez bir kuralıdır. Kişi, iletişimde bulunduğu kişiye odaklaşmalı ve onu gerçekten dinleyerek anlamaya ve algılamaya çalışmalıdır. Aksi takdirde, karşısındaki kişi konuşurken başka bir işle meşgul olan, karşısındakini dinliyor görünerek başka şey düşünen alıcılarla iyi bir iletişim kurulamaz. Aynı şekilde, gönderici de karşısındaki kişiye odaklaşmalı ve onu dikkatle izlemeli, gözlemeli ve anlamaya çalışmalıdır.

Yüz yüze iletişimde taraflar çoğunlukla hem gönderici hem de alıcıdır. Özellikle yönetici konumunda olanlar, bu kuralı çok fazla ihmal etmektedir. Oysa yönetici tarafın, hem kendisinin ilgi ve odaklaşma yapması hem de karşı tarafın ilgi ve odaklaşmasını sağlamak gibi bir görevi vardır.

Bu kural dolaylı iletişim için de geçerlidir. Elindeki yazıyı okurken kafası başka şeyle meşgul olan alıcı hiç bir zaman iletiyi tam olarak anlayamaz. Elindeki yazıya odaklaşmayan gönderici ise hiç bir zaman iyi bir ileti düzenleyemez.

İyi bir dinleyici olma

İnsanın, karşısındakinin mesajlarını algılayıp, değerlendirme, yorumlama ve bunun sonunda bir tepki vermesi işine dinleme denir.

Yönetici, salt sözel bir aktarıcı, canlı iletişim aracı veya sorgulayıcı değildir (Soruları yalnızca ben sorarım). Yönetim ve iletişimde amaç, tek taraflı bir duyuru olsa idi, bu iş yazılı emirler ile yapılır ve yüz yüze iletişime gerek kalmazdı. Oysa iletişim çift taraflı bir süreç olup, önemli olan yalnızca aktarmak değil, etkili bir iletişim sağlayarak, karşı tarafı etkilemek ve ikna etmektir. Karşı tarafın, etkilenip etkilenmediğini, ikna olup olmadığını öğrenmenin tek yolu ise, ondan geri bildirim almaktır. Bu nedenle de, özellikle üst konumundaki, iletişimci çok iyi bir dinleyici olmalı, hep kendisi konuşmamalı ve karşının soru sormasına, düşünce açıklamasına olanak tanımalıdır. Hatta karşı tarafı, düşünce bildirmeye, soru sormaya itmeli (geri bildirim vermeye), özendirmelidir.

Gönderici, kendisine yöneltilen soruları açık gönüllülükle yanıtlamalıdır. Şayet yanıt bilmiyor ise, bundan sıkılmamalı, bilmediğini açıkça ifade edebilmelidir. Soruyu sorana, “araştırıp öğrenip kendisine aktaracağı”, “şuradan, şu kişiden öğrenebileceği”, “birlikte araştırıp öğrenebilecekleri” türünden yanıtlar verebilmelidir. Bu ise, bilgili, alçak gönüllü ve açık yürekli olmayı gerektirir. Bilmemek ayıp değildir. Bilgisizliğini örtücü ve savunucu bir davranışa kalkışmak, karşıdakini yanıltmak, yanlış bilgi aktarmak ayıptır. Terslemek, duymazlıktan gelmek gibi yollar ise, iletişimde ve yönetimde hiç başvurulmaması gereken davranışlardır.

Aynı şekilde, gönderici veya alıcı iyi bir okuyucu olmalıdır. Karşı taraftan gelen ileti ya da geri bildirimleri dikkatlice okumalı onların ne demek istediğini, amaçlarını algılayıp, anlamaya çalışmalıdır.

Geri bildirim

Yönetici, hangi yöntemle (sözel, yazılı, elektronik aygıtlar) iletişim kurarsa kursun, alıcıların geri bildirimine olanak tanımalı ve geri bildirim istemelidir. Çalışanların tepkilerini, gözlemeli, öğrenmeye çalışmalı ve bilmelidir. Aynı şekilde, kendisi de alıcıya geri bildirim yapmalı ve sonuçları iletmelidir. Özetle, iletişimi tek yönlülükten kurtarmalı, iki yönlü ve hatta çok yönlü hale getirmelidir

Empati yapma

Empati, insanın bir an kendisini karşısındakinin yerine koyması ve ben olsam ne yapardım? Sorusunu sormasıdır. Böylece, karşısındakinin duygu ve düşüncesini olabildiğince iyi anlamaya çalışmaktır. İnsanlar kendisinin yapamayacağı, beceremeyeceği şeyi karşısından da istememelidir. Aynı şekilde kendisine yapılmasını istemediği şeyleri başkasına yapmamalıdır. İletişimde bulunan her iki tarafın da empati yapması gerekir. Ancak; bir önder olması nedeniyle, daha çok üst konumunda olanlardan ya da yöneticilerden beklenir.

Tekrarlama ve netleştirme

İletişimde, alıcının iletiyi iyi anlayıp anlamadığının test edilmesinde yarar vardır. Bu ise, alıcıya konuyu tekrar ettirerek, doğru anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol etmekle olanaklıdır. Aynı şekilde, yönetici çalışanına konuyu tekrar ettirerek iletiyi netleştirmelidir.

Özetleme

İletişimin sonunda, gönderici konuyu özetleyerek, bundan sonra, bir sonraki iletişimde ne yapılacağını söylemelidir. Böylece, hem ileti pekiştirilmiş hem de gelecek seferki iletişime de ortam hazırlanmış olur.

İletişimin Başarısını Azaltan Etmenler

Anlatım yetersizliği

İletişimde, aktarım ve anlatımı etkileyen en önemli etmen iletişim dili ve bilginin içeriğidir. İster yazılı isterse sözlü olsun, iletişimde kullanılan dil son derece önemlidir. Tarafların birbirini anlayabilmesi için, istenen şeyi, iletilmek istenen bilgiyi açık, tam ve sade olarak iletmek gerekir.

Bu konuda sık yapılan yanlışlardan birisi, yoğun teknik terminoloji (bilimsel jargon), yabancı dil sözcükleri ve ağıdalı bir hukuk dili kullanılmasıdır. Gönderici, olabildiğince güncel kelimelerle konuşmak veya yazmak, bilimsel terminolojiden ve hukuk dilinden uzak durmak zorundadır. Elbette ki; yazım ve dil kurallarına uyulması gerekir. Ancak, iletişimde amacın sanat yapmak olmadığı unutulmamalıdır. Alıcının sosyo kültürel özelliklerini göz önünde bulundurmeyen bir iletişim başarılı olamaz.

İletişimde, amacı veya isteği alıcıya anlatamamanın çokça rastlanan diğer bir nedeni de karışık anlatımdır. Özellikle sözel iletişimde, karışık anlatım ve konuyu sık

sık değiştirme, iletinin anlaşılmasını önlediği gibi, alıcıda, göndericinin konuyu kasıtlı olarak değiştirdiği düşüncesi yaratarak, alıcının göndericiye olan güvenini de zedeler. Konular tek tek ele alınmalı, bir konu üzerinde netlik ve anlaşma sağlanmadan, diğer bir konuya geçilmemelidir.

Anlatım zorluğunun diğer bir nedeni, aktarılan bilgilerin güncel olmaması, alıcının günlük gereksinimlerine yanıt vermemesidir. Geleceğe ve geçmişe ilişkin bilgiler karşı tarafın ilgisini çekmez. Bu durumda, alıcı dikkatli dinlemez, okumaz yalnızca dinliyor ya da okuyor görünür. Aynı şekilde, aşırı bilgi, alıcının kapasitesini aşan bilgi yüklemek gerekir. İletinin içerdiği bilgi ne fazla ne de az (eksik) olmamalıdır.

Güvensizlik

Kişilerin kendisine ve karşı tarafa güvenmemesi, iletişimin etkililiğini azaltır. Tarafların birbirine güvenmesi ve inanması ne kadar olumlu bir etmen ise, güvensizlik ve inançsızlık da o kadar olumsuz bir etmendir. Karşısındaki insana güvenmeyen bir gönderici rahat konuşamaz ve yazamaz. Aynı şekilde alıcının da, göndericiye güvenmesi, inanması ve ondan korkmaması gerekir. Kendisini, hegemonya altına almak, cezalandırmak, azarlamak için geldiği ya da

yazdığı düşünülen kişiyi alıcı yeterince dinlemez, içine kapanır. Akli fikri açıklanacak cezada ya da emirdedir. Bir an önce açıklasa da gitse diye düşünür.

Geleneksel anlayışta, astın gözünde amir, elinde yetki bulunan ve kendi gelişmesine, ilerlemesine zarar verebilecek olan kişidir. Bu duygu, düşünce iletişimde önemli bir engeldir. Bundan ötürü, yönetici konumunda olan kişi astları rahatlatmak, onların güvenlerini kazanmak ve böylece kendilerini özgürce ifade edebilecekleri bir ortam yaratmak zorundadır.

Güvensizliğin önemli nedenlerinden birisi de, tarafların özellikle de yöneticinin boş güven vermesidir. Merak etmeyin biz bu işi çözeriz mesajı verildikten sonra, konu çözülmez ise (yalancı durumuna düşme), tarafların birbirine olan güveni sarsılır. Bu nedenle de taraflar, özellikle de yönetici hiçbir konuda karşı tarafa boş güven vermemeli, yapabileceğinden veya yapılabilirliğinden emin olmadığı hiç bir şeye söz vermemelidir. Emin olmadığı konulara, araştırılmı, öğrenelim, birlikte çözmeye çalışalım şeklinde yaklaşarak, yalancı durumuna düşmemeli ve kendisine olan güveni sarsmamalıdır.

Taraflar arasındaki güven ortamını zedeleyen diğer önemli yanlışlardan birisi de gizliliğe uymamak ve insanların sırlarına saygılı davranmamaktır. Taraflar, işyerine, kişiye özel ve saklı kalması gereken bilgiyi diğer birine aktarmamalıdır. Özetle sır saklamalıdır.

İletişimde, göndericinin, özellikle üst konumda olanların başarılı olabilmesi için kendisine güvenmesi ve kendinden emin olması gerekir. İnsanın kendine olan güvenini zayıflatan olayların başında ise, konu hakkında yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamak ve bulunduğu konuma hakkıyla geldiğine, layık olduğuna kendinin bile inanmaması gelir.

Kişinin, herhangi bir nedenle, suçluluk duygusu içinde olması kendine olan güvenini kıran diğer önemli bir nedendir. Bu gibi durumlarda gönderici kendisini rahat hissetmez ne rahat konuşabilir ne de yazabilir. Aynı durum alıcı içinde geçerlidir. Kendine güvenmeyen ve suçluluk duygusu içinde olan bir alıcı karşısındakini iyi dinleyemez.

Öğüt verme

Öğüt verme, genellikle, kendisini karşısındakinden daha yeterli ve üstün gören kişilerin başvurduğu bir yoldur. Bir örgütteki iletişim ise, yetişkinler arası bir iletişimdir. Yetişkinler ise, kendilerine öğüt verilmemesinden hiç hoşlanmaz.

Bundan ötürü, yönetici ve yönetilen arasındaki ilişkinin, iletişimin dostça ve karşılıklı saygı üzerine oturtulması gerekir.

Reddetme, küçük görme, önemsememe

İletişimi olumsuz etkileyen davranışlardan bir başkası da, taraflardan birisinin, özellikle de göndericinin, karşısındakini yok sayan, küçümseyen ve ayıplayan bir tavır ve davranış içinde olmasıdır. Alıcı, böyle bir tavır görür veya duyguya kapılır ise, yalnızca dinliyor görünür ve iletişimi keser. İletişim tamamen kesilmese bile, yüzeyselleşir ve etkililiğini kaybeder. Bu nedenle, özellikle yönetici konumunda olan gönderici, karşısındakini kabullenmeli ve ona değer verdiğini hissettirmelidir. Alıcının davranışlarını, bilgisizliğini anlayışla karşılamalı, onu aşağılayıcı bir tavırda olmamalı, cahilliğini yüzüne vurmamalıdır. Kişileri, bir başkasının yanında, mahcup etmemeye özen göstermelidir.

Savunma

Kişiler arasındaki iletişimi kesen önemli nedenlerden bir diğeri, taraflardan birisinin savunmaya geçmesidir. Özellikle yönetici konumunda olanlar iletişim sırasında savunma içinde olmamalı, hemen kendisi veya kurumunu savunmaya geçmemelidir. Her şeyden önce, savunmanın bir suçluluk duygusunun sonucu ya da eseri olduğu unutulmamalıdır. Kendisi ya da kurumu hakkında bir eleştiri aldığında, karşı taraf haklı ise, olgunlukla kabul etmelidir. "Kişi noksanını bilmek gibi irfan olamaz" özdeyişi unutulmamalıdır. Karşı tarafın haksız ya da yanlış olduğu durumlarda ise, bu durumu ona sabırla ve dostça açıklayabilmelidir. Savunma, her zaman, içinde bir saldırı unsurunu da içerir. Savunmaya geçen kişi, karşı tarafı suçlayıcı, damgalayıcı bir tavır sergiler ki; bu da iletişimin kopması demektir. Çünkü bu seferde, karşı taraf savunmaya geçer. Özetle, gönderici ne kendisi savunma durumunda olmalı ne de karşı tarafı savunma durumuna geçirecek suçlayıcı, sorgulayıcı tavır ve davranışlar sergilememelidir.

Sempati

Kişinin kendini karşı tarafın yerine koyarak, kendini onunla özdeşleştirme-sidir. Özellikle yönetici konumunda olan göndericinin, empati yapması karşı tarafı iyi anlaması açısından çok yararlıdır. Ancak, bunun ileri düzeye götürülerek sempatiye dönüşmesi, kendini onun yerine koyması, yöneticiyi duygusallaştırarak, objektif düşünme ve davranma yetisini kaybetmesine neden olur. Bu durumda, kişiler ve kurumlar arasında ayırım yapmaya başlar. Bu duruma düşülmemeli, yönetici sempati değil empati yapmalıdır.

Uzaklık

İletişimin etkililiğini azaltan önemli etmenlerden birisi de kişiler arası mesafedir. Uzaklık arttıkça kişiler arası iletişimin hem olanağı ve sıklığı hem de etkililiği azalmaktadır.

Uzaklık, hiyerarşinin getirdiği kademeleşme ve kurallar nedeniyle, aynı binada aynı katta oturan kişilerin birbirine ulaşamamasından ileri geldiği gibi (manevi / soyut uzaklık), ayrı birimlerde veya kentlerde çalışmaktan da ileri gelebilir (fiziki / somut uzaklık).

Örgütler büyüdükçe, kişiler ve birimler arasındaki, hem fiziki hem de manevi uzaklık artar. İnsanlar fiziksel olarak ya da manen uzakta olan kişilerden gelen iletileri daha az dikkate almaktadır. Özellikle astlardan gelen iletilere önem verilmemektedir. İletişim teknolojisinin ulaştığı düzey fiziki uzaklık olayını ortadan kaldırmıştır. Ancak, hiyerarşinin yarattığı uzaklık varlığını hala sürdürmektedir.

Çağdaş yönetim anlayışı, kişiler arasındaki bu uzaklığın olmaması ya da en aza indirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Burada da yöneticilere görev düşmektedir.

Çünkü ast istediği zaman üste ulaşamaz. Ara kademeler, bir altının bir üstü ile görüşmemesi için elinden geleni yapar. Oysa üst astları ile istediği zaman görüşebilir.

Uzmanlaşma

Örgütler büyüdükçe, bir yandan işbölümü ve uzmanlaşma artmakta öte yandan da birimlerin, bireylerin birbirine olan bağımlılığı ve eşgüdülenme gereksinimi de artmaktadır. Bu durum iletişim gereksiniminin ve iletişim yoğunluğunun artması anlamına gelmektedir. Çünkü örgütteki birim ve bireylerin eşgüdümü ve uyumu iletişimle sağlanabilir; iletişim olmadan eşgüdüm ve uyum olmaz. Buna karşılık, uzmanlaşmanın artmasına koşut olarak, iletişim zorlaşmakta ve etkililiği de azalmaktadır. Çünkü örgüt büyüdükçe, uzmanlaşma arttıkça, örgüt içinde, deneyimleri, entellektüel ve algılama düzeyleri, kültürleri, davranış kalıpları ve hatta dilleri farklı ya da farklılaşmış olan gruplar oluşmaktadır. Böyle grupların birbiriyle iletişim kurması ise daha zordur. Hekim, hemşire, çevre sağlığı teknisyeni, elektrik mühendisi, marangoz ve imam gibi çok farklı meslek gruplarının çalıştığı sağlık örgütündeki iletişimin, çoğunlukla öğretmenlerin çalıştığı eğitim örgütüne göre çok daha zor olacağı açıktır.

Zamanlama

İletişimin yapıldığı zaman iyi seçilmez ise, iletişimin etkililiğini olumsuz yönde etkiler. Zamanından erken gönderilen ya da geciken bir

iletinin amacına ulaşma düzeyi düşük olur, bazen hiç bir işe yaramaz ve hatta örgüt içi çatışmalara ve verim düşüklüğüne neden olur. Belli bir tarihte yapılması gereken bir işin emri bu tarihten sonra gelir ise hiç bir işe yaramayacağı açıktır. Bir işe yaramadığı gibi, emrin neden geciktiği, gereklerinin neden yerine getirilmediği konusunda, birçok gereksiz iletişim (yazışma, konuşma) ve tartışmaya neden olur. Çok erken gelen ileti ise, unutulur unutulmasa bile önemini ve etkisini kaybeder. Hatta alıcı tarafından dinlenmez, okunmaz. Örgütün, altı ay, bir yıl sonraki yapacağı işleri bildiren bir konuşmayı kimse dinlemez yazıyı da kimse okumaz. Bu nedenle iletilerin zamanlamasının çok iyi yapılması gerekir.

Örgüt iklimi

Birimler ve bireyler arası iletişimde önemli etmenlerden birisi de örgüt iklimidir. Otoriter ve tehdit edici bir örgüt iklimi bireyler arasındaki iletişimi olumsuz yönde etkiler. Kişiler böyle bir ortamda duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmez, edemez ve daima maskeli ilişkilere girerler.

Özet

İletişim karşıdaki insana bilgi ve mesaj aktararak onun bilgi tutum ve davranışlarını istendik yönde değiştirmektir. İletişimin başarılı olabilmesi için tüm öğelerinin yerine getirilmesi gerekir. Bazı davranış kalıpları iletişimin etkililiğini artırırken diğer bazıları azaltır.





Gözden Geçir

- İletişim ne demektir?
- İletişimin öğeleri nelerdir?
- İletişimin bilgi ve deneyim ile olan ilişkisi nasıl açıklanır?
- İletişimin başarısını azaltan davranışlar nelerdir?
- İletişimin başarısını arttıran davranışlar nelerdir?

Değerlendirme Soruları



1. Aşağıda sayılanlardan hangisi iletişimin bir ögesi değildir?
 - a. Amaç
 - b. Kaynak
 - c. İletişim Kanalı
 - d. Alıcı
 - e. İletişimin yeri
2. Aşağıda sayılanlardan hangisi iletişimin başarısını azaltır?
 - a. Uzmanlaşma
 - b. Empati
 - c. Ortak sembollere sahi olma
 - d. Ortak amaçlara sahip olma
 - e. Yakın mesafe
3. Aşağıda sayılanlardan hangisi iletişimin başarısını artırır?
 - a. Sempati
 - b. Reddetme
 - c. Hiyerarşik uzaklık
 - d. Özetleme
 - e. Geri bildirim alma



Kaynaklar

- Can H. : Organizasyon ve Yönetim (3. baskı), Siyasal Kitabevi, Ankara, 1994
- Can H., Akgün A., Kavuncubaşı Ş.: Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 1995
- Chapman E.N.: The New Supervisor, An Exercise in Lidership, A Fifty Minute Series Book,Crisp Publications, California, 1992
- Doğan O., Doğan S. : Kişilerarası İlişkiler, Somgür Yayıncılık, Ankara, 1996
- Dökmen Ü.: Sanatta ve Günlük yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati (4. baskı), Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1996
- Drucker P. F. : Etkin Yöneticilik (2. baskı) (Çevirenler; Özden A., Tunalı N.) Eti Kitapları, İstanbul, 1994
- Eren N.: Sağlık hizmetlerinde Yönetim (4. bası), Hatiboğlu yayınevi, Ankara, 1989
- Erdoğan İ. : İşletmelerde Davranış (4. Bası), Beta Basım Yayım, İstanbul, 1994
- Hackett D., Charles L.M.: Facilitation Skills for Team Leader, A Fifty Minute Series Book, Crisp Publications, California, 1993
- İnceoğlu M.. Tutum Algı İletişim, Verso Yayıncılık, Ankara, 1993
- Maddux R.B.: Team Building: An Exercise in Lidership, A Fifty Minute Series Book,Crisp Publications, California, 1992
- Seçinti G.: Toplum Tanıma ve İletişim, Somgür Yayıncılık, Ankara, 1996
- Tortop N., İsbir E.G., Aykaç B.: Yönetim Bilimi, Yargı Yayınları, Ankara, 1993

Değerlendirme Sorularının Yanıtları

1. Ünite	2. Ünite	3. Ünite	4. Ünite	5. Ünite
1. C 2.D 3.A 4.D	1. E 2.C 3.A 4.A 5.C 6.D	1. B 2.E 3.C 4.D	1. D 2.C 3.E 4.B	1. A 2.B 3.E 4.C 5.C 6.B 7.D 8.B
6. Ünite	7. Ünite	8. Ünite	9. Ünite	10. Ünite
1. B 2.C 3.C 4.D 5.B	1. A 2.D 3.D 4.D 5.D	1. D 2.A 3.E 4.D	1. B 2.C 3.C 4.E 5.D	1. B 2.D 3.D 4.B 5.C 6.B 7.E 8.D
11. Ünite	12. Ünite	13. Ünite	14. Ünite	15. Ünite
1. D 2.E 3.C 4.E 5.C 6.A 7.C 8.A	1. D 2.D 3.A 4.C 5.A	1. A 2.C 3.B 4.A 5.D	1. A 2.D 3.D 4.B	1. E 2.B 3.C 4.A 5.A 6.E 7.A 8.E 9.A 10.D 11.B 12.A
16. Ünite	17. Ünite	18. Ünite		
1. C 2.A 3.C 4.D 5.B 6.E	1. E 2.A 3.E	1. A 2.B 3.E		

