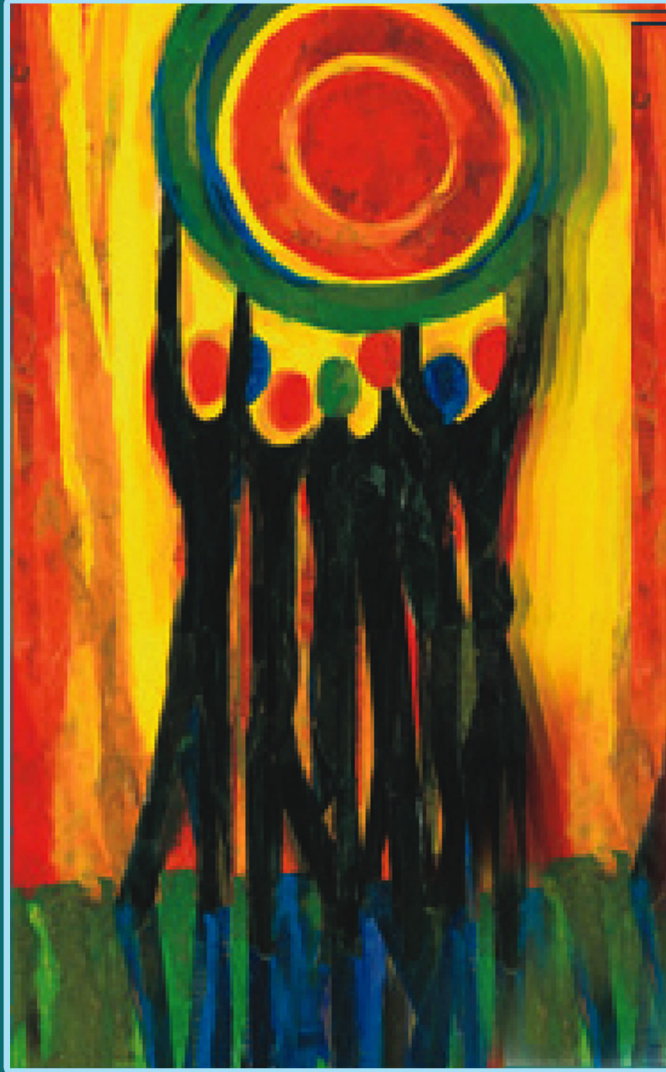




TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

21

HEDEFTTE TÜRKİYE SAĞLIKTA GELECEK



**T.C. Sağlık Bakanlığı ■ Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı,
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
REFİK SAYDAM HIFZISSIHHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI
HIFZISSIHHA MEKTEBİ MÜDÜRLÜĞÜ

21 HEDEF'TE TÜRKİYE: SAĞLIKTA GELECEK

EDİTÖRLER

Uzm. Dr. Nazan YARDIM
Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Dr. Ünal HÜLÜR
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR

YAZARLAR

Serhat AKIN
Hakan Oğuz ARI
Hem. Aliye DEMİROK
Uzm. Dr. Vural DİRİMEŞE
Hem. Ümmühan EKİNCİ
Dr. Ayşegül GENÇOĞLU
Uzm. Dr. Sibel GÖGEN
Uzm.Dr. Mecit GÖKÇİMEN
Dr. Ünal HÜLÜR
Dr. Handan KALAYCIOĞLU
Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Dr. Hasan Gökhan ÖNCÜL
Uzm. Dr. Nazan YARDIM

DANIŞMA KURULU
Nihat AKPINAR
Abdülkadir ATALIK
Mehmet ATASEVER
Bilge AYDIN
Dr. Hasan BAĞCI
Uzm.Dr. Turan BUZGAN
Uzm.Dr. İsmail DEMİRTAŞ
Doç. Dr. Mustafa ERTEK
Bio. Saffet ES
Uzm. Dr. Orhan Fevzi GÜMRÜKÇÜOĞLU
Uzm. Dr. Feyzullah GÜMÜŞLÜ
Osman KARA
Adem KESKİN
Uzm. Dr. Rıfat KÖSE
Dr. Süleyman Can NUMANOĞLU
Doç. Dr. Öner ODABAŞ
Kamuran ÖZDEN
Dr. Mahmut TOKAÇ
Prof. Dr. Nihat TOSUN
Prof. Dr. A.Murat TUNCER
Ali YERLİKAYA
Yrd. Doç. Dr. Hakkı YEŞİLYURT
Adnan YILDIRIM
Doç. Dr. Sinan YOL

YAYINA HAZIRLAYANLAR
Hakan Oğuz ARI
Uzm. Dr. Sibel GÖGEN
Zeki KADI
Dr. Handan KALAYCIOĞLU

Ankara, Türkiye
Aralık, 2007

ISBN : 978-975-590-227-2
Sağlık Bakanlığı Yayın No : 711
HM Yayın No : SB-HM-2007/13

Tasarım & Baskı: **Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic. Ltd. Şti.**
Kazım Karabekir Cad. Kültür Çarşısı No: 7/12 06060 Ulus - ANKARA
Tel : (312) 341 95 96 - 34231 11-12 - 384 64 26 • Fax : (312) 341 87 50
e-mail : yucelofsetank@superonline.com

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	vii
TEŞEKKÜR	ix
SUNUŞ	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv
KISALTMALAR.....	xvii
I- GİRİŞ.....	1
II- HEDEFLER İÇİN TÜRKİYE’DE MEVCUT DURUM, YÜRÜTÜLEN PROGRAMLAR VE ÖNERİLER.....	3
HEDEF 1: AVRUPA BÖLGESİNDE SAĞLIK İÇİN DAYANIŞMA.....	3
1.1 Yaşam Beklentisinin En Yüksek (1/3) ve En Düşük (1/3) Olduğu Avrupa Ülkeleri Arasındaki Seviye Farkları En Az %30 Azaltılmalıdır	3
1.2 Ülke Grupları Arasında Morbidite, Sakatlık ve Mortalite İçin Ana İndikatör Değerleri Farklılıkları, Dezavantajlı Durumdakiler Hızla İyileştirilerek Azaltılmalıdır.	5
HEDEF 2: SAĞLIKTA HAKKANİYET	10
2.1 Sosyoekonomik Gruplar Arasındaki Yaşam Beklentisi Farkı En Az %25 Azaltılmalıdır.....	10
2.2 Morbidite, Sakatlık Ve Mortalite İçin Ana İndikatör Değerlerinin Farklı Sosyoekonomik Seviyedeki Gruplar Arasında Daha Hakkaniyetli Dağılımı Sağlanmalıdır;	10
2.3 Olumsuz Sağlık Etkileri Yaratan Sosyoekonomik Durumların; Gelir Farklılıkları, Eğitim Olanakları Ve İş Pazarına Erişimi Sürdürülebilir Şekilde İyileştirilmelidir	10
2.4 Yoksul Yaşayan Nüfus Oranı Azaltılmalıdır	10
2.5 Sağlık, Sosyal Ya Da Ekonomik Koşulları Nedeniyle Özel İhtiyaçları Olan İnsanlar, Dışlamadan Korunmalı Ve Uygun Hizmetlere Kolay Erişebilmeleri Sağlanmalıdır	14
HEDEF 3: YAŞAMA SAĞLIKLI BAŞLAMA.....	16
3.1 Bütün Üye Ülkeler Uygun Üreme Sağlığı, Antenatal, Perinatal ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Erişimde İlerlemeler Sağlamalıdır	16
3.2 Hiçbir Ülkede Bebek Ölüm Oranı 1000 Canlı Doğumda 20’yi Aşmamalıdır, Oranları 20/1000 Altında Olanlar 10 ya da Altına İnmeye Çalışmalıdır	23
3.3 Bebek Ölüm Oranları 10/1000 Altında Olan Ülkeler Konjenital Hastalıklı ya da Sakat Yeni-Doğan Bebeklerin Oranını Azaltmalıdır.....	24
3.4 5-Yaş Altı Çocuklarda Kazalar ve Şiddet Nedeniyle Ölüm ve Sakatlanmalar En Az %50 Azaltılmalıdır.....	30
3.5 2500 Gramdan Az Doğan Bebeklerin Oranı En Az % 20 Azaltılmalıdır ve Ülkeler Arası Farklar Belirgin Azaltılmalıdır.	33
HEDEF 4: GENÇ İNSANLARIN SAĞLIĞI.....	36
4.1 Genç Çocuklar Ve Ergenler Daha İyi Yaşam Becerilerine ve Sağlıklı Seçimler Yapabilme Kapasitesine Sahip Olabilmelidirler	36
4.2 Genç İnsanlarda Şiddet ve Kazalar Nedeniyle Ölüm ve Sakatlıklar En Az %50 Azaltılmalıdır	39
4.3 Madde, Tütün ve Alkol Tüketimi Gibi Zararlı Alışkanlıkları Olan Genç İnsanların Oranı Azaltılmalıdır.....	42

4.4	Ergen Gebelikleri İnsidansı En Az 1/3 Azaltılmalıdır	45
HEDEF 5: SAĞLIKLI YAŞLANMA		48
5.1	65 Yaşında, Yaşam Beklentisinde ve Sakatlık-Olmadan Yaşam Beklentisinde En Az %20 Artış Sağlanmalıdır.....	48
5.2	80 Yaşında Ev Ortamında Yaşayan, Kendi İhtiyaçlarını Karşılatabilen, Özgüveni ve Sosyal Yeri Olan Kişi Oranını En Az %50 Arttırılmalıdır	50
HEDEF 6: RUH SAĞLIĞININ İYİLEŞTİRİLMESİ		54
6.1	Ruh Sağlığı Problemlerinin Prevalans Ve Olumsuz Etkileri Azaltılmalı ve İnsanların Stresli Yaşam Olayları İle Başa Çıkma Yetenekleri Arttırılmalıdır	54
6.2	İntihar Oranları En Az 1/3 Azaltılmalıdır, Yaygın Yüksek Oranları Olan Ülke ve Toplum Gruplarında En Belirgin Azalmalar Sağlanmalıdır.....	56
HEDEF 7: BULAŞICI HASTALIKLARIN AZALTILMASI.....		60
7.1	2000 Yılında ya da Öncesinde, Bölgede Poliomyelitten Hastalanma Durdurulmalı ve 2003 ya da Daha Önce Her Ülkede Bu Durum Sertifikalandırılmalıdır	60
7.2	2005 Yılında ya da Öncesinde, Bölgede Neonatal Tetanoz Elimine Edilmelidir.....	61
7.3	2007 Yılında yada Öncesinde, Bölgede Kızamık Elimine Edilmeli ve 2010'a Kadar Her Ülkede Eliminasyon Sertifikalandırılmalıdır	63
7.4	2010 Yılında Ya Da Öncesinde, Bütün Ülkelerin:.....	64
7.5	2015 Yılında Ya Da Daha Öncesinde	68
HEDEF 8: BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN AZALTILMASI		79
8.1	65 Yaş Altında Kardiyovasküler Hastalıklara Bağlı Mortalite Özellikle Yüksek Mortalitesi Olan Ülkelerde Ortalama En Az %40 Azaltılmalıdır.....	80
8.2	65 Yaş Altında Her Çeşit Kansere Bağlı Mortalite Ortalama En Az %15, Akciğer Kanserine Bağlı Mortalite En Az %25 Azaltılmalıdır	80
8.3	Diyabete-Bağlı Amputasyon, Körlük, Böbrek Yetmezliği, Gebelik Komplikasyonları ve Diğer Ciddi Sağlık Etkileri İnsidansı 1/3 Azaltılmalıdır	80
8.4	Kronik Solunum Hastalıkları, Kas-İskelet Bozukluklar ve Yaygın Kronik Durumların Morbidite, Sakatlık Ve Mortalitesi İçin Sürdürülebilir ve Daimi Bir Azalma Sağlanmalıdır	80
8.5	6 Yaş Grubu Çocuklarda En Az %80'inde Diş Çürüğü Bulunmamalı, 12 Yaş Grubu Çocuklarda İse Ortalama En Fazla 1.5 Çürük, Kayıp ya da Dolgulu Diş Bulunmalıdır	86
HEDEF 9: KAZA VE ŞİDDET NEDENİYLE YARALANMALARIN AZALTILMASI		91
9.1	Yol Trafik Kazalarına Bağlı Mortalite ve Sakatlıklar En Az %30 Azaltılmalıdır	91
9.2	Kazalardan En Yüksek Mortalite Seviyesinin Olduğu Ülkelerde İş, Ev ve Boş Zamanlardaki Kazaların Mortalite Ve Sakatlığı En Az %50 Azaltılmalıdır	94
9.3	Ev, Cinsiyet-İlişkili ve Organize Şiddet ve Yarattıkları Sağlık Sorunları En Az %25 Azaltılmalıdır.....	96
HEDEF 10: SAĞLIKLI VE GÜVENLİ FİZİK ÇEVRE		99
10.1	Su, Hava, Toprak ve Atıkların Sağlığı Olumsuz Yönde Etkileyen Mikrobiyal, Fiziksel ve Kimyasal Zararlı Maddelerle Kontaminasyonu, Ulusal Çevre ve Sağlık Faaliyet Planlarında Belirlenen Çalışma Takvimi ve Redüksiyon Hızları Doğrultusunda Azaltılmalıdır	99
10.2	İnsanlar, Yeterli Miktarda ve Kalitede İçme Suyuna Ulaşabilmelidir	117
HEDEF 11: DAHA SAĞLIKLI YAŞAMAK		119
11.1	Beslenme, Fiziksel Aktivite Ve Cinsellik Alanlarında Daha Sağlıklı Alışkanlıklar Arttırılmalıdır	119
11.2	Güvenli Ve Sağlıklı Gıdaların Bulunabilmesi, Alınabilmesi ve Erişilebilirliğinin Sağlanması Arttırılmalıdır	124

HEDEF 12. ALKOL, MADDE VE TÜTÜNÜN ZARARLARINI AZALTMAK.....	126
12.1 Bütün Ülkelerde, 15 Yaş Üstünde Sigara İçmeyenlerin Oranı En Az %80 ve 15 Yaş Altında İse %100'e Yakın Olmalıdır	126
12.2 Bütün Ülkelerde, Kişi Başı Alkol Tüketimi Artmamalı, 6 Litre/Yılı Aşmamalı Ve 15 Yaş Altında Sıfıra Yakın Olmalıdır	127
12.3 Bütün Ülkelerde, Kanunsuz Psikoaktif İlaç Tüketimi En Az %25 Ve Mortalite İse En Az %50 Azaltılmalıdır	130
HEDEF 13: SAĞLIKLI ÇEVRELER.....	132
13.1 Sağlığı Koruyucu ve İyileştirici Ailesele ve Bireysel Becerilerin Arttırılması Yoluyla, Ev Çevresinin Güvenliği ve Kalitesi Geliştirilmeli ve Fiziki Ev Çevresinde Sağlığı Tehlikeye Atan Durumlar Azaltılmalıdır.	132
13.2 Birleşmiş Milletlerin Özürlü İnsanlara Fırsat Eşitliği Sağlayan Kurallarına Uygun Olarak, Sakatlığı Olan İnsanların Sağlıklı Ev, İş, Toplumsal ve Sosyal Yaşama Ulaşım Fırsatları Arttırılmalıdır.	134
13.3 Ev Ve İş Kazaları Hedef 10'Da Belirtiliği Gibi Azaltılmalıdır.....	136
13.4 Çocukların En Az %50'si Sağlıklı Anaokullarında Ve %95'i Sağlıklı Okullarda Eğitilme Fırsatına Sahip Olmalıdır.	136
13.5 Şehirlerin, Kentsel Alanların Ve Toplulukların En Az %50'si Sağlıklı Şehirler ya da Sağlıklı Topluluklar Ağıının (Network) Aktif Üyeleri Olmalıdırlar.	138
13.6 Orta ve Büyük Ölçekli Şirketlerin En Az %10'u Kendilerini Sağlıklı Şirket/Teşebbüs İlkelerine Adamalıdırlar.	142
HEDEF 14: SAĞLIK İÇİN ÇOK SEKTÖRLÜ SORUMLULUK.....	144
14.1 Bütün Sektörlerdeki Politika Yapıcılar Kendi Alanları ve Yükselen Politika ve Hareketlerinde Sağlık İçin Yatırım Yapma İle Kazanılacak Yararları Göz Önüne Almalıdırlar	144
14.2 Üye Ülkeler Sağlık Etkileri Değerlendirme Mekanizmaları Oluşturmalı ve Bütün Sektörlerin Politika Ve Hareketlerinin Sağlık Üzerindeki Etkisinden Sorumlu Tutulmasını Sağlamalıdır.	144
HEDEF 15: ENTEGRE EDİLMİŞ BİR SAĞLIK SEKTÖRÜ	146
15.1 Ülkelerin En Az %90'ında Çok Yönlü Temel Sağlık Hizmetleri Servisleri Bulunmalıdır, Etkili ve Maliyet-Etkili Sistemler İle İkinci ve Üçüncü Basamak Hastanelere Sevk, Geri Bildirim İle Hizmetin Sürekliliğini Sağlayabilmelidir	146
15.2 Ülkelerin En Az %90'ında Bu Entegre Temel Sağlık Hizmetleri Merkezinde Sağlık, Sosyal Ve Diğer Sektörlerden Çok Meslekli Ekipler Kullanan ve Yerel Toplulukları İçererek Çalışan Aile Hekimleri ve Hemşirelere Sahip Olmalıdır	146
15.3 Ülkelerin En Az %90'ında Bireylerin Katılımını Sağlayan ve İnsanları Fark Eden ve Destekleyen Sağlık Hizmetleri Üreticilerine Sahip Sağlık Servisleri Bulunmalıdır	146
HEDEF 16: SAĞLIK KALİTESİ YÖNETİMİ.....	151
16.1 Ana Halk Sağlığı Stratejilerinin Etkiliği Sağlık Çıktıları Bağlamında Değerlendirilmelidir, Bireylerin Sağlık Problemlerinde Alternatif Tedavi Şekilleri İçin Kararlar Sağlık Çıktıları ve Maliyet-Etkililik Kıyaslanarak Alınmalıdır	151
16.2 Bütün Ülkelerin, Sağlık Etkileri, Maliyet Etkililik ve Hasta Memnuniyetini de İçeren En Az On Ana Sağlık Durumu İçin Ülke-Boyutlu Sağlık Hizmet Kalitesini Daimi İzleme ve Geliştirme Mekanizması Bulunmalıdır	151
16.3 Yukarıda Bahsedilen Sağlık Durumlarının En Az Beşinde Sağlık Çıktılarında Belirgin İyileşme Olmalıdır ve Araştırmalar, Alınan Hizmetlerin Kalitesinin Artışı ve Hakları İçin Beklentilerin Yükselmesi İle Hasta Memnuniyetinde Artış Göstermelidirler.	151

HEDEF 17: SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE KAYNAKLARIN TAHSİS EDİLMESİ.....	154
17.1 Sağlık Hizmetleri İçin Harcamalar Toplumun İhtiyaçlarına Uyumlu ve Uygun Olmalıdır.....	154
17.2 Sağlık Etkileri, Maliyet-Etkililik Ve Bilimsel Kanıtlar Göz Önüne Alınarak Kaynaklar Sağlık Promosyonu Ve Korunma, Tedavi Ve Bakım Arasında Tahsis Edilmelidir.....	155
17.3 Sağlık Hizmetleri İçin Fon Sistemleri Tüm Toplumu Kapsamayı, Çok Yönlülüğü ve Sürdürülebilirliği Garantilemelidir.....	156
HEDEF 18: SAĞLIK İÇİN İNSAN KAYNAKLARI GELİŞTİRİLMESİ	158
18.1 Sağlık Çalışanlarının Eğitimi Herkes İçin Sağlık Politikaları Prensiplerine Dayanmalıdır, İlerletici, Koruyucu, İyileştirici Ve Rehabilit Edici Hizmetlerde Kalite Ve Klinik Ve Halk Sağlığı Uygulamalarını Birleştirici Olarak Hazırlanmalarını Sağlamalıdır.....	158
18.2 Eğitimli Sağlık Çalışanları Sayısı ve Karışımının Mevcut ve Gelecekteki İhtiyaçları Karşılacak Şekilde Planlama Sistemleri Olmalıdır	160
18.3 Bütün Üye Ülkelerde Halk Sağlığı Liderliği, Yönetimi ve Uygulaması İçin Uzmanlaşmış Eğitim Kapasitesi Bulunmalıdır;.....	161
18.4 Hedef Diğer Sektörlerdeki Çalışanların Eğitimi Herkes İçin Sağlık Politikalarının Temel Prensiplerini ve Özellikle Sağlık Etkenlerini İşlerinin Nasıl Etkileyebileceği Bilgisini İçermelidir.....	162
HEDEF 19: SAĞLIK İÇİN ARAŞTIRMA VE BİLGİ.....	164
19.1 Bütün Ülkeler ‘Herkes İçin Sağlık’ İçin Uzun Dönem Politikalarındaki Önceliklerine Odaklı Araştırma Politikalarına Sahip Olmalıdır.....	164
19.2 Bütün Ülkeler Bilimsel Kanıta Dayalı Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Geliştirilmesi Mekanizmalarına Sahip Olmalıdır	165
19.3 Sağlık Bilgileri Politikacılar, Yöneticiler, Sağlık ve Diğer Çalışanlar ve Halk İçin Hem Yararlı Hem de Kolay Erişilebilir Olmalıdır	166
19.4 Bütün Ülkeler, Herkes İçin Sağlık Gündemi Desteklemesi ve Bu Bilgilere Erişimi Kolaylaştırması İçin Sağlık İletişim Politikaları ve Programları Oluşturmalıdır.....	166
HEDEF 20: SAĞLIK İÇİN TARAFLARIN HAREKETE GEÇİRİLMESİ.....	168
20.1 Sağlık Sektörü Sağlık İçin Aktif Promosyon ve Savunmasını Sağlamalı, Diğer Sektörlerin Çoklu Sektörel Aktivitelere Katılımını Sağlamalı, Hedef ve Kaynakları Paylaşmalıdır.....	168
20.2 Sağlık Gelişimi İçin Bütün Aktörlerin Ve Sektörlerin Uyumlu İşbirliği İçin Uluslar Arası, Ülke, Bölgesel Ve Yerel Seviyelerde Yapılar ve Süreçler Mevcut Olmalıdır.....	168
HEDEF 21: “HERKES İÇİN SAĞLIK” İÇİN POLİTİKALAR VE STRATEJİLER.....	170
21.1 Herkes İçin Sağlık Politikaları Ülke Seviyesinde Motivasyon ve Bölgeler, Şehirler ve Yerel Topluluklar ve Okullar, İşyerleri ve Evler Gibi Alanlarda Politika ve Hareketler İçin Öngörülü Çerçeve Sağlamalıdır	170
21.2 Yapı ve Süreçler, Ülke ve Diğer Seviyelerde, Politika Formülasyonu, Uygulaması, İzlenmesi ve Değerlendirmesi İçin Anlaşma Yapmış Anahtar Ortaklar –Kamu ve Özel- Geniş Takımları Bir Araya Getirerek Sağlık Politika Geliştirilmesi İçin Hazır Olmalıdır	170
21.3 Kısa, Orta ve Uzun Dönem Politika Hedefleri, Amaçları, İndikatörleri ve Öncelikler Herkes İçin Sağlık Değerlerine Uygun Olarak Elde Etme Stratejileri Formüle Edilmelidir ve İlerleme Süreci İzlenmeli ve Değerlendirilmelidir.....	170
III- SONUÇ	175

ÖNSÖZ

Tüm dünyadaki insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir hayat sürdürebilmesi için hükümetlerin üstlenecekleri rollere 1977 yılındaki Dünya Sağlık Asamblesi’nde dikkat çekilmiş, 1978 yılında Alma-Ata Konferansı’nda “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” politikasının temelleri atılmış ve Dünya Sağlık Örgütü’ nün 1998 yılındaki 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısı’nda Herkese Sağlık politikaları “21. Yüzyılda 21 Hedef” sloganıyla resmen kabul edilmiştir.

Ülkemizde 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı bugüne kadar yapılmış bütün çalışmaları dikkate alan katılımcı ve demokratik karar süreçleri ile en uygun çözümler üretmeyi amaçlayan kapsamlı bir programdır. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sayılan amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Örgütü’nün “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan “Katılım Ortaklığı Belgesi” ve ülkemiz tarafından hazırlanan “Ulusal Program” doğrultusunda Türk Sağlık Mevzuatı’nın, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacını ve diğer uluslararası deneyimleri de dikkate almaktadır.

Bu kitapta, Avrupa’da Herkese Sağlık Hedef 21’de yer alan hedeflerde Türkiye’deki mevcut durum ve halen yürütölmekte olan programlar özetlenmiş, hedeflere ne kadar yaklaşıldığı değerlendirilmeye çalışılmış ve öneriler sunulmuştur.

Herkese eşit, adil, kaliteli, çağdaş ve sürdürülebilir sağlık hizmeti ilkesi ile yürütölecek sağlık politikaları ve stratejilerine katkı sağlayacak olan bu çalışmanın, sektörle ilgili tüm kurum, kuruluş ve kişilere faydalı olacağı inancıyla; çalışmada emeği geçen herkese teşekkür eder, başarılı çalışmalarının devamını dilerim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
T. C. Sağlık Bakanı

TEŞEKKÜR

21 Hedefte Türkiye (Sağlıkta Gelecek) isimli eserin yayınlanmasına katkılarından dolayı;

Çalışmanın yapılmasında her türlü desteği sağlayan başta Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ olmak üzere, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Uzm.Dr. Orhan Fevzi Gümrükçüoğlu, Prof. Dr. Necdet Ünüvar, Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı Doç. Dr. Mustafa Ertek'e, Hıfzıssıhha Mektep Müdürümüz Dr. Salih Mollahaliloğlu'na,

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Personel Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı, Personel Genel Müdürlüğü İstatistik Şube Müdürlüğü, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı, Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği, SABİM, Kalite Koordinasyon Birimi, Teftiş Kurulu Başkanlığı, Basın Yayın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği, Dış İlişkiler Daire Başkanlığı'na,

Ayrıca; Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Türkiye İstatistik Kurumu, Milli Eğitim Bakanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığı, Devlet Su İşleri Genel Müdürlüğü, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı'na,

Kitabın hazırlanma aşamasında yoğun olarak çalışan Müdür Yardımcıları Uzm.Dr. Nazan Yardım, Dr. Ünal Hülür, Dr. Hüseyin Özbay, Dr. Hasan Gökhan Öncül ve Genel Sekreter Vekili Uz. Dr. Ali Kemal Çaylan'a,

Kitabın hazırlanması ve yayın aşamasındaki yardım ve teknik desteklerinden dolayı; Uzm. Dr. Serap Çetin Çoban, Dyt. Ceyhan Vardar, Dr. Bekir Lütfi Çelepçikay, Kıvanç Yılmaz, Psk. Emel Alkan, Hem.Şirin Özkan, Hem.Eda Binar, Dr. Mustafa Kostak, Uzm.Dr. Engin Özkan, Dr. Zekiye Çipil, Dr. Feray Karaman, Dr. Zafer Günaydın, Uzm.Dr. Ahmet Refik İmamecioğlu, ve tüm Hıfzıssıhha Mektep Müdürlüğü çalışanlarına teşekkür ederiz.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

SUNUŞ

Sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir ve ulaşılabilir en yüksek standarttaki sağlık seviyesine ulaşmak, ırk, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal konumu ne olursa olsun tüm bireylerin temel hakkıdır.

Herkese Sağlığın ana hedefi; 2020 yılına kadar herkese ulaşılabilir en iyi sağlık hizmetini sunmaktır. Bu hedefe ulaşmadaki iki temel amaç; tüm insanların hayatları boyunca sağlıklarının korunması, geliştirilmesi, hastalığa ve sakatlığa sebebiyet veren temel hastalıkların insidansının azaltılmasıdır.

Türkiye, “Herkese Sağlık Stratejileri”nin yenilenmesi çalışmalarına aktif bir şekilde katılmıştır ve “Herkese Sağlık Türkiye’ nin Hedef ve Stratejileri” kitabı Sağlık Bakanlığı tarafından bastırılmıştır.

Bu kitapta, Avrupa’da Herkese Sağlık Hedef 21’de yer alan hedeflerde Türkiye’deki mevcut durum ve halen yürütülmekte olan programlar özetlenerek, hedeflere ne kadar yaklaşıldığı değerlendirilmeye çalışılmış ve öneriler sunulmuştur.

Kitabın hazırlanmasına katkı sağlayan herkese şükranlarımı sunar, sağlık alanında gelecekte yapılacak olan faaliyetlere ışık tutmasını dilerim.

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Hıfzısıhha Mektebi Müdürü

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1	Avrupa Bölgesi Üye Ülkelerinde Doğumda Beklenen Yaşam Süreleri	4
Tablo 1.2	Türkiye’de Anne Ölümleri İle İlgili Bazı Veriler (2005)	7
Tablo 2.1	Türkiye’de Yoksulluk Sınırı Yöntemlerine Göre Fertlerin Yoksulluk Oranları.....	10
Tablo 2.2	Türkiye Nüfusunun Gelir Dilimlerine Göre Dağılımı, 2002-2004.	11
Tablo 3.1	Türkiye’de Üreme Sağlığına İlişkin Bazı Göstergelerin Dağılımı (1993-2003)	17
Tablo 3.2	Türkiye’de Antenatal-Perinatal Bakım Hizmetlerine İlişkin Bazı Göstergelerin Dağılımı (1993-2005).....	19
Tablo 3.3	Türkiye’de Bebek, Gebe ve Lohusa Başına Düşen Ortalama İzlem Sayıları (2001-2005).....	20
Tablo 3.4	Türkiye’de Çocukluk Çağı Aşılama Takvimi (2006).....	21
Tablo 3.5	Türkiye’de Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Yansıtan Bazı Sağlık Göstergelerinin Dağılımı (1993-2003).....	22
Tablo 3.6	Sıfır Yaş Aşı Kapsama Oranları (2001-2006)	22
Tablo 3.7	Türkiye’de İl ve İlçe merkezlerinde Kazalar Nedeniyle Olan 0-4 Yaş Ölümlerinin İlgili Yaş Grubundaki Tüm Ölümlere ve Tüm Yaş Gruplarında Kazalar Nedeniyle Olan Ölümlere Oranı (2000-2004).....	30
Tablo 3.8	Türkiye’de Trafik Kazası Sonucu Gerçekleşen 0-9 Yaş Ölüm ve Y aralanmaların Durumu (1995-2004)	31
Tablo 3.9	Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Yüzdelерinin Ülkelere ve Yıllara Göre Dağılımı (1993-2003).....	33
Tablo 4.1	Türkiye’de 2004 Yılında Kasıtsız Yaralanma Sonucu Gerçekleşen Ölümlerin Yaş	40
Tablo 4.2	İl ve İlçe Merkezlerinde 2004 Yılı Kasıtlı Yaralanmalar Sonucu Ölümlerin Yaş	42
Tablo 5.1	DSÖ Avrupa Bölgesi Üye Ülkelerinde 65 yaşında Yaşam Beklentisi (2004).....	49
Tablo 5.2	Türkiye’de Yaş ve Cinsiyete Göre Hane Halkı Nüfusu Yüzde Dağılımı.....	51
Tablo 5.3	Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde 80 ve Üzeri Yaştaki Bakım Altında Bulunan Yaşlıların Sayı ve Yüzdeleri	52
Tablo 6.1	Türkiye’de Ruh Sağlığı Bozukluklarının Cinsiyete Göre Dağılımı, 2000	54
Tablo 6.2	Nöropsikiyatrik Bozukluklar 2003 Yılı Cinsiyete Göre İnsidans ve Prevalans Hızları	55
Tablo 6.3	İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistiklerinde İntiharın Payı (2004)	57
Tablo 6.4	Türkiye’de İntihar Sayılarının Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı (2005).....	57
Tablo 6.5	DSÖ Avrupa Bölgesinde İntihar ve Kendi Kendine Zarar Verme Oranları (2003).....	58
Tablo 7.1	Türkiye’de Polio-3 Aşılama kapsamı.....	60
Tablo 7.2	Türkiye’de Polio Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı (1975-2005)	60
Tablo 7.3	Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi (2006).....	61
Tablo 7.4	Türkiye’de Td2+ Aşılama Kapsamı (2001-2005).....	62
Tablo 7.5	Türkiye’de Neonatal Tetanoz Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı (1990-2005).....	62
Tablo 7.6	Türkiye’de Kızamık Aşılama Kapsamı.....	63
Tablo 7.7	Türkiye’de Kızamık Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı	63
Tablo 7.8	Türkiye’de Difteri Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı	64
Tablo 7.9	Türkiye’de Difteri-3 Aşılama Kapsamı	65

Tablo 7.10	Türkiye’de Hepatit B Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı	66
Tablo 7.11	Türkiye’de Yıllara Göre Boğmaca Morbidite ve Mortalite Hızları	67
Tablo 7.12	Türkiye’de Sıtma İnsidansları (2001-2005)	69
Tablo 7.13	Türkiye’de HIV/AIDS İnsidans ve Prevalans Hızlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	70
Tablo 7.14	Cinsiyete Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara Ait İnsidans ve Prevalans Hızları	72
Tablo 8.1	Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 20 Hastalığın Cinsiyete Göre % Dağılımı	82
Tablo 8.2	Türkiye’de Beş Yaş Üzeri Yetişkinlerde İlk 10 Temel Ölüm Nedeninin Cinsiyete Göre Dağılımı	84
Tablo 8.3	Türkiye’de Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının İnsidans ve Prevalans Hızları	86
Tablo 9.1	Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye’de Karayolu Trafik Kazaları, 2003	92
Tablo 9.2	Türkiye’de Polis ve Jandarma Kayıtlarına Geçen Kaza, Yaralanma ve Ölümler (1970-2005)	93
Tablo 9.3	Türkiye’de Polis Sorumluluk Alanında Meydana Gelen Trafik Kazaları	93
Tablo 9.4	Türkiye’de Yaralanmaların, Meydana Geldiği Yere Göre Dağılımı	95
Tablo 10.1	Kükürtdioksit ve Partiküler Madde Ortalamalarının En Yüksek Olduğu İl ve İlçe Merkezleri	100
Tablo 10.2	Bazı İl ve İlçe Merkezlerinde Ölçüm Yapılan İstasyonlardan Elde Edilen Kükürt Dioksit Konsantrasyonlarının Yıllık Ortalamaları ve Değişim Oranları	101
Tablo 10.3	Bazı İl ve İlçe Merkezlerinde Ölçüm Yapılan İstasyonlardan Elde Edilen Partiküler Madde Konsantrasyonlarının Yıllık Ortalamaları ve Değişim Oranları	102
Tablo 10.4	Bazı İl ve İlçe Merkezlerinde Ölçüm Yapılan İstasyonlardan Elde Edilen Kükürtdioksit ve Partiküler Madde Konsantrasyonlarının Hedef Sınır Değerlerinin Aşıldığı Gün Sayıları	103
Tablo 10.5	Seçilmiş Çevre ve Sektörel Çevre Göstergeleri (2000-2005)	105
Tablo 10.6	Türkiye’de Hava Kalitesi İzleme Ağı Mevcut Durum	106
Tablo 10.7	SO ₂ 1 saatlik ortalama (µg/m ³)	108
Tablo 10.8	SO ₂ 24 saatlik ortalama (µg/m ³)	109
Tablo 10.9	PM ₁₀ 24 saatlik ortalama (µg/m ³)	109
Tablo 10.10	Bazı Ülkeler ve Kıtaların Kişi Başına Düşen Kullanılabilir Su Potansiyeli	110
Tablo 10.11	Bölge İl ve İlçe Halk Sağlığı Laboratuvarlarında Yapılan Su Analizleri	112
Tablo 10.12	Atık Bertaraf ve Geri Kazanım Tesisleri Temel Çevre Göstergeleri, 2005	115
Tablo 11.1	Türkiye’de Çocuklarda Beslenme Durumu (1993-2003)	120
Tablo 11.2	18 Yaş ve Üstü Cevaplayıcıların Fiziksel Aktivite Durumlarının Yerleşim Yeri, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Türkiye Toplamına Göre Dağılımı	122
Tablo 11.3	Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Genel Gıda Denetim Sonuçları (2002-2006)	124
Tablo 12.1	Türkiye’de Alkol İçme Prevalanslarının Cinsiyet, Yerleşim Yeri ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	128
Tablo 12.2	Türkiye’de Meydana Gelen Uyuşturucu Madde Yakalama Olayları (2005)	130
Tablo 13.1	Ortopedik, Görme, İşitme, Dil ve Konuşma ve Zihinsel Özürlü Nüfusun İşgücüne Katılım Oranları	134
Tablo 13.2	Ortopedik, Görme, işitme, Dil ve Konuşma ve Zihinsel Özürlü Nüfus Arasında Okuma-Yazma Yüzdesi	135
Tablo 13.3	Ortopedik, Görme, İşitme, Dil ve Konuşma ve Zihinsel Özürlü Nüfusun Tamamlanmış Eğitim Durumu	135

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1	Türkiye Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Tahminleri.....	5
Şekil 1.2	Türkiye Kaba Ölüm Hızı Tahminleri (2005-2020).....	5
Şekil 1.3	Türkiye’de Bebek, Çocuk ve Beş-Yaş Altı Ölüm Hızları (1988-2003).....	6
Şekil 1.4	Bebek Ölüm Hızı Tahminleri (2005-2020).....	6
Şekil 1.5	Türkiye Toplam Ölümler İçerisinde Hastalık Gruplarının Yüzde Dağılımı, Avrupa Birliği, Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerle Karşılaştırılması.....	8
Şekil 1.6	Türkiye’de Ölümlerin Temel Hastalık Gruplarına Göre Yüzde Dağılımı.....	8
Şekil 1.7	Türkiye’de DALY Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına Göre.....	9
Şekil 3.1	Türkiye’de 1923-2020 Bebek Ölüm Hızları.....	24
Şekil 3.2	Türkiye’de Trafik Kazası Sonucu Gerçekleşen Ölüm ve Yaralanmaların Durumu (1995-2004).....	31
Şekil 4.1	Türkiye’de Adolesan Nüfusun Yıllara Göre Dağılımı (2000-2020).....	37
Şekil 4.2	15-19 Yaşlarında Anne Olmuş ya da İlk Çocuğuna Gebe Olan Adolesan Kadınların Yüzde Dağılımı.....	46
Şekil 5.1	Türkiye, Kentsel ve Kırsal Alanda 60 Yaşında Cinsiyete Göre HALE Dağılımı.....	50
Şekil 7.1	Türkiye’de HIV/AIDS Vaka ve Taşıyıcılarının İnsidans Hızları (2000-2005).....	70
Şekil 7.2	Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların İnsidans Hızları (2005-2006).....	71
Şekil 7.3	Türkiye’de Tüberküloz Vaka Bildirim Hızları (2000-2006).....	73
Şekil 7.4	Türkiye’de Tüberküloz İnsidans Hızları (1970-2005).....	73
Şekil 7.5	Türkiye’de Pnömoni İnsidans Hızları (2001-2005).....	75
Şekil 7.6	Türkiye’de Tifo Morbidite Hızları (2000-2006).....	76
Şekil 7.7	Türkiye’de Paratifo Morbidite Hızları (2000-2004).....	76
Şekil 7.8	Türkiye’de Amipli Dizanteri Morbidite Hızları (2000-2004).....	77
Şekil 7.9	Türkiye’de Basilli Dizanteri Morbidite Hızları (2000-2004).....	77
Şekil 8.1	Türkiye’de Ulusal Düzeyde Ölüm Nedenlerinin Hastalık Gruplarına Göre Yüzde Dağılımının Avrupa Birliği, Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerle Karşılaştırılması.....	79
Şekil 8.2	Türkiye’de Ulusal Düzeyde DALY Nedenlerinin Hastalık Gruplarına Göre Yüzde Dağılımının Avrupa Birliği, Gelişmiş Ve Gelişmekte Olan Ülkelere Karşılaştırılması.....	80
Şekil 8.3	Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüm Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı.....	81
Şekil 8.4	Türkiye’de Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalığın Yüzde Dağılımı (Türkiye, 2004).....	81
Şekil 8.5	Türkiye’de Ulusal Düzeyde DALY’e Neden Olan İlk 10 Hastalığın Yüzde Dağılımı.....	83
Şekil 8.6	Türkiye’de Ulusal Düzeyde DALY Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına.....	84
Şekil 8.7	Türkiye’de Kanseri İnsidans Hızları (2000-2003).....	85
Şekil 10.1	Ankara İli Ocak Ayı SO ₂ ve PM Konsantrasyon Değişimi (1970-2005).....	104
Şekil 10.2	Türkiye’de Hanelerin İçme Suyu Kaynakları.....	117
Şekil 11.1	Dünyada Yetersiz Beslenen Kişi Sayısı (1979-2003).....	119
Şekil 11.2	Türkiye’de Yetersiz Beslenen Kişi Sayısı ve Nüfusa Oranı.....	120
Şekil 12.1	Türkiye’de Sigara Kullanım Sıklığının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (2006).....	126
Şekil 12.2	Türkiye’de Alkol Kullanım Sıklığının Yaş Grubuna Göre Dağılımı.....	129
Şekil 12.3	Türkiye’de Cinsiyete Göre Alkol Kullanım Alışkanlığı (2006).....	129

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HFA-DB	: European Health For All Database
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
TDH	: Toplam Doğurganlık Hızı
AÖÖ	: Anne Ölüm Oranı
AÖH	: Anne Ölüm Hızı
UHY-ME	: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik
DALY	: Disability Adjusted Life Years-Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
NRP	: Neonatal Resüsitasyon Programı
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TAPDK	: Tütün, Tütün Mamülleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Denetleme Kurulu
UNICEF	: The United Nations Children's Fund
ASİE	: Aşı Sonrası İstenmeyen Etki
AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
URSP	: Ulusal Ruh Sağlığı Politikası
ASYE	: Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları
AB	: Avrupa Birliği
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme ve Önleme Merkezi
TADOC	: Turkish International Academy Against Drugs and Organized Crime- Uyuşturucu ve Organize Suçlara Karşı Uluslararası İşbirliği
EMCDDA	: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
GAP	: Güneydoğu Anadolu Projesi
DAKAP	: Doğu Anadolu Kalkınma Projesi
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
AIDS	: Acquired Immun Deficiency Syndrome-Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu
DBT	: Difteri, Boğmaca, Tetanoz aşısı
OPA	: Oral Polio aşısı
Hep B	: Hepatit B aşısı
Hib	: Hemofilus influenza tip b aşısı
KKK	: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak
Td	: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz aşısı
TCT	: Tüberkülin Cilt Testi
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
RTÜK	: Radyo Televizyon Üst Kurulu
UNFPA	: United Nations Population Fund

UNODC	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi - United Nations Office on Drugs and Crime
HALE	: Sağlıklı Yaşam Beklentisi - Healthy Adjusted Life Expectancy
YLD	: Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı
AFP	: Akut Flank Paralizi
HPV	: Human Papilloma Virus
DGT	: Doğrudan Gözetimli Tedavi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
DMFT	: Çürük - Dolgu - Kayıp Diş
RSHMB	: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı
SO ₂	: Kükürt dioksit
PM	: Partiküler madde
GSYH	: Gayri Safı Yurtiçi Hasıla
DSİ	: Devlet Su İşleri
KOBİ	: Küçük ve Orta Ölçekli İşletme
KYS	: Kalite Yönetim Sistemi
JCI	: Uluslararası Ortak Kurul - Joint Commission International
KSAP	: Kamu Sağlık Araştırma Programı

I- GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’na göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir ve ulaşılabilir en yüksek standarttaki sağlık seviyesine ulaşmak, ırk, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal konumu ne olursa olsun tüm bireylerin temel hakkıdır ⁽¹⁾.

“21. Yüzyılda Herkese Sağlık Stratejileri” nin temeli, 1978 yılındaki Alma-Ata Konferansı’nda atılmıştır. 1995 yılında toplanan Dünya Sağlık Örgütü 97. İcra Kurulu, 21. yüzyıla hazırlıklı girmek ve “Herkese Sağlık Stratejileri”nin yenilenmesini sağlamak amacıyla bir girişim başlatma kararı almıştır. Alma-Ata Konferansı’nın sonuçları ve 2020 yılına doğru temel eğilimler değerlendirilerek, 2020 yılına kadar “Herkese Sağlık Politikaları” geliştirilerek bunları gerçekleştirecek stratejiler belirlenmiştir⁽²⁾.

Dünya Sağlık Örgütü, “Herkese Sağlık Politikası”nın yenilenmesinde, üye devletlerin daha aktif rol oynamasını ve “Herkese Sağlık Stratejileri”nin bütün dünyada ve bölgesel düzeyde daha uyumlu yürütülmesini sağlamak amacıyla, üye devletlerden görüş ve öneri istemiştir.

1984 yılında kabul edilen “Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Herkese Sağlık Stratejisi ve Hedefleri”, her üç yılda bir ülkesel, bölgesel ve küresel düzeyde izlenip değerlendirilmektedir. İlk 1984-85, ikincisi 1990-91 yıllarında yapılan bu değerlendirme işlemlerinin üçüncüsü ise 1996-1997 yıllarında yapılmıştır.

15-19 Eylül 1997 tarihlerinde, İstanbul’da gerçekleştirilen DSÖ 47. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısı’nda da gündemin başlıca konusu “Herkese Sağlık Stratejileri”nin yenilenmesi olmuştur. 14-18 Eylül 1998 tarihinde Kopenhag’da düzenlenen DSÖ 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısı’nda, Herkese Sağlık, “Sağlık 21” başlığı altında, “21. Yüzyılda 21 Hedef” sloganıyla resmen kabul edilmiştir ⁽³⁾.

Herkese Sağlığın ana hedefi;

- 2020 yılına kadar herkese ulaşılabilir en iyi sağlık hizmetini sunmaktır.

Bu hedefe ulaşmadaki iki temel amaç;

- Tüm insanların hayatları boyunca sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi
- Hastalığa ve sakatlığa sebebiyet veren temel hastalıkların insidansının azaltılmasıdır.

Üç temel etik ögesi;

- Sağlığın temel insani hak olması
- Sağlıkta ülkeler, ülkeler içindeki gruplar ve cinsiyetler arasında eşitlik
- Sağlığın geliştirilmesi için, tüm bireylerin, toplulukların, kurum, kuruluş ve sektörlerin ortak katılımının gerekliliğidir.

Eyleme geçmek için dört ana strateji;

- Sağlığın belirleyicisi olan bilimsel, fiziksel, ekonomik, sosyal, kültürel ve cinsiyet perspektifleri açısından çoklu sektörel stratejiler
- Sağlığın geliştirilmesi ve klinik bakım hizmetleri için sağlık çıktılarına yönelik programlar geliştirilmesi

- Esnek hastane sistemleri tarafından destekli, aile ve toplum temelli temel sağlık hizmetleri programlarının entegrasyonu
- Sağlıkla ilgili tüm ilgili kurumların- okullar, ev, işyerleri, lokal topluluklar ve ülke-iştirakçi olacağı katılımcı bir sağlığı geliştirme sürecidir ⁽⁴⁾.

Türkiye, “Herkese Sağlık Stratejileri”nin yenilenmesi çalışmalarına aktif bir şekilde katılmıştır. “Herkese Sağlık Konusunda Önde Gelen Halk Sağlığı Yöneticileri Seminerleri”nin yedincisi 9-12 Kasım 1998’de Türkiye’de gerçekleştirilmiştir. 8-12 Ekim 2000 tarihlerinde İstanbul’da toplanan “Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi”nde Avrupa Bölgesi için Sağlık 21 Hedefleri ve bunların Türkiye’ye uyarlanması tartışılarak, Ulusal Sağlık 21 Politikası geliştirme çalışmaları başlatılmış ve “Herkese Sağlık Türkiye’ nin Hedef ve Stratejileri” kitabı Sağlık Bakanlığı tarafından bastırılmıştır ⁽⁵⁾.

Kaynaklar:

1. WHO- Constitution, International Health Watch, <http://www.ldb.org/iphw/whoconst.htm#1> .
2. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978) (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).
3. Health 21, The health for all policy framework for the WHO European Region, European Health for All Series ; No. 6
4. Health 21 for European Region, WHO.
5. Herkese Sağlık, Türkiye’ nin Hedef ve Stratejileri(Sağlık 21), T.C Sağlık Bakanlığı, 2001. Ankara.

II- HEDEFLER İÇİN TÜRKİYE'DE MEVCUT DURUM, YÜRÜTÜLEN PROGRAMLAR VE ÖNERİLER

HEDEF 1: AVRUPA BÖLGESİNDE SAĞLIK İÇİN DAYANIŞMA

2020 yılına kadar, Üye Ülkeler arasında sağlık durumu arasındaki farklar en az 1/3 oranında azaltılmalıdır.

1.1 Yaşam Beklentisinin En Yüksek (1/3) ve En Düşük (1/3) Olduğu Avrupa Ülkeleri Arasındaki Seviye Farkları En Az %30 Azaltılmalıdır;

Son yarım yüzyıllık dönem boyunca yaşam beklentisi küresel olarak yaklaşık 20 yıl artmıştır. 1950-1955 yılları arasında 46,5 yıl olan yaşam beklentisi, 2002'de 65,2 yıl olmuştur ⁽¹⁾.

Beklenen Yaşam Süreleri, doğuştan ve belli yaşlara ulaştıktan sonra bir kişinin ortalama daha ne kadar bir süre hayatta kalacağını gösterir. Bir gösterge olarak toplumun genel sağlık ve sosyo-ekonomik durumunu yansıtmaktadır. Ölümler, özellikle çocuk ve bebek ölümleri, çevresel ve sosyal şartlara duyarlı bir olgudur ve doğuştan hayatta kalma ihtimalini en çok etkileyen unsur da çocuk ölümlerinin yüksekliğidir. Toplumsal ve ekonomik alanda sağlanan gelişmelerin doğal bir sonucu olarak ölümlerin azalması, ilk aşamada bebek ve çocuk ölümlerinin azalmasına yol açmakta, genellikle nüfusun genç bir yaş yapısına sahip olmasına neden olmaktadır. Daha sonraki yıllarda ölümlülikle birlikte doğurganlığın da azalması genç nüfusun payının azalmasına yol açarken, hayatta kalanların sayısında artışların olması da, özellikle yaşlı nüfusun payının artmasına neden olmaktadır. ⁽²⁾

Tablo 1.1'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi üye ülkelerde doğumda beklenen yaşam süreleri sunulmuştur.

Tablo 1.1 Avrupa Bölgesi Üye Ülkelerinde Doğumda Beklenen Yaşam Süreleri

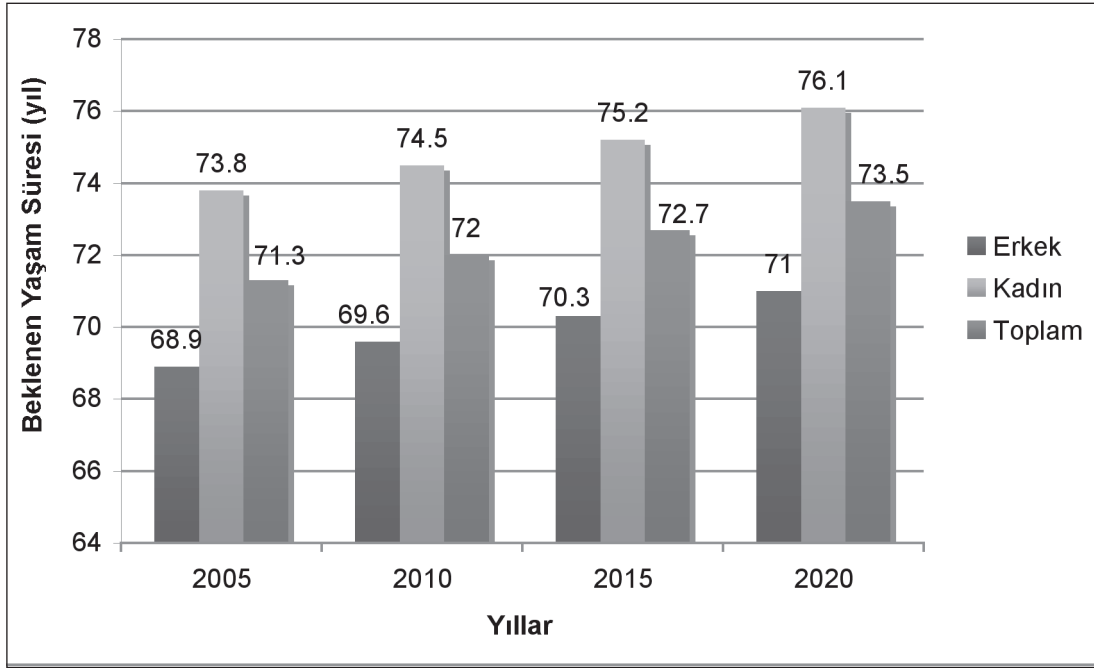
Ülkeler	2004 Yılı	Ülkeler	2004 Yılı
1. İsviçre	81,44	27. Slovakya	74,38
2. İzlanda	81,18	28. Karadağ	74,23
3. İspanya	80,46	29. Makedonya	74,02
4. Norveç	80,17	30. Macaristan	73,03
5. İtalya	80,05	31. Sırbistan	72,77
6. İsveç	80,05	32. Bulgaristan	72,6
7. Lüksemburg	79,56	33. Estonya	72,29
8. Kıbrıs	79,54	34. Litvanya	72,10
9. Avusturya	79,47	35. Romanya	71,88
10. Malta	79,43	36. Azerbeycan	71,68
11. Hollanda	79,42	37. Gürcistan	71,40
12. Almanya	79,36	38. Letonya	71,26
13. Fransa	79,30	39. Özbekistan	71,17
14. Belçika	79,07	40. TÜRKİYE	71,10*
15. Yunanistan	79,05	41. Ermenistan	71,00
16. İngiltere	79,04	42. Belarus	68,97
17. Finlandiya	78,99	43. Moldovya	68,58
18. İrlanda	78,95	44. Ukrayna	67,71
19. Portekiz	78,31	45. Kırgızistan	67,54
20. Slovenya	77,32	46. Kazakistan	66,21
21. Danimarka	77,02	47. Rusya	65,41
22. Arnavutluk	76,24	48. Andorra	...
23. Çek Cumhuriyeti	75,96	49. Monako	...
24. Hırvatistan	75,66	50. San Marino	...
25. Polonya	74,99	51. Türkmenistan	...
26. Bosna - Hersek	74,80	52. Tacikistan	...

Kaynak: European Health For All Database -HFA-DB

* Türkiye İstatistik Kurumu, 2004

Tablo 1.1’de görüldüğü üzere; en yüksek 1/3 ülkenin doğumda beklenen yaşam süresi ortalamaları 79,83 ve en düşük 1/3 ülkenin doğumda beklenen yaşam süresi 69,74 olup, Türkiye’nin beklenen yaşam süresi değeri 71,1’dir. Bu değer dikkate alındığında Türkiye, doğumda beklenen yaşam beklentisinin en düşük (1/3) olduğu Avrupa Ülkeleri ortalamasının üzerindedir ^(3, 4).

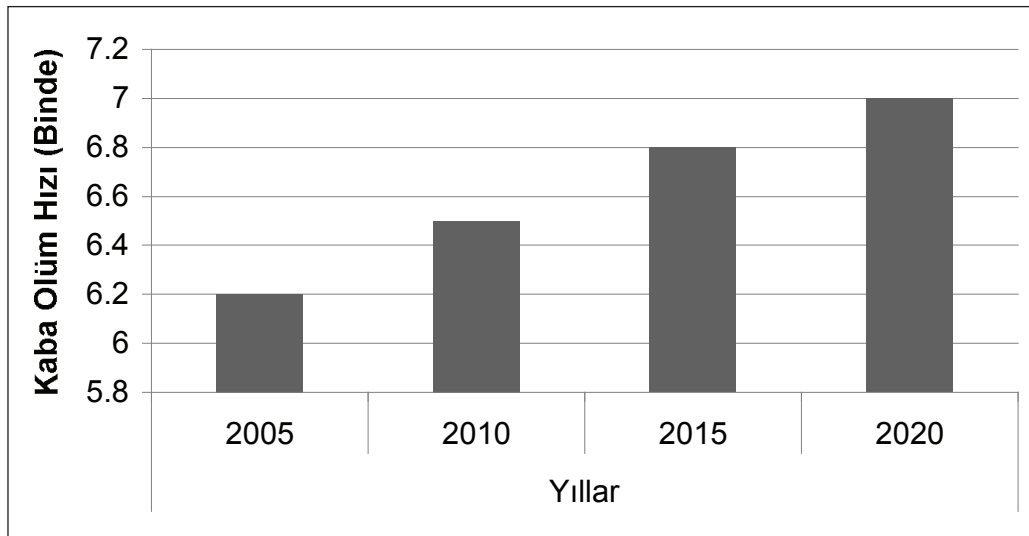
Şekil 1.1’de Türkiye için 2000-2020 yılları arasında beklenen yaşam süreleri tahmini verilmiştir. 2005 yılında beklenen yaşam süreleri 71,3’tür. 2020 yılında ise, beklenen yaşam süresinin 73,5 olacağı tahmin edilmektedir ⁽⁴⁾. Bu verilere göre, Türkiye 2020 yılına kadar yaşam beklentisinin en düşük (1/3) olduğu Avrupa ülkeleri ortalamasının üstünde olacaktır.

Şekil 1.1 Türkiye Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Tahminleri (2005-2020)

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan tahminler, 2006

1.2 Ülke Grupları Arasında Morbidite, Sakatlık ve Mortalite İçin Ana İndikatör Değerleri Farklılıkları, Dezavantajlı Durumdakiler Hızla İyileştirilerek Azaltılmalıdır.

Türkiye’de kaba ölüm hızı, 2000 ve 2005 yılları arasında binde 6,2 olup, Şekil 1.2’de 2005 ve 2020 yılları arasındaki kaba ölüm hızı tahminleri verilmiştir. Buna göre 2005’de binde 6,2 ve 2020 yılında binde 7 olarak tahmin edilmektedir ⁽⁴⁾.

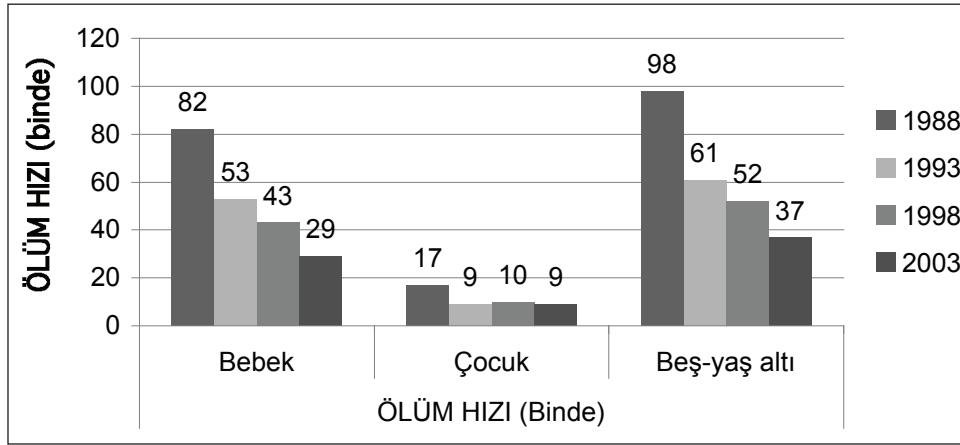
Şekil 1.2 Türkiye Kaba Ölüm Hızı Tahminleri (2005-2020)

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu , 2006

Ekonomik ve sosyal koşullardaki genel gelişmelerin yanı sıra, çocuk aşılarından yararlanma dahil, doğum sonrası sağlık hizmetlerindeki düzeltilmeler sayesinde, son yıllar içerisinde OECD ülkeleri, bebek ölüm oranlarında dikkate değer bir ilerleme kaydetmiştir. Portekiz’de 1970 yılından bu yana bebek ölümleri %90 azalmış ve o yıl Portekiz bebek ölümlerinin Avrupa’da en yüksek olduğu ülke iken, 2003 yılında en düşük olduğu ülkelerden biri haline gelmiştir. Meksika’nın yanı sıra, Türkiye, İtalya, İspanya ve Yunanistan gibi bazı güney Avrupa ülkelerinde de bebek ölüm oranlarında büyük düşüşler sağlanmıştır ⁽⁵⁾

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1988-2003 araştırmalarının sonuçlarına göre bebek, çocuk ve beş yaş altı ölüm hızları Şekil 1.3’de verilmiştir. Buna göre 1988 yılında binde 82 olan bebek ölüm hızı, 2003 yılında binde 29’a düşmüştür. Yine beş-yaş altı ölümler, 1993 yılında binde 61 iken, 2003 yılında binde 37 olarak saptanmıştır ^(6, 7, 8, 9).

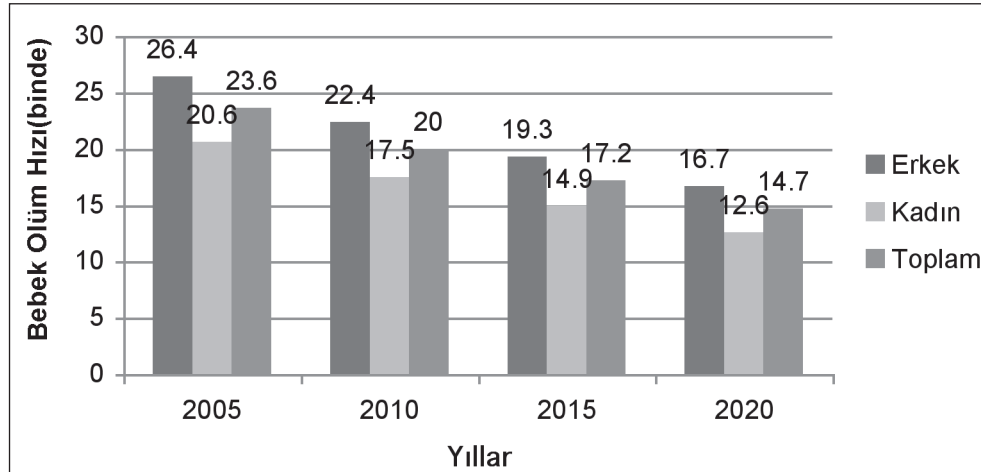
Şekil 1.3 Türkiye’de Bebek, Çocuk ve Beş-Yaş Altı Ölüm Hızları (1988-2003)



Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1988-2003

Bebek ölüm hızlarıyla ilgili tahminler Şekil 1.4’de verilmiştir. Buna göre, bebek ölüm oranlarının 2020 yılına kadar binde 16,7’ye düşürülmesi beklenmektedir ⁽⁴⁾.

Şekil 1.4 Bebek Ölüm Hızı Tahminleri (2005-2020)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, 2006

Anne ölüm hızları ile ilgili veriler Tablo 1.2’de verilmiştir.

Tablo 1.2 Türkiye’de Anne Ölümleri İle İlgili Bazı Veriler (2005)

Bölge	15-49 yaş grubu kadın nüfusu	Canlı doğum sayısı	TDH (Toplam Doğurganlık Hızı)	Kadın Ölümleri (15-49)	Gebeliğe bağlı ölümler (15-49)	Gebeliğe bağlı ölüm (100.000 canlı doğumda)	Anne ölümleri (15-49)	AÖ/KÖ	AÖO	AÖH
Kent	7,949,418	458,151	2,06	3,897	129	28,2	95	2,4	20,7	1,2
Kır	3,740,903	305,434	2,65	2,990	164	53,7	123	4,1	40,3	3,3
Toplam	11,690,321	763,585	2,23	6,887	293	38,3	218	3,2	28,5	1,9

Kaynak : Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005

Anne Ölümleri ile ilgili tabloda verilen kavramlar aşağıda açıklanmıştır:

Kadın Ölümleri kavramı üreme çağında ölen kadınlar için kullanılmaktadır. 15-49 yaş grubundaki kadınlar, üreme çağında olan kadınlar olarak tanımlanmıştır.

Gebeliğe bağlı ölüm, bir kadının gebelik süresince ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde herhangi bir nedenle ölmesi olarak tanımlanmaktadır.

Anne ölümü, bir kadının, gebelik sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumunun ya da gebelik sürecinin şiddetlendirdiği tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür.

Anne ölüm oranı, 100,000 canlı doğumda anne ölümlerinin sayısıdır.

$AÖO = (\text{anne ölümlerinin sayısı} / \text{canlı doğumların sayısı}) * 100,000$ olarak hesaplanmaktadır.

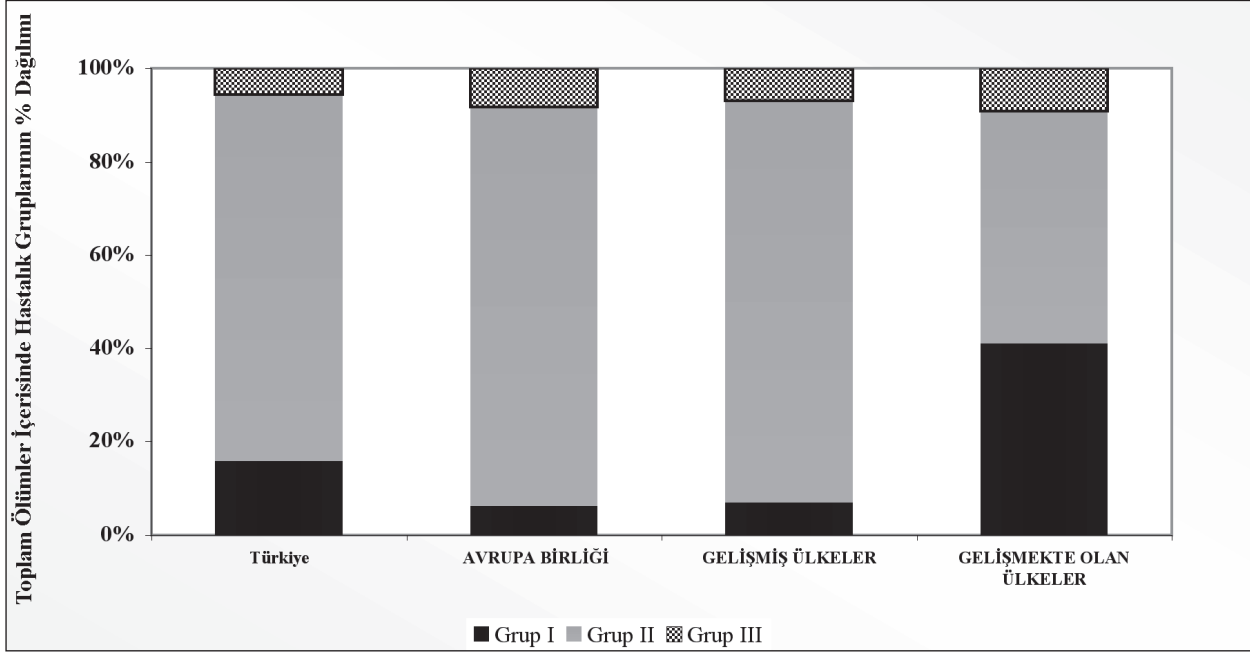
Anne ölüm hızı, üreme çağındaki 100,000 kadında anne ölümlerinin sayısı olarak ifade edilmektedir. $AÖH = (\text{anne ölümlerinin sayısı} / \text{üreme çağındaki kadınların sayısı}) * 100,000$ olarak hesaplanmaktadır.

Tablo 1.2’de verilen değerlere göre Türkiye genelinde anne ölüm hızı yüzbinde 1,9’dur. Türkiye genelinde anne ölüm oranı yüzbinde 28,5’dir ve kent nüfusunda 20,7 iken, kırsalda 40,3’tür. Gebeliğe bağlı ölüm oranı ise toplamda 38,3 (yüzbinde), kırsalda 53,7, kentte 28,2’dir (yüzbinde)⁽¹⁰⁾.

Ulusal Hasatalık Yüğü ve Maliyet Etkililik (UHY-ME) Çalışması’na göre; halen ülkemizde birinci grup hastalıklar (bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar) önemli yük oluşturmaktadır. Diğer yandan ülke nüfusunun yaşlanmasına paralel olarak bulaşıcı olmayan hastalıklar artmaktadır.

Şekil 1.5’te Türkiye ulusal düzey toplam ölümler içerisinde hastalık grupları yüzde dağılımı Avrupa Birliği, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada görüldüğü üzere Türkiye’de ulusal düzeyde ölüm paternleri gelişmekte olan ülkelere çok, gelişmiş ülkelere benzer bir dağılıma sahiptir. Ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin yüzde 15,5’i I. grup hastalıklara, yüzde 78,7’ü II. grup hastalıklara ve yüzde 5,8’i III. grup hastalıklara bağlıdır. Avrupa Birliği ülkelerinde I.grup hastalıklar yüzde 6,3, II.grup hastalıklar yüzde 85,6, III. grup hastalıklar ise tüm ölüm nedenleri içerisinde yüzde 8,1’lik bir dağılıma sahiptir. Gelişmiş ülkelere toplam ölümlerin yüzde 7,0’si I. grup, yüzde 86’sı II. grup, yüzde 7’si III. grup nedenlere, gelişmekte olan ülkelere yüzde 41’i I. grup, yüzde 50’si II. grup ve yüzde 9’u III. grup ölüm nedenlerine bağlıdır ⁽¹¹⁾.

Şekil 1.5 Türkiye Toplam Ölümler İçerisinde Hastalık Gruplarının Yüzde Dağılımı, Avrupa Birliği, Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerle Karşılaştırılması



Grup I : Bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar

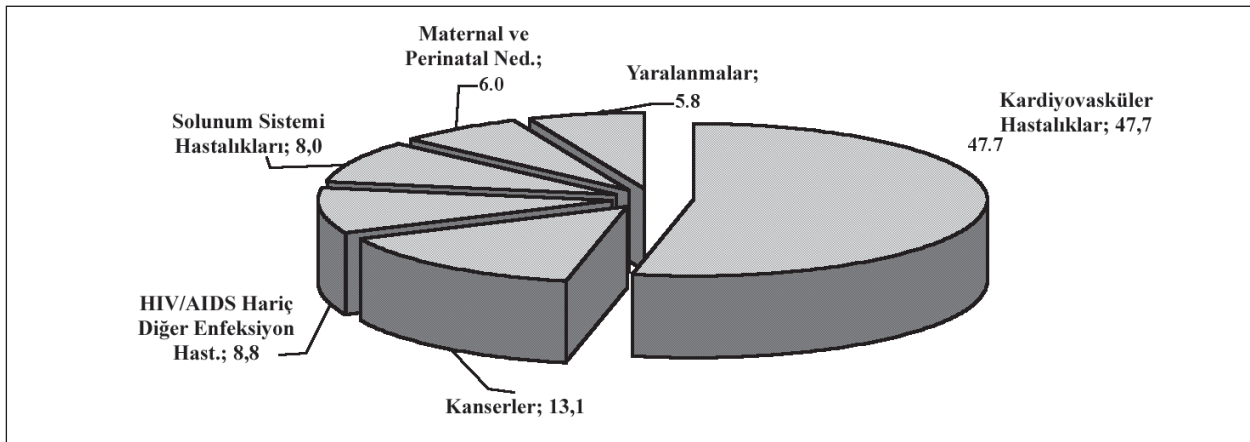
Grup II : Bulaşıcı olmayan hastalıklar; Kalp Damar Sistemi Hastalıkları, Solunum Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar, Duyu Organ Bozuklukları, Genito-üriner Sistem Hastalıkları, Malign Neoplazmalar, Kas, İskelet Sistemi ve Nörolojik Bozukluklar, Nöropsikiyatrik Bozukluklar ve Ağız ve Diş Sağlığı bozuklukları

Grup III : İstemli ve İstemsiz Yaralanmalar

Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

UHY-ME Çalışması'na göre Türkiye'de ulusal düzeyde ölümlerin temel hastalık gruplarına göre dağılımı Şekil 1.6'da verilmiştir. Buna göre, Türkiye'de meydana gelen ölüm nedenleri arasında ilk sırayı yüzde 47,7 oranla kardiyovasküler hastalıklar almaktadır. Kanseler ise, yüzde 13,1 oranla ikinci sırada yer almaktadır ⁽¹¹⁾.

Şekil 1.6 Türkiye'de Ölümlerin Temel Hastalık Gruplarına Göre Yüzde Dağılımı

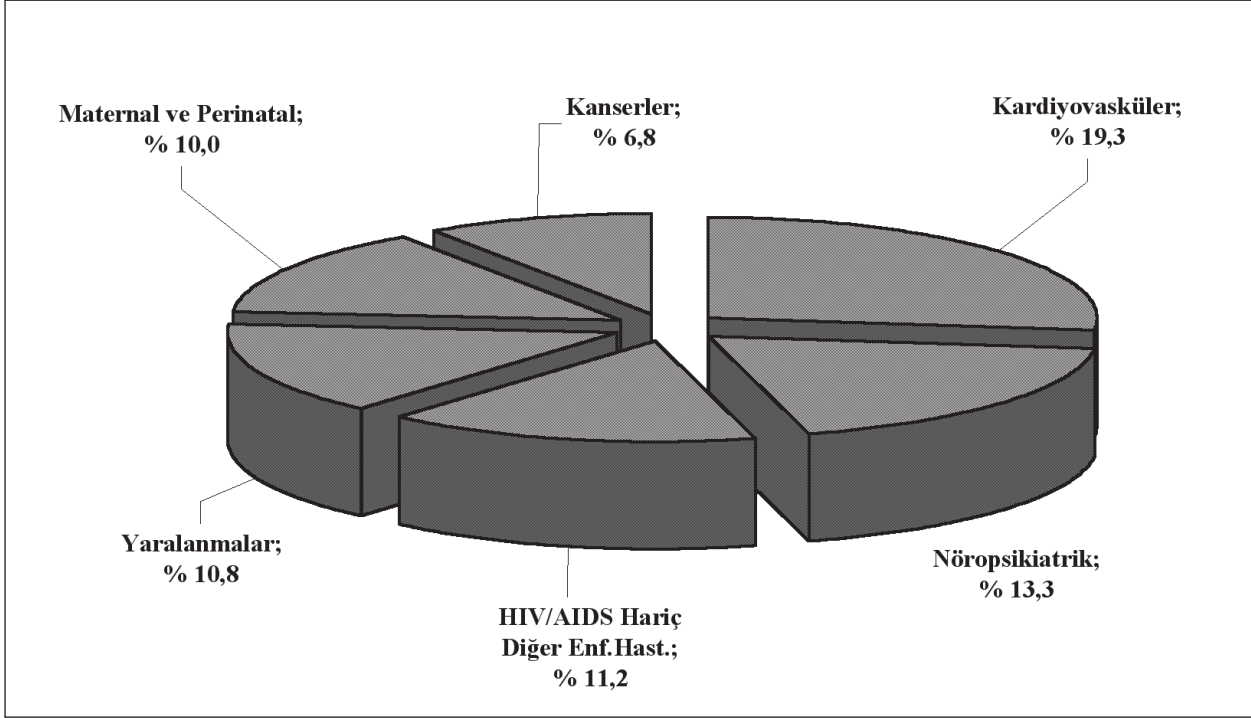


Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

Türkiye'nin toplam hastalık yükü 10,802,494 Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY)'dır⁽¹¹⁾.

Türkiye'de ulusal düzeyde DALY nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı Şekil 1.7'de verilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar yüzde 27 oranıyla ilk sıradadır ⁽¹¹⁾.

Şekil 1.7 Türkiye'de DALY Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına Göre Yüzde Dağılımı



Kaynak:Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara,2005

Kaynaklar:

- 1- Dünya Sağlık Örgütü, 2004.
- 2- Tuncer Kocaman, Planlama Dergisi, Özel Sayı, 2000
- 3- Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Herkes İçin Sağlık Veri Tabanı (HFA-DB), Haziran, 2006
- 4- Türkiye İstatistik Kurumu, 2004
- 5- Sağlığa Bakış: OECD Göstergeleri, 2005
- 6- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1988
- 7- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993
- 8- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998
- 9- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003
- 10- Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması – 2005
- 11- Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

HEDEF 2: SAĞLIKTA HAKKANİYET

2020 yılına kadar, bütün Üye Ülkelerde sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farkı, özellikle dezavantajlı grupların sağlık seviyelerinin geliştirilmesi yoluyla en az 1/4 oranında azaltılmalıdır.

- 2.1 Sosyoekonomik Gruplar Arasındaki Yaşam Beklentisi Farkı En Az %25 Azaltılmalıdır;**
- 2.2 Morbidite, Sakatlık ve Mortalite İçin Ana İndikatör Değerlerinin Farklı Sosyoekonomik Seviyedeki Gruplar Arasında Daha Hakkaniyetli Dağılımı Sağlanmalıdır;**
- 2.3 Olumsuz Sağlık Etkileri Yaratan Sosyoekonomik Durumların; Gelir Farklılıkları, Eğitim Olanakları ve İş Pazarına Erişimi Sürdürülebilir Şekilde İyileştirilmelidir;**
- 2.4 Yoksul Yaşayan Nüfus Oranı Azaltılmalıdır;**

Yoksulluk sınırı yöntemlerine göre Türkiye’de fertlerin yoksulluk oranları Tablo 2.1’de gösterilmektedir.

Tablo 2.1 Türkiye’de Yoksulluk Sınırı Yöntemlerine Göre Fertlerin Yoksulluk Oranları

	Fert Yoksulluk Oranı (%)			
	2002	2003	2004	2005
Gıda yoksulluğu (açlık)	1,35	1,29	1,29	0,87
Yoksulluk (gıda+gıda dışı)	26,96	28,12	25,60	20,50
Kişi başı günlük 1 \$’ın altı	0,20	0,01	0,02	0,01
Kişi başı günlük 2.15 \$’ın altı	3,04	2,39	2,49	1,55
Kişi başı günlük 4.3 \$’ın altı	30,30	23,75	20,89	16,36
Harcama esaslı göreceli yoksulluk	14,74	15,51	14,18	16,16

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, 2006.

Tablo 2.1’e göre Türkiye’de 2002 yılında %1,35 olarak gerçekleşen gıda yoksulluğu 2005 yılında 0,87’ye düşmüştür. Gıda ve gıda dışı yoksulluk ise aynı yıllarda %26,96’dan %20,50’ye düşmüştür ⁽¹⁾.

Tablo 2.1’de görüleceği üzere kişi başı günlük 1\$’ın altında geçinmek zorunda kalan nüfus oranı 2002’de binde 2 iken bu oran son dört yıl içinde iyileşmelerle onbinde 1’e kadar gerileyerek 20 kat iyileşme sağlanmıştır. Yine aynı şekilde günde kişi başına 2,15\$’ın altında olanların oranı %3,04 iken 2005’te %1,55’e gerileyerek yaklaşık 2 kat iyileşme sağlanmıştır. Kişi başı günlük 4,3\$’ın altında geçinen nüfus oranı da benzer şekilde 2002’ye göre iki kat azalmıştır. Fakat harcama esaslı göreceli yoksulluk oranı 2002’de %14,74 iken bu oran 2005’te % 16,16 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 2.2’de ise, Türkiye’de seçilmiş gelir dağılımı ve yoksulluk göstergelerinin yıllara göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 2.2 Türkiye Nüfusunun Gelir Dilimlerine Göre Dağılımı, 2002-2004.

%20 lik dilimler	2002 %	2003 %	2004 %
Birinci % 20'lik dilim	5,3	6,0	6,0
İkinci % 20'lik dilim	9,8	10,3	10,7
Üçüncü % 20'lik dilim	14,0	14,5	15,2
Dördüncü % 20'lik dilim	20,8	20,9	21,9
Beşinci % 20'lik dilim	50,1	48,3	46,2

Kaynak: Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı DPT, 2006.

Tablo 2.2'ye göre Türkiye'de 2004 yılında nüfusun %6'sı birinci %20'lik dilimde yer alırken %46.2'si beşinci %20'lik dilimde yer almıştır ⁽²⁾.

Türkiye'de son 3 yıl için gelir dağılımı dilimleri incelendiğinde beşinci dilim dışındaki dilimlerde bir artış olduğu görülmektedir. Beşinci gelir dilimindeki nüfus oranında %7,8 oranında azalma olduğu görülmektedir. Toplumun yaklaşık olarak %9'u bir üst gelir grubuna yükselmiştir. Bu bulgular gelir dağılımı açısından da ülkenin iyi yönde ilerlediğini göstermektedir.

Ülkemizde dağınık bir yapı arz eden primli sosyal güvenlik rejimini uygulamakla görevli sosyal güvenlik kuruluşlarının ve sosyal yardım kuruluşlarının uzun vadede tek çatı altında toplanması, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve İşsizlik sigortasını uygulayan Türkiye İş Kurumunun özerk yapıları korunmak suretiyle, teşkilat yapılarında birliktelik temini ile kurumlar arası norm ve standart birliğinin sağlanması, bunlara ait istatistiki veri ve bilgilerin değerlendirilmesi, mali durumlarının ve aktüeryal hesaplarının incelenmesi amacıyla, 24.07. 2003 tarihinde yürürlüğe giren 4947 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı "Sosyal Güvenlik Kurumu" kurulmuştur. 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile mevcut sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında birleştirilmiştir. 31 Mayıs 2006 tarihinde yasalaşan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile de devlet memurları, hizmet akdine göre ücretle çalışanlar, tarım işlerinde ücretle çalışanlar, kendi hesabına çalışanlar ve tarımda kendi hesabına çalışanları kapsayan beş farklı emeklilik rejiminin, aktüeryal olarak hak ve yükümlülüklerin eşit olacağı tek bir emeklilik rejimine dönüştürülmüştür. Emeklilik yaşı, aylık bağlama oranı, aylıkların hesaplanması gibi parametrik konularda yeni düzenlemeler getirilmektedir. Emeklilik rejiminin malî olarak sürdürülebilir bir yapıya dönüştürülmesi ve nüfusumuzun yaşlanma sürecine karşı önlem alınması hedeflenen bir diğer önemli amaçtır. Mevzuatın sadeleştirilmesi ve anlaşılabilir hale dönüştürülmesi, böylelikle sigortalı memnuniyetinin ve katılımının artırılması diğer bir önemli amaçtır.

Sosyal Güvenlik Kurumu;

- Sosyal güvenlik politikalarının belirlenmesi ve bunların gerçekleştirilmesi için gerekli tedbirleri almak,
- Sosyal güvenlikle ilgili hak ve menfaatlerin korunması ve geliştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapmak,

- Yabancı ülkelerle yapılacak sosyal güvenlik sözleşmeleri için gerekli çalışma ve hazırlıkları yürütmek ve sonuçlandırmak,
- İlgili kuruluşlar arasında koordinasyonu ve bu kuruluşların sosyal güvenlik alanındaki uygulamalarında norm ve standart birliğini sağlamak,
- Aktüeryal hesaplarını incelemek, mali hareketlerini ve çalışmalarının kuruluş amaçlarına uygunluğunu izlemek,
- Ortak veri tabanı oluşturulması için gerekli çalışmalar yapmak ve 506 sayılı Kanun'un Geçici 20. Madde kapsamındaki sandıklarla ilgili işlemleri yapmakla görevlendirilmiştir⁽³⁾.

Genel Sağlık Sigortası ;

Ülkemizde tüm nüfus sağlık harcamaları yönünden koruma altına alınmamıştır. Ayrıca, sağlık hizmeti harcamaları kişilerin sağlık durumlarında düzelmeyi hedefleyen bütünsel bir politika çerçevesinde yapılmamaktadır. Organizasyondaki dağınık yapı israflara neden olmaktadır. Birinci basamak yerine çok daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kullanılması, harcama düzeyini arttırmaktadır. Bu durum, kıt kaynaklarımızın verimsiz kullanılması sonucunu doğurmaktadır. Bu nedenle,

- İlk planda, vatandaşlarımızın hastalanmasına engel olacak her türlü koruyucu sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması öncelikli politika haline getirilmeli,
- Hastalık halinde ise, vatandaşlarımızın en etkin ve hizmete kolay ulaşabilecekleri bir yöntemle tedavi edilmesine yönelik uygulamalar hayata geçirilmelidir.

Bu temel politika hedeflerini gerçekleştirmek üzere, çağdaş bir yönetim anlayışı ile vatandaşlarımızın tamamını kapsayan bir Genel Sağlık Sigortası oluşturulmalıdır. Anayasa'da nihai olarak hedeflenen sosyal adalet ilkelerinin bir gereği olan ve birçok ülkede uygulama alanı bulunan genel sağlık sigortası Türkiye için uluslararası alanda gerçekleştirmek istediği bütünsel melerle buluşan ve Türk insanını gerçek anlamda bu alanda özlediği en temel yurttaşlık haklarından biri olan sağlıklı yaşam güvencesine kavuşturacak ve çağın gereklerine uygun bir şekilde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine ulaşabilmesine olanak tanıyacaktır. Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları, standartları bütünsel, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen, tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacaktır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 16 Haziran 2006 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlandıktan sonra Anayasa Mahkemesi tarafından Kanunun bazı hükümlerinin iptal edilmesi ve bazı hükümlerinin de yürütmesinin durdurulması neticesinde, ilgili Kanunun uygulanması 2008 yılına ertelenmiştir⁽⁴⁾.

Yoksulluğun azaltılması, 1990 yılından bu yana, Birleşmiş Milletler (BM) Kalkınma Programı'nın Türkiye gündeminin de en baş maddelerinden biridir. BM Kalkınma Programı Türkiye Temsilciliği, Türk hükümetinin yoksulluğun azaltılmasına yönelik geliştirdiği hedefleri desteklemektedir. Kalkınma Programı Türkiye Temsilciliği, özellikle, hükümetin Güneydoğu Anadolu Projesinin (GAP) ve Doğu Anadolu Kalkınma Projesinin (DAKAP) tamamlanmasına olanak tanıyan projelerin geliştirilmesine ve finanse edilmesine destek sağlamaktadır⁽⁵⁾.

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda gelir dağılımının iyileştirilmesi, sosyal içirme ve yoksullukla mücadele hedefleri ve uygulanacak stratejiler şu şekilde belirlenmiştir:

Gelir Dağılımının İyileştirilmesi, Sosyal İçerme ve Yoksullukla Mücadele

- Yoksulluk ve gelir dağılımındaki dengesizlik, sürdürülebilir büyüme ve istihdam, eğitim, sağlık ve çalışma hayatı politikalarıyla kalıcı bir şekilde azaltılacaktır. Yoksulluk ve sosyal dışlanma riski taşıyan birey ve grupların ekonomik ve sosyal hayatta yer almaları sağlanacak ve yaşam kaliteleri yükseltilecektir.
- Transfer politikaları, gelirin yoksullar lehine yeniden dağıtımının sağlanması yoluyla etkili hale getirilecektir. Bu kapsamda, sosyal güvenlik sisteminin, sosyal risklere karşı toplumun her kesimine güvence sağlayarak gelir dağılımını iyileştirici bir etkiye sahip olması sağlanacaktır.
- Yoksulluğun azaltılmasına yönelik hizmetler, yoksulluk kültürünün oluşmasını önleyici ve yoksul kesimin üretici duruma geçmesini sağlayıcı nitelikte olacaktır.
- Kayıtdışı çalışan yoksulların, sosyal güvenlik kapsamına alınması ve düzenli işlerde çalışması için gerekli tedbirler alınacaktır.
- Yoksul kesimlere yönelik ekonomik faaliyetler çeşitlendirilecek şekilde gelir getirici projeler desteklenecektir. Özellikle, kırsal kesimde ve az gelişmiş bölgelerde girişimcilik teşvik edilecektir.
- Kadınların ekonomik ve sosyal hayata katılımlarını artırmak için; bu kesime yönelik mesleki eğitim imkanları geliştirilerek istihdam edilebilirlikleri artırılabilecektir.
- Kadına yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla, bu konudaki toplumsal bilinç artırılabilecektir.
- Özellikle kırsal kesimdeki kız çocuklarının, özürlülerin ve düşük gelirli ailelerin çocuklarının eğitim ihtiyaçlarının karşılanması desteklenerek bu kesimlerin eğitime erişimleri kolaylaştırılacaktır. Ayrıca, çocuk işçiliğini önleyecek tedbirler alınacak ve etkili bir şekilde uygulanacaktır.
- Çocuğun bakımı ve yetiştirilmesi için ideal ortam olan aileye yönelik eğitici programlar yaygınlaştırılacaktır.
- Yaşlılara yönelik olarak evde bakım hizmeti desteklenecek, kurumsal bakım konusunda ise huzurevlerinin sayısı ve kalitesi artırılabilecektir.
- Özürlülerin ekonomik ve sosyal hayata katılımlarının artırılmasına yönelik, sosyal ve fiziki çevre şartları iyileştirilecek, özel eğitim imkanları ve çalışma ortamının özel olarak düzenlendiği korumalı işyerleri geliştirilecektir.
- Tarımdaki yapısal değişim sonucu kente göç eden vasıfsız ve yoksul insanların işsizlik riskini azaltmak için aktif istihdam politikaları geliştirilecektir.
- Yoksulluk ve sosyal dışlanmanın önlenmesine yönelik politikaların uygulanmasında ve bunlara yönelik eğitim, barınma ve istihdam gibi hizmetlerde, merkezi idare ve mahalli idareler ile sivil toplum kuruluşları başta olmak üzere tüm kesimlerin koordineli bir şekilde çalışması sağlanacaktır.

Sosyal Güvenlik Sisteminin Etkinliğinin Artırılması

- Sosyal güvenlik sistemi; nüfusun tümünü kapsayan, toplumun değişen ihtiyaçlarını karşılayabilen, mali sürdürülebilirliği olan ve kaliteli hizmet sunan bir yapıya kavuşturulacaktır.
- Sosyal sigorta sistemi, çalışan nüfusun tümünü kapsayacak şekilde yaygınlaştırılacak ve kayıtdışı istihdam önlenecektir.
- Sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliği aktüeryal dengeler gözetilerek sağlanacaktır. Sosyal sigorta sisteminin bilgi işlem altyapısında tam otomasyona geçilerek, hak kaybını ve mükerrer yararlanmayı önleyen etkili, erişilebilir ve sürdürülebilir hizmet sunan bir yapı oluşturulacaktır.
- Sosyal güvenlik programlarının verimli ve uyumlu yürütülmesi amacıyla kuruluşlar arasında, iletişim ve işbirliği sağlanacaktır.
- Sosyal hizmet ve yardımlar sisteminde eşitlik, sosyal adalet, etkinlik ve etkililik ilkeleri esas olacaktır. Sistemden yararlanacak kişilerin belirlenmesi amacıyla ortak bir veri tabanı oluşturularak, nesnel ölçütlerle işleyen bir tespit mekanizması kurulacaktır.
- Sosyal hizmet ve yardımlar alanında nitelikli personel eksikliği giderilecek ve mevcut personelin niteliği artırılacaktır.
- Yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının sosyal hizmet ve yardımlar alanındaki faaliyetleri desteklenecektir.

2.4 Sağlık, Sosyal Ya Da Ekonomik Koşulları Nedeniyle Özel İhtiyaçları Olan İnsanlar, Dışlamadan Korunmalı ve Uygun Hizmetlere Kolay Erişebilmeleri Sağlanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından özürliilere yönelik yürütölen çalışmalar aşağıdadır⁽⁶⁾:

- Özürlülerin tedavi, ilaç giderleri, istihdam, vergi indirimi gibi konularda kendilerine tanınan haklardan yararlanabilmeleri için hakem hastaneler belirlenmiştir.
- Özürlü çocukların özel eğitim, tedavi ve rehabilitasyonlarına ilişkin usul ve esaslar ile bu hizmet bedellerinin ödenmesine ilişkin konularda düzenleme yapılmıştır.
- Sağlık hizmetlerinin verildiği mekanlarda çevresel ve mimari açıdan özürlülerin kullandıkları araç-gereçlerle rahat hareket etmelerini sağlayıcı düzenlemeler yapılmıştır.
- Özürlü kişilerden sağlık kurulu raporlarında bağış ve evrak parası adı altında para talep edilmemesi, sağlık güvencesi olmayan ve muhtaç durumdaki özürlü kişilerin tespit edilerek yeşil kart kapsamına alınması için bilgilendirilmeleri ve başvuru işlemlerinde yardımcı olunması sağlanmıştır.
- 5378 sayılı “Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” un hazırlanması aşamalarında Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı ile işbirliği yapılmış ve söz konusu Kanun ile ihtiyacı olan özürlülere devlet tarafından ücretsiz bakım hizmeti ile ücretsiz özel eğitim ve rehabilitasyon hizmeti verilmesi hususu hükme bağlanmıştır.

- “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” 16.07.2006 tarih ve 26230 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.
- Çeşitli düzenlemeler ile özürlülerin daha kaliteli ortez-protez ve yardımcı cihaz kullanabilmeleri sağlanmıştır.
- İşitme engeli ile doğan bebeklerin erken dönemde tespit edilebilmesi amacıyla işitme taramalarının yapılması, kesin teşhis, işitme cihazı uygulaması ve rehabilitasyon için bağlı bulundukları merkezlere yönlendirilmesini sağlamak üzere Yenidoğan İşitme Taraması Projesi hazırlanmış, ilk uygulamaları başlatılmış ve sonrasında asıl yürütücü olan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü’ne devredilmiştir.

Kaynaklar:

- 1- Türkiye İstatistik Kurumu, 2006.
- 2- Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, Devlet Planlama Teşkilatı, 2006.
- 3- Sosyal Güvenlik Kurumu Bilgi Notu, T.C. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007.
- 4- Genel Sağlık Sigortası Bilgi Notu, T.C. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü 2007.
- 5- Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Türkiye, UNDP.
- 6- Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007.

HEDEF 3: YAŞAMA SAĞLIKLI BAŞLAMA

2020 yılına kadar, bölgedeki bütün yeni-doğan bebeklerin, bebeklerin ve okul-öncesi çocukların daha sağlıklı olmaları ve yaşama sağlıklı başlamaları sağlanmalıdır.

3.1 Bütün Üye Ülkeler Uygun Üreme Sağlığı, Antenatal, Perinatal Ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Erişimde İlerlemeler Sağlamalıdır;

Üreme Sağlığı Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün "üreme sağlığı" için verdiği tanım; "yaşamın her döneminde üreme sistemi ile ilgili her konuda fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halidir" şeklindedir. Üreme sağlığı, insanların yeterli ve güvenli bir cinsel yaşantıya, üreme ve eğer istiyorlarsa ne zaman ve ne sıklıkta çocuk sahibi olabileceklerine özgürce karar verebilme yetisine sahip olmalarını ifade eder. Burada anlatılmak istenen, erkek ve kadınların kendi seçimlerine göre güvenli, etkili, karşılanabilir ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemleri konusunda bilgilendirilmeleri ve bu yöntemlere erişimlerinin sağlanması, ve kadınların güvenli bir gebelik ve doğum sürecinden geçebilmelerini sağlayıcı uygun sağlık-bakım hizmetlerine ulaşma hakkının verilmesidir ⁽¹⁾.

Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetleri Nasıl Verilmektedir?

Türkiye’de üreme sağlığı hizmetleri temel olarak Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak 1965 yılında kurulan ve 1982 yılında bugünkü adını alan Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü’nün koordinasyon ve denetimi altında sunulur. Hizmetler başlıca, 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (1983), 509 Sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği (1983), 22900 Sayılı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği (1997) ve Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de belirtilen usul ve esaslar doğrultusunda yürütülür ⁽²⁾.

Üreme sağlığı hizmetleri başlıca, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, kadın hastalıkları ve doğum hastaneleri, devlet hastanelerinin üreme sağlığı klinikleri, sağlık ocakları, askeri sağlık kuruluşları, Aile hekimleri ve özel sağlık kuruluşları tarafından verilir. Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetler ücretsizdir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde ise bu hizmetler aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerince sunulur. Aile hekimi; Kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermekle yükümlüdür. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında "Aile Hekimliği" uygulamaları 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı genelge ile Düzce İli’nde başlatılmıştır. 2007 yılı sonunda 11 yeni il katılımı ile 22 İl’e ulaşılmıştır. 2008 yılı sonunda 35 ilin daha Aile Hekimliğine geçmesi planlanmıştır⁽¹²⁾.

Üreme Sağlığı Göstergeleri

DSÖ tarafından kullanılan bazı üreme sağlığı göstergeleri aşağıda belirtilmiş olup bu çalışmada tamamı kapsamamıştır ⁽³⁾.

- 1- Toplam doğurganlık hızı
- 2- Kontrasepsiyon prevalansı
- 3- Anne ölüm oranı
- 4- Antenatal bakım kapsayıcılığı
- 5- Eğitimli sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumlar

- 6- Perinatal ölüm hızı
- 7- Düşük doğum ağırlığı prevalansı
- 8- Kadınlarda anemi prevalansı
- 9- HIV'den korunma yollarının bilinmesi

Türkiye’de 1993, 1998 ve 2003 yıllarına ait üreme sağlığına ilişkin bazı sağlık göstergeleri Tablo 3.1’de yer almaktadır.

Tablo 3.1 Türkiye’de Üreme Sağlığına İlişkin Bazı Göstergelerin Dağılımı (1993-2003)

Göstergeler	1993	1998	2003
Toplam Doğurganlık Hızı (kadın başına)	2,65	2,61	2,23
Genel Doğurganlık Hızı (binde)	95	87	79
Kaba Doğum Hızı (binde)	22,9	23,4	19,7
15-19 Yaş Arası Adölesanlarda Anne Olmuş Kadın Yüzdesi	6,2	7,9	5,7
15-49 Yaş Evli Kadınlarda Halen Herhangi Bir Gebeliği Önleyici Yöntem Kullananların Yüzdesi	62,9	63,9	71,0
AIDS’i Duymuş Evlenmiş Kadınların Yüzdesi	-	83,2	88,1
AIDS’den Korunmanın Bir Yolu Olduğuna İnanan Kadınların Yüzdesi	-	73,4	65,5

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993, 1998, 2003

Tablo 3.1’de görüldüğü üzere Türkiye’de 1993 yılında kadın başına 2,65 olan toplam doğurganlık hızının 2003’de 2,23’e düştüğü görülmektedir. Aynı şekilde genel doğurganlık ve kaba doğum hızlarının da yıllarla birlikte azaldığı izlenmektedir. Adölesanlarda anne olmuş kadınlar yüzde 7,9 ile 5,7 arasında değişmektedir. 15-49 yaş evli kadınlarda halen herhangi bir Aile Planlaması yöntemi kullananlar 1993 yılında yüzde 62,9 iken, 2003 yılında yüzde 71,0’e yükselmiştir. Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS)’nu duymuş evlenmiş kadınlar 2003 yılı itibariyle yüzde 88,1, AIDS’den korunmanın bir yolu olduğuna inanan kadınlar ise yüzde 65,5’dir. ^(4, 5, 6)

Uygun Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişimde Yürütülen İyileştirme Programları:

Türkiye Üreme Sağlığı Programı: Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Komisyonu işbirliğinde 34 ilde yürütülmektedir. Programın genel amacı, toplumun özellikle kadınların üreme sağlığının iyileştirilmesidir. Programın özel amacı ise üreme sağlığı hizmetlerinin kullanımının artırılması ve üreme sağlığı hakları ve tercihlerinin daha iyi desteklenmesini sağlayacak şekilde politika ortamının iyileştirilmesidir. Program 2003 yılında başlamış olup dört yıl sürelidir ^(7, 8).

Adölesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi: Amaç, adölesanların genel sağlık ve gelişimlerinin iyileştirilmesi, adölesanların üreme sağlığı ve cinsel eğitim gereksinimlerine yönelik sağlık hizmetlerini geliştirmek, adölesanların bütünlümlü ve kaliteli üreme sağlığı hizmetlerine erişimini artırmak, adölesanların üreme sağlığı bilgi ve hizmet gereksinimlerinin karşılanması için bir hizmet sunum modeli geliştirmektir. Proje kapsamında adölesanlara yönelik bir “Ulusal Sağlık Hizmet Sunum Modeli” geliştirilmiş ve 2006 yılı itibariyle ülke genelinde 37 adet “Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkezi” hizmete sunulmuştur. 2001 yılında başlatılan proje 2010 yılına kadar devam edecektir ⁽⁸⁾.

Antenatal-Perinatal Hizmetler:

Antenatal bakım kapsayıcılığı (%): Belli bir zaman dilimi içinde canlı doğum yapmış tüm kadınlar içinde gebeliği süresince en az bir kez* gebeliğine bağlı bir nedenle eğitimli sağlık personeli tarafından verilen hizmetten yararlanmış 15-49 yaş kadınların yüzdesi.

** DSÖ tüm gebe kadınlar için belli zamanlarda en az dört antenatal ziyaret yapılmasını önermektedir. O ülkede yapılmış en son araştırmadan beş yıl öncesinde son gebelikleri boyunca dört veya daha fazla antenatal bakım başvurusunda bulunmuş kadınların yüzdesi de dahil edilir ⁽⁹⁾.*

Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü antenatal bakım sıklığı şu şekildedir: birinci trimesterde başlamalı, düzenli aralıklarla gebeliğin sonuna kadar, normal gebelerde ortalama 6 kez, riskli gebeliklerde ise daha fazla sayıda izlem yapılmalıdır ⁽¹⁰⁾.

Perinatal dönem gebeliğin 28. haftasından itibaren doğumdan sonraki ilk 7 günü içerir. Perinatal bakım hizmetleri ise doğum öncesi ve doğum sırasında verilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır ⁽¹¹⁾.

Türkiye’de Antenatal-Perinatal Bakım Hizmetleri Nasıl Verilmektedir?

Antenatal-perinatal bakım hizmetleri Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün koordinasyon ve denetimi altında sunulur. Hizmetler başlıca, 19461 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987), 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961) ve 8597 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (2001)'de belirtilen usul ve esaslar doğrultusunda yürütülür ⁽¹²⁾. Antenatal-perinatal bakım hizmetleri başlıca, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, sağlık ocakları, kadın ve doğum hastaneleri, devlet hastaneleri, askeri sağlık kuruluşları ve özel sağlık kuruluşları tarafından verilir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetler ücretsizdir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık ocakları ve sağlık evleri yanında bazı dikey birimler (ana/çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri vb.) aracılığı ile verilir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde ise bu hizmetler aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerince sunulur.

Antenatal-Perinatal Bakım Hizmetlerine İlişkin Göstergeler

Türkiye’de 1993,1998, 2003 ve 2005 yıllarına ait antenatal-perinatal bakım hizmetlerini yansıtan bazı göstergeler Tablo 3.2’de yer almaktadır

Tablo 3.2 Türkiye’de Antenatal-Perinatal Bakım Hizmetlerine İlişkin Bazı Göstergelerin Dağılımı (1993-2005)

Göstergeler		1993	1998	2003*
Son doğumunda en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım alan kadın yüzdesi		62	68	81
4 ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım alan kadın yüzdesi		3,9		53,9
Doğumların doğumun yapıldığı yere göre yüzde dağılımı	Sağlık kuruluşunda	59,6	72,5	78,2
	Evde	40,2	26,7	21,2
Doğumların doğuma yardım eden kişilere göre yüzde dağılımı	Hekim	33,7	40,1	46,7
	Ebe/Hemşire	42,2	40,5	36,3
	Geleneksel ebe	12,9	10,4	8,8
	Akraba/Diğer/Kendi kendine	11,2	9,0	8,2
Perinatal Ölüm Hızı (binde)		-	-	24
Düşük Doğum Ağırlıklı Çocukların Yüzdesi		-	7,9	7,9
Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı (yüzbinde)*		-	-	38,3*
Anne Ölüm Oranı (yüzbinde)*		-	-	28,5*

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993, 1998, 2003

*Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005

Türkiye’de son doğumunda en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım alan kadınlar 1993 yılında yüzde 62 iken 2003 yılında yüzde 81’e yükselmiştir. Dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım alan kadınlar ise yüzde 35,9’dan yüzde 53,9’a yükselmiştir. Doğumunu herhangi bir sağlık kuruluşunda yaptıranlar 1993 yılında yüzde 59,6 iken 2003 yılında yüzde 78,2’ye yükselmiştir. Bunun yanı sıra, doğumunu evde yaptıranlar yüzde 40,2’den yüzde 21,2’ye düşmüş olsa da hala yüksektir. Doğuma yardım eden kişiler açısından dağılıma bakıldığında, bir sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumlar yüzde 88,8’den yüzde 91,8’e yükselmiştir. Sağlık personeli yardımı olmaksızın ya da kendi kendine yapılan doğumlar ise yüzde 11,2’den yüzde 8,2’ye inmiştir. 2003 yılı itibariyle perinatal ölüm hızı binde 24, düşük doğum ağırlıklı çocuklar ise yüzde 7,9’dur. 2005 yılı itibariyle Türkiye’de gebeliğe bağlı ölüm oranı yüzbinde 38,3, anne ölüm oranı ise yüzbinde 28,5’dir ^(4, 5, 6, 13).

UHY-ME Çalışması’na göre; perinatal nedenler ulusal düzeyde 0-14 yaş grubunda ölüme neden olan ilk 20 hastalık içinde yüzde 37,6 ile birinci sırada yer almaktadır. Batı bölgesinde yüzde 32,0, güney bölgesinde yüzde 30,0, orta bölgede yüzde 40,5, kuzey bölgesinde yüzde 38,1 ve doğu bölgesinde yüzde 41,5’dir. Ulusal düzeyde tüm yaş gruplarında ölüme neden olan hastalıklar içinde ise perinatal nedenler yüzde 5,8 ile dördüncü sırada yer almaktadır ⁽¹⁴⁾.

Tablo 3.3’de 2001-2005 yıllarına ait antenatal ve perinatal bakım hizmetleri ile ilgili bazı göstergeler yer almaktadır.

Tablo 3.3 Türkiye’de Bebek, Gebe ve Lohusa Başına Düşen Ortalama İzlem Sayıları (2001-2005)

Göstergeler	Yıllar				
	2001	2002	2003	2004	2005
Bebek başına düşen ortalama izlem sayısı	3,48	3,40	3,35	4,28	4,80
Gebe başına düşen ortalama izlem sayısı	1,87	1,73	1,76	2,15	2,41
Lohusa başına düşen ortalama izlem sayısı	0,71	0,70	0,72	0,80	0,91

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı, 2005

Sağlık Bakanlığı’ nın çalışma yönergelerine göre; gebeler en az 6, lohusalar 3 ve bebekler 1 yaşına kadar en az 8 defa izlenmelidirler ⁽¹⁵⁾. 2005 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı’ na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında ortalama izlem sayıları bebek başına 4,8, gebe başına 2,4 ve lohusa başına 0,9 olarak gerçekleşmiştir ^(16, 17, 18, 19, 20).

Çocuk Sağlığı Hizmetleri :

Türkiye’de 1994 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından onaylanarak yürürlüğe giren Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne göre, 0-18 yaş grubu “çocuk” olarak kabul edilmektedir ⁽⁸⁾. İlgili sözleşmeye göre; her çocuk temel yaşam hakkına sahiptir. Devlet, çocuğun yaşamını güvence altına almakla yükümlüdür.

Türkiye’de Çocuk Sağlığı Hizmetleri Nasıl Verilmektedir?

Çocuk sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün koordinasyon ve denetimi altında sunulur. Hizmetler başlıca, 19461 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987), 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961) ve 8597 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (2001)’de belirtilen usul ve esaslar doğrultusunda yürütülür ⁽¹²⁾. Çocuk sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçası olan aşılama hizmetleri ise Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü genelgeleri esas alınarak uygulanır ⁽²¹⁾.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi’nde yer alan “Çocukluk Çağı Aşılama Takvimi” Tablo 3.4’de yer almaktadır.

Tablo 3.4 Türkiye’de Çocukluk Çağı Aşılamaya Takvimi (2006)

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	3.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12 ay	16-24 ay	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
BCG			I							
DBT			I	II	III			R		
Hib			I	II	III			R		
OPA			I	II	III			R	R	
KKK							I		R	
Hepatit B	I	II				III				I-II-III*
Td									√	√
Kızamıkçık										√*

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

* Eksik aşıları ara kohort tamamlanana kadar.

DBT: Difteri, Boğmaca, Tetanoz aşısı

OPA: Oral Polio aşısı

Hep B: Hepatit B aşısı

Hib: Hemofilus influenza tip b aşısı

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz aşısı

TCT: Tüberkülin Cilt Testi

Sağlık Bakanlığı çalışma yönergelerine göre; 13 ay-3 yaş arası çocuklarda izlemler 6 ayda bir, daha sonraki yaşlarda ise yılda bir kez yapılır. Türkiye’de 2005 yılında 1-6 yaş arası çocuklarda çocuk başına düşen ortalama izlem sayısı 1,48’dir ⁽²⁰⁾. İzlemler sağlık ocakları tarafından ücretsiz olarak sağlanır. Yine aynı şekilde tüm çocukluk dönemi aşılamaya hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak verilmektedir.

Çocuk Sağlığı Göstergeleri

Türkiye’de çocuk sağlığı hizmetlerini yansıtan bazı sağlık göstergeleri Tablo 3.5’de yer almaktadır.

Tablo 3.5 Türkiye’de Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Yansıtan Bazı Sağlık Göstergelerinin Dağılımı (1993-2003)

Göstergeler	Yıllar		
	1993	1998	2003
Bebek Ölüm Hızı (binde)	53	43	29
Neonatal Ölüm Hızı (binde)	29	26	17
Postneonatal Ölüm Hızı (binde)	23	17	12
Çocuk Ölüm Hızı (binde)	9	10	9
Beş-yaş Altı Ölüm Hızı (binde)	61	52	37

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993, 1998, 2003

Tablo 3.5’de görüleceği üzere; Türkiye’de 1993 yılında binde 53 olan bebek ölüm hızı 2003 yılında binde 29’a kadar inmiştir. Benzer trendde azalmalar neonatal, postneonatal ve beş-yaş altı ölüm hızlarında da görülmektedir ^(4, 5, 6).

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kayıtlarına göre aşılama kapsamı Tablo 3.6’da yer almaktadır.

Tablo 3.6 Sıfır Yaş Aşı Kapsama Oranları (2001-2006)

Aşılar	Yıllara Göre Aşı Kapsamı %					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BCG	82	77	76	79	88	88
DBT-3	83	78	68	85	90	90
Polio-3	83	78	68	85	90	90
Kızamık	84	82	75	81	91	91
Hepatit B-3	72	72	68	77	85	82

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllıkları, 2001-2006

Tablo 3.6’da görüleceği üzere Türkiye genelinde 2006 yılı itibariyle BCG aşılama hızı yüzde 88, DBT ve polio 3 aşılama hızı yüzde 90, kızamık aşılama hızı yüzde 91, hepatit-B-3 aşılama hızı ise yüzde 82’dir ⁽¹⁶⁻²⁰⁾.

Üreme ve çocuk sağlığı hizmetlerine erişimi artırmak amacıyla yapılmış çalışmalar ve düzenlemeler;

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında da “Aile Hekimliği” uygulamaları 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı genelge ile başlatılmıştır ve 2007 yılı sonunda 11 yeni il katılımı ile 22 İl’e ulaşılmıştır. 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Kanunu” gereğince 2008 yılı içinde Aile Hekimliği Uygulamasına geçilecek 35 il 28.09.2007 tarih ve 11013 sayılı Makam Oluru ile belirlenmiştir ⁽²⁴⁾.

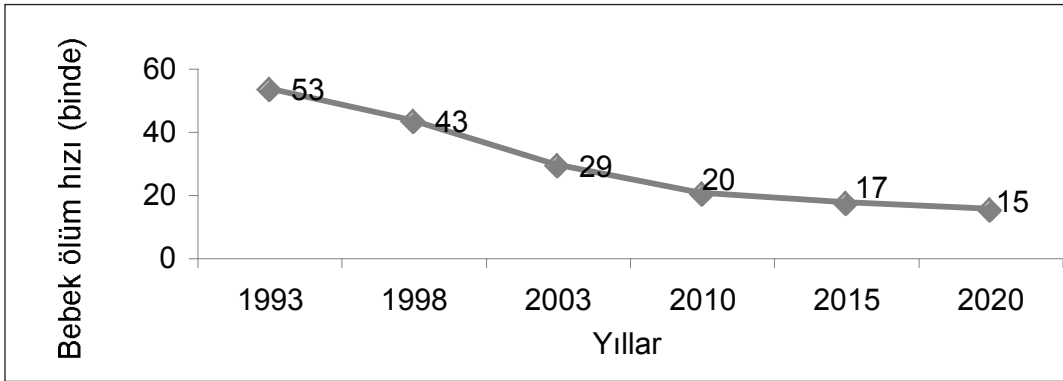
- **Bazı Kamu Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devri:** 19 Ocak 2005 tarihli Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile başta Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) olmak üzere bazı kamu kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devri yapılmıştır. Bu düzenleme ile tüm SSK hastaneleri devlet hastanelerine dönüştürülmüş ve sağlık hizmetlerine erişim artırılmıştır ⁽²⁵⁾.
- **Şarhli Nakit Transferi:** Ülkemizde yaşanan ekonomik krizden sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkilenen vatandaşlarımıza yönelik yardımları kapsayan ve T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü tarafından planlanan Sosyal Riski Azaltma Projesi kapsamında yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı işbirliğinde uygulamaya konulmuştur. Bu programda, 0-6 yaş arasındaki okul öncesi çocuklara, temel sağlık hizmetlerinden faydalanmaları kaydıyla nakit yardımı yapılması, benzer şekilde anne adaylarının doğum öncesi bakım almaları, sağlık kuruluşunda doğum yapmaları ve doğum sonrası dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanmaları koşuluyla nakit para yardımından yararlanmaları hedeflenmiştir. 2003 yılında başlatılan çalışma 2007 yılı itibarıyla tamamlanmış olmasına rağmen yeni düzenlemelerle devam ettirilmesine çalışılmaktadır ⁽⁸⁾.
- **Yeşil Kart Uygulamaları:** 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun'da değişiklik yapan 5222 sayılı kanun ve ilgili yönetmeliklerde yapılan değişikliklerle; 01.01.2005 tarihinden itibaren, ödeme gücü olmayan vatandaşların Türkiye' deki sağlık kurum ve kuruluşlarında ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ve ilaç bedelleri de kanun kapsamına alınmıştır ve sağlık hizmetlerine erişim artırılmıştır ⁽²⁵⁾.

3.2 *Hiçbir Ülkede Bebek Ölüm Oranı 1000 Canlı Doğumda 20'Yi Aşmamalıdır, Oranları 20/1000 Altında Olanlar 10 Ya Da Altına İnmeye Çalışmalıdır;*

Türkiye'de bebek ölüm hızı yıllarla birlikte hızla azalmaktadır.

Şekil 3.1'de, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre bebek ölüm hızının yıllara göre dağılımı ve 2010, 2015, 2020 yılları için Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan tahminler sunulmaktadır. TNSA'na göre, bebek ölüm hızı 1993'de binde 53 iken 2003 yılında binde 29'a kadar düşmüştür. TÜİK projeksiyonlarına göre ise; Türkiye'de 2020 yılında bebek ölüm hızının binde 15 olacağı tahmin edilmektedir. Buna göre istenen hedefe ulaşılmaktadır ^(4, 5, 6, 26).

Şekil 3.1: Türkiye’de 1993-2020 Bebek Ölüm Hızları



Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993-2003

Türkiye İstatistik Kurumu Bebek Ölüm Hızı Tahminleri, 2006

3.3 Bebek Ölüm Oranları 10/1000 Altında Olan Ülkeler Konjenital Hastalıklı ya da Sakat Yeni-Doğan Bebeklerin Oranını Azaltmalıdır;

Ülkemizde bebek ölüm hızı binde 10’un altında olmadığından hedef şimdilik ülkemizi ilgilendirmemekle birlikte konjenital hastalıklı ya da sakat yeni-doğan bebeklere ilişkin veriler şu şekildedir:

Türkiye’de özürlü ve süregelen hastalığı olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12,29’dur (8.431.937 kişi). Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürllülerin oranı %2,58 iken, süregelen hastalığı olanların oranı ise %9,70’dir. Özur nedenleri arasında doğuştan özürllülük ise yaklaşık % 34 olarak bulunmuştur. Zihinsel özürllülerde doğuştan özürllü olma oranı %47,92, dil ve konuşma özürllülerde %46,63, işitme özürllülerde %29,46, ortopedik özürllülerde %23,91, görme özürllülerde ise %20,41’dir ⁽²⁷⁾.

UHY-ME Çalışması’na göre; ulusal düzeyde 0-14 yaş grubunda ölüme neden olan ilk 10 hastalık sıralamasında konjenital hastalıklar, %10,3 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Bölgesel bazda bakıldığında ise, konjenital anomaliler batı ve güney illerinde ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasına girmiştir. Güney illerinde %2,8 ile yedinci sırada, batı illerinde ise %1,6 ile onuncu sırada yer almaktadır. Ulusal düzeyde DALY’ye neden olan ilk 10 hastalık sıralamasında yüzde 3,0 ile konjenital anomaliler altıncı sırada yer almaktadır. Bölgelere göre 0-14 yaş grubunda hastalık yükü (DALY) ne neden olan ilk 10 hastalık içinde batı ve güney illerinde konjenital anomalilerin ikinci sırada yer aldığı, diğer bölgelerde ise üç ve dördüncü sıralarda yer aldığı görülmektedir ⁽¹⁴⁾.

Uygun antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine erişim ve bebek ölüm oranlarının azaltılmasına yönelik yürütülen İyileştirme Programları:

Neonatal Resüsitasyon Programı (NRP): Yenidoğan ölümlerinin azaltılması, yenidoğana optimal yaklaşım ve etkin resüsitasyonun sağlanması amacıyla 1998 yılında başlatılan program kapsamında 2006 yıl sonu itibarıyla 801 kursta 15,399 sağlık personeline eğitim verilmiştir. Halen, doğum yapılan tüm birimlerde NRP eğitimi almış personel bulunmaktadır.

- **Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebekler Projesi:** Annelerin hastaneden ayrılmadan kendilerinin ve bebeklerinin sağlıklarını ilgilendiren temel konularda bilgilendirilmeleri amaçlanmaktadır. 2006 yılında bir milyon anneye ulaşılarak “Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Rehberi” dağıtılmıştır. Proje 2004 yılında başlamış olup 2009 yılında sonlanacaktır.

- **Perinatal ve Neonatal Ölümünün Önlenmesi Programı:** Program ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin ve talebin artırılması, ulaşılan sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyinin geliştirilmesi yoluyla anne ve bebek ölümlerinin istenen seviyelere çekilmesi amaçlanmaktadır. Mevcut durumun ortaya konulmasının ardından perinatal bakım organizasyonunun iyileştirilmesi ve etkinleştirilmesi için; her 1000 doğum için 10-12 adet I. düzey, 3-5 adet II. düzey ve 1 adet III. düzey yatak, gerekli ekipman ve personel sağlanabilmesi ve uygun bir sevk sisteminin oluşturulması için ülke genelinde bir planlama yapılmıştır.
- **Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı:** Bebek beslenmesinde anne sütünün teşvik edilmesi, hatalı anne sütü uygulamalarının önlenmesi, emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesine yönelik olarak 1991 yılında başlatılan programda 2006 yılı itibarıyla bebek dostu il sayısı 67'e, bebek dostu hastane sayısı ise 546'ya ulaşmıştır.
- **Neonatal Tarama Programı:** 1987 yılında "Fenilketonüri Tarama Programı" adı altında başlatılmış, 2006 yılı itibarıyla "Konjenital Hipotiroidi Tarama Programı" da kapsama alınmıştır. Programda tüm yeni doğanların fenilketonüri ve konjenital hipotiroidi yönünden taranması, oluşacak zekâ geriliği, beyin hasarları ve geri dönüşümsüz zararların engellenerek, topluma getirdiği ekonomik yükün önlenmesi, akraba evliliklerinin azaltılması konusunda toplum bilincinin artırılması, tanı konan bebeklerde bu hastalıklar nedeniyle oluşacak rahatsızlıkları önlemek amacıyla uygun tedavi başlanması ve böylece belli bir zekâ seviyesine ulaşmalarının sağlanması amaçlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün hazırladığı Çocuk ve Ergen Sağlığı İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015 raporunda, 2015 yılına kadar tüm yenidoğanların toplumda sık görülen beş genetik, kalıtsal ve metabolik hastalık (fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, galaktozemi, biotinidaz eksikliği, homosistinüri) ile işitme ve görme kusurları yönünden taranması hedefler arasında yer almaktadır. Program sürekli'dir ⁽⁸⁾.
- **Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi, Desteklenmesi ile Demir Yetersizliği Anemisinin Önlenmesi ve Kontrolü "Demir Gibi Türkiye" Projesi:** 2004 yılında başlatılan projenin amacı; toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, öncelikli risk grubu olan bebeklerin, ilk 6 ay anne sütü almasının ve 6. ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek anne sütü alımının sürdürülmesi, demir yetersizliği yönünden taranması, 4-12 ay arası anemisi olmayan bebeklere profilaktik amaçlı demir desteği, 4-24 ay arası anemisi olan bebeklere demir tedavisi sağlanması'dır. Proje 2004 yılında başlatılmış olup 2010 yılına kadar devam edecektir ⁽⁸⁾.
- **Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Projesi:** Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Hükümeti ve UNICEF işbirliği ile 2001-2005 Ülke Programı Ana Uygulama Planı kapsamında, bebeklik ve çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi amacıyla yürütülmektedir. Erken çocukluk gelişimini, doğumdan 8 yaşına kadar olan çocuklara, anne babalara ve çocuğa bakan diğer kişilere yönelik uygulamaları içine alan kapsamlı bir yaklaşımdır. Çocukların fiziki, psikolojik, sosyal ve bilişsel gelişimlerinin sağlanması projenin ana hedefini oluşturmaktadır. 2001 yılında 3 pilot ilde başlatılan proje 2010 yılına kadar devam edecektir ⁽⁸⁾.
- **İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı:** İshale bağlı ölümleri önlemek amacıyla 1986 yılından bu yana yürütülen projede özellikle ishal mevsimi öncesi, illerde sağlık personelinin konu hakkındaki eğitimlerinin gerçekleştirilmesi, toplumun bilgilendirilmesi, ishalin önlenmesi, ağızdan sıvı tedavisi konularının tüm anne, babalar ve diğer aile bireylerinin de çok iyi bilmeleri amaçlanmaktadır. Proje sürekli'dir ⁽⁸⁾.

- **Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı:** Akut solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı ölümleri ve hastalıkları azaltmak amacıyla 1988 yılından bu yana uygulanmaktadır. Programda ailelerin hastalıklar, özellikle zatürre belirtileri ve tedavi yolları konusunda bilinçlenmeleri, sağlık kuruluşlarından yeterince yararlanmaları ve yanı sıra ücretsiz ilaç desteği sağlanmaktadır. Programın hedefleri arasında bebeklerin düşük doğum ağırlıklı olarak doğmalarının engellenmesi, yenidoğan bakımının iyileştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenme, aşıyla önlenabilir hastalıklara karşı tam koruma, ev ve çevre koşullarının iyileştirilmesi, pasif sigara içiciliğinin önlenmesi ile akut solunum yolu enfeksiyonlarında yüksek riske yol açan koşulların iyileştirilmesi de yer almaktadır. Program sürekli dir ⁽⁸⁾.
- **İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı:** İyot yetersizliğine bağlı hastalıkların önlenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı ve UNICEF işbirliğinde 1994 yılında başlatılmış olan program sürekli dir ⁽⁸⁾.
- **Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi:** 0-3 yaş grubundaki çocuklarda halen %6 oranında görülen raşitizmin önlenmesi için bebeklere doğumlarından itibaren bir yıl süreyle D vitamini desteği sağlamayı amaçlayan proje 2005 yılında başlatılmış olup 2010 yılına kadar devam edecektir ⁽⁸⁾.
- **Çocukluk Hastalıklarına Bütüncül Yaklaşım Programı (IMCI):** 1999 yılında DSÖ ve UNICEF işbirliği ile başlatılan program, çocukluk çağı hastalıklarının yol açtığı mortalite ve morbiditenin azaltılması için sağlıklı büyüme ve gelişmenin teşvik edilmesini içeren, sağlık kuruluşları ve ev ortamındaki tüm müdahaleleri kapsayan geniş bir stratejidir ⁽⁸⁾.
- **Hemoglobinopati Kontrol Programı:** Ülkemizde, talasemi ve orak hücre anemisi başta olmak üzere kalıtsal kan hastalıklarının önlenmesi için verilen hizmetleri organize etmek ve yaygınlaştırmak amacıyla 2002 yılından bu yana devam etmektedir. Program halen 33 ilde yürütölmektedir ve 81 ile yaygınlaştırılması planlanmaktadır. Program sürekli dir ⁽⁸⁾.
- **Yenidoğan İşitme Taraması Projesi:** Bu program, işitme kaybıyla doğan ya da doğum sonrası dönemde işitme kaybı ortaya çıkan çocuklarda işitme kaybının çocuğun konuşma gelişimini etkilemeden, psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı bir birey olarak toplumdaki yerini almasını sağlayacak şekilde erkenden saptanması ve bu konuda sağlık personelinin ve toplumun bilinçlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. 2000 yılında başlatılan proje sürekli dir ⁽⁸⁾.
- **Otizm Tarama Projesi:** Proje; 18–36 aylık çocukların otizm riski taşıyıp taşımadıklarını ölçen CHAT ve MCHAT tarama ölçeklerinin, Sağlık Bakanlığı İzmir, Adana, Bursa, Kocaeli ve Gaziantep İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli tarafından uygulanması ve otizm riski yüksek çıkan çocukların, bu illerde bulunan devlet ve üniversite hastanelerinin çocuk ruh sağlığı bölümlerinde görevli psikiyatrist hekimlere sevk edilerek tanı almalarını ve tedavilerine gecikmeden başlanmasını sağlamayı amaçlamaktadır ⁽⁸⁾.
- **Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi:** Projenin genel amacı, gençlerimizin adolesan sağlığı konusunda bilinçlenmesi ve sağlıklı bir adolesan dönemi geçirmelerini sağlamaktır ⁽⁸⁾.
- **Genişletilmiş Bağışıklama Programı:** Programın amacı aşıyla korunulabilir hastalıkların kontrol altına alınması, hatta tamamen ortadan kaldırılması, bu amaç doğrultusunda yapılacak hızlandırmalarla 5 yaş altı çocukların eksik aşılarının tamamlanması, okul çağı

çocuklarının aşılamaalarında ulusal düzeyde en az % 90 aşılama oranlarına ulaşılması, aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) izleme sisteminin düzenli çalışır hale getirilmesi, güvenli enjeksiyon uygulamalarının yaygınlaştırılması ve gerekli durumlarda hızlandırma, yerel aşı günleri, kampanyalar gibi destek aktiviteler düzenlenmesidir. Daha önce aşı takviminde yer alan aşı antijenlerine, Temmuz 2006 tarihi itibarıyla kabakulak ve kızamıkçık ile Aralık 2006 tarihi itibarıyla hemofilus influenza tip b antijenleri ilave edilmiştir. 1981 yılında başlatılan program devam etmektedir ⁽²¹⁾.

- **0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı:** Çocuğun gelişimin destekleme yöntemlerini sağlık ocağı hizmetleri içine entegre ederek, gelişimin en hızlı olduğu gebelik ve 0-6 yaş döneminde çocuğun psikososyal gelişimini destekleyip, sağlıklı nesiller yetişmesine katkı sağlamayı hedefleyen program 2005 yılında başlatılmış olup süreklidir ⁽²⁴⁾.
- **İlköğretim Okullarında Sağlıklı Beslenme Programı:** Programda, ilköğretim çağı çocuklarındaki öğrenci ve öğretmenlere beslenme eğitimi verilerek, onların konuya olan duyarlılığını arttırmak ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmalarını sağlamak amaçlanmıştır. Program 2004-2006 yılları arasında yürütülmüştür ⁽²⁴⁾.
- **Sporcu Çocukların Beslenme ve Sağlık Durumlarının Geliştirilmesi Programı:** Bu programda multidisipliner bir çalışma ile 27 ilde bulunan sporcu eğitim merkezlerinde eğitim gören öğrencilerin beslenme ve sağlık durumlarının geliştirilmesi amaçlanmıştır. 2005 yılında başlayan program halen devam etmektedir ⁽²⁴⁾.
- **Ergenlerde Sağlıklı Beslenme, Obezitenin Önlenmesi ve Aktif Yaşam:** Programda öncelikle 15-17 yaş grubunda yer alan lise öğrencilerinin sağlıklı beslenme ve aktif yaşamın özendirilmesi ve obezitenin önlenmesi amacıyla multidisipliner bir yaklaşım ile müdahaleli eğitim çalışmalarının gerçekleştirilmesi, bu kapsamda, hedef grubun beslenme alışkanlıklarına yönelik bir durum saptaması, boy ve kilo ölçümüne dayalı zayıflık ve obezite taraması ve ergenlerde sağlıklı beslenme konusunda uzman kişilerce bilgilendirme eğitiminin yapılması, ergen sağlığı ve ergene yaklaşım konusunda hizmet içi eğitim almış doktor, hemşire ve diyetisyen den oluşan bir ekip tarafından multidisipliner bir yaklaşım ile zayıflık ve obezite saptanan ergenlerin tedavisinin yapılması hedeflenmiştir. Program 2005-2006 yıllarında yürütülmüştür ⁽²⁴⁾.
- **Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi:** Türkiye'de 1995 yılında başlatılan proje 2006 yılında "Kardeş Okul Programı" ile yaygınlaştırılarak ülke genelinde 208 okulda uygulanır hale getirilmiştir ⁽²²⁾.
- **Sevgi Evleri Projesi:** 2004 yılında başlatılan proje ile kuruluş bakımı yerine daha küçük birimlerde, aile ortamına benzer yapılar ve ilişki sistemi içerisinde çocukların yetiştirilebileceği küçük müstakil binalardan oluşturulan siteler içerisinde bakım hizmetleri hedeflenmektedir ⁽²³⁾.
- **Eğitimde İşbirliği Protokolü:** Milli Eğitim Bakanlığı Kız Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü ile 2006 yılında imzalanan "Eğitimde İşbirliği Protokolü" ile; Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı olarak faaliyetlerini sürdüren 0-12 yaş çocuk yuvalarında çocuklarla birebir ilgilenen ve çocukların temel gereksinimlerini karşılamada görevli olan bakıcı anneler ve diğer görevlilerce verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması, çocukların psikolojik ve sosyal gelişimlerini yakından takip eden çalışan personelin daha bilinçli, donanımlı olarak hizmet vermesini sağlamak için eğitilmesi, kız meslek liselerinin çocuk

gelişimi ve eğitimi alanından mezun olan öğrencilerin de istihdam edilmesine yardımcı olmak amaçlanmıştır ⁽²³⁾.

- **Benim Ailem-Aile Çocuk Eğitim Programı:** Milli Eğitim Bakanlığı Çıraklık ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde yürütülen program, koruyucu, önleyici, geliştirici ve eğitici işlevselliği olan Toplum Merkezleri ve Aile Danışma Merkezlerinde uygulanmakta iken, korunmaya muhtaç çocukların da kurum bakımı hizmetinden yararlandığı kuruluşlarda çocukla birebir çalışan personele yönelik olarak uygulanmaya başlamıştır ⁽²³⁾.
- **Sevgi Zinciri Projesi:** 1997 yılında hazırlanan proje kapsamında, çocuk yuvalarında korunma altında olan 0-6 yaş grubu çocuklar, özel kreş ve gündüz bakımevleri ile diğer resmi kuruluşlar bünyesindeki anasınıfı-anaokulu hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Projenin, aile koşulları nedeniyle yuva ortamında kalan çocuklarımızın, sosyal, duygusal, fiziksel, dil gelişimlerine, olayı kavrayışlarına ve ifade temelerine, ilgi alanlarını ve yeteneklerini fark etmelerine, aile yanından gelen çocuklarla sosyal ilişki kurma ve sürdürme becerilerine yardımcı olduğu görülmektedir ⁽²³⁾.
- **Perinatal ve Neonatal Ölümünün Önlenmesi:** 1998 yılında başlatılan programda sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin ve talebin artırılması, ulaşılan sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyinin geliştirilmesi yoluyla anne ve bebek ölümlerinin istenen seviyelere çekilmesi amaçlanmaktadır. Program, 81 ilde ana ve çocuk sağlığı hizmeti sunan tüm birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır.
- **Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Geliştirilmesi Programı:** D vitamini eksikliği olan çocuklarda kronik enfeksiyon görülme sıklıkları da artmaktadır. Bazı bölgelerde ise raşitizme bağlı akciğer sorunları bebek ölümlerini arttıran bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. D vitamini yetersizliğine bağlı tüm sorunları önlemek amacıyla 2005 yılında başlatılan program halen devam etmektedir.
- **Çocukluk Hastalıklarına Bütüncül Yaklaşım Programı (IMCI):** T.C. Sağlık Bakanlığı ve UNICEF işbirliği ile 1999 tarihinde yürütülmeye başlanan programın hedefleri arasında, bebek ölüm hızının binde 20'ye düşürülmesi, beş yaş altı çocuk ölümlerinin ise 2015 yılına kadar binde 20'nin altına indirilmesi yer almaktadır.
- **Yenidoğanlarda Otoakustik Test Cihazı ile İşitme Tarama Projesi:** Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi ve Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı işbirliğinde yürütülmektedir ⁽²⁵⁾.
- **Görme Engellilerin Rehabilitasyonu ve Eğitim Projesi:** Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı işbirliğinde yürütülmektedir ⁽²⁵⁾.
- **Neonatal Tarama Programı:** 1987 yılında 22 ilde başlatılıp 1993 yılında ülke geneline yaygınlaştırılan "Fenilketonüri Tarama Programı" ile, tedavi edilmediği takdirde ciddi zeka geriliği ve asimetric küçülmeye yol açan fenilketonüri hastalığı için tarama yapılmaktadır. Aralık 2006 tarihinden itibaren tarama programına konjenital hipotiroidi de dahil edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün hazırladığı Çocuk ve Ergen Sağlığı İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015 Raporunda, 2015 yılına kadar tüm yenidoğanların toplumda sık görülen beş genetik, kalıtsal ve metabolik hastalık (fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, galaktozemi, biotinidaz eksikliği, homosistinüri) ile işitme ve görme kusurları yönünden taranması hedefleri arasında yer almaktadır ⁽⁸⁾.

- **Hemoglobinopati Kontrol Programı:** Türkiye’de akraba evliliklerinin fazla olması nedeniyle, evlilik öncesi tarama testleri ile kalıtsal hastalıklardan talasemi ve anormal hemoglobininli yeni hasta doğumunun engellenebilmesi amacıyla başlatılmıştır. Program, hemoglobinopati taşıyıcılığının sık görüldüğü Konya, Karaman, Burdur, Isparta, İzmir, Denizli, Manisa, İstanbul, Bursa, Çanakkale, Kütahya, Gaziantep, Kahramanmaraş, Antalya, İçel, Hatay, Ankara, Tekirdağ, Edirne, Diyarbakır, Bilecik, Kırklareli, Kayseri, Sakarya, Kocaeli, Şanlıurfa, Eskişehir, Batman, Düzcce, Adana, Aydın, Muğla gibi riskli illerde başlatılmıştır. Programda toplum taraması, genetik danışma (rehberlik), halk eğitimi ve doğum öncesi tanı yöntemlerinin kullanılması gibi hizmetler verilmektedir ⁽⁸⁾
- **İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı:** Dünyadaki önlenabilir zihinsel geriliğin başlıca nedenlerinden olan iyot yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarının önlenmesi amaçlanmaktadır ⁽⁸⁾.
- **Yenidoğan İşitme Taraması Programı:** Program ile, büyük illerde pilot uygulamanın yapıldığı birkaç hastane hariç, hiçbir faaliyetin yapılmadığı yerlerde yeni doğan işitme kayıplarının erken tanınması ve rehabilitasyonu konusunda ülke çapında bir seferberlik başlatılması amaçlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Gazi Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi ve Marmara Üniversitesi arasında 17.02.2004 tarihinde bir işbirliği protokolü imzalanmıştır. Bu program kapsamında, 26 ilde toplam 39 sağlık kuruluşunda Yenidoğan İşitme Taraması Ünitelerinin kurulması tamamlanmış ve işitme taramasına başlanmıştır ⁽⁸⁾.
- **Otizm Tarama Projesi:** Proje; 18–36 aylık çocukların otizm riski taşıyıp taşımadıklarını ölçen CHAT ve MCHAT tarama ölçeklerinin, Sağlık Bakanlığı İzmir, Adana, Bursa, Kocaeli ve Gaziantep İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli tarafından uygulanması ve otizm riski yüksek çıkan çocukların, bu illerde bulunan devlet ve üniversite hastanelerinin çocuk ruh sağlığı bölümlerinde görevli psikiyatrist hekimlere sevk edilerek tanı almalarını ve tedavilerine gecikmeden başlanmasını sağlamayı amaçlamaktadır ⁽⁸⁾.

Mevzuat Çalışmaları

- **Özürlüler Kanunu:** 01.07.2005 tarih ve 5378 sayılı Kanunun 11. Maddesinde “Yeni doğan, erken çocukluk ve çocukluğun her dönemi fiziksel, işitsel, duyuşsal, sosyal, ruşsal ve zihinsel gelişimlerinin izlenmesi, genetik geçişli ve özürlülüğe neden olabilecek hastalıkların erken teşhis edilmesinin sağlanması, özürlülüğün önlenmesi, var olan özürlü şiddetinin olabilecek en düşük seviyeye çekilmesi ve ilerlemesinin durdurulmasına ilişkin çalışmalar Sağlık Bakanlığı’nca planlanır ve yürütülür.” denmektedir ⁽²⁸⁾.
- **Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği:** Birey dünyaya gelmeden önce genetik hastalıkların tanısına ve dolayısı ile tedavisine imkân sağlamak üzere, genetik hastalıkların prenatal ve/veya postnatal tanısı için açılacak genetik tanı merkezlerinin anne ve çocuk sağlığı yönünden sağlıklı bir biçimde faaliyet gösterebilmeleri için, bu tip merkezlerin yapım, faaliyet, denetim, kalite kontrolü yönünden gerekli standardizasyon ayrıntılarını kapsayan yönetmeliğe duyulan ihtiyaç doğrultusunda, ülke koşulları gözönüne alınarak “Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği” hazırlanmış ve 10 Haziran 1998 tarihli ve 23368 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Ülkemizde, söz konusu Yönetmelik çerçevesinde başvuruda bulunan ve açılış izni alan 7 merkez, ruşsatlandırılan 25 merkez bulunmaktadır. Bu merkezler Ankara, İzmir, İstanbul, Bursa, Kayseri, Eskişehir, Antalya, Konya İllerinde bulunmaktadır ⁽⁸⁾.

- **Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Kanunu:** 30.12.1993 tarihinde çıkarılan 3960 sayılı Kanun kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak Antalya, Hatay, Mersin ve Muğla'da Talasemi Merkezleri kurulmuştur. Ayrıca 23.06.2001 tarihinde, talasemi ve hemoglobinopati konusunda çalışan tüm merkezler, vakıflar ve dernekler Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde Ulusal Hemoglobinopati Konseyini kurmuşlardır ⁽⁸⁾.

3-4 5 Yaş Altı Çocuklarda Kazalar Ve Şiddet Nedeniyle Ölüm ve Sakatlanmalar En Az %50 Azaltılmalıdır;

Türkiye'de İl ve İlçelerden bildirilen ölümler yaş ve ölüm nedenlerine göre incelendiğinde; değişik nedenlerle meydana gelen kazalar sonucu gerçekleşen ölümlere ilişkin 2000-2004 yıllarına ait veriler Tablo 3.7'de yer almaktadır.

Tablo 3.7 Türkiye'de İl ve İlçe merkezlerinde Kazalar Nedeniyle Olan 0-4 Yaş Ölümünün İlgili Yaş Grubundaki Tüm Ölümlere ve Tüm Yaş Gruplarında Kazalar Nedeniyle Olan Ölümlere Oranı (2000-2004)

Göstergeler	Yıllar				
	2000	2001	2002	2003	2004
0-4 yaş grubu ölümler içerisinde kazaların yüzdesi	2,7	2,5	2,2	2,0	2,6
Kazalar nedeniyle olan ölümler içerisinde 0-4 yaş ölümlerin yüzdesi	6,0	5,6	5,2	4,8	5,9

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm İstatistikleri, 2000-2004

Tablo 3.7'de görüleceği üzere; 2004 yılında İl ve İlçe Merkezlerinde beş yaş altı çocuklarda değişik nedenlerle meydana gelen kazalar nedeniyle olan ölüm sayısı 363'dir. Toplam 13,848 adet beş yaş altı ölüm içinde kazaların payı yüzde 2,6'dır. Tüm yaş gruplarında kazalar nedeniyle olan ölümler içinde beş yaş altı ölümlerin payı ise yüzde 5,9'dur ^(29, 30, 31, 32, 33).

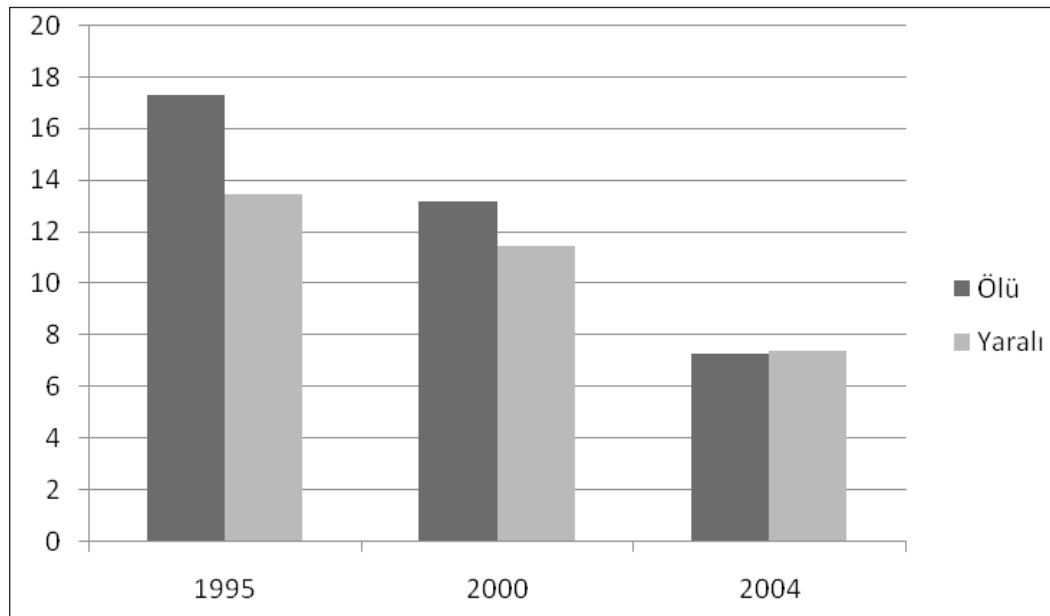
Tablo 3.8'de Türkiye'de 1995, 2000 ve 2004 yıllarında 0-9 yaş trafik kazası sonucu gerçekleşen ölüm ve yaralanmaların tüm yaşlardaki ölüm ve yaralanmalara oranı görülmektedir.

Tablo 3.8 Türkiye’de Trafik Kazası Sonucu Gerçekleşen 0-9 Yaş Ölüm ve Yaralanmaların Durumu (1995-2004)

Yıllar	Ölüm Sayıları		0-9 Yaş Ölüm Sayısı/Tüm Yaş Ölüm Sayısı (yüzde)	Yaralı Sayıları		0-9 Yaş Yaralı Sayısı/Tüm Yaş Yaralı Sayısı (yüzde)
	0-9 Yaş	Tüm Yaşlar		0-9 Yaş	Tüm Yaşlar	
1995	1,042	6,004	17,3	15,458	114,319	13,5
2000	522	3,941	13,2	12,639	109,889	11,5
2004	225	3,081	7,3	8,148	109,889	7,4

Kaynak: Emniyet Genel Müdürlüğü Kayıtları, 2004

Tablo 3.8 ve Şekil 3.2’de görüleceği üzere; Türkiye’de 1995 yılında Emniyet Genel Müdürlüğü görev alanına giren yerlerde 0-9 yaş grubunda trafik kazası nedeniyle ölenlerin tüm yaş grubunda ölenlere oranı yüzde 17,3, yaralananların oranı ise yüzde 13,5 iken, 2004 yılında aynı oranlar sırasıyla yüzde 7,3 ve yüzde 7,4’e inmiştir. Yıllarla birlikte, çocukların ön koltukta oturtulmama ve emniyet kemeri kullanım alışkanlığının yaygınlaşması gibi nedenlerle ölümlerde ve yaralanmalarda azalma olduğu düşünülmektedir. Mutlak sayılara bakıldığında, toplam ölü ve yaralı sayılarında da azalma olduğu dikkat çekicidir ⁽³⁴⁾.

Şekil 3.2: Türkiye’de Trafik Kazası Sonucu Gerçekleşen Ölüm ve Yaralanmaların Durumu (1995-2004)

Kaynak: Emniyet Genel Müdürlüğü Kayıtları, 2004

UHY-ME Çalışması sonuçlarına göre; Türkiye’de ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin hastalık gruplarına göre dağılımında istemli ve istemsiz yaralanmalar tüm ölüm nedenlerinin %5,8’ini oluşturmaktadır. Türkiye’de 0-4 yaş grubundaki ölümlerde istemli ve istemsiz yaralanmalar nedeniyle olan ölümler %2,5’lik bir paya sahiptir ⁽¹⁴⁾.

Yürütülen İyileştirme Programları

- **Trafik Kazalarında Yaralanma Ve Ölümünün Önlenmesine Yönelik Çalışmalar:** Türkiye’de trafik kazalarının azaltılması ile trafik düzenleme ve denetleme faaliyetleri İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Hizmetleri Başkanlığının görev alanına girmektedir. 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu ilgili düzenlemeleri içermektedir. Türkiye’de ilk emniyet kemeri uygulaması 1986’da başlatılmıştır. Başlangıçta sadece şehirlerarası karayollarında araç sürücüsü ve yanında oturan yolcular için emniyet kemeri takma zorunluluğu varken, 1992 yılında şehiriçi yollarda, 1995 yılında arka koltukta oturan yolcular için de zorunlu hale gelmiştir. 1998 yılında ise çocuklara yönelik bir düzenleme ile sürücü yanındaki ön koltukta on(10) yaşından küçük çocukların taşınması yasaklanmıştır (2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu 78. Madde “d” bendi). Emniyet kemeri takmada görülen eksiklik ve aksaklıkları gidermek, bu Kanunu AB mevzuatına uyumlu hale getirmek, trafik para cezalarını artırarak karayolu kullanıcılarının trafik kural ihlali yapmalarında caydırıcılık etkisi yaratıp, trafik kazalarını önlemek amacıyla bir Kanun tasarısı hazırlanmış olup, söz konusu tasarı şu an itibariyle TBMM’de bulunmaktadır ⁽³⁵⁾.
- **Şiddeti Önleme Platformu Eğitim ve Şiddet Alt Çalışma Grubu:** Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü bünyesinde ilk defa 2004 yılında toplanan çalışma grubunun amacı toplumsal alanda, ailede ve kitle iletişim araçlarında şiddetin önlenmesi ve bu konudaki toplumsal duyarlılığın artırılmasıdır ⁽³⁶⁾.
- **Okul Ortamlarında Şiddetin Önlenmesi ve Azaltılması Strateji ve Eylem Planı:** Milli Eğitim Bakanlığı’nın tüm bölümlerinin yanı sıra, Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu, Emniyet Genel Müdürlüğü ve Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜK)’nu da içeren pek çok kamu kuruluşunun katkılarıyla 2006 yılında hazırlanmıştır. Çalışmada, şiddet olaylarının yaygınlığı yeni bir veri tabanı kullanılarak belirlenecek ve analiz edilecek, ayrıca şiddetin tekrar meydana gelmesini engellemek için takip edilecektir ⁽³⁶⁾.
- **Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları (alan çalışması):** 1994 yılında gerçekleştirilen çalışma sonuçlarına göre; fiziksel şiddete ailelerin % 34’ünde, sözlü şiddete ise % 53’ünde rastlanmaktadır. Çocuklara yönelik fiziksel şiddete rastlanma oranı da % 46’dır. Ailelerde cinsel şiddet ve tacize rastlanma oranı % 9’dur ⁽³⁶⁾.
- **Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet (alan çalışması):** Araştırma ile aile içerisindeki ve toplumsal yaşam alanındaki bazı değişkenler ile bireylerin şiddet içeren davranışları ve şiddet eğilimleri arasında bir ilişkinin olup olmadığı ve eğer varsa ilişkilerin nicelik ve niteliklerinin araştırılması amaçlanmıştır. Araştırmada, 15-22 yaş grubunda belirgin biçimde yükselen şiddet ölçeği puanları; şiddet gösterme eğilimleri açısından gençlerin en önemli risk grubunu oluşturduklarını kanıtlar niteliktedir. Çalışma 1998 yılında gerçekleştirilmiştir ⁽³⁶⁾.

Mevzuat Çalışmaları

- **Çocuk Koruma Yasası:** 3/7/2005 tarih ve 5395 sayılı Yasa ile korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunması, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınması amaçlanmaktadır.

Yapılan çalışmalar çerçevesinde anılan hedefe ulaşılmaya çalışılmaktadır.

3.5 2500 Gramdan Az Doğan Bebeklerin Oranı En Az % 20 Azaltılmalıdır ve Ülkeler Arası Farklar Belirgin Azaltılmalıdır.

Doğum ağırlığı fötüs veya yenidoğanın doğumdan sonra ölçülen ilk ağırlığıdır. Canlı doğumlar için doğum ağırlığı, tercihen, belirgin doğum sonrası kilo kaybı olmadan önce ölçülmelidir. Düşük doğum ağırlığı 2500 gramın altında olarak tanımlanmaktadır (2,499 gram ve altı). Toplumda düşük doğum ağırlığı insidansı, 2500 gramdan daha az olan canlı doğumların aynı zaman periyodundaki toplam canlı doğumlara yüzdesi şeklinde tanımlanmaktadır ⁽³⁷⁾.

Düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdelerinin ülkelere ve yıllara göre dağılımı Tablo 3.9'de yer almaktadır.

Tablo 3.9 Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Yüzdelerinin Ülkelere ve Yıllara Göre Dağılımı (1993-2003)

Ülkeler	Yıllar		
	1993	1998	2003
Türkiye	-	7,9	7,9
EU 25*		6,4	6,9

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993, 1998, 2003.

*Kaynak: World Health Organisation, Health For All Database, 2005

Türkiye'de düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yüzdesi 1998 ve 2003 yıllarında yüzde 7,9 olarak gerçekleşmiştir. Avrupa Birliği'ne üye 25 ülkede ise bu oran 2003 yılı itibariyle yüzde 6,9'dur ^(4, 5, 6, 38).

UHY-ME Çalışması'nda Türkiye'de düşük doğum ağırlığı insidansı yüzbinde 18,3 olarak hesaplanmıştır ⁽¹⁴⁾.

Öneriler:

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarını güçlendirerek bütün gebelerin erken dönemde tespit edilmesi, kaliteli doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetleri almalarının sağlanması, bebek bakımı, anne sütü ve hijyen konusunda annelere eğitim verilmesi, bağışıklama oranlarının yükseltilmesi, riskli vakaların bir üst basamağa sevkinin zamanında yapılması ve sonrasında izlenmelerinin sağlanması.
- Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetleri için sağlık kuruluşlarının fizik altyapı ve insangücü yönünden güçlendirilmesi.
- Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ile çocuk sağlığı konularında halk eğitimlerinin yapılması.
- 0-6 yaş grubunun büyüme ve gelişmelerinin rutin olarak izlenmesi.
- Bütün yenidoğanların başta fenilketonüri ve konjenital hipotiroidi olmak üzere, sık görülen genetik, kalıtsal ve metabolik hastalıklar yönünden taranması.
- Mortalite ve morbiditesi yüksek hastalıklar için prenatal tanı ve tedavi merkezlerinin

yaygınlaştırılması geliştirilmesi ve bu merkezlerden yararlanmayı kolaylaştırıcı düzenlemelerin yapılması.

- Doğum salonlarında yenidoğanlara, özel eğitim almış sağlık personeli tarafından hizmet verilmesi.
- Tam donanımlı yenidoğan ünitelerinin sayısının artırılması.
- Bebek dostu hastane ve güvenli annelik programlarının sağlık personeli ve anne sütü destek grupları oluşturularak halk eğitimleriyle sürdürülmesi
- Risk gruplarına besin ögesi desteği sağlanmasının sürdürülmesi (İyotlu tuz, demir, D vitamini)
- Kaza ve şiddet konularında ihtiyaç duyulan yasal düzenlemelerin yapılması ve mevcut düzenlemelerin işbirliğinin artırılması.
- Kaza ve şiddet konularında başta sağlık personeli olmak üzere, ilgili bütün sektörlerde çalışan personelin eğitilmesi.
- Kaza ve şiddetin önlenmesi konularında toplumun eğitilmesi.
- Kaza ve şiddet konularında sektörlerarası işbirliğinin geliştirilmesi.
- Kazalar sonunda verilecek rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması.
- Ev kazalarının oluş biçimleri ve nedenlerine yönelik halk eğitim programları düzenlenmesi.
- Şiddete maruz kalanların korunmalarına yönelik organize kurumların sayılarının artırılması.
- Şiddet konusunda sağlıklı veri toplama araçlarının geliştirilmesi ve uygulamaya konulması, sağlıklı veri akışının sağlanması.

Kaynaklar:

1. Dünya Sağlık Örgütü, İlerleme 45 (1998), www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/45/prog45.pdf
2. Sağlık Bakanlığı web sayfası 2007, : <http://www.saglik.gov.tr>
3. http://www.who.int/reproductive-health/publications/rh_indicators/guidelines.pdf
4. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993
5. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003
7. Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu web sayfası (2007): <http://www.deltur.cec.eu.int>
8. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007
9. *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count.* Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2005
10. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995, Ankara, Syf. 126
11. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995, Ankara, Syf. 74
12. Sağlık Bakanlığı web sayfası 2007, : <http://www.saglik.gov.tr>
13. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005
14. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yükü Final Raporu, Ankara, 2005.
15. Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler, Ebe Hizmet-içi Eğitimi, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1993
16. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı, 2001
17. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı, 2002
18. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı, 2003

19. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı, 2004
20. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı, 2005
21. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 18607 Sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2006
22. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, 2007
23. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, 2007
24. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007
25. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007
26. Türkiye İstatistik Kurumu, Bebek Ölüm Hız Tahminleri, 2006
27. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Özürlüler Araştırması, 2002.
28. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı web sayfası, 2007, <http://www.ozida.gov.tr>).
29. Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm İstatistikleri, 2000
30. Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm İstatistikleri, 2001
31. Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm İstatistikleri, 2002
32. Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm İstatistikleri, 2003
33. Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm İstatistikleri, 2004.
34. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü Kayıtları, 2004.
35. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, 2007
36. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü web sayfası, 2007, <http://www.aile.gov.tr>
37. http://www.who.int/reproductive-health/publications/low_birthweight/low_birthweight_estimates.pdf
38. World Health Organisation, Health For All Database, 2005.

HEDEF 4: GENÇ İNSANLARIN SAĞLIĞI

2020 yılına kadar, bölgedeki genç insanlar daha sağlıklı olmalı ve toplumdaki rollerini-görevlerini yerine getirebilmelidirler.

4.1 Genç Çocuklar Ve Ergenler Daha İyi Yaşam Becerilerine ve Sağlıklı Seçimler Yapabilme Kapasitesine Sahip Olabilmelidirler;

DSÖ tarafından 10 ile 19 yaş arasındaki bireyler olarak tanımlanan adolesanlar, dünya nüfusunun yaklaşık olarak beşte birini oluşturmaktadır. Dünya üzerinde yaklaşık olarak 1,2 milyar adolesan yaşamakta olup adolesanların % 85'i gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır. Fakat her yıl sağlıklı olarak düşünülen 10-19 yaş arası adolesanlar trafik kazaları, şiddet ve doğumla ilgili hastalıklar gibi önlenabilir nedenlerden hayatlarını kaybetmektedir.

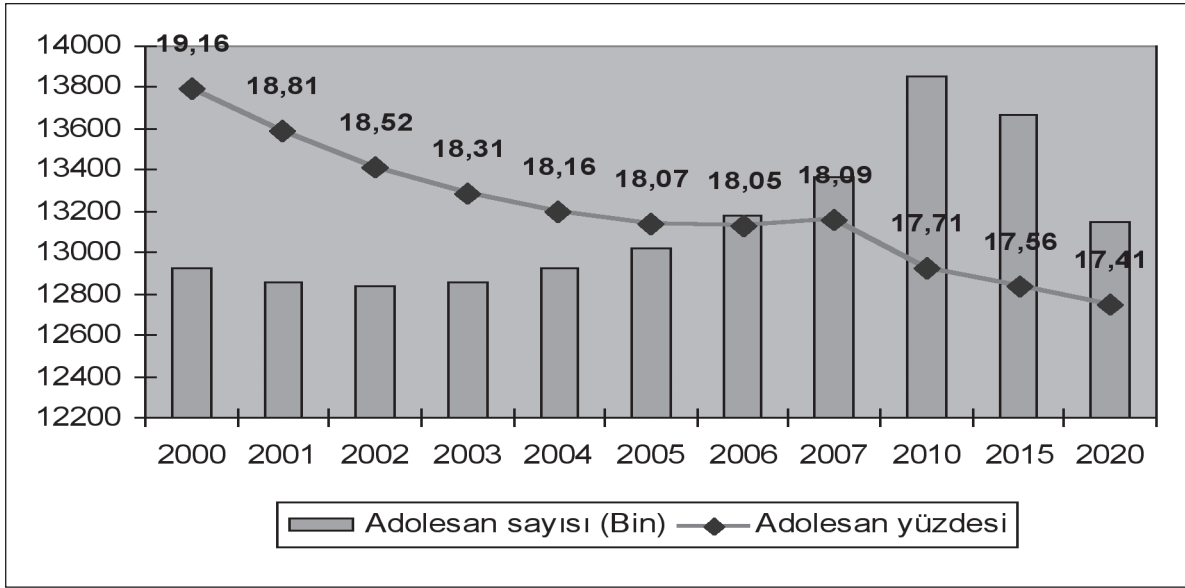
DSÖ, UNICEF ve UNFPA ile, adolesanların hayatlarının ikinci on yıllarında yaşam kalitesini arttırmak, dünya genelinde ihtiyaçlarını karşılamak ve destek olmak amacıyla, ortak programlar yürütmektedir. Bu programların amacına ulaşması için yapılacak faaliyetlerde aşağıdaki konu başlıkları öncelikli olarak belirlenmiştir ⁽¹⁾:

- Adolesanlara sağlık ihtiyaçlarına yönelik doğru bilgilendirmeyi sağlamak
- Adolesanların risk alıcı davranışlardan kaçınmaları için hayat becerilerini artırmak,
- Adolesanlara özellikle kriz dönemlerinde danışmanlık yapmak
- Adolesanların sağlık kurum ve kuruluşlarına erişebilirliklerini sağlamak
- Adolesanlara güvenli ve destekleyici bir çevre sağlamak

Türkiye'de 2000 yılı nüfus sayımına göre 10-19 yaş grubu nüfusun, tüm nüfus içindeki payı % 19,16'dır ⁽²⁾. TÜİK tarafından yapılan projeksiyon çalışmalarıyla 2007 yılı için belirlenen bu rakam %18,9'dur ⁽³⁾.

Şekil 4.1'de Türkiye'de adolesan nüfusun yıllara göre dağılımı verilmiştir. Zaman içerisinde adolesanların genel nüfusa oranları azalma eğilimi gösterse de, zaman içinde sayısal olarak artış gözlenmiştir. Nüfus tahminlerine bakıldığında 2010 yılından sonra adolesanların nüfus içerisindeki payı küçülürken adolesan sayısında da bir azalma beklenmektedir. 2010 yılında 13.855.000 olması öngörülen adolesan sayısının 2015 yılında 13.663.000, 2020 de ise 13.150.00 olacağı tahmin edilmektedir ⁽⁴⁾.

Şekil 4.1 Türkiye’de Adolesan Nüfusun Yıllara Göre Dağılımı (2000-2020)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu

Yürütülen İyileştirme Çalışmaları:

Dünya çocuklarını korumak ve sağlıklı bir geleceğe sahip olmaları için, 20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler tarafından Çocuk Hakları Sözleşmesi imzalanmış ve bu sözleşmeyle beraber çocukların yaşatılmaları, korunmaları, geliştirilmeleri ve katılımları bir bütün olarak ele alınmıştır⁽⁵⁾. Bu sözleşme Türkiye’de 1994 yılında TBMM tarafından onaylanarak yürürlüğe girmiş ve 0-18 yaş grubu çocuk kabul edilip çalışmalar genişletilmiş, adolensanlara yönelik programlar gündeme gelmiştir⁽⁶⁾.

DSÖ Adolesan Sağlığı Geliştirme Takımı ve konuyla ilgili çalışmalarda bulunan bütün kuruluşların öncelikli olarak uyguladığı programlar, adolensan sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi, adolensanların beslenmesi, adolensan cinsel sağlığının desteklenmesi konularına yönelik olmaktadır. Bu hizmetlerin sağlanabilmesi için Adolesan Destek Birimleri kurulmaktadır. Türkiye’de yapılan çalışmalar da bu konularla örtüşmektedir. Çocuklar ve ergenlerin daha iyi yaşam becerilerine ve sağlıklı seçimler yapabilme kapasitesine sahip olabilmeleri için Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalar ilişiktir:

- Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Programı
- Türkiye Üreme Sağlığı Programı
- Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi
- “Ulusal Sağlık Hizmet Sunum Modeli” oluşturulması,
- Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkezleri açılması çalışmalarıdır⁽⁷⁾

Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yürütülen çalışmalar ise şu şekildedir:

- Okul Sağlığı Projesi,
- ADSEP (Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Projesi),
- ERDEP (Ergenlik Dönemi-Değişim Projesi),
- Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi,
- İlk Yardım Eğitim Projesi,
- Sağlık Bilgisi Programlarının Geliştirilmesi projeleridir ⁽⁸⁾.

Adolesanların sağlık bilinci geliştirmiş, sağlığından sorumlu bireyler olmasına ve sağlıklı seçimler yapabilmesine katkıda bulunmak amacıyla Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı tarafından sağlık eğitimi projeleri hazırlanmakta ve ülke genelinde uygulanmaktadır. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü ile Millî Eğitim Bakanlığı Kız Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü arasında 09.02.2006 tarihinde “Eğitimde İş Birliği Protokolü” imzalanmış ve adolesan gelişimi konusunda ortak çalışmalarda bulunulmuştur ⁽⁹⁾.

Adolesanlara yönelik SHÇEK Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen projeler aşağıdadır:

- Sevgi Evleri Projesi
- Benim Ailem –Aile Çocuk Eğitim Programı
- Sevgi Zinciri Projesi ⁽¹⁰⁾.

Öneriler:

Çocuklar ve ergenlerin daha iyi yaşam becerilerine sahip olabilmeleri ve sağlıklı seçimler yapabilmeleri için önerilen çalışmalar şu şekildedir:

- Ergenler ve çocukların mevcut durumlarını saptamaya yönelik araştırmalar sıklaştırılmalı ve bu konuda yapılan tüm araştırma sonuçları bir araya getirilerek beraberce değerlendirilmelidir.
- Araştırmalar sonunda elde edilen verilerle saptanacak eksikliklerin giderilmesine yönelik yaygın eğitim programları düzenlenmeli, programlar düzenlenirken sivil toplum kuruluşlarının da görüşleri alınmalıdır.
- Ergenlere yönelik danışmanlık ve sağlık hizmetlerine öncelik verilmeli, sağlık personelinin bu konudaki bilgi düzeyi yükseltilmeli ve tutum geliştirilmesi sağlanmalıdır.
- Yapılan çalışmaların daha iyi duyurulabilmesi için medyadan destek alınmalıdır.
- Yapılan programların izlenerek başarıya ulaşp ulaşmadığını ölçmek için izleme ve değerlendirme çalışmaları da yapılması gerekmektedir.

4.2 Genç İnsanlarda Şiddet Ve Kazalar Nedeniyle Ölüm ve Sakatlıklar En Az %50 Azaltılmalıdır ;

Çocuk ve ergen yaralanmaları ve ergenlere yönelik şiddet evrensel bir problemdir. DSÖ'nün evrensel hastalık yükü verilerine göre her yıl, 19 yaş altındaki 875 bin çocuk ve adolesan şiddet ve yaralanmalar sonucu hayatını kaybetmektedir ⁽¹¹⁾. Bu ölümler ve yaralanmalar sadece fiziksel boyutta olmayıp, adolesan yakınlarında ve hayatını devam ettirebilen adolesanların sosyal yaşamlarında ciddi psikolojik sorunların oluşmasına neden olmaktadır ⁽¹²⁾.

Adolesanlar ve çocuklarda meydana gelen yaralanmalar genel olarak iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar trafik kazaları, boğulmalar, yanmalar ve düşmeler sonucu oluşan kasıtsız yaralanmalar ile kasten ya da ihmal sonucu gerçekleştirilen şiddet olayları sonrasında oluşan kasıtlı yaralanmalardır. Her yıl gerçekleşen çocuk ve adolesan ölümlerinin % 90' ı kasıtsız yaralanmalar, % 10' u ise kasıtlı yaralanmalar yani şiddet sonrası gerçekleşmektedir. Yılda yaklaşık olarak 700.000 çocuk dikkatsizlik sonucu hayatını kaybetmektedir ve bu ölümlerin yarısı trafik kazaları sonucu meydana gelmektedir. Bununla beraber halk sağlığı çalışmaları göstermektedir ki, gençlerde şiddet devam eden ve yayılan bir sorundur. Bir çok gelişmekte olan ülkede şiddet sonucu meydana gelen ölümler, gençlerin temel ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında gelmektedir ⁽¹³⁾.

Türkiye Bilimler Akademisi'nin 2003 yılında Adana-Ankara illerinde yapmış olduğu araştırma çalışmasında, ergenlerin şiddetle ne kadar karşılaştıkları incelenmiştir. Çalışma sonucunda şiddete tanık olanların oranı % 25, sosyo-ekonomik düzey analizi yapılan temsili eğitim kurumlarında fiziksel şiddete maruz kalma oranı %72 (kızlarda bu oran %66, erkeklerde % 77) olarak tespit edilmiş olup en az şiddete maruz kalan grup üst sosyo-ekonomik düzeyden kızlar (%56) iken en çok şiddete maruz kalan alt sosyo-ekonomik düzeyden erkekler (%92) olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan gruba "fiziksel şiddete tanık olduysa hangi ortamda olduğu" sorusuna; % 38' si okulda, % 35' i TV-sinema, % 30' u mahallede, % 16' sı ise evde karşılaştığını belirtmiştir ⁽¹⁴⁾.

Türkiye'de çocuk ve adolesanların ölüm nedenleri incelendiğinde, gerçekleşen 2452 ölümün 814' i kasıtsız yaralanmalar (trafik kazaları, zehirlenmeler, düşmeler, yangın, boğulmalar) ve 303 tanesi kasıtlı yaralanmalar sonucunda meydana gelmiştir. Bu verilere kırsal kesimde meydana gelen ölümlerin dahil edilmediği düşünüldüğünde rakamın daha da yüksek olduğu tahmin edilmektedir ⁽¹⁵⁾.

Tablo 4.2'de Türkiye'de yaş grubuna göre İl ve İlçe merkezlerinde kasıtsız yaralanma sonucu meydana gelen ölümler sunulmuştur.

Tablo 4.1 Türkiye’de 2004 Yılında Kasıtsız Yaralanma Sonucu Gerçekleşen Ölümünün Yaş Grubuna Göre Yüzde * Dağılımı

Ölüm nedeni	Yaş grubu					Toplam** %
	0 %	1-4 %	5-9 %	10-14 %	15 – 19 %	
Motorlu taşıt kazaları	3	24	29	18	26	55
Diğer taşıt kazaları	-	-	29	14	57	2
Kaza sonucu zehirlenmeler	6	28	11	28	28	4
Kaza sonucu düşmeler	2	41	18	12	27	11
Yangınların sebep olduğu	9	55	9	-	27	3
Kaza sonucu suda boğulma	5	11	9	25	50	10
Ateşli silah/ mermi kazaları	-	2	8	11	80	15
Toplam* %	3	22	22	17	36	100

Kaynak : Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm İstatistikleri, 2004

* : Satır yüzdesidir.

** : Sütun yüzdesidir.

Tablo 4.2’ de görüldüğü üzere 2004 yılında kasıtsız yaralanma sonucu ölen adolesan ve çocukların %36’sı 15-19 yaş grubunda yer almaktadır. Ölüme sebebiyet veren kasıtsız yaralanmalar sıralamasında ilk sırayı % 55 ile motorlu taşıt kazaları almaktadır. Motorlu taşıt kazası sonucu ölenler ise %29 ile en çok 5-9 yaş arasındadır. Kasıtsız yaralanma sonrası meydana gelen ölüm nedenleri arasında ateşli silah yaralanmaları %15 ile ikinci sıradadır ve en çok etkilenen yaş grubu %80 ile 15-19 yaş aralığıdır ⁽¹⁵⁾.

Tablo 4.3’ de İl ve İlçe merkezlerinde meydana gelen kasıtlı yaralanmalar sonucu ölümlerin yaş grubuna göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.2 İl ve İlçe Merkezlerinde 2004 Yılı Kasıtlı Yaralanmalar Sonucu Ölümlerin Yaş Grubuna Göre Yüzde Dağılımı

Ölüm nedeni	Yaş Grupları		Toplam
	14 Yaş ve Altı %	15 – 19 %	
Kendini öldürme (intihar) ve kendini travmatize etme	12	88	87
Bile bile yapılan adam öldürme ve travma, adli müdahale	30	70	11
Kaza sonucu veya bile bile yapıldığı tespit edilemeyen travma	17	83	2
Toplam**	14	86	100

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm istatistikleri, 2004

* : Sütun yüzdesidir.

** : Satır yüzdesidir.

Tablo 4.3' de görüldüğü üzere, kasıtlı yaralanmalara bağlı gerçekleşen çocuk ve adolesan ölümleri içerisinde intihar ve kendini travmatize etme sebebiyle gerçekleşen ölümler %87 ile ilk sırayı almaktadır. Kasıtlı yaralanmalar sonucu ölümlerin %86'sı 15-19 yaş grubunda yer almaktadır (15).

Ruhsal bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkan intiharlar gerek dünyada gerekse ülkemizde giderek artış göstermekte, günümüzde dünyada ortalama bir milyon kişi (yılda) intihar ederek yaşamına son vermektedir. DSÖ intihar epidemiyolojisine bakıldığında kültürlerarası farklılıklar görülse de pek çok ülkede trafik kazalarından sonra özellikle gençlerde önde gelen ölüm sebeplerinden biri olarak dikkati çekmektedir (16).

DSÖ verilerine göre dünyadaki en yüksek intihar oranı yüzbinde 43,72 ile Litvanya'dır. Bunu yüzbinde 38,89 oran ile Rusya Federasyonu takip etmekte, üçüncü sırada ise yüzbinde 32,4 ile Belarus yer almaktadır. Avrupa'daki intihar ortalaması yüzbinde 10,22 iken, ülkemizde ise bu oran yüzbinde 2,34'tür (17).

Yürütülen İyileştirme Çalışmaları:

Sağlık Bakanlığı tarafından intiharı önleme çalışmalarına 2004 yılı itibariyle başlanılmış olup bu kapsamda;

- İntihar girişimlerindeki popülasyonu izlemek ve veri bankası oluşturmak amacıyla ülke genelinde devlet hastaneleri acil servislerinde girişimlerin kayıt altına alınması çalışmalarına başlanmıştır,
- Önleme çalışmaları olarak “Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı” geliştirilerek fiziki alt yapı ve personel organizasyonunu tamamlayan 31 pilot ilin birer pilot hastanesi acil servislerinde 1 Şubat 2006 tarihi itibariyle uygulanmaya başlanmıştır (18).

Gençlerin ruhsal ve fiziksel olarak olumsuz yönde etkilendiği durumlardan biri de aile içi şiddettir. Bu sebeple aile içindeki şiddeti önlemek amacıyla, 6 Haziran 1997 tarih ve 23011 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Aile Danışma Merkezleri açılmıştır. Bu merkezler evliliğe hazırlık, eşler arası uyumsuzluk, tek ebeveynlik, ebeveyn, çocuk genç ilişkisinden doğan sorunların giderilmesi vb. konularda ailenin kendi kendine yeterli hale gelmesi yönünde mesleki çalışmalarla aile içi şiddeti oluşmadan önlemek amacındadırlar. SHÇEK bünyesinde oluşturulan bu merkezlerde şu programlar yürütülmektedir:

- Benim Ailem Programı,
- Anne Çocuk Eğitim Programı,
- Baba Destek Programı

Öneriler:

Genç insanlarda şiddet ve kazalar nedeniyle ölüm ve sakatlıkların azaltılabilmesi için:

- Ölüm nedeni ve yaralanma istatistiklerinin düzenli tutulmasının sağlanması
- Sivil toplum kuruluşları ile işbirliğinin artırılması
- Şiddete maruz kalan ergenlere yönelik hukuksal koruyucu düzenlemeleri yapılması geliştirilmesi
- Şiddete yönelik ergenlerin iletişim içinde bulunduğu kişiler ve kurumlar ile işbirliğinin artırılması, soruna yönelik stratejiler geliştirilmesi.
- İyileştirme çalışmalarının etkilerinin değerlendirileceği çalışmalar yapılması

4.3 *Madde, Tütün ve Alkol Tüketimi Gibi Zararlı Alışkanlıkları Olan Genç İnsanların Oranı Azaltılmalıdır.*

Tütün Kullanımı:

Dünya genelinde 13-15 yaş arası her beş gençten birisi tütün kullanmaktadır. Ortalama olarak her gün 80.000 ile 100.000 arasında genç sigara kullanmaya başlamaktadır ⁽¹⁹⁾.

İlköğretim 7 ve 8. sınıflar ile lise 1. sınıflarda yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2003 sonuçlarına göre ise; öğrencilerin % 29,3’ü sigara içmeyi denemişlerdir (kızlarda % 21,5, erkeklerde % 34,9). Halen sigara içenlerin % 50,4’ü (kızlarda % 42,9, erkeklerde % 53,5) bakkaldan veya marketten sigara almaktadır, % 86,7’si sigara alırken yaşlarından dolayı sigara satın alma konusunda bir güçlükle karşılaşmadıklarını belirtmiştir. Gençlerin % 20,1’i bir tütün firması temsilcisi tarafından kendisine bedava sigara verildiğini belirtmiştir. Ülkemizde gençler arasında sigara içmek sosyal olarak kabul edilebilir bir olgudur ve yaygınlığı yüksektir (% 21 ile % 48 arasında değişmektedir). Üniversite öğrenimi yıllarında ilerledikçe içme oranları artmaktadır ⁽²⁰⁾.

Alkol Kullanımı:

DSÖ'nün tahminlerine göre dünya genelinde 2 milyar insan alkol kullanmakta ve 76,3 milyon insan alkolün zararlı etkilerine maruz kalmaktadır. Alkol tüketimine bağlı olarak her yıl 1,8 milyon kişi hayatını kaybetmektedir. Gençler arasında alkol ile ilgili sorunların yol açtığı sağlık, sosyal ve ekonomik maliyetler topluma önemli bir yük getirmektedir ⁽²¹⁾.

Türkiye Bilimler Akademisi Raporları'nda yer alan Adana-Ankara illerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, ergenlerde alkol kullananların yaş dağılımına bakıldığında; 12-14 yaş grubundaki ergenlerin % 4,0'ı, 15-17 yaş grubunda % 13,9, 18-21 yaş grubunda % 26,2' sinin alkol kullandığı saptanmıştır. Ergenlerin alkol kullanmaya başlama ortalama yaşı 15±3 olarak belirlenmiştir ⁽²²⁾.

Türkiye'de yetişkinlerin alkol kullanım sıklığı çok yüksek olmamakla birlikte, 2005 yılında Ege Üniversitesi Fen Fakültesinde okuyan 300 öğrenci arasında yapılan bir araştırmada öğrencilerin %76'sının alkol kullandığı, %8,8'inin alkol bağımlısı olduğu ortaya konmuştur. ⁽²³⁾.

Madde Kullanımı:

Sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı ile ilgili çalışmalar son yıllarda ülkemizde artmaktadır. Yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu yerel çalışmalar olup, yöntemsel farklılıklar içermekle birlikte benzer sonuçlar içerdiği gözlenmektedir. Son yıllarda madde kullanım yaygınlığının giderek arttığı söylenebilir. Bu artışın özellikle ecstasy gibi maddelerde daha hızlı olduğu anlaşılmaktadır. Diğer Avrupa Ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri ile karşılaştırıldığında, ülkemizde madde kullanım yaygınlığının daha düşük olduğu ise dikkati çekmektedir ^(24, 25).

1995 yılında İstanbul'da 15 ayrı okulda 2800 öğrenci ile yürütülen bir çalışmada, herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %7, esrar kullanım oranı %4, ucu madde kullanım oranı %4, ecstasy %1, sedatif hipnotik %7 ve eroin kullanım yaygınlığı ise %1 olarak saptanmıştır ⁽²⁶⁾.

2001 yılında 9 ayrı İlde 11.989 ilköğretim ve 12.270 ortaöğretim öğrencisi (10-12 ve 15-17 yaş grubu) ile yapılan başka bir araştırmada ise, yaşam boyu madde kullanım yaygınlıkları esrar için %0,4, ucu madde için %3, diğer uyuşturucu ve uyarıcı maddeler içinse %0,4 bulunmuştur ⁽²⁷⁾.

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) tarafından 2003 yılında İstanbul'da lise ikinci sınıf öğrencileriyle yapılan araştırmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım yaygınlığı %5,1, ecstasy %3,2, ucu madde %5,2, sedatif hipnotik ilaçlar %5,4, eroin %2,8, flunitrazepam %3,1'dir. Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım yaygınlığı Adana'da %3,3, Ankara'da %2,9, Diyarbakır'da %5,1, İzmir'de %6,1 ve Samsun'da %3,8 bulunmuştur. Ecstasy için bu oranlar Adana'da %1, Ankara'da %1,1, Diyarbakır'da %0,6, İzmir'de %2,5, Samsun'da %0,8 bulunmuştur ⁽²⁸⁾.

Anket çalışmaları dışında yüz yüze yapılan tek bir çalışma vardır. 2002 yılında 72 ilde yapılan bu çalışmada yaşam boyu en az bir kez madde kullandığını belirtenlerin oranı %1,3'tür. Erkeklerde kadınlara göre, 15-24 yaş grubunda ise 25 yaş üstüne göre madde kullanım yaygınlığı daha yüksek olarak bulunmuştur ⁽²⁹⁾.

Türkiye’de madde, tütün ve alkol tüketimi gibi zararlı alışkanlıkları olan genç insanların oranının azaltılması için yürütülen çalışmalar:

Tütün kullanımının giderek artmasına, tütün şirketlerinin ülkelerde pazar oluşturma stratejilerine karşı geliştirilen, dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi”, 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre’de DSÖ’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilmiştir. Bu sözleşme 25 Kasım 2004 tarihinde TBMM’nce kabul edilerek, 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak Türkiye’de de yürürlüğe girmiştir ⁽³⁰⁾.

Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi kapsamında yapılacak çalışmaların planlanması ve ülkemizde sigara tüketiminin kontrol altına alınarak vatandaşlarımızın, özellikle gençlerimizin korunması amacıyla Sağlık Bakanlığı’na 2006 - 2010 yıllarını kapsayacak şekilde bir “Ulusal Tütün Kontrol Programı” hazırlanmış ve 7 Ekim 2006 da Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Programın temel hedefi, 2010 yılına kadar ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını % 80’in üzerine çıkarmak, 15 yaş altında ise % 100’e yakın olmasını sağlamaktır ⁽³¹⁾.

Planlanan Çalışmalar:

Ulusal Tütün Programı çerçevesinde gençlerin tütün kullanımını azaltmak/önlemek için yapılması planlanan çalışmalar ve planlayan kurumlar şunlardır:

- 18 yaş altındakilere tütün ve tütün mamüllerinin satış ve dağıtımını yasaklayan mevcut yasal düzenlemeye uyumun denetlenmesi ve uymayanlara caydırıcı nitelikte cezai müeyyideler uygulanması. (İçişleri Bakanlığı “Tütün, Tütün Mamülleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Denetleme Kurulu TAPDK”)
- Tütün ve tütün mamüllerinin sadece bu işe münhasır satış noktalarında satılması. (TAPDK)
- Tütün ve tütün mamülleri satıcılarının ürünü alacak gençlerden, 18 yaş üstünde olduklarını belgelemelerini istemesi. (TAPDK)
- Toplumda, 18 yaş altındakilere tütün satışının yasak olduğu bilincinin oluşturulması (Sağlık Bakanlığı)
- Tütün mamüllerinin sigara satış makineleri, self servis satış, postayla sipariş ve elektronik satışlarının, market rafları ve kasaları gibi doğrudan ulaşılabilir yerlerde satılmasının yasaklanması için mevzuattaki eksikliklerin giderilmesi.(TAPDK)
- Tütün mamüllerinin logo, renk ve şekillerinin, şeker, çerez, oyuncak, tişört, çanta vb. nesnelerde bulunmasının, bunların dağıtımını ve satışını yasaklayan mevzuata uyulup uyulmadığının denetlenmesi. (Sanayi ve Ticaret Bakanlığı)
- Gençlerin bir arada bulundukları kafe, internet kafe, kantin vb. yerlerde tütün ve tütün mamullerinin (sigara, nargile, vb) satılmasının ve içilmesinin yasaklanması. (İçişleri Bakanlığı)
- Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri, kurum ve kuruluşlarca çocuk ve gençlerin spor yapacakları, kültürel etkinliklerde bulunabilecekleri sigara dumanına maruz kalmayacakları kulüpler oluşturulması. (Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü)

- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde tüm illerde yapılmak üzere “Avrupa Alkol ve Diğer Maddeler Okul Araştırması Projesi”ön çalışması yapılmıştır.
- “Madde Bağımlılığı İle Savaşım Projesi” ile gençleri madde bağımlılığından korumak ve daha mutlu bir gelecek sağlamak amaçlanmıştır ⁽³²⁾.

Öneriler:

Türkiye ulusal ruh sağlığı politikasında çocuk ve ergenle yönelik üç temel hedef belirlenmiştir. Bunlardan ilki çocuk ve ergenlerin içerisinde yüksek risk taşıyan grupların belirlenmesidir. Bir diğeri çocuk ve ergenlere verilen eğitimin nitelik ve nicelik olarak artırılmasıdır. Sonuncusu ise çocuk ve ergen ruh sağlığı ile ilgili tüm disiplinlerin eşgüdümünün sağlanması, geliştirilmesi, bu yönde farkındalığın artırılarak çocuk ve ergen ruh sağlığına yönelik savunma sistemlerinin oluşturulmasıdır ⁽³³⁾.

- Ulusal kurumlar ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapılarak ergenlerin sigara, alkol ve madde bağımlılığının önlenmesine yönelik yaygın eğitim programları uygulanması sürdürülmeli,
- Sigara, alkol ve madde kullanan ergenlerin rehabilitasyonunun sağlanmasına yönelik politika ve yasal düzenlemeler yapılmalı,
- Konuya yönelik programların izleme ve tanıtım çalışmalarında sektörler arası işbirliği artırılmalı.

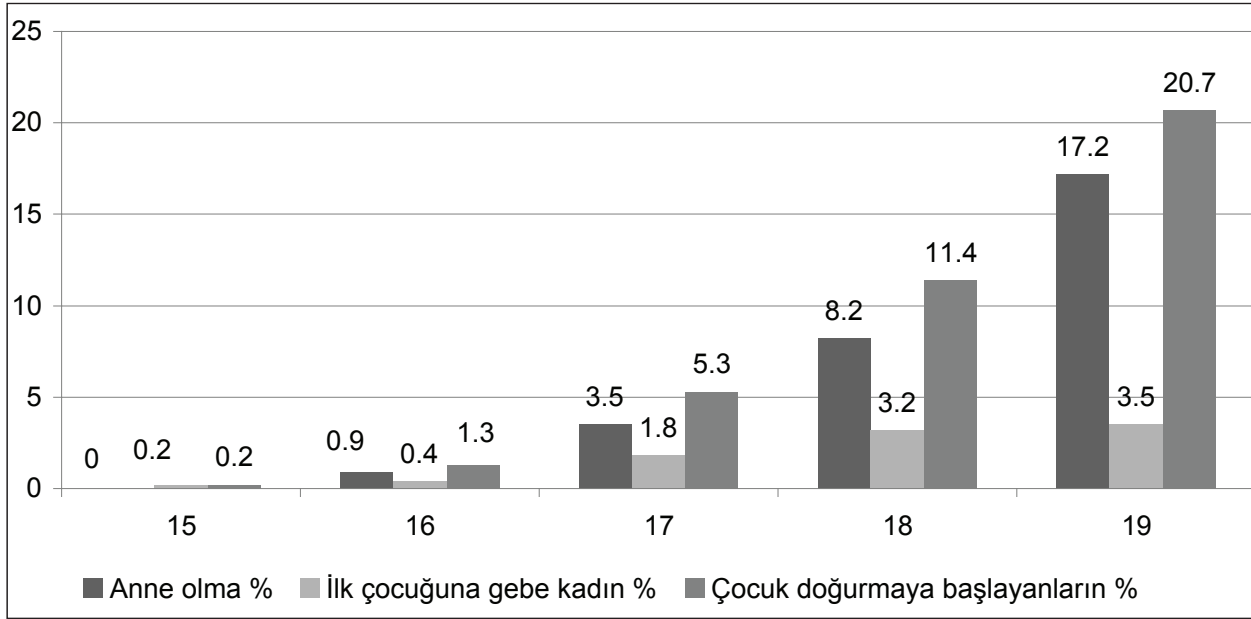
4.4 Ergen Gebelikleri İnsidansı En Az 1/3 Azaltılmalıdır.

20 yaş altı gebelik olarak kabul edilen adolesan gebeliği, hala bir çok ülkede önemli bir sağlık problemidir. Adolesan yaşta evlenme sonrası meydana gelen adolesan gebelikleri, hem anne açısından hem de dünyaya getirmiş olduğu bebekler açısından yüksek derecede hastalık ve ölüm riski taşımaktadır ⁽³⁴⁾.

Kadınların adolesan dönemde anne olmasının kadının eğitimine devam edememesi, yani eğitim yaşamlarının engellenmesi gibi sosyal sonuçları da bulunmaktadır. Genel olarak, 15-19 yaş grubundaki kadınların yüzde 9,1'inin doğurganlık davranışına başladığı görülmektedir ⁽³⁵⁾.

Şekil 4.2'de 15-19 yaşlarındaki anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe olan adolesan kadınların yüzde dağılımı verilmiştir. Buna göre anne olma yüzdesinin adolesan dönemde yaşla birlikte hızla arttığını göstermektedir; 16 yaşında bu oran yüzde 0,9 iken, 17 yaşında yüzde 3,5'e, 18 yaşında yüzde 8,2'ye, 19 yaşında ise yüzde 17,2'ye yükselmektedir ⁽³⁵⁾.

Şekil 4.2 15-19 Yaşlarında Anne Olmuş ya da İlk Çocuğuna Gebe Olan Adolesan Kadınların Yüzde Dağılımı



Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003

Türkiye’de 15-19 yaş grubunun % 15,5’i, 20-24 yaş grubunun ise % 60,7’si cinsel deneyim yaşamıştır. 15-19 yaş grubunun % 15,2’i, 20-24 yaş grubunun % 59,3’ü evlenmiştir. 15-19 yaş grubu evli adolesanlarda çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesi, kırsal için % 7,6, kent için ise %7,2’dir. Adolesanların %55,7’si kontraseptif yöntem kullanmamaktadır. Kontraseptif kullanan adolesanların %16’lık kısmı modern bir yöntemi tercih ederken rahim içi araç, kullanılan kontraseptif yöntemler içerisinde en fazla tercih edilenidir. Adolesanların %25,7 si halen geleneksel yöntemleri kullanırken 15-19 yaş grubundaki kadınların % 4,5’i en az bir düşük yapmışlardır ⁽³⁵⁾.

TNSA 2003 verilerine göre; 15-19 yaş evli kadınlarda modern yöntem kullanma yüzdesi 33,7’dir. Modern yöntemler içinde kondom kullanma yüzde 20,9, hap kullanma yüzde 12,8, rahim içi araç uygulama yüzde 8,1 sıklıkta kullanılmaktadır. 15-19 yaş evli kadınların yüzde 54,2’si ise geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemini uygulamaktadır ⁽³⁵⁾.

Yürütülen İyileştirme Programları:

Adolesan gebeliğini önlemek amacıyla UNICEF işbirliğinde Adana ve Ankara’da “Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi” 2002 yılında başlatılmıştır. Amaç, adolesanların genel sağlık ve gelişimlerinin iyileştirilmesi, adolesanların üreme sağlığı ve cinsel eğitim gereksinimlerine yönelik, adolesan üreme sağlığı hizmetlerini geliştirmek, adolesanların bütünleşmiş ve kaliteli üreme sağlığı hizmetlerine erişimini artırmak, adolesanların üreme sağlığı bilgi ve hizmet gereksinimlerinin karşılanması için bir hizmet sunum modeli geliştirilmesidir ⁽³⁶⁾.

Öneriler:

- Ergenlerin karşılaşılabilecekleri sorunlar ve bu sorunların üstesinden gelme yöntemleri konusunda örgün ve yaygın eğitim programları uygulanması
- Okul rehberlik servislerinin güçlendirilmesi

- Ergen yönelik sağlık hizmetlerine öncelik verilerek sağlık personelinin bu konudaki bilgi düzeyinin yükseltilmesi ve tutum geliştirilmesi
- Hastaneler ve uygun birinci basamak sağlık merkezlerinde ergen poliklinikleri açılması
- Yürütülen programların etki değerlendirmesinin yapılmasına yönelik çalışmalar yapılması

Kaynaklar:

1. www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm
2. Türkiye İstatistik Kurumu 2000 nüfus sayımı
3. Türkiye İstatistik Kurumu Projeksiyonları, 2007
4. Türkiye İstatistik Kurumu, 2007
5. www.unicef.org
6. TBMM Genel Kurul Tutanağı 21. Dönem 3. Yasama Yılı.
7. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007
8. Milli Eğitim Bakanlığı, 2007
9. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık İşleri Daire Başkanlığı web sayfası, <http://sdb.meb.gov.tr/>
10. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, 2007
11. WHO Global Burden of Disease Project, 2002.
12. http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf
13. Child and adolescent injury prevention WHO 2005 http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf.
14. Prof. Dr. Berkel İ. ve diğerleri, Ergen ve Ruhsal Sorunları: Durum Saptama Çalışması Türkiye Bilimler Akademisi Raporları 2003, Sayı: 4.
15. Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm İstatistikleri, 2004
16. www.euro.who.int/document/e77922.pdf
17. www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/10ekim.doc.
18. www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/10ekim.doc
19. http://www.wpro.who.int/media_centre/fact_sheets/fs_20020528.htm.
20. Sağlık Bakanlığı Madde Bağımlılığı Şube Müdürlüğü, Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2003.
21. http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/
22. Prof. Dr. Berkel İ. ve diğerleri, Ergen ve Ruhsal Sorunları: Durum Saptama Çalışması Türkiye Bilimler Akademisi Raporları 2003, Sayı: 4.
23. Şenay Yiğit, Leyla Khorshid, Ege Üniversitesi Fen Fakültesi Öğrencilerinde Alkol Kullanımı ve Bağımlılığı 2005.
24. Evren EC, Saatçioğlu Ö, Evren B, Yancar C, Eken B, Çakmak D. Madde kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2003; 16(3):132-138.
25. Mathias R. Marijuana and tobacco use up again among 8th and 10th graders. A collection of NIDA notes articles on nicotine addiction. National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institutes of Health 1997; March/April.)
26. Yazman Ü. Lise gençliğinin psikoaktif maddelere bakışı ve kullanım oranlarının Türkiye- İstanbul örneği ile incelenmesi, uzmanlık tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; 1995, syf.16.
27. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A ve ark. Türkiye'de Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(2):112-118.
28. UNODC-Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, Madde Kullanımı Üzerine Ulusal Değerlendirme Çalışması: 6 Büyük Şehirde Elde Edilen Sonuçlar, Türkiye Proje Ofisi 2004, Ankara.
29. Işık S, Irak M. Türkiye'de Madde Kullanımı ve Bağımlılığı Profili Araştırması: 2002 Yılı Madde Kullanımı Geniş Alan Araştırması. Nihai Rapor. Türk Psikologlar Derneği 2002; Aralık: 55-65.
30. www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf.
31. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007
32. <http://sdb.meb.gov.tr/>.
33. Sağlık Bakanlığı, Ruh Sağlığı Politikası, Ankara, 2006.
34. http://www.who.int/childadolescenthealth/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_159145_5.pdf
35. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003.
36. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007

HEDEF 5: SAĞLIKLI YAŞLANMA

2020 yılına kadar, 65 yaş üstü insanlar tam sağlık potansiyellerinden zevk alabilme ve aktif sosyal rol oynama olanağına kavuşabilmelidirler.

5.1 65 Yaşında, Yaşam Beklentisinde ve Sakatlık-Olmadan Yaşam Beklentisinde En Az %20 Artış Sağlanmalıdır;

DSÖ'nün tanımına göre yaşlılık, “çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneği” nin giderek azalmasıdır ⁽¹⁾. Yaşlılıkta çeşitli hastalıkların yaygın sonucu olan fonksiyonel bozulma, kişinin kendi gereksinimlerini karşılama yeteneğinde azalmaya neden olur. Gelişen yaşam koşulları ve insan değerinin daha iyi anlaşılmasına koşut olarak tüm dünyada yaşlı nüfus hızla artmaktadır. 2030 yılına kadar dünya nüfusunun %20'den fazlasını 65 yaş üzeri popülasyonun oluşturması beklenmektedir. Dünyada toplam nüfusta geriatrik popülasyon-yıl yüzdesi; 1980 yılında %17,8, 2000 yılında %20,5 olarak saptanmış, 2020 yılında %23,3 ve 2034 yılında %26 olacağı beklenilmektedir ⁽²⁾. Ülkemiz 2000 verilerine göre 65 yaş üzeri nüfusun genel nüfusa oranı %5,37'dir. 2003 UHY- ME Çalışması verilerine göre ise 65 yaş üzeri nüfusun genel nüfusa oranı %6,57'dir. 2003 yılında yapılan TNSA'nda bu oran %6,9'dur. Elde edilen veriler birbirleriyle tutarlıdır. Bu sayının 2010 yılında %6,3 olacağı tahmin edilmektedir ⁽³⁾.

Tablo 5.1’de DSÖ Avrupa Bölgesi’nde 65 yaşında, yaşam beklentisi sunulmuştur.

Tablo 5.1 DSÖ Avrupa Bölgesi Üye Ülkelerinde 65 yaşında Yaşam Beklentisi (2004)

Ülkeler (2004 Yılı)	% (Yüzde)	Ülkeler (2004 Yılı)	% (Yüzde)
1. İsviçre	20,19	28. Romanya	14,94
2. İspanya	19,65	29. Bulgaristan	14,87
3. İzlanda	19,63	30. Özbekistan	14,66
4. Lüksemburg	19,00	31. TÜRKİYE	14,26*
5. Finlandiya	18,99	32. Sırbistan	14,21
6. Avusturya	18,69	33. Beyaz Rusya	14,12
8. İngiltere	18,38	34. Ukrayna	13,93
9. İrlanda	18,37	35. Kırgızistan	13,87
10. Hollanda	18,37	36. Rusya	13,69
11. Portekiz	18,24	37. Kazakistan	13,39
12. Kıbrıs	18,10	38. Moldovya	13,06
13. Yunanistan	18,10	39. Andorra	...
14. İrlanda	18,06	40. Ermenistan	...
15. Malta	17,95	41. Belçika	...
16. Slovenya	17,63	42. Bosna - Hersek	...
17. Polonya	16,62	43. Danimarka	...
18. Arnavutluk	16,35	44. Fransa	...
19. Litvanya	16,22	45. Gürcistan	...
20. Çek Cumhuriyeti	16,21	46. İtalya	...
21. Hırvatistan	16,05	47. Monako	...
22. Estonya	15,94	48. San Marino	...
23. Azerbeycan	15,68	49. İsveç	...
24. Macaristan	15,67	50. Tacikistan	...
25. Slovakya	15,62	51. Makedonya	...
26. Letonya	15,45	52. Türkmenistan	...
27. Karadağ	15,31	53. İsrail	...

Kaynak: European Health For All Database - HFA-DB

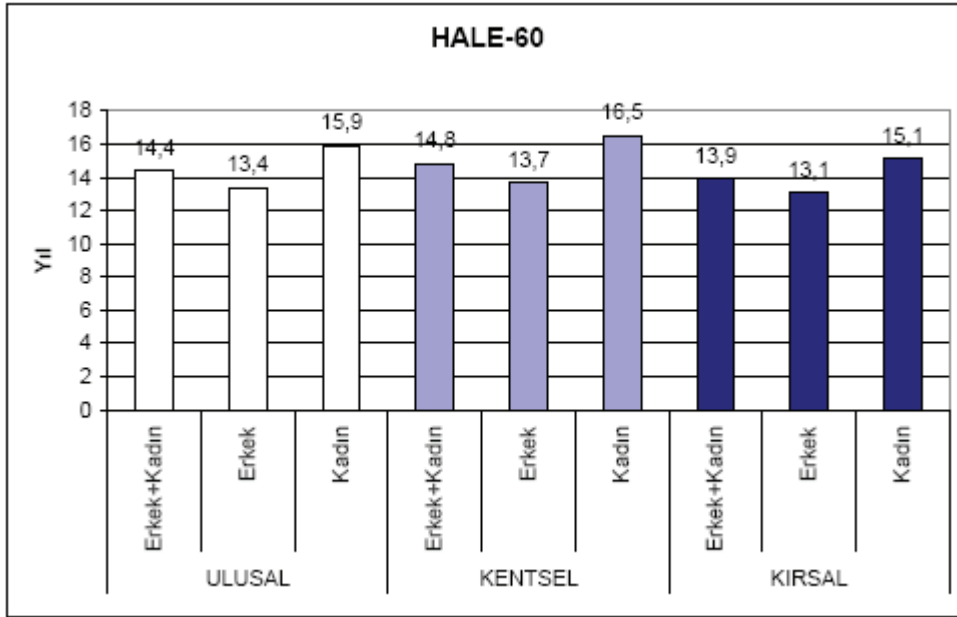
*Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

Tablo 5.1’de görüleceği üzere, Türkiye’de 65 yaşında yaşam beklentisi 14,26 yıldır ^(4, 5).

Türkiye’de ulusal düzeyde, kentsel ve kırsal alanda 60 yaşında Sağlıklı Yaşam Beklentisinin (HALE) cinsiyete göre dağılımı Şekil 5.1’de verilmiştir. Buna göre ulusal düzeyde 60 yaşında HALE değeri 14,4 yıl olup, erkeklerde 13,4 yıl, kadınlarda ise 15,9 yıldır ⁽⁵⁾.

Şekil 5.1 Türkiye, Kentsel ve Kırsal Alanda 60 Yaşında Cinsiyete Göre HALE Dağılımı

Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005



5.2 80 Yaşında Ev Ortamında Yaşayan, Kendi İhtiyaçlarını Karşılatabilen, Özgüveni ve Sosyal Yeri Olan Kişi Oranını En Az %50 Arttırılmalıdır.

Türkiye’de yaş ve cinsiyete göre hanehalkı nüfusu yüzde dağılımı Tablo 5.2’de yer almaktadır.

Tablo 5.2 Türkiye’de Yaş ve Cinsiyete Göre Hane Halkı Nüfusu Yüzde Dağılımı

Yaş	Erkek %	Kadın %	Toplam %
<5	10,0	8,8	9,4
5-9	10,1	9,5	9,8
10-14	10,2	9,7	9,9
15-19	10,0	9,6	9,8
20-24	8,1	9,7	8,9
25-29	7,8	8,5	8,2
30-34	7,5	7,5	7,5
35-39	6,6	6,9	6,7
40-44	6,4	6,4	6,4
45-49	5,6	5,2	5,4
50-54	4,5	4,9	4,7
55-59	3,8	3,4	3,6
60-64	2,7	2,9	2,8
65-69	2,3	2,8	2,5
70-74	2,0	2,1	2,1
75-79	1,4	1,3	1,3
80 +	0,9	1,0	1,0
Bilmiyor/cevapsız	0,1	0,0	0,1

Kaynak : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003

Tablo 5.2’ye göre Türkiye’deki 80 yaş üzeri nüfus toplam hane halkı nüfusunun %1’ini oluşturmaktadır ⁽⁶⁾.

2000 yılı nüfus sayımına göre 80 yaş üzeri yaşlı sayısı 463.192 olup, bunlardan 182.369’u erkek, 280.823’ü ise kadındır. 80 yaş üzeri nüfus sayısı toplam nüfusun % 0,68’ini oluşturmaktadır ⁽⁷⁾.

Huzurevleri; “60 ve üzeri yaştaki muhtaç yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulan, Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri ise, 60 ve üzeri yaştaki yaşlı kişilerin yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmeleri amacıyla kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı SHÇEK’na bağlı yatılı sosyal hizmet kuruluşunu ifade etmektedir.

“60 ve üzeri yaştaki sosyal veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup, korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç kişi” olarak tanımlanan muhtaç yaşlıların belirtilen kuruluşlara kabulü sağlanabilmektedir.

Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde yaşlılara götürülen hizmetler; barınma, sağlık, psiko-sosyal destek, beslenme, temizlik, boş zamanlarını değerlendirme, sosyal faaliyetler ve diğer sosyal hizmetler olarak sıralanabilmektedir.

Huzurevlerinde kalan yaşlıların günlük ihtiyaçlarının (yeme, içme, barınma ve temizlik gibi) karşılanmasının yanı sıra; tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması, psikolojik ve sosyal kaynaklı sorunlarının çözümünde yardımcı olunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, zamanlarının değerlendirilmesi, aktivitelere katılımının sağlanması, ayrıca kalori harcama ve sağlık durumları göz önüne alınarak, uygun tarzda beslenmelerini temin amacıyla gerekli tüm hizmetler, doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist ve hemşire gibi meslek elemanları tarafından koordineli bir biçimde verilmektedir.

Ayrıca yatılı kurum bakımına gereksinim duymayan ve ekonomik-sosyal durumuna bakılmaksızın ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, izole edilmelerini engellemek amacıyla yönelik olarak Yaşlı Dayanışma Merkezleri hizmet vermektedir.

Tablo 5.3’de huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde 80 ve üzeri yaştaki bakım altında bulunan yaşlıların sayısı ve oranları yer almaktadır.

Tablo 5.3 Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde 80 ve Üzeri Yaştaki Bakım Altında Bulunan Yaşlıların Sayı ve Yüzdeleri

Yıl	80 ve Üzeri Yaş (Sayı)	Yüzde (%)
2000	1402	%25
2001	1465	%30
2002	1307	%26
2003	1513	%29
2004	1528	%26
2005	1293	%23

Kaynak: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, 2007

Tablo 5.3’e göre 80 yaş ve üzeri huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde bakım altında bulunan yaşlıların sayısı 2000 yılında 1402, 2003 yılında 1513 ve 2005 yılında ise 1293’tür ⁽⁸⁾.

Yaşlılara Yönelik Yürütülmekte Olan Çalışmalar, Planlanan Proje ve Programlar:

- Sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde bulunan yaşlıların tespiti, bakımı ve korunmaları ile ilgili hizmetlerin düzenlenmesi, koordinasyonun sağlanması, denetleme çalışmalarının yapılması,
- Yaşlılara yönelik huzurevi ile benzer nitelikteki sosyal hizmet kuruluşlarının yurt sathında dengeli ve ihtiyaçlara dayalı olarak kurulması ve belirli program çerçevesinde yaygınlaştırılması ile ilgili faaliyetleri planlamak, uygulamak ve yürütülmesini takip ve koordine etme çalışmalarının yürütülmesi,
- Yaşlıların toplum içinde korunması ile ilgili faaliyetlerin düzenlenmesi ve yürütülmesinin sağlanması,
- Kamu kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerin açılacak yaşlı kuruluşlarının açılmaları, çalışmaları ve denetlemeleri ile ilgili esasların belirlenmesi, rehberlik edilmesi, uygulamanın takip, koordine edilmesi ve denetlenmesi,
- 2828 sayılı Yasanın öngördüğü esaslar doğrultusunda yaşlıya yönelik varolan hizmetlerin iyileştirilmesi ve yeni hizmetlerin başlatılması çalışmalarının yapılması programlanmıştır.

- 8-12 Nisan 2002 tarihinde Birleşmiş Milletler tarafından Madrid'de düzenlenen II.Dünya Yaşlılık Asamblesi'nde hazırlanan "Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı" çerçevesinde SHÇEK, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı'nın koordinatörlüğünde kamu kurum ve kuruluşları (Sağlık, Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, İçişleri Bakanlığı, Mahalli İdareler vb.) Sivil Toplum Örgütleri ve Üniversite (Hacettepe Üniversitesi) temsilcilerinden oluşan 'Ulusal Komite' tarafından; Yaşlılar ve kalkınma, yaşlılıkta sağlık ve iyi olma durumunun arttırılması, güvenli, kolaylaştırıcı, destekleyici çevrelerin sağlanması dolayısıyla yirmibirinci yüzyıldaki hızlı yaşlanma süreci ile karşılaşılacak sorunların azaltılması, ülke düzeyindeki proje ve programların hazırlanması, uygulanması, takibinin yapılması gibi hususları içeren "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" çalışmaları yapılmıştır ⁽⁸⁾.

Öneriler

- Yaşlılara yönelik huzurevi ile benzer nitelikteki sosyal hizmet kuruluşlarının yurt sathında dengeli ve ihtiyaçlara dayalı olarak kurulması ve belirli program çerçevesinde yaygınlaştırılması çalışmalarının yerine evde bakım hizmetlerine ağırlık verilmelidir
- Bu konuda Belediyeler başta olmak üzere ilgili sektörlerle işbirliği artırılmalıdır.
- Sağlıklı yaşlanma konusunda toplum eğitimi ve bilinçlendirme çalışmalarına ağırlık verilmelidir.
- Yaşlılık öncesi dönemde bulunan bireyleri aktif yaşlanma konusunda bilinçlendirme çalışmaları yürütülmelidir.
- Yaşlıların birinci basamak sağlık kuruluşlarında rutin izleme programları kapsamına alınmalıdır. Yaşlılara sunulacak hizmetlerde görev almak üzere yeterli sayıda ve uygun nitelikte personel yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi (yaşlı bakım personeli) konusunda gereken önem verilmelidir.
- Yaşlılara hizmet sunumunda sektörlerarası işbirliği geliştirilmelidir.
- Yaşlıların sağlıklı beslenme, hareketli yaşam, kronik hastalıklar ve akılcı ilaç kullanımı konularında bilgilendirilmelidir.
- Yaşlılara yönelik rehberlik, sosyal hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleri sunan merkezlerin nitelik ve nicelik olarak geliştirilip, yaygınlaştırılmalıdır.
- Medya mensupları bu grubun sorunları hakkında eğitilmeli ve medya aracılığı ile topluma olumlu mesajlar iletilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. The World Health Organization (WHO) http://www.who.int/mental_health/en/, 2002.
2. The World Health Organization (WHO), 2002.
3. Türkiye İstatistik Kurumu, 2007
4. European health for all database - HFA-DB.
5. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005.
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003.
7. Türkiye İstatistik Kurumu 2000 nüfus sayımı.
8. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, 2007.

HEDEF 6: RUH SAĞLIĞININ İYİLEŞTİRİLMESİ

2020 yılına kadar, ruhsal hastalıkları olan insanların psikososyal durumu iyileştirilmeli ve hizmetler daha geniş, ulaşılabilir ve erişilebilir olmalıdır.

6.1 Ruh Sağlığı Problemlerinin Prevalans ve Olumsuz Etkileri Azaltılmalı ve İnsanların Stresli Yaşam Olayları İle Başa Çıkma Yetenekleri Arttırılmalıdır;

Ruh sağlığı, “kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanabilir. Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her sosyoekonomik katmanda, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilir. DSÖ’ne göre, her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır. Ayrıca dünyada en çok sakatlığa neden olan on hastalıktan beşinin ruhsal kaynaklı olduğu saptanmıştır ⁽¹⁾. Türkiye Ruh Sağlığı Profili sonuçlarına göre, ruhsal hastalıklar toplumun %17,2’sinde görülmektedir. Yapılan çalışmalar, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında belli başlı risk etkenlerinin cinsiyet, yaş, medeni durum, yerleşim bölgesi, sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyi olduğunu ortaya koymaktadır ⁽²⁾. İzmir’de yapılan bir çalışmaya göre; tüm ruhsal sorun ve bozuklukların genellikle kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu, yaş arttıkça ruhsal sorun ve bozuklukların yaygınlığının arttığı, tüm ruhsal bozuklukların evli kadınlarda evli erkeklere göre daha yaygın olduğu, genel olarak ruhsal bozukluk yaygınlığının kırsal kesimden kente doğru gidildikçe artış gösterdiği, düşük sosyoekonomik kesimlerde daha yaygın olduğu, öğrenim görmemiş kişilerde daha yüksek yaygınlık oranları ortaya çıktığı görülmüştür ⁽³⁾.

Tablo 6.1’de Türkiye’de ruh sağlığı bozukluklarının cinsiyete göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 6.1 Türkiye’de Ruh Sağlığı Bozukluklarının Cinsiyete Göre Dağılımı, 2000

	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Panik Bozukluğu	22	0,5	7	0,2	29	0,4
Agorafobi	38	0,9	10	0,3	48	0,6
Yaygın Bunaltı Bozukluğu	33	0,8	17	0,5	50	0,7
Depresif Nöbet	221	5,4	76	2,3	297	4,0
Distimi	90	2,2	26	0,8	116	1,6
Kısa Yineleyici Depresyon	91	2,2	28	0,8	119	1,6
Hipokondriyazis	31	0,8	11	0,3	42	0,6
Alkol Bağımlılığı	4	0,1	57	1,7	61	0,8
Obsesif Kompulsif Bozukluk	26	0,6	8	0,2	34	0,5
Sosyal Fobi	96	2,3	38	1,1	134	1,8
Özgül Fobi	157	3,8	46	1,4	203	2,7
Somatizasyon Bozukluğu	15	0,4	1	0	16	0,2
Herhangi bir ruhsal bozukluk	919	22,4	369	10,9	1288	17,2

Kaynak: Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 2000

Tablo 6.1'de görüldüğü üzere; araştırmaya katılanların %17,2'sinde herhangi bir ruhsal bozukluk saptanırken, % 4,0'ünde depresif nöbet saptanmıştır ⁽⁴⁾.

UHY-ME Çalışması hastalık listesinde hesaplanan insidans ve prevalans değerleri Tablo 6.2'de verilmiştir.

Tablo 6.2 Nöropsikiyatrik Bozukluklar 2003 Yılı Cinsiyete göre İnsidans ve Prevalans Hızları

	Insidans (100.000)			Prevalans (1000)		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Nöropsikiyatrik bozukluklar						
Unipolar depresif bozukluklar	1824,600	3573,600	2687,600	16,000	26,300	21,100
Distimi	14,900	22,900	18,900	3,000	6,000	4,500
Bipolar affektif bozukluklar	2,000	4,000	3,000	4,600	4,600	4,600
Şizofreni	9,900	10,300	10,100	4,700	4,800	4,700
Alkol kullanımına bağlı bozukluklar	17,300	1,000	9,200	21,300	3,300	12,400
Alzheimer ve diğer demanslar	47,200	69,100	58,000	2,800	4,000	3,400
Uyuşturucu kullanımından doğan bozukluklar	8,770	7,200	7,980	2,800	1,000	2,000
Travma sonrası stres bozuklukları	2,900	8,000	5,300	2,100	5,700	3,800
Obsesif-kompulsif bozukluk	2,000	5,100	3,500	6,300	8,100	7,200
Panik ataklar	5,000	8,000	6,400	0,500	0,600	0,500
Diğer nöropsikiyatrik bozukluklar	3440,400	3363,400	3402,400	38,800	38,700	38,700

Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

Ayrıca, Ulusal Hane Halkı Araştırması sonuçlarına göre; 18 yaş ve üstü Cevaplayıcılara Bir Hekim Tarafından Depresyon Tanısı Konma Durumu verilerinde, depresyon tanısı almış kişi sayısı 831 (%7,43), depresyon tanısı almamış kişi sayısı ise 10341 (%92,44)' dir. Depresyon tanısı almış kişilerin %79,2'u kadın, %20,8'i ise erkektir. En sık depresyon tanısı alan yaş grubu 35-44 yaş grubu olup, toplam depresyon tanısı alan hastaların %29'unu oluşturmaktadır ⁽⁵⁾.

Yürütülen Çalışmalar, Programlar:

DSÖ'nün ruh sağlığına ayrılacak kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla her üye ülkede bulunmasını istediği, ülkemiz için geliştirilen ve ilan edilen Ulusal Ruh Sağlığı Politikasının (URSP), bundan sonra ülkemizde bu konuda yapılacak yasal düzenlemelere ve tüm sektörlerde geliştirilecek strateji ve programlara, izlenecek uygulamalara rehberlik etmesi beklenmektedir.

Proje hedefleri doğrultusunda bir dizi çalışma yapılmıştır. Üç ayrı Ruh Sağlığı Konferansı düzenlenerek ruh sağlığı ile ilgili sektör temsilcileri bir araya getirilmiş ve görüşleri alınmıştır.

Ülkede ruh sağlığı ile ilgili tüm sektör temsilcilerinin davetli olduğu bu konferanslarda bir yandan bu sektörlerin hedef, strateji ve kaynakları hakkında bilgi toplanmış, bir yandan da konuyla ilgili uluslararası girişimler aktarılmış, bunlar yerel uzmanlar tarafından incelenmiş ve Türkiye Cumhuriyeti'nin ihtiyaçlarına uygulanabilirliği konusu yüz yüze tartışılmıştır. Temsili özellikleri olan ruh sağlığı ile ilgili kurumlara ziyaretler yapılmış, bu konularda düzenlenmiş kongrelerdeki sunumlar izlenmiş, ülkede daha önce yapılmış olan konu ile ilgili araştırmalar gözden geçirilmiş, Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlükleri'nden kendi illerinde bulunan ruh sağlığı uygulamalarına ilişkin bilgiler toplanmıştır. Bu çalışmalar sırasında deprem bölgesinde meydana gelen gelişmeler de ayrıntılı olarak değerlendirmeye alınmıştır. Tüm bunlara ek olarak, Sağlık Bakanlığı arşivlerindeki ruh sağlığı alanıyla ilgili istatistiksel kayıt ve dökümler de elde edilmeye çalışılmış ve sağlanabildiği kadarıyla analizlerde dikkate alınmıştır. DSÖ tarafından tasarlanan URSP Kapsamının Geliştirilmesi İçin Hizmet Kılavuzu Paketi, toplumun ruh sağlığının geliştirilmesi için ülkelere yardım edecek uygulama bilgilerini sağlamaktadır. Bu çalışmada DSÖ'nün söz konusu modülleri ülke koşullarına uyarlanmıştır. Bu yapılırken, her modülde ele alınan başlıkta önce ülkedeki mevcut durum incelenmiş ardından o konudaki hedefler ve bunlara ulaşmak için öngörülen stratejiler sıralanmış, ayrıca ilgili ve sorumlu kuruluşlar da belirtilmiştir.

Ruh sağlığının organizasyonu, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, çocuk ve ergen ruh sağlığı politikası, ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı, ruh sağlığında kalitenin geliştirilmesi, ruh sağlığı alanında yasal düzenlemeler, ruh sağlığı alanında savunuculuk ve ruh sağlığında eğitim, araştırma ve insan gücü başlıklarından oluşturulan modüller konunun bu boyutlarını ayrı ayrı derinlemesine ele almak amacıyla kaleme alınmıştır. Her bir modül program hedefleri de dikkate alınarak birlikte değerlendirildiğinde gerçek anlamını kazanabilecektir. Örneğin, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, ne yasal düzenlemelerden, ne insan gücü ve eğitimden, ne de finansmandan ayrılamaz.

Ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde önerilen “en iyi klinik uygulama yöntemi,” planlanacak olan sistemin birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olması gerekliliğidir. Hastaların ilk temas noktaları birinci basamak sağlık kuruluşları olacaktır. Hastaların tanı ve tedavileri öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yapılacaktır. Bunun yanı sıra toplumda sık görülen ruh sağlığı sorunlarına yönelik olarak kapsamlı toplum taramaları yapılmalıdır. Ülkede ruh sağlığı ve sosyal hizmetleri sunmakla sorumlu kuruluşlar arasında daha fazla işbirliğinin, danışmanlığın ve iletişimin güçlendirilmesi gerekmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinde hastaların ve ailelerinin, uyumlu ve ulaşılabilir bir sistemin merkezinde olmaları gerekmektedir. Toplumda ruh sağlığı ile ilgili yeni programların geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Hastaların ve toplumun, mevcut hizmetlere ulaşımının kesilmesini önlemek için daha fazla korunmaya gereksinimleri bulunmaktadır⁽⁶⁾.

6.2 İntihar Oranları En Az 1/3 Azaltılmalıdır, Yaygın Yüksek Oranları Olan Ülke Ve Toplum Gruplarında En Belirgin Azalmalar Sağlanmalıdır.

Ruhsal bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkan intiharlar gerek dünyada gerekse de ülkemizde giderek artış göstermekte, günümüzde dünyada ortalama bir milyon kişi (yılda) intihar ederek yaşamına son vermektedir. İntihar epidemiyolojisine bakıldığında kültürlerarası farklılıklar görülsede pek çok ülkede trafik kazalarından sonra özellikle gençlerde önde gelen ölüm sebeplerinden biri olarak dikkati çekmektedir. Ayrıca epidemiyolojik çalışmaların yapıldığı ülkelerin farklı profiller sergiledikleri de bilinmektedir. DSÖ verilerine göre dünyadaki en yüksek intihar oranı yüzbinde 43,72 ile Litvanya'dır. Bunu yüzbinde 38,89 oran ile Rusya Federasyonu takip etmekte, üçüncü sırada ise yüzbinde 32,4 ile Belarus yer almaktadır. Avrupa'daki intihar ortalaması yüzbinde 10,2'dir⁽⁷⁾. Ülkemizde ise, bu oran 2003 yılı için yüzbinde 3,85'dir⁽⁸⁾.

Tablo 6.3’de İl ve İlçe merkezlerinde 2004 yılı ölüm istatistiklerinde intiharın payı bilgileri yer almaktadır.

Tablo 6.3 İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistiklerinde İntiharın Payı (2004)

Ölüm Nedeni	Erkek	Kadın	Toplam
Kendini öldürme (intihar) ve kendini travmatize etme (yaralama) nedeni ile olan ölüm sayısı	1.101	566	1.667
Toplam ölüm sayısı	104.852	82.234	187.086
Kendini öldürme (intihar) ve kendini travmatize etme (yaralama) nedeni ile olan ölümlerin toplam ölümler içindeki payı (yüzde)	1	0,6	0,8

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, 2004

Türkiye’de 2004 yılında İl ve İlçe Merkezlerinden bildirilen toplam ölümler içinde intihar ve kendini yaralama nedeniyle olan ölümlerin payı %0,8’dir, bu oran erkeklerde %1,0 ve kadınlarda %0,6’dır. Erkeklerde intihar ve kendini yaralama nedeniyle olan ölümler kadınlardakinin yaklaşık iki katıdır ⁽⁸⁾.

Türkiye ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın 15-59 yaş grubunda cinsiyete göre yüzde dağılımında, kişinin kendini yaralaması %1,8 ile 13. sırada yer almaktadır. Erkeklerde bu oran %1,8 iken, kadınlarda ise %1,7’dir ⁽⁵⁾.

Emniyet Genel Müdürlüğü verilerine göre 2005 yılı toplam intihar sayısı Tablo 6.4’de verilmiştir.

Tablo 6.4 Türkiye’de İntihar Sayılarının Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı (2005)

İntihar Sayısı	18 yaş ve altı		19 yaş ve üstü	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
	59 (%47,6)	65 (%52,4)	388 (%26)	1108 (%74)
Toplam	124 (%7,7)		1496 (%92,3)	
Genel Toplam	1620			

Kaynak: Emniyet Genel Müdürlüğü, 2005

Tablo 6.4’e göre 19 yaş üstü intihar edenlerin sayısı toplam intiharların %92,3’ünü oluşturmaktadır ⁽⁹⁾.

Tablo 6.5’de DSÖ Avrupa Bölgesi’nde intihar ve kendi kendine zarar verme oranları sunulmuştur.

Tablo 6.5 DSÖ Avrupa Bölgesinde İntihar ve Kendi Kendine Zarar Verme Oranları (2003)

Ülkeler	1/100.000	Ülkeler	1/100.000
1. Arnavutluk	4,38	28. Litvanya	41,07
2. Andorra	...	29. Lüksemburg	10,29
3. Ermenistan	2,13	30. Malta	4,72
4. Avusturya	15,82	31. Monako	...
5. Azerbeycan	1,35	32. Karadağ	...
6. Beyaz Rusya	33,34	33. Hollanda	8,62
7. Belçika	...	34. Norveç	10,84
8. Bosna - Hersek	...	35. Polonya	14,67
9. Bulgaristan	11,94	36. Portekiz	9,36
10. Hırvatistan	17,14	37. Moldovya Cumhuriyeti	18,02
11. Kıbrıs	...	38. Romanya	12,78
12. Çek Cumhuriyeti	15,29	39. Rusya	33,83
13. Danimarka	...	40. San Marino	...
14. Estonya	23,66	41. Sırbistan	...
15. Finlandiya	19,43	42. Slovakya	13,6
16. Fransa	16,48	43. Slovenya	25
17. Gürcistan	...	44. İspanya	7,06
18. Almanya	11,51	45. İsveç	...
19. Yunanistan	3,07	46. İsviçre	14,98
20. Macaristan	24,81	47. Tacikistan	...
21. İzlanda	9,67	48. Makedonya	7,01
22. İrlanda	11,23	49. TÜRKİYE	3,85**
23. İsrail	7,05	50. Türkmenistan	...
24. İtalya	...	51. Ukrayna	24,07
25. Kazakistan	31,49	52. İngiltere	6,41
26. Kırgızistan	12,04	53. Özbekistan	6,59
27. Letonya	24,08		

Kaynak: European Health For All Database - HFA-DB

*Tabloya bütün yaş grupları dahil edilmiştir.

** 2003 TÜİK verileri.

Tablo 6.5'e göre, Avrupa Bölgesinde intihar ve kendi kendine zarar verme oranlarına bakıldığında Litvanya yüzbinde 41,07 değeriyle en yüksek orana sahip ülke olup, Türkiye'de ise bu oran yüzbinde 3,85'tir ^(8, 10).

Yürütülen Çalışmalar:

Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizde intiharı önleme çalışmalarına 2004 yılı itibariyle başlanılmış olup, bu kapsamda öncelikle intihar girişimlerindeki popülasyonu izlemek ve veri bankası oluşturmak amacıyla ülke genelinde devlet hastaneleri acil servislerinde girişimler kayıt

altına alınmaya başlanılmıştır. Önleme çalışmalarının ikinci ayağında “Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı” geliştirilerek fiziki alt yapı ve personel organizasyonunu tamamlayan 32 pilot ilin birer pilot hastanesi acil servislerinde 01 Şubat 2006 tarihi itibari ile “Krize Müdahale Birimleri” oluşturularak faaliyete geçirilmiştir.

“Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı” kapsamında pilot illerde intihar girişimi ve kriz durumları ile hastanelere başvuran hastaların detaylı bilgilerine ulaşılabilmesi amacıyla “İntihar Girişimleri Geri Bildirim Formu” ve “Kriz Durumları Geri Bildirim Formu” geliştirilmiştir.

İl eğitimleri halen devam etmektedir. Gerek 1.pilot kapsamı 32 ilde ve gerekse 2.pilot kapsamı 18 ilde programın yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalara devam edilmektedir.

Krize Müdahale Birimleri'nde;

1. İntihar riski taşıyan ve intihar girişiminde bulunan hastalar
2. Aile içi şiddet, kayıplar (sevilen birinin kaybı, statü kaybı, sağlığının kaybedilmesi, ölümcül hastalığa yakalanma, organ kaybı, boşanma, iflas)
3. İstismar olguları
4. İnsan eliyle ya da çeşitli doğal yollarla gelişen zorlu yaşam koşulları (göç, trafik kazaları, sınav kaygısı, yangın, deprem, sel) alanlarında hizmet verilmektedir ⁽¹¹⁾.

Diğer Bakanlıklar tarafından yapılan çalışmalar ise şunlardır:

- İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen “Toplum Destekli Polislik Projesi” kapsamında “Nezarethane İntiharlarının Kontrol Edilmesi ve Önlenmesi Temel Eğitim Programı” ile polis eğitimleri sağlanmaktadır ⁽⁹⁾.
- Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yürütülen programlarda “Rehber Öğretmenlere İntihar Önleme Eğitimleri” yapılmaktadır ⁽¹²⁾.

KAYNAKLAR:

1. The World Health Organization (WHO) http://www.who.int/mental_health/en/, 2002.
2. Güleç C. Toplum ruh sağlığı açısından psikiyatrik epidemiyoloji. M Bertan, Ç Güler (eds), Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, Güneş Kitabevi, 1995, s.442-453).
3. Özgür G, Karaaslan A, Çam O, Gürkan A, Dülger-ler Ş, Uysal O. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı toplumda ruhsal belirtilerin değer-lendirilmesi. E.Ü. Rektörlüğü AraştırmaFonu, Proje No: 1995 HYO-06, İzmir, 1998.
4. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 1998.
5. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005
6. Türkiye Ulusal Ruh Sağlığı Politikası, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006.
7. The World Health Organization (WHO) http://www.who.int/mental_health/en/, 2002.
8. Türkiye İstatistik Kurumu, 2003.
9. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, 2005.
10. Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Herkes İçin Sağlık Veri Tabanı (HFA-DB), Haziran, 2006.
11. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007.
12. Milli Eğitim Bakanlığı web sitesi, 2007

HEDEF 7: BULAŞICI HASTALIKLARIN AZALTILMASI

2020 yılına kadar, halk sağlığı önemi olan bulaşıcı hastalıkların olumsuz etkileri eradikasyon, eliminasyon ya da kontrolü için programların sistematik olarak uygulanması ile yok edilmelidir.

7.1 2000 Yılında Ya Da Öncesinde, Bölgede Poliomyelitten Hastalanma Durdurulmalı Ve 2003 Ya Da Daha Önce Her Ülkede Bu Durum Sertifikalandırılmalıdır;

21 Haziran 2002 tarihinde düzenlenen Avrupa Bölgesi Polio Sertifikasyon Komisyonu toplantısında ülkemizin de içinde bulunduğu DSÖ Avrupa Bölgesi'nin poliomyelitten arındırıldığı belgelendirilmiştir. 1989 yılında başlatılan programın amacı ülkemizin poliomyelitten arındırılmış durumunu sürdürmek, olası bir vahşi poliovirus importasyonunun erken tespiti ve kontrol altına alınmasıdır. Bu amaçla sürveyans, rutin ve destekleyici aşılama çalışmaları sürdürülmektedir Türkiye'de son polio vakaları 1998 yılında görülmüştür ⁽¹⁾.

Türkiye'de polio aşısı 2., 3. ve 4. ayların sonunda ve 16-24 ay arasında rapel doz olmak üzere 4 doz halinde uygulanır ⁽²⁾.

Polio-3 aşısına ait 2001-2005 yılları aşılama kapsamı Tablo 7.1'de yer almaktadır.

Tablo 7.1 Türkiye'de Polio-3 Aşılama kapsamı (2001-2005)

Yıllar	Polio-3 Aşılama Kapsamı (%)
2001	83
2002	78
2003	68
2004	85
2005	90

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı, 2005

Türkiye'de polio-3 aşılama kapsamı 2005 yılında yüzde 90 olarak gerçekleşmiştir ⁽³⁾.

Tablo 7.2'de polio morbidite ve mortalite hızları yer almaktadır.

Tablo 7.2 Türkiye'de Polio Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı (1975-2005)

Yıllar	Morbidite Hızı (yüzbinde)	Mortalite Hızı (yüzbinde)
1975	0,92	0,30
1980	0,41	0,16
1985	0,17	0,02
1990	0,04	0,03
1995	0,05	0,14
2000	0,00	0,00
2005	0,00	0,00

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı (2005)

Tablo 7.2’de görüleceği üzere; Türkiye’de aşılama kampanyalarının başlatıldığı 1983 yılından itibaren polio morbidite ve mortalitesi hızla azalmaya başlamış, 1995 yılında başlatılan Polio Aşı Günleri sonrasında 1998 yılından itibaren de hiç vaka görülmemiştir. Halen riskli bölgelerde Mop-up aşı uygulamaları devam etmektedir ^(3, 4).

Öneriler:

- Akut flask paralizi (AFP) sürveyansının güçlendirilmesi için Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 05.07.2002 tarih 6191 sayılı “Polio importasyon planı genelgesi” uyarınca saptanan tüm AFP vakalarının klinik örneklerinin ilgili laboratuarlara hızla ulaştırılması ile olası importe vakaların erken tespiti ve bulaş kontrol önlemlerinin alınması sağlanmış olacaktır. Bu nedenle söz konusu genelgenin gereklerinin yerine getirilmesi,
- İlgili laboratuvarların ekipman ve personel açısından sürekli desteklenmesi ve tüm ihtiyaçlarının karşılanması ile DSÖ akreditasyonlarının devamının sağlanması.

7.2 2005 Yılında Ya Da Öncesinde, Bölgede Neonatal Tetanoz Elimine Edilmelidir;

Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı: 1994 yılında başlatılan programın amacı Türkiye’de maternal ve neonatal tetanosun elimine edilmesi ve buna bağlı ölümlerin engellenmesidir. Program kapsamında öncelikli 18 il belirlenerek, bu illerin “yüksek riskli bölge” olarak belirlenen sağlık ocağı bölgelerindeki 15-49 yaş grubundaki kadınların tetanoz erişkin difteri (Td) aşısı ile 3 tur halinde primer immünizasyonları hedeflenmiştir. 2006 yılı içinde iki tur halinde “Tetanos Aşı Günleri” gerçekleştirilmiş, üçüncü tur ise 2007 yılı içinde planlanmıştır. Program 2007 yılı sonuna kadar devam edecektir ⁽⁵⁾.

Türkiye’de tetanoz aşısı doğurganlık çağı kadın ve gebelerde 5 doz olarak önerilmektedir. Hiç aşılanmamış gebelerin ise en az iki doz Td aşısı almaları sağlanmalıdır. Tablo 7.3’de doğurganlık çağı kadın ve gebelerde tetanoz aşı takvimi yer almaktadır ⁽²⁾.

Tablo 7.3 Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi (2006)

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
Td 1	Gebeliğin 4. ayında-ilk karşılaşmada	Yok
Td 2	Td 1’den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
Td 3	Td 2’den en az 6 ay sonra	5 yıl
Td 4	Td 3’den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Td 5	Td 4’den en az bir yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca
Hiç aşılanmamış gebelerin en az iki doz Td aşısı almaları sağlanmalıdır.		

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2006

Td 2 (Erişkin Tetanoz- difteri) aşısına ait 2001-2005 yılları aşılama kapsamı Tablo 7.4’de yer almaktadır.

Tablo 7.4 Türkiye’de Td2+ Aşılama Kapsamı (2001-2005)

Yıllar	Td2+ Aşılama kapsamı (%)
2001	38
2002	37
2003	37
2004	41
2005	47

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı, 2005

Türkiye’de Td+2 aşı oranı yıllarla birlikte artarak 2005 yılında yüzde 47 olarak gerçekleşmiştir ⁽³⁾.

Türkiye’de neonatal tetanoz morbidite ve mortalite hızları Tablo 7.5’de yer almaktadır.

Tablo 7.5 Türkiye’de Neonatal Tetanoz Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı (1990-2005)

Yıllar	Morbidite Hızı (yüzbinde)	Mortalite Hızı (yüzbinde)
1990	4,36	16,93
1995	4,64	22,83
2000	0,74	2,95
2005*	2,39	17,90

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı (2005)

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

Türkiye’de 2005 yılında neonatal tetanoz morbidite hızı yüzbinde 2,39, mortalite hızı 17,90’dır ⁽³⁾.

Türkiye’de sağlık personeli yardımı olmaksızın yapılan doğumların oranı 2003 yılı itibariyle yüzde 8,2’dir. Bu oran Doğu Bölgesi’nde yüzde 17,4’e kadar çıkmaktadır ⁽⁶⁾. Bu göz önüne alındığında neonatal tetanoz eliminasyon programının başarılı şekilde yürütülmesi önemlidir.

Öneriler:

- Neonatal tetanoz eliminasyon programına devam edilmesi
- Mevcut durumun laboratuvara dayalı analizini yapmak için değişik bölgelerden seçilecek olan pilot illerde serosurvey çalışması planlanması.

7.3 2007 Yılında ya da Öncesinde, Bölgede Kızamık Elimine Edilmeli ve 2010'a Kadar Her Ülkede Eliminasyon Sertifikalandırılmalıdır.

Kızamık Eliminasyon Programı: 2002 yılında başlatılan programın amacı Türkiye' de kızamığı elimine etmek ve bu düzeyi sürdürmek ve 2010 yılı sonuna kadar Türkiye'de yerli virüs dolaşımını durdurmaaktır. Program kapsamında kızamığa duyarlı 9 ay-14 yaş grubuna ek bir doz kızamık aşısı yapılması şeklinde planlanan catch-up aşılama aktivitesi ile 2003-2006 döneminde %96.2 aşılama oranına ulaşılmıştır. Vaka temelli süveyans 2006 yılından bu yana başlatılmıştır. Ayrıca laboratuvara dayalı süveyans sisteminin güçlendirilmesine çalışılmaktadır. Program 2010 yılına kadar devam edecektir ⁽⁴⁾. Türkiye'de kızamık aşısı 2006 yılından itibaren kabakulak ve kızamıkçık aşıları ile birlikte 12. ayda ve ilköğretim 1. sınıfta olmak üzere 2 doz halinde uygulanmaktadır ⁽²⁾.

Kızamık aşısına ait 2001-2005 yılları aşılama oranları Tablo 7.6'de yer almaktadır.

Tablo 7.6 Türkiye'de Kızamık Aşılama Kapsamı (2001-2005)

Yıllar	Kızamık Aşılama Kapsamı (%)
2001	84
2002	82
2003	75
2004	81
2005	91

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı, 2005

Türkiye'de 2005 yılında kızamık aşılama kapsamı yüzde 91 olarak gerçekleşmiştir ⁽³⁾.

Tablo 7.7'de Türkiye'de kızamık morbidite ve mortalite hızları yer almaktadır.

Tablo 7.7 Türkiye'de Kızamık Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı (1975-2005)

Yıllar	Morbidite Hızı (yüzbinde)	Mortalite Hızı (yüzbinde)
1975	60,75	10,38
1980	19,39	4,88
1985	29,21	0,89
1990	19,75	0,26
1995	21,43	0,24
2000	23,60	0,01
2005*	1,55	0,01

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı (2005)

* 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapılmaktadır. 2005 yılı kızamık morbidite hızı kesin vakalar esas alınarak hesaplanmıştır.

Türkiye’de 1975 yılında kızamık morbidite hızı yüzbinde 60,75, mortalite hızı ise yüzbinde 10,38 iken, 2005 yılında morbidite hızı yüzbinde 1,55’e, mortalite hızı ise yüzbinde 0,01’e kadar inmiştir ⁽³⁾. 2005 yılından itibaren hastalık bildirim sistemi değişmiş ve bildirimler standart vaka tanımları ile yapılmaya başlanmıştır ⁽⁷⁾. Hızlar değerlendirilirken bu husus göz önüne alınmalıdır.

UHY-ME Çalışması’nda 2003 yılı için hesaplanan kızamık insidans hızı ise yüzbinde 45.00’dır ⁽⁸⁾.

Öneriler:

Ulusal Aşılama programının taviz verilmeden uygulanması ve olası vakaların erken tespiti ve doğrulanması için laboratuara dayalı süreyansın genişletilmesi gereklidir.

7.4 2010 Yılında Ya Da Öncesinde, Bütün Ülkelerin:

1. Difteri için 1000 canlı doğumda 0,1’in altında insidans seviyesi;

Tablo 7.8’de Türkiye’de difteri morbidite ve mortalite hızları yer almaktadır.

Tablo 7.8 Türkiye’de Difteri Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı (1975-2005)

Yıllar	Morbidite Hızı (yüzbinde)	Mortalite Hızı (yüzbinde)
1975	0,66	0,45
1980	0,19	0,18
1985	0,29	0,14
1990	0,03	0,00
1995	0,01	0,00
2000	0,01	0,01
2005*	0,00	0,00

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı (2005)

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

Türkiye’de 2005 yılı itibariyle difteri morbidite ve mortalitesi sıfırdır ⁽³⁾.

UHY-ME Çalışması’nda hesaplanan difteri insidans hızı yüzbinde 0,0’dır ⁽⁸⁾.

Türkiye’de difteri aşısı boğmaca ve tetanos aşılarıyla birlikte 2, 3 ve 4. ayların sonunda ve 16-24. aylarda rapel doz olmak üzere 4 doz halinde uygulanmaktadır ⁽²⁾.

Türkiye’de difteri-3 aşısına ait 2001-2005 yılları aşılama kapsam yüzdeleri Tablo 7.9’da yer almaktadır.

Tablo 7.9 Türkiye’de Difteri-3 Aşılama Kapsamı (2001-2005)

Yıllar	Difteri-3 Aşılama Kapsamı (%)
2001	83
2002	78
2003	68
2004	85
2005	90

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı, 2005

Türkiye’de 2004 yılında difteri-3 aşılama kapsamı yüzde 90’dır ⁽³⁾.

Öneriler:

- Erişkine aşı uygulamasının sistematik bir şekilde (20 yaşın üzerinde her 10 yılda bir tüm bireylere) başlatılması
- Aşı etkinliğinin araştırılması amacıyla, hedef gruplarda seroepidemiolojik surveyans yapılması
- Aşılama programlarının etkinliğini göstermek üzere çalışmaların yapılması
- Etken bakterinin toksijenik kökenlerinin tanımlanabilmesi ve toplumdaki yaygınlığının ortaya konabilmesi, aşılama programlarının etkinliğinin de bir göstergesi olacağından, *bu amaç için* belirlenmiş laboratuvarlar için tanı kapasitesinin geliştirilmesi
- İlimli bir üst solunum yolu enfeksiyonu gibi seyreden vakaların (bulaştırmacılığın önlenmesi için) bulunup tedavi edilmesi için erken tanı-tarama hizmetlerinin yaygınlaştırılması

2- *Hepatit B aşısını çocuk aşılama programına dahil ederek yeni Hepatit B taşıyıcı insidansını en az %80 azaltmalıdır;*

Hepatit B aşısı çocuk aşılama programına 1998 yılında dahil edilmiştir ⁽⁹⁾.

Türkiye’de hepatit B aşısı doğumda, 1. ve 6. ayların sonunda olmak üzere 3 doz halinde uygulanır. Eksik aşıli ara kohortların aşıları ise ilköğretim 8.sınıfta, uygun aralıklarla tamamlanır. Hepatit B aşısı doğumdan sonra en geç ilk 72 saat (tercihen ilk 24 saat) içinde uygulanmalıdır. Taşıyıcı olduğu bilinen anneden doğan bebeklere doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde Hepatit B aşısı uygulanmalı, ayrıca doğumda aşı ile birlikte Hepatit B immun globulini de yapılmalıdır ⁽²⁾.

Serumda en az 6 ay süreyle HBsAg pozitifliği devam eden ve en az iki kez serum transaminaz düzeyleri normal sınırlarda bulunan olgular asemptomatik HBsAg taşıyıcısı olarak tanımlanmaktadır ⁽¹⁰⁾.

Türkiye’de çeşitli çalışmalarda elde edilen asemptomatik hepatit B taşıyıcılığı oranları % 6-10 arasında değişmektedir ⁽¹¹⁾.

Tablo 7.10’da Türkiye’de hepatit B morbidite ve mortalite hızları yer almaktadır.

Tablo 7.10 Türkiye’de Hepatit B Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı (1990-2005)

Yıllar	Morbidite Hızı (yüzbinde)	Mortalite Hızı (yüzbinde)
1990	4,55	0,31
1995	3,83	0,16
2000	6,07	0,25
2005*	12,02	0,04

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı (2005)

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

Türkiye’de 2005 yılında hepatit B morbiditesi yüzbinde 12,02, mortalitesi ise yüzbinde 0,04’dür. Halen ciddiyetini koruyan bir hastalıktır ⁽³⁾.

UHY-ME Çalışması’nda hesaplan hepatit B insidans hızı yüzbinde 10,20, prevalans hızı ise binde 0,87’dir ⁽⁸⁾.

Hepatit B Kontrol Programı: 1997 yılında başlatılan programın amacı Türkiye’de hepatit B ve buna bağlı ölümlerin azaltılarak düşük endemisite bölgesi haline gelebilmektir. Aşılama çalışmaları, sürveyansın güçlendirilmesi ve taşıyıcıların kontrolü başlıca stratejilerdir ⁽⁴⁾.

Öneriler:

- 0-11 aylık bebeklerin hepatit B aşısı ile bağışıklanması
- Hepatit B risk gruplarının aşı ile bağışıklanması
- Sürveyansın güçlendirilmesi
- Taşıyıcıların kontrolü

3- Kabakulak, boğmaca ve Hemofilus influenza tip b ile oluşan invaziv hastalık için 100.000 kişide 1’in altında insidans seviyesi;

Kabakulak

Türkiye’de kabakulak hastalığı, 2004 yılında bildirim zorunlu hastalıklar kapsamına alınmıştır ⁽⁷⁾.

Türkiye’de kabakulak aşısı 1 Temmuz 2006 tarihinden itibaren KKK (Kızamık, kızamıkçık, kabakulak) şeklinde uygulanmaya başlatılmıştır. KKK aşısı 12. ayda ve ilköğretim 1. sınıfta olmak üzere 2 doz halinde yapılmaktadır (bkz. Tablo 3.4).

Kabakulak 2005 yılı morbidite hızı yüzbinde 27,4, mortalite hızı milyonda 0,0’dır ⁽³⁾.

Öneriler:

- Mevcut durumun laboratuvara dayalı analizini yapmak için değişik bölgelerden seçilecek olan pilot illerde serosurveyans çalışması planlanmalıdır.
- KKK kombine aşı uygulama etkinliğinin artırılması, aşı programının genişletilmesi (adolesan/genç erişkin/zorunlu eğitimin son yıllarındaki öğrenciler).

Boğmaca

Türkiye’de boğmaca aşısı difteri ve tetanos aşlarıyla birlikte 2, 3 ve 4. ayların sonunda ve 16-24. aylarda rapel doz olmak üzere 4 doz halinde uygulanır ⁽²⁾.

Türkiye’de yıllara göre boğmaca morbidite ve mortalite hızları Tablo 7.11’de yer almaktadır.

Tablo 7.11 Türkiye’de Yıllara Göre Boğmaca Morbidite ve Mortalite Hızları

Yıllar	Morbidite (Yüzbinde)	Mortalite (Milyonda)
2000	0,78	0,01
2001	0,26	0,00
2002	0,27	0,00
2003	0,36	0,01
2004	0,55	0,01
2005	0,10	0,00

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İstatistik Yıllığı, 2005

Türkiye’de 2005 yılında boğmaca morbiditesi yüzbinde 0,10, mortalitesi ise 0,00’dır ⁽³⁾.

UHY-ME Çalışması’nda kullanılan boğmaca insidans hızı yüzbinde 0,033, prevalans hızı binde 0,600’dür ⁽⁸⁾.

Öneriler:

- Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi standart tanı, surveyans ve laboratuvar rehberinde kapsama alınmış olan boğmaca hastalığının tanısının konulmasında laboratuvarın daha sık kullanılması,
- Okul çocuğu, adolesan, erişkin yaş gruplarında gelişebilen boğmaca vakalarına karşı sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi, bu vakaların boğmaca hastalığını ölümcül geçiren bebeklere taşıma riskinin anlatılması,
- Toplum bağışıklığının kazanılabilmesi için boğmacada aşılama oranlarının %92-94 ve üzerinde olması gerektiği belirtilmiştir. Ülkemizde de bu oranlara özellikle de ülkenin her yanında ulaşılması,
- Okul çağı çocukları ve daha ileri yaşlarda da aselüler aşı ile ek aşı konusunun tartışılması

Hemofilus İnfluenza Tip b

Türkiye’de hemofilus influenza tip b hastalığı, 2004 yılında bildirim zorunlu hastalıklar kapsamına alınmıştır ⁽⁷⁾.

Türkiye’de hemofilus influenza tip b aşısı Aralık 2006 tarihi itibarıyla standart aşı takvimimize alınmıştır ⁽⁴⁾. Hemofilus influenza tip b aşısı difteri, boğmaca ve tetanos aşılarıyla birlikte 2, 3 ve 4. ayların sonunda ve 16-24. aylarda rapel doz olmak üzere 4 doz halinde uygulanmaktadır ⁽²⁾.

UHY-ME Çalışması’nda hesaplanan hemofilus influenza tip b insidans hızı yüzbinde 0,80’dir ⁽⁸⁾.

Öneri:

- Mevcut durumun laboratuvara dayalı analizini yapmak için değişik bölgelerden seçilecek olan pilot illerde serosurvey çalışması planlanmalıdır.

4-Konjenital sifiliz için 1000 canlı doğumda 0,01’in altında insidans seviyesi;

Türkiye’de sifiliz, bildirim zorunlu hastalıklardan biridir. Sifiliz için kesin vaka kriterleri, laboratuvar kriterleri ile doğrulanmış erişkin olgular veya laboratuvar kriterleri ile doğrulanmış serolojik pozitif bebek (gebelikte annenin serolojik olarak pozitif olup olmadığına bakılmaksızın) şeklindedir ⁽¹²⁾.

UHY-ME Çalışması’nda hesaplanan konjenital sifiliz insidans hızı yüzbinde 0,20’dir ⁽⁸⁾.

Öneri:

Bulaşıcı Hastalıklar Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi’nde konjenital sifiliz ayrıca yer almalıdır.

5- Konjenital rubella için 1000 canlı doğumda 0.01’in altında insidans seviyesi; sağlanmalıdır.

Türkiye’de konjenital rubella, bildirim zorunlu hastalıklardan biridir ve 2005 yılından itibaren bildirim standart vaka tanımları ile yapılmaktadır ⁽¹²⁾.

Türkiye’de kızamıkçık aşısı 1 Temmuz 2006 tarihinden itibaren KKK (Kızamık, kızamıkçık, kabakulak) şeklinde uygulanmaya başlatılmıştır. KKK aşısı 12. ayda ve ilköğretim 1. sınıfta olmak üzere 2 doz halinde yapılmaktadır. Eksik aşıli ara kohort tamamlanana kadar ilköğretim 8. sınıf öğrencileri de bir doz kızamıkçık aşısı alacaklardır (bkz. Tablo 3.4).

Öneri:

- KKK kombine aşı uygulama etkinliğinin artırılması, aşı programının genişletilmesi (adolesan/genç erişkin/zorunlu eğitimin son yıllarındaki öğrenciler).

7.5 2015 Yılında Ya Da Daha Öncesinde,

1. Sıtma insidans seviyesi her ülkede 100 000 nüfusta 5’in altına indirilmelidir, Bölgede endojen-bulaşlı sıtmadan ölüm kalmamalıdır;

Türkiye’de sıtma insidanslarının yıllara göre dağılımı Tablo 7.12’de yer almaktadır.

Tablo 7.12 Türkiye’de Sıtma İnsidansları (2001-2005)

Yıllar	Sıtma İnsidansı (yüzbinde)
2001	15,8
2002	14,7
2003	13,1
2004	7,5
2005	2,9
2006	1,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sıtma Savaş Daire Başkanlığı, 2007

Türkiye’de 2006 yılında sıtma insidans hızı yüzbinde 1,01 olarak gerçekleşmiştir. Ayrıca, son beş yılda Türkiye’de endojen bulaşlı sıtmadan ölüm vakası da tespit edilmemiştir ⁽¹³⁾.

UHY-ME Çalışması’nda hesaplanan sıtma insidans hızı yüzbinde 20,00 prevalans hızı binde 0,620’dir ⁽⁸⁾.

Öneriler:

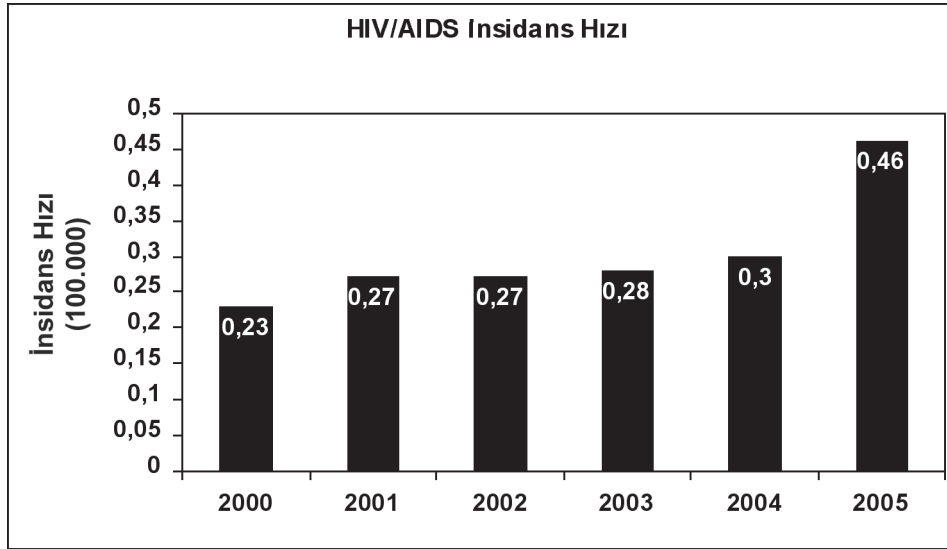
- **Uygun Teşhis ve Tedavi**
 - İl bazında sıtma tanısının Halk Sağlığı Laboratuvarları ya da Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlükleri ile entegrasyonu, laboratuvar sevk zincirinin kurulması, tanı kapasitesinin geliştirilmesi ve güncellenmesi
 - Hızlı tanı testleri gibi alternatif tanı yöntemlerinin etkililiğinin değerlendirilmesi
 - Tedavi sonuçlarının laboratuvara dayalı olarak izlenmesi
- **Surveyans Sisteminin Güçlendirilmesi**
- **Bilimsel ve Entegre Yapılanma**
 - Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı çalışmalarını ve yapısının, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı çatısı altında entegrasyonu, Halk Sağlığı Laboratuvarları ve Bölge Hıfzıssıhha Laboratuvarları ile bulaşıcı hastalıklara karşı sistematik ve entegre bir kontrol yaklaşımına geçilmesi.
 - Sektörler arası işbirliği ile çevre şartlarının düzeltilmesi, okullarda eğitim verilmesi, yerel yönetimlerin vektör kontrolü için bilinçlendirilmesi.

2- Bütün ülkeler HIV enfeksiyonu ve AIDS, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tüberküloz ve çocukların akut solunum ile diyare hastalıkları için insidans, mortalite ve olumsuz etkilerini sürdürülebilir ve daimi azaltmalıdır.

HIV/AIDS

Türkiye’de HIV/AIDS insidansının yıllara göre dağılımı Şekil 7.1’de yer almaktadır. 2000 yılı HIV/AIDS insidans hızı yüz binde 0,23 iken 2005 yılında yüz binde 0,46’dır ⁽³⁾.

Şekil 7.1 Türkiye’de HIV/AIDS Vaka ve Taşıyıcılarının İnsidans Hızları (2000-2005)



Kaynak : T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı 2005

Tablo 7.13’de UHY-ME Çalışması’nda hesaplanan HIV/AIDS’e ait insidans ve prevalans hızları yer almaktadır.

Tablo 7.13 Türkiye’de HIV/AIDS İnsidans ve Prevalans Hızlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	İnsidans Hızları (100.000)			Prevalans (1000)		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
HIV/AIDS	1,800	0,300	1,100	0,200	0,030	0,100
AIDS	0,900	0,200	0,600	0,000	0,000	0,000

Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

HIV/AIDS insidansı yüzbinde 1,1, erkeklerde yüzbinde 1,8 ve kadınlarda yüzbinde 0,3 bulunmuştur. Prevalanslar ise toplamda binde 0,1, erkeklerde binde 0,2 ve kadınlarda binde 0,03’tür ⁽⁸⁾.

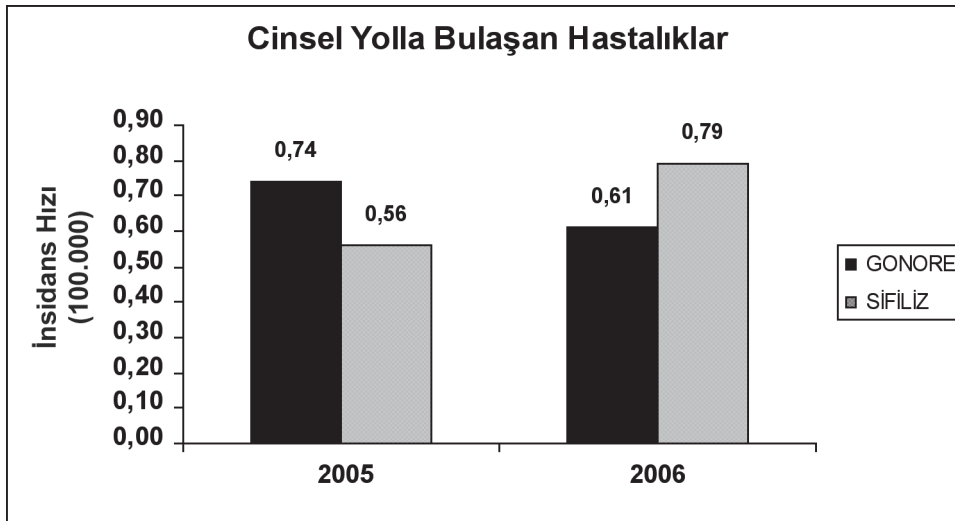
Yürütülen İyileştirme Programları

- **Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı:** Sağlık Bakanlığı ve Küresel Fon işbirliği ile yürütülen programın amacı toplumun geneline ve savunmasız topluluklara ulaşarak HIV/AIDS prevalans düzeyinin artmasını önlemek ve HIV/AIDS hassas grupların iyi ve kaliteli koruyucu-önleyici sağlık hizmetlerine ulaşmalarını artırmak ve doğru mekanizmalarla onları güçlendirmektir. Program, 2007 yılı Temmuz ayında sona ermiştir ⁽⁴⁾.

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Şekil 7.2’de Türkiye’de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan sifiliz ve gonorenin insidansları yer almaktadır. Şekil 7.2’de görüldüğü üzere 2005 ve 2006 yılı gonore insidansı 2005 yılı için yüzbinde 0,74, 2006 yılı için yüzbinde 0,61’dir. Sifiliz insidansı ise 2005 yılı için yüzbinde 0,56, 2006 yılı için 0,79’dur ⁽⁴⁾.

Şekil 7.2 Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların İnsidans Hızları (2005-2006)



Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007

Tablo 7.14’de UHY-ME Çalışması’nda hesaplanan cinsiyete göre cinsel yolla bulaşan hastalıklara ait insidans ve prevalans hızları yer almaktadır.

Tablo 7.14 Cinsiyete Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara Ait İnsidans ve Prevalans Hızları

	İnsidans Hızları (100.000)			Prevalans (1000)		
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Gonore-bel soğukluğu-servisit	0,000	286,900	141,600	0,000	0,300	0,200
Sifiliz						
Konjenital	0,200	0,200	0,200	0,000	0,000	0,000
Primer	26,700	32,200	29,400	0,0133	2,012	0,999
Sekonder	8,500	10,200	9,300	0,059	0,072	0,065
Tersiyer-Nörolojik	0,100	0,100	0,100	0,011	0,013	0,012
Klamidya	0,000	369,500	182,300	0,000	1,200	0,600

Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

Tablo 7.3'e göre primer sifiliz insidansı yüzbinde 29,40, prevalansı binde 0,99; klamidya insidansı yüzbinde 182,30, prevalansı binde 0,60; gonore insidansı yüzbinde 141,60, prevalansı yüzbinde 0,20'dir ⁽⁸⁾.

Türkiye'de ulusal düzeyde gerçekleşen tüm nedenlere bağlı ölümler içinde HIV/AIDS hariç cinsel yolla bulaşan hastalıklar (sifiliz, klamidya, bel soğukluğu, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar) nedeniyle olan ölümler yüzbinde 18,3 paya sahiptir. Cinsiyete göre dağılımda erkeklerde yüzbinde 18,4, kadınlarda ise yüzbinde 18,2'dir ⁽⁸⁾.

Yürütülen İyileştirme Programları

- **Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE)/HIV Yöneylem Araştırması:** Araştırmanın amacı seçilmiş illerde CYBE/HIV prevalansı hakkında epidemiyolojik verilere ulaşmaktır. Sağlık Bakanlığı ile Avrupa Birliği ve ilgili konsorsiyum işbirliği ile yürütölmekte olan araştırma 2007 Mayıs ayında sona ermiştir ⁽⁴⁾.

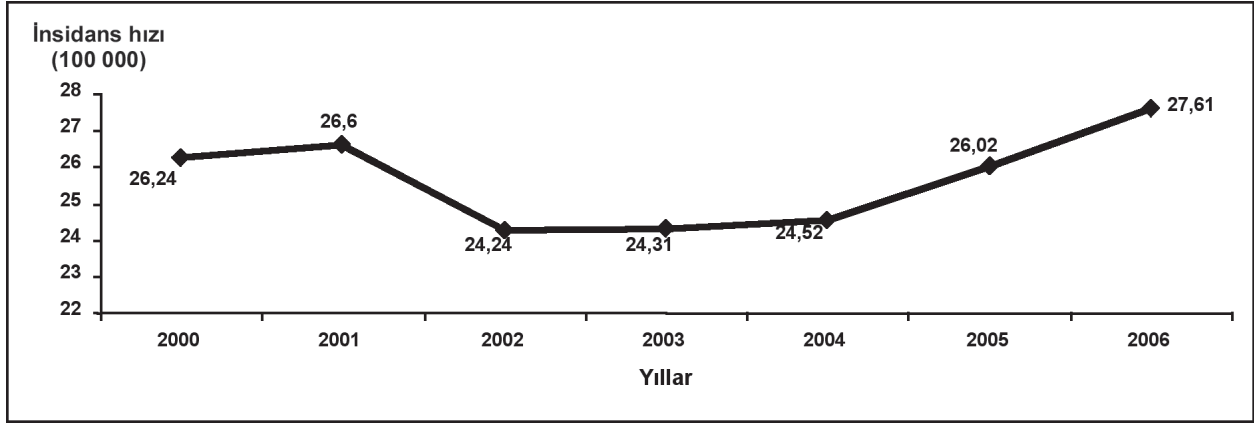
Öneriler:

- Özellikle HIV enfeksiyonu olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıkların sıklığını ortaya koymak üzere seçilmiş gruplarda serosurveyans çalışmaları yapılması.
- Yaygın, sürekli, gruplara özgü eğitim programlarının düzenlenmesi.
- Batıda ve ölkemizde uygulanmaya başlayan insan papilloma virus (HPV) aşısının Türkiye'de rutinde gerekli olup-olmadığını ortaya konulması için çalışma yapılması, gerekli bulunursa aşı içeriğinde hangi tiplerin bulunması gerektiğinin ortaya konulması.
- Laboratuvar tanısını desteklemek üzere standartlara uygun laboratuvarlar oluşturulması

Tüberküloz

Şekil 7.3'de Türkiye'de 2000-2006 yılları arasında tüberküloz vaka bildirim hızları yer almaktadır. Şekilde görüldüğü üzere 2001 yılında ulusal düzeyde yüzbinde 26,6 olan tüberküloz insidansı 2003 yılında yüzbinde 24,31, 2005 yılında yüzbinde 26,02, 2006 yılında ise yüzbinde 27,61 olarak tespit edilmiştir ⁽¹⁴⁾.

Şekil 7.3 Türkiye'de Tüberküloz Vaka Bildirim Hızları (2000-2006)

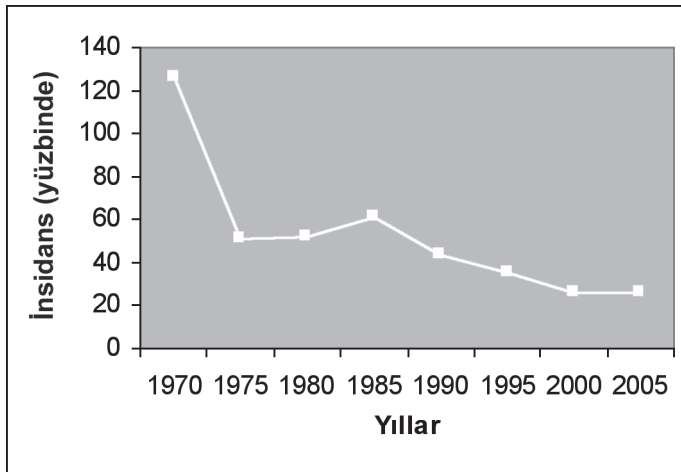


Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı, 2007

*2006 yılı insidansı geçici veri üzerinden hesaplanmıştır.

Şekil 7.4'de Türkiye'de 1970-2005 yılları arasına ait tüberküloz insidansları yer almaktadır. Şekilde görüleceği üzere; tüberküloz insidansı özellikle 1970'li yıllarda hızla azalma göstermiş, bu durum ilerleyen yıllarda da devam etmiştir. Ancak son yıllarda tüberküloz insidansındaki düşme hızı daha yavaştır ⁽¹⁵⁾.

Şekil 7.4 Türkiye'de Tüberküloz İnsidans Hızları (1970-2005)



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Herkes İçin Sağlık Veri Tabanı (HFA-DB), Haziran, 2006

UHY-ME Çalışması'nda tüberküloz insidansı toplamda yüzbinde 34,4, erkeklerde 46,7 ve kadınlarda 21,8 olarak hesaplanmıştır. Prevalanslar ise toplamda binde 1,0, erkeklerde binde 1,4 ve kadınlarda binde 0,7'dir ⁽⁸⁾.

Türkiye'de tüberküloz tüm yaş gruplarında ölüme neden olan ilk 20 hastalık içinde erkeklerde %1.0 oran ile on altıncı sırada bulunmakta ancak toplam ve kadınlarda ilk 20 ölüm nedeni olan hastalık sıralamasında yer almamaktadır ⁽⁸⁾.

Yürütülen İyileştirme Programları

- **Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı:** Ülke genelinde Ağustos 2007 tarihi itibarıyla 247 adet Verem Savaş Dispanseri ve 21 adet Bölge Tüberküloz Laboratuvarı çalışmaları ile devam etmektedir ⁽¹⁴⁾.
- **Doğrudan Gözetimli Tedavi:** Dünya Sağlık Örgütü tarafından verem kontrolü için önerilen yöntem "Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)"dir. Temmuz 2006 tarihinde ülke genelinde DGT yöntemine geçişin yaygınlaştırılması amacıyla genelge yayınlanmıştır. Buna göre il düzeyinde teşhis edilen ve DGT uygulamasına alınan tüm hastaların kayıtları elektronik ortamda tutulmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlar, özel ve askeri kurumlar ile üniversite hastanelerinin bildirimleri İl Sağlık Müdürlüğü Verem Kontrol Biriminde toplanarak; il içi hastalar ildeki Verem Savaşı Dispanserlerine, il dışı hastalar ise ilgili İl Sağlık Müdürlükleri'ne bildirilmektedir ⁽¹⁶⁾.

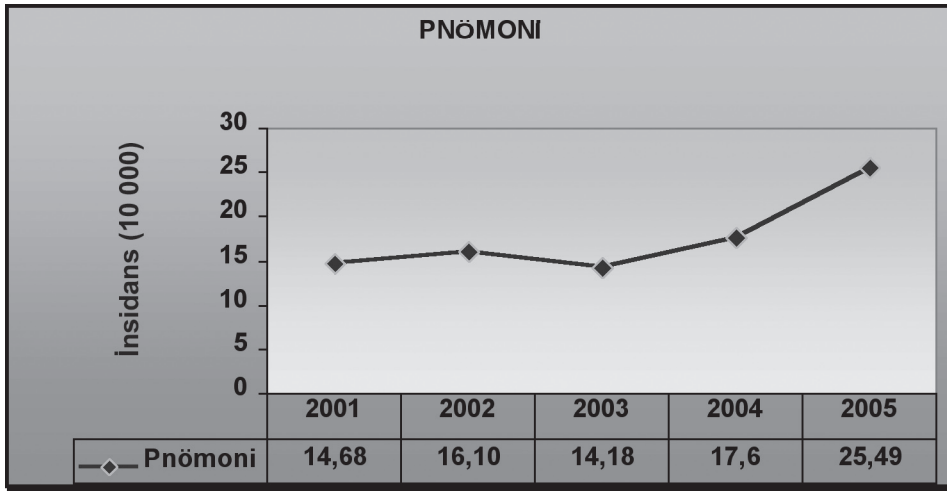
Öneriler:

- İlgili kurumlar arası organizasyon, görev dağılımı ve yetkilendirme yapılmalıdır
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı Tüberküloz Referans ve Araştırma Laboratuvarı'nın ulusal laboratuvar olarak tanınması, finans ve personel desteği sağlanması
- Laboratuvarların alt yapısının düzenlenmesi ve konu ile ilgili eğitim almış personel istihdamının sağlanması
- Laboratuvar ağının kurulması
- Kesintisiz süpervizyon (denetim) ve eğitim verilmesi

Çocuklarda Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları

Türkiye'de yıllara göre pnömoni insidansları Şekil 7.5'de yer almaktadır.

Şekil 7.5 Türkiye’de Pnömoni İnsidans Hızları (2001-2005)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007

2001 yılında onbinde 14,68 olan pnömoni insidans hızı 2005 yılında onbinde 25,49 olarak tespit edilmiştir ⁽⁴⁾.

Ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalığın 0-14 yaş grubunda dağılımında alt solunum yolu enfeksiyonları %14,0 ile perinatal nedenlerden (%37,6) sonra ikinci sırada yer almaktadır. Aynı çalışmada hesaplanan alt solunum yolu enfeksiyonları insidansı yüzbinde 56,61, prevalansı binde 1,10, üst solunum yolu enfeksiyonları insidansı binde 33,25, prevalansı ise binde 36,580’dir ⁽⁸⁾. 29 gün-5 yaş arası ölen çocuklarda ilk 10 temel ölüm nedeni arasında tanımlanmamış pnömoni nedeniyle olan ölümler 1. sırada yer almaktadır ⁽¹⁷⁾.

TNSA 2003 sonuçlarına göre ise, araştırmadan önceki hafta içinde çocukların %29’ u akut solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) geçirmiştir. İki yaşın altında, özellikle 6-11 ve 12-23 aylık çocukların, daha büyük yaştaki çocuklara göre ASYE geçirme yüzdeleri daha yüksektir ⁽¹⁸⁾.

Yürütülen İyileştirme Programları:

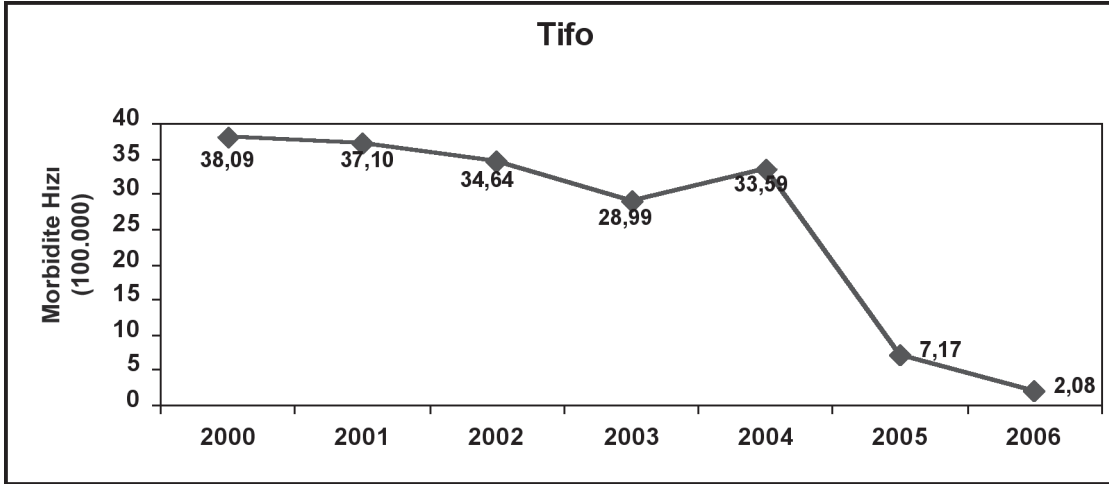
- **Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları Kontrol Programı:** Ülkemizde bebek ve çocuk ölüm nedenleri içerisinde ilk sıralarda yer alan akut solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı ölümleri ve hastalıkları azaltmak amacıyla 1988 yılından itibaren uygulamaktadır. 1996 yılında tüm iller programa dahil edilmiştir. Program kapsamında ücretsiz ilaç desteği sağlanmaktadır. Ayrıca bebeklerin düşük doğum ağırlıklı olarak doğmalarının engellenmesi, yenidoğan bakımının iyileştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenme, aşıyla önlenabilir hastalıklara karşı tam koruma, ev ve çevre koşullarının iyileştirilmesi, pasif sigara içiciliğinin önlenmesi ile ASYE de yüksek riske yol açan koşulların iyileştirilmesi sağlanmaktadır ⁽¹⁹⁾.

Çocuklarda İshalli Hastalıklar

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre Türkiye’de akut kanlı ishal insidansı 2005 yılında yüzbinde 17,9, 2006 yılında ise yüzbinde 14,5’dir ^(3, 4).

Şekil 7.6’da ishale seyreden hastalıklardan biri olan tifoğun 2000-2006 yılları arası morbidite hızları yer almaktadır. Tifo morbidite hızı 2000 yılı için yüzbinde 38,09 iken 2003 yılında yüzbinde 28,99 ve 2006 yılı için yüzbinde 2,08 olarak tespit edilmiştir. 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapılmaktadır ⁽⁴⁾.

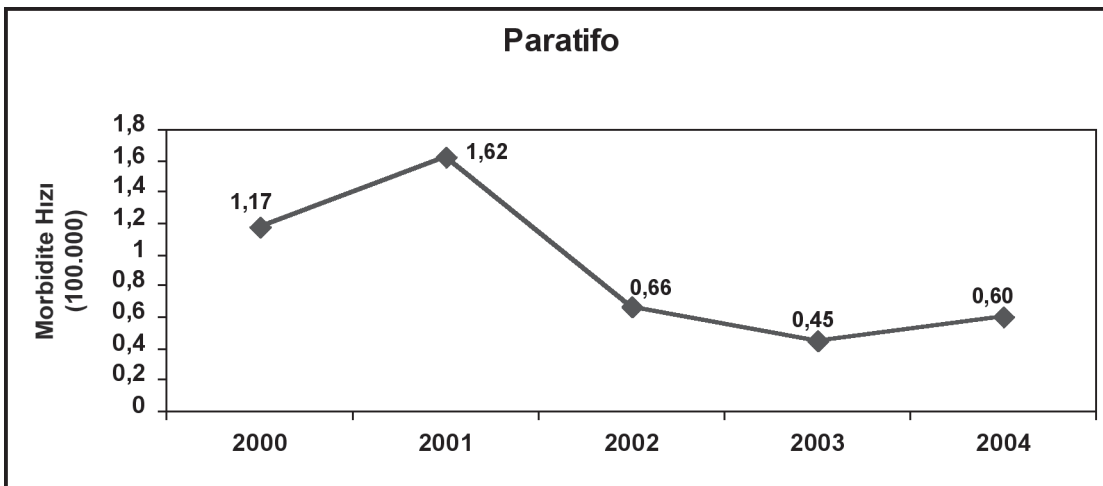
Şekil 7.6 Türkiye’de Tifo Morbidite Hızları (2000-2006)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007

Şekil 7.7’de Türkiye’de 2000-2004 yılları arası paratifo morbidite hızları yer almaktadır. Şekilde görüleceği üzere paratifo morbidite hızı 2000 yılında yüzbinde 1,17, 2003 yılında yüzbinde 0,45 ve 2004 yılında yüzbinde 0,60’dır ⁽²²⁾.

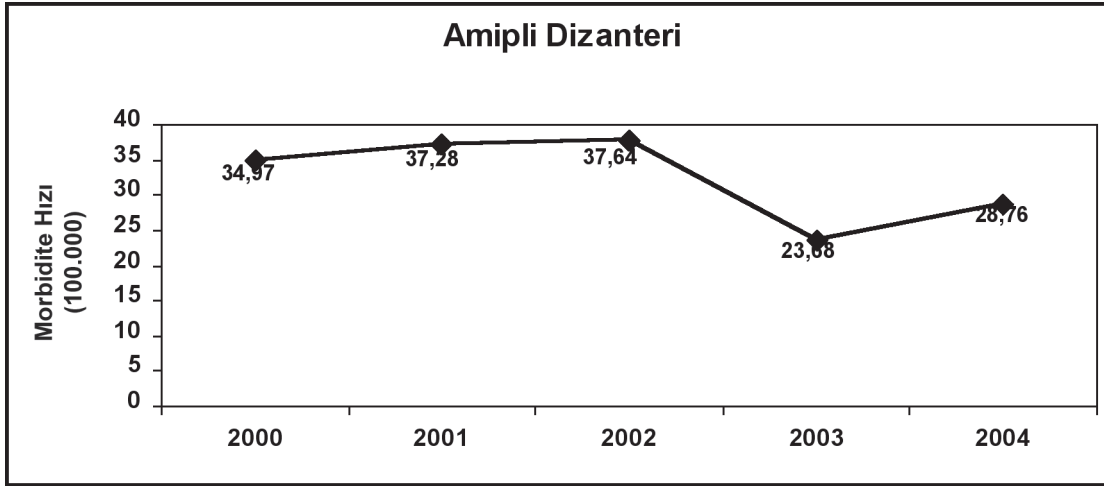
Şekil 7.7 Türkiye’de Paratifo Morbidite Hızları (2000-2004)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı, 2004

Şekil 7.8’de Türkiye’de 2000-2004 yılları arası amipli dizanteri morbidite hızları yer almaktadır. Şekilde görüleceği üzere 2000 yılında amipli dizanteri morbidite hızı yüzbinde 34,97 iken 2003 yılında yüzbinde 23,68 ve 2004 yılında ise yüzbinde 28,76 olarak tespit edilmiştir ⁽²⁰⁾.

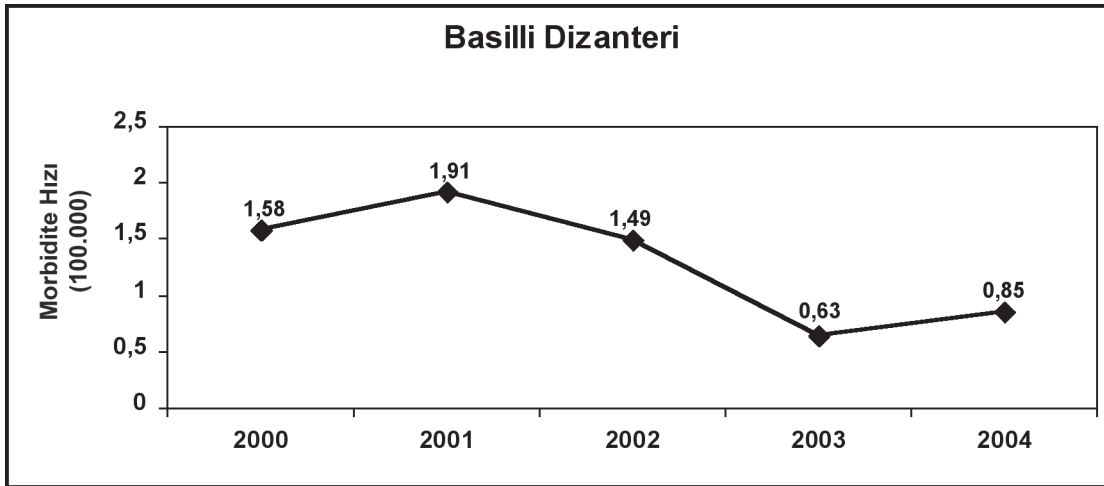
Şekil 7.8 Türkiye’de Amipli Dizanteri Morbidite Hızları (2000-2004)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı 2004

Şekil 7.9’da Türkiye’de 2000-2004 yılları arası basilli dizanteri morbidite hızları yer almaktadır. Basilli dizanteri morbidite hızı 2000 yılında yüzbinde 1,58 iken 2003 yılında yüzbinde 0,63 ve 2004 yılında yüzbinde 0,85’dir ⁽²⁰⁾.

Şekil 7.9 Türkiye’de Basilli Dizanteri Morbidite Hızları (2000-2004)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı 2004

UHY-ME Çalışması’nda ishalleri hastalıkların insidansı binde 294,5, prevalansı ise binde 29,7 olarak hesaplanmıştır ⁽⁸⁾.

Türkiye’de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın yüzde dağılımında ishalleri seyreden hastalıklar %1,5 ile onikinci sıradadır. 0-14 yaş grubundaki dağılımına bakıldığında ise ishalleri seyreden hastalıklar %8,4 ile tüm ölüm nedenleri içerisinde dördüncü sırada yer almaktadır ⁽⁸⁾.

Hane Halkı ve Sözel Otopsi Araştırması sonuçlarına göre ise 29 gün-5 yaş arası ölen çocuklarda ilk 10 temel ölüm nedenine bakıldığında enfeksiyon kaynaklı ishal ve gastroenterit ile olan ölümler 4. sırada yer almaktadır ⁽²¹⁾.

Yürütülen İyileştirme Programları

- **İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı:** 1986 yılında başlatılan programın amacı çocuklarda ishale bağlı ölümleri ve hastalıkları önlemektir. Program kapsamında, sağlık personelinin eğitimine, halkın ishalin önlenmesi ve ishalde ağızdan sıvı tedavisi konularında eğitilmesine ve sektörlerarası işbirliğine ağırlık verilmektedir ⁽¹⁹⁾. Program rutin olarak halen sürdürülmektedir.

Kaynaklar:

1. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006.
2. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 18607 Sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2006).
3. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı, 2005.
4. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007
5. Türkiye İstatistik Kurumu, 2004.
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003.
7. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 24.02.2004 Tarih ve Sayılı Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Sistemi Yönergesi.
8. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Araştırması, 2003.
9. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 6856 Sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 1998.
10. Hoofnagle JH, Shafritz DA, Popper H. Chronic Type B Hepatitis and the “healthy” HBsAg Carrier State. Hepatology 1987; 7: 758-763.
11. Değertekin H. Viral Hepatitlerin Dünyada ve Ülkemizde Epidemiyolojisi. Aktüel Tıp Derg. 1997) 2: 119-122.
12. Bulaşıcı Hastalıklar Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuar Rehberi, 2004.
13. Sağlık Bakanlığı, Sıtma Savaş Daire Başkanlığı, 2007.
14. Sağlık Bakanlığı, Verem Savaş Daire Başkanlığı, 2007.
15. Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Herkes İçin Sağlık Veri Tabanı (HFA-DB), Haziran, 2006.
16. Sağlık Bakanlığı Doğrudan Gözetimli Tedavi Uygulamaları.
17. UHY-ME Çalışması Sözel Otopsi Araştırması, Türkiye, 2003.
18. www.hips.hacettepe.edu.tr
19. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007
20. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı, 2004
21. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Sözel Otopsi Araştırması Final Raporu, Ankara,

2005

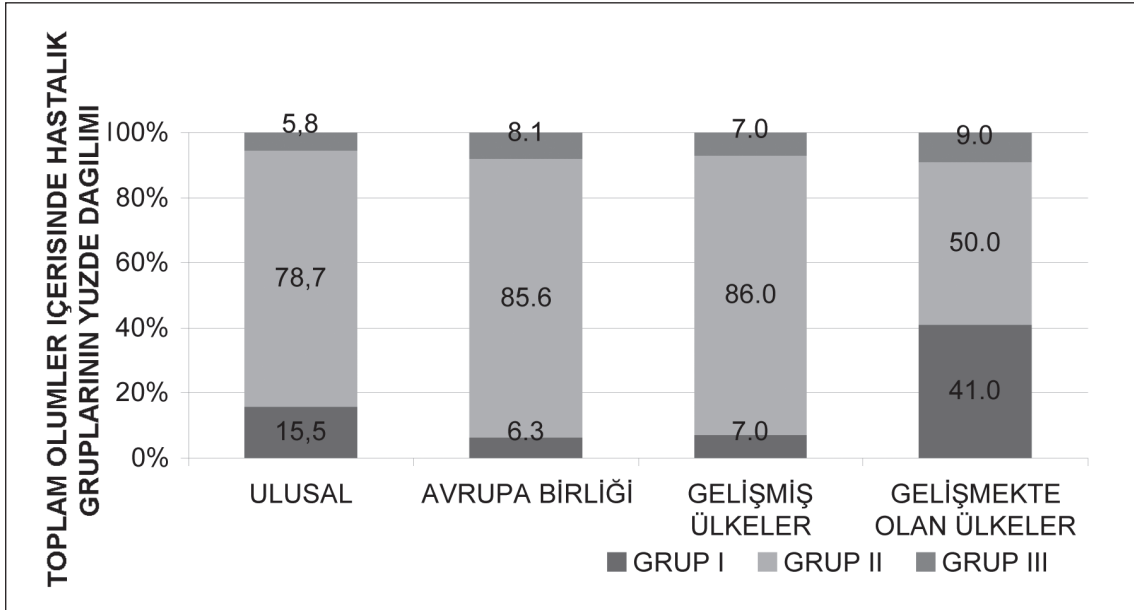
HEDEF 8: BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN AZALTILMASI

2020 yılına kadar, bütün bölgede ana kronik hastalıklara bağlı morbidite, sakatlık ve prematür mortalite en düşük ulaşılabilir seviyelere indirilmelidir.

Türkiye’de artan gelişmişlik düzeyi ile birlikte hastalık örüntüleri de değişime uğramaktadır. Bundan 20-30 yıl öncesinin sağlık gündeminde bulaşıcı hastalıklar çok daha öncelikli iken, bugün farklı hastalık grupları önem kazanmaktadır. Beklenen yaşam sürelerinin uzaması, kronik hastalıklarla mücadeleyi zorunlu hale getirmiştir. Ayrıca değişen yaşam koşulları, beslenme alışkanlıkları, stres ve diğer çevresel faktörler bazı hastalıkların morbidite ve mortalitesini artırmıştır.

Şekil 8.1’de Türkiye’de ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin hastalık gruplarına göre yüzde dağılımının Avrupa Birliği, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırılması görülmektedir. Kronik hastalıkların yer aldığı Grup II hastalıklar toplam ölümler içinde %78,7’lik paya sahiptir. Bu oran Avrupa Birliği ve gelişmiş ülkelerde %86’ya çıkmakta, gelişmekte olan ülkelerde ise Grup I hastalıkların artması ile %50’ye kadar inmektedir ⁽¹⁾.

Şekil 8.1 Türkiye’de Ulusal Düzeyde Ölüm Nedenlerinin Hastalık Gruplarına Göre Yüzde Dağılımının Avrupa Birliği, Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerle Karşılaştırılması

**Grup I**

Bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar

Grup II

Bulaşıcı olmayan hastalıklar; Kalp Damar Sistemi Hastalıkları, Solunum Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar, Duyu Organ Bozuklukları, Genito-üriner Sistem Hastalıkları, Malign Neoplazmalar, Kas, İskelet Sistemi ve Nörolojik Bozukluklar, Nöropsikiyatrik Bozukluklar ve Ağız ve Diş Sağlığı bozuklukları

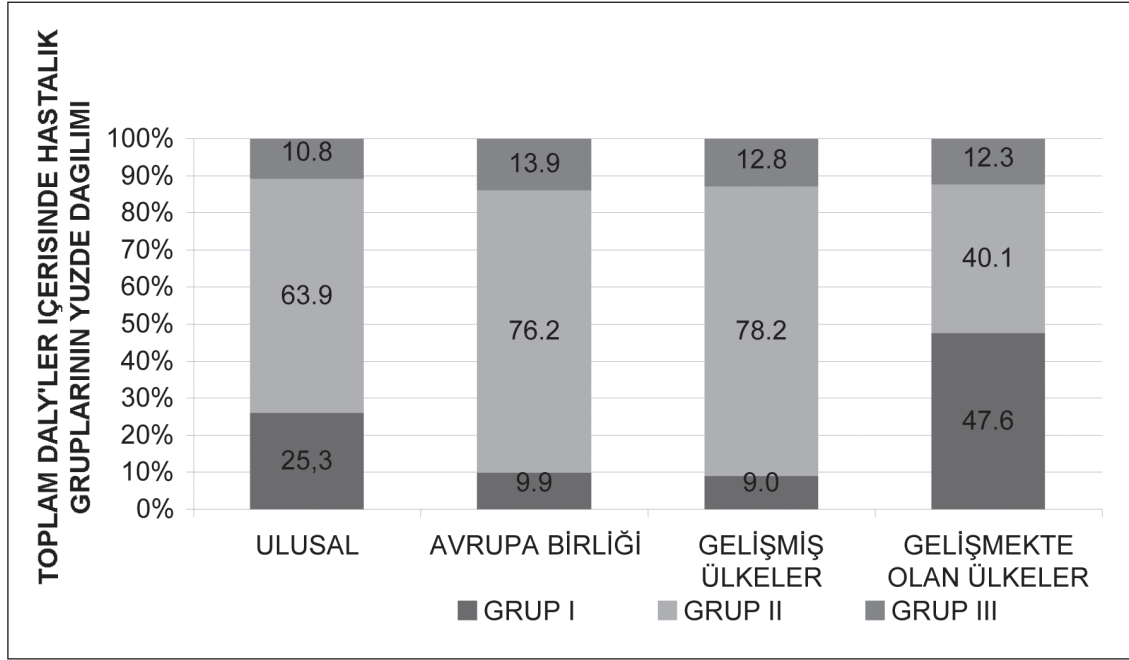
Grup III

İstemli ve İstemsiz Yaralanmalar

Kaynak : Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

Şekil 8.2’de Türkiye’de ulusal düzeyde DALY nedenlerinin hastalık gruplarına göre yüzde dağılımının Avrupa Birliği, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırılması görülmektedir. Kronik hastalıkların yer aldığı Grup II hastalıklar toplam içinde %63,9’luk DALY’ye neden olmaktadır. Bu oran gelişmiş ülkelerde %78,2, gelişmekte olan ülkelere %40,1’dir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça kronik hastalıkların oluşturduğu yük de artmaktadır ⁽¹⁾.

Şekil 8.2 Türkiye’de Ulusal Düzeyde DALY Nedenlerinin Hastalık Gruplarına Göre Yüzde Dağılımının Avrupa Birliği, Gelişmiş Ve Gelişmekte Olan Ülkelerle Karşılaştırılması



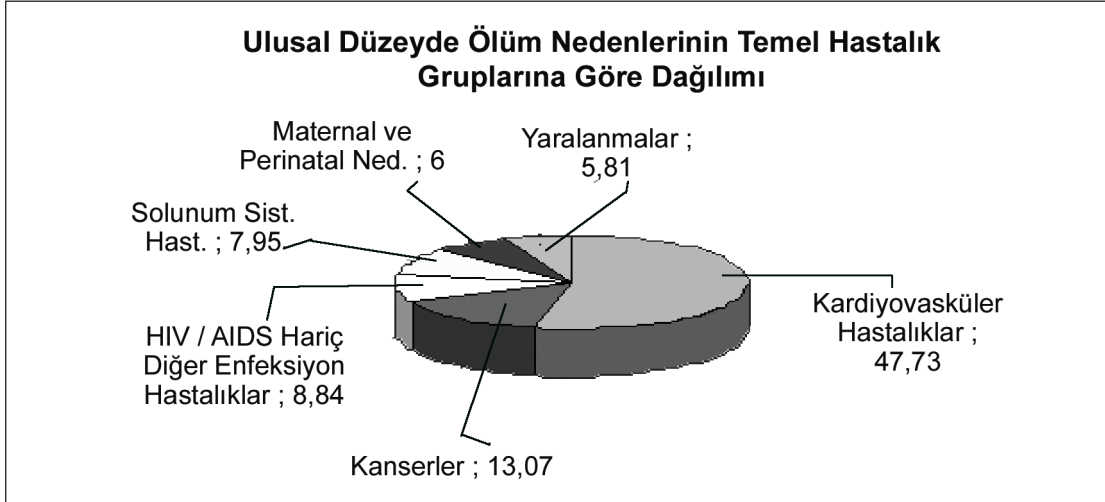
Kaynak : Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

Türkiye’de ulusal düzeyde DALY’ye neden olan ilk 10 hastalığın yüzde dağılımına bakıldığında; perinatal nedenlerden sonra iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, unipolar depresif hastalıklar, osteoartritler ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH) gibi kronik hastalıkların yer aldığı görülmektedir ⁽¹⁾.

- 8..1 65 Yaş Altında Kardiyovasküler Hastalıklara Bağlı Mortalite Özellikle Yüksek Mortalitesi Olan Ülkelerde Ortalama En Az %40 Azaltılmalıdır;**
- 8.2 65 Yaş Altında Her Çeşit Kansere Bağlı Mortalite Ortalama En Az %15, Akciğer Kanserine Bağlı Mortalite En Az %25 Azaltılmalıdır;**
- 8.3 Diyabete-Bağlı Amputasyon, Körlük, Böbrek Yetmezliği, Gebelik Komplikasyonları ve Diğer Ciddi Sağlık Etkileri İnsidansı 1/3 Azaltılmalıdır;**
- 8.4 Kronik Solunum Hastalıkları, Kas-İskelet Bozukluklar ve Yaygın Kronik Durumların Morbidite, Sakatlık ve Mortalitesi İçin Sürdürülebilir ve Daimi Bir Azalma Sağlanmalıdır;**

Şekil 8.3’de ulusal düzeyde ölüm sayıları incelendiğinde 1. sırada %47,73 ile kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Bunların %50’sini iskemik kalp hastalıkları, %20’sini romatizmal kalp hastalıkları, kalanını ise serebrovasküler olaylar, inflamatuvar ve hipertansif kalp hastalıkları oluşturmaktadır. Ölümlerin %13,07’sini kanserler, % 7,95’ini ise solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır ⁽¹⁾.

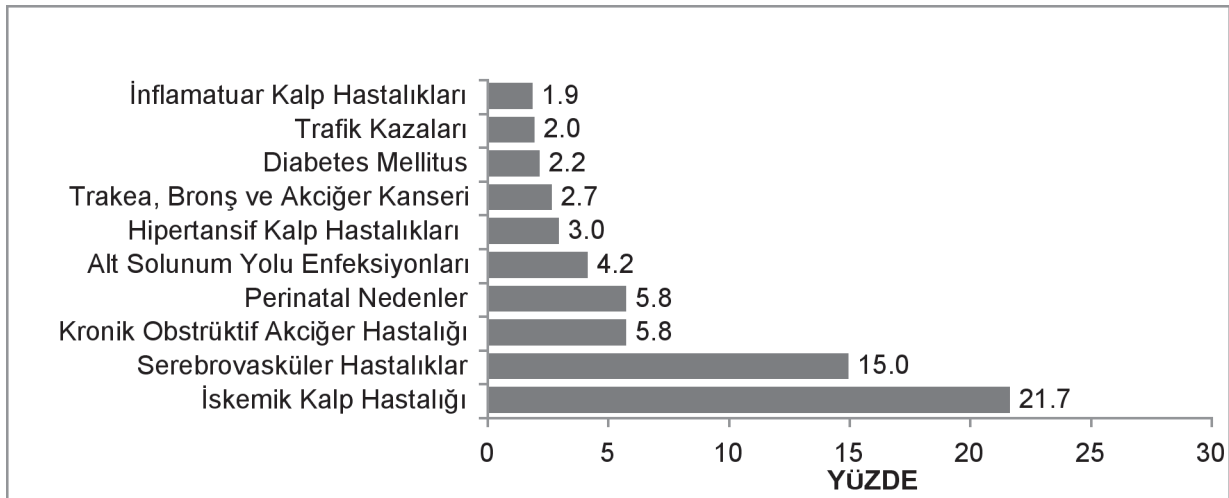
Şekil 8.3 Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüm Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı



Kaynak : Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

Şekil 8.4.’de Türkiye’de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalığın yüzde dağılımına bakıldığında, %21,7 ile iskemik kalp hastalıkları ilk sırada yer almakta, kronik obstrüktif akciğer hastalığı % 5,8 ile 3. sırada, hipertansif kalp hastalıkları %3,0 ile altıncı sırada, trakea, bronş ve akciğer kanseri %2,7 ile 7. sırada, diabetes mellitus ise %2,2 ile sekizinci sırada yer almaktadır ⁽¹⁾.

Şekil 8.4 Türkiye’de Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalığın Yüzde Dağılımı (Türkiye, 2004)



Kaynak: Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, 2006

Tablo 8.1’de Türkiye’de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın cinsiyete göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 8.1 Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 20 Hastalığın Cinsiyete Göre % Dağılımı

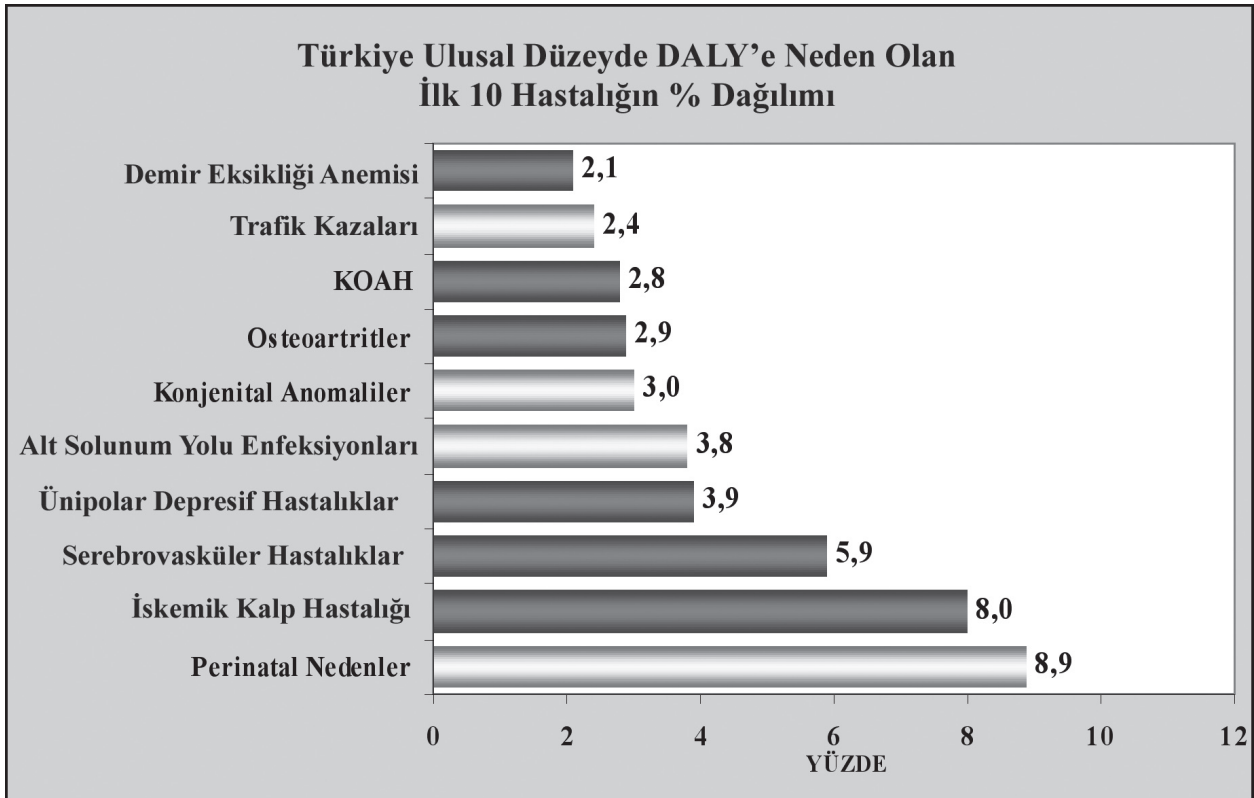
	Erkekler	%	Kadınlar	%	Tüm Nüfus	Toplam ölümler (%)
1	İskemik Kalp Hastalığı	20,7	İskemik Kalp Hastalığı	22,9	İskemik Kalp Hastalığı	21,7
2	Serebrovasküler Hastalıklar	14,5	Serebrovasküler Hastalıklar	15,7	Serebrovasküler Hastalıklar	15,0
3	KOAH	7,8	Perinatal Nedenler	5,9	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	5,8
4	Perinatal Nedenler	5,6	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	4,5	Perinatal Nedenler	5,8
5	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	4,4	KOAH	3,5	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	4,2
6	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	4,0	Hipertansif Kalp Hastalığı	3,3	Hipertansif Kalp Hastalıkları	3,0
7	Hipertansif Kalp Hastalığı	2,7	Diabetes Mellitus	2,9	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	2,7
8	Trafik Kazaları	2,6	Meme Kanseri	2,1	Diabetes Mellitus	2,2
9	İnflamatuvar Kalp Hastalığı	1,8	İnflamatuvar Kalp Hastalığı	2,0	Trafik Kazaları	2,0
10	Konjenital Anomaliler	1,6	İshalle Seyreden Hastalıklar	1,6	İnflamatuvar Kalp Hastalıkları	1,9
11	Diabetes Mellitus	1,6	Konjenital Anomaliler	1,5	Konjenital Anomaliler	1,6
12	İshalle Seyreden Hastalıklar	1,4	Nefrit ve Nefrozlar	1,4	İshalle Seyreden Hastalıklar	1,5
13	Mide Kanseri	1,4	Romatizmal Kalp Hastalıkları	1,3	Mide Kanseri	1,3
14	Lösemi	1,2	Trafik Kazaları	1,2	Nefrit ve Nefrozlar	1,1
15	Mesane Kanseri	1,1	Mide Kanseri	1,2	Lösemiler	1,0
16	Tüberküloz	1,0	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0,9	Romatizmal Kalp Hastalıkları	0,9
17	Kolon ve Rektum Kanseri	1,0	Düşmeler	0,9	Meme Kanseri	0,9
18	Peptik Ülser	1,0	Peptik Ülser	0,9	Peptik Ülser	0,9
19	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	1,0	Over Kanseri	0,8	Lenfoma ve Multiple Myeloma	0,9
20	Düşmeler	0,9	Kolon ve Rektum Kanseri	0,8	Düşmeler	0,9

Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

Erkeklerde kardiyovasküler hastalıklar %20,7 ile birinci sırada, KOAH %7,8 ile üçüncü sırada, trakea, bronş ve akciğer kanserleri %4,4 ile beşinci sırada yer almaktadır. Kadınlarda ise iskemik kalp hastalıkları %22,9 ile ilk sırada, KOAH %3,5 ile beşinci sırada, hipertansif kalp hastalığı %3,3 ile 6 sırada yer almaktadır ⁽¹⁾.

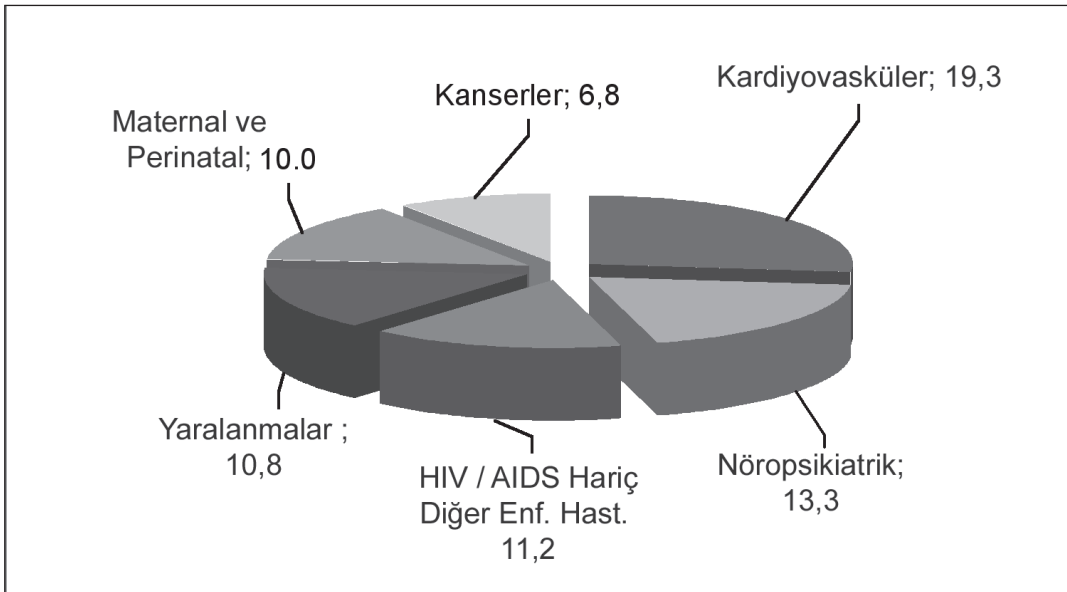
Şekil 8.5'de Türkiye'de ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalığın yüzde dağılımı görülmektedir. İskemik kalp hastalıkları %8,0 ile ikinci sırada, osteoartritler %2,9 ile yedinci sırada, KOAH ise %2,8 ile sekizinci sırada yer almaktadır ⁽¹⁾.

Şekil 8.5 Türkiye'de Ulusal Düzeyde DALY'e Neden Olan İlk 10 Hastalığın Yüzde Dağılımı



Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

Şekil 8.6'da Türkiye'de ulusal düzeyde DALY nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre yüzde dağılımı görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar %19,3 ile en yüksek paya sahiptir. Kanserler ise %6,8'lik bir paya sahiptir ⁽¹⁾.

Şekil 8.6 Türkiye’de Ulusal Düzeyde DALY Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına

Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

Tablo 8.2’de beş yaş üzeri yetişkinlerde ilk 10 temel ölüm nedeninin cinsiyete göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 8.2 Türkiye’de Beş Yaş Üzeri Yetişkinlerde İlk 10 Temel Ölüm Nedeninin Cinsiyete Göre Dağılımı

Türkiye	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
Temel Ölüm Nedeni	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Esansiyel (birincil) hipertansiyon	55	9,5	64	17,0	119	12,5
Akut miyokard enfarktüs, tanımlanmamış	62	10,7	30	8,0	92	9,6
Bronş veya akciğer habis uru tanımlanmamış	49	8,5	7	1,9	56	5,9
Kardiyovasküler hastalık, tanımlanmamış	36	6,2	18	4,8	54	5,7
Kronik obstruktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış	36	6,2	9	2,4	45	4,7
Diyabetes mellitus, tanımlanmamış	19	3,3	19	5,1	38	4,0
Kalp yetmezliği, tanımlanmamış	12	2,1	15	4,0	27	2,8
Tanımlanmamış kara yolu kazasında yaralanan otomobil yolcusu	21	3,6	6	1,6	27	2,8
Aterosklerotik kalp hastalığı	18	3,1	4	1,1	22	2,3
Alzheimer hastalığı, tanımlanmamış	7	1,2	15	4,0	22	2,3
Kronik iskemik kalp hastalığı, tanımlanmamış	17	2,9	4	1,1	21	2,2
Mide habis uru, tanımlanmamış	8	1,4	10	2,7	18	1,9

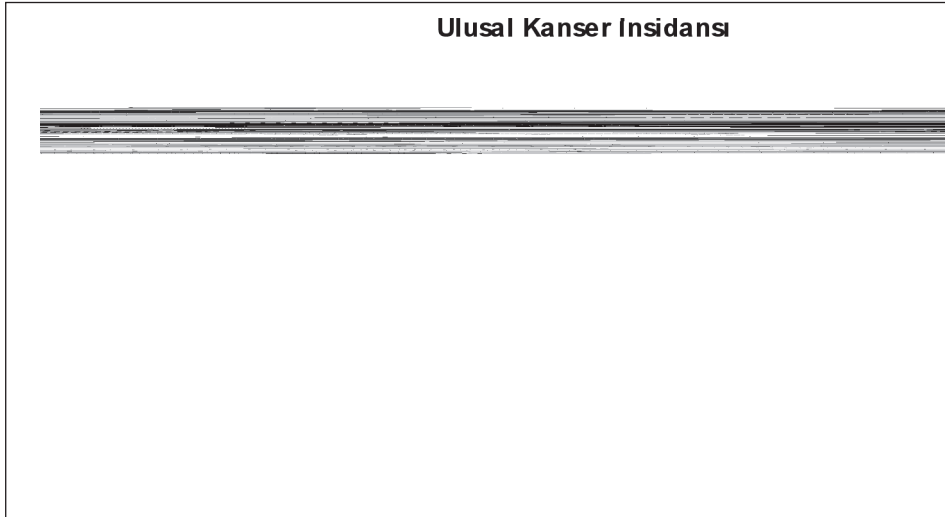
Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Sözel Otopsi Araştırması Final Raporu, Ankara, 2005

Toplamda %12.5 ile esansiyel hipertansiyon birinci sırada, %9,6 ile akut miyokard enfarktüsü ikinci sırada, %5,9 ile bronş veya akciğer kanserleri üçüncü sırada yer almaktadır. Sekizinci sırada yer alan kara yolu kazası dışındaki temel ölüm nedenlerinin tamamı kronik hastalıklardan oluşmaktadır ⁽²⁾.

UHY-ME Çalışması Hastalık Yüğü Araştırması'nda yapılan projeksiyonlara göre, 2000 yılında erkeklerde 102.386 olarak gerçekleşen kardiyovasküler hastalıklardan ölüm sayısının 2030 yılında 235.567, kadınlarda 103.071 olarak gerçekleşen ölüm sayısının ise 2030 yılında 180.530 olması öngörülmektedir. Aynı çalışmada, 2000 yılında erkeklerde 35.076 olarak gerçekleşen kanserden ölüm sayısının 2030 yılında 89.117; kadınlarda 21.174 olarak gerçekleşen ölüm sayısının ise 2030 yılında 39.094 olması öngörülmektedir. Yine aynı çalışmada, diabete bağı ölüm sayıları 2000 yılında erkeklerde 3.746 olup, 2030 yılında 4.868; kadınlarda ise 2000 yılında 5.803 olup 2030 yılında 8.178 olması öngörülmektedir ⁽¹⁾.

Şekil 8.7'de Türkiye'de yıllara göre kanser insidansları yer almaktadır. Buna göre kanser insidansı 2000 yılında yüzbinde 49,29, 2001 yılında yüzbinde 60,49, 2002 yılında yüzbinde 71,49 ve 2003 yılında yüzbinde 70,32'dir ⁽³⁾.

Şekil 8.7 Türkiye'de Kanser İnsidans Hızları (2000-2003)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, 2007

UHY-ME Çalışması'nda kullanılan diabetes mellitus ve bağı komplikasyonlarına ait insidans ve prevalans hızları Tablo 8.3'de yer almaktadır.

Tablo 8.3 Türkiye’de Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının İnsidans ve Prevalans Hızları

	İns. (100.000)			Prev. (1000)		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Hastalık Kategorileri						
Diabetes mellitus	3210,200	4280,100	3820,000	46,500	62,800	55,800
Diabetik ayak	386,600	411,500	398,900	2,000	2,100	2,000
Nöropati	92,600	110,200	101,300	8,600	9,300	8,900
Retinopati-körlük	2,400	2,200	2,300	0,200	0,200	0,200
Amputasyon	6,800	5,000	5,900	0,100	0,100	0,100

Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005

8.5 6 Yaş Grubu Çocuklarda En Az %80’inde Diş Çürüğü Bulunmamalı, 12 Yaş Grubu Çocuklarda İse Ortalama En Fazla 1.5 Çürük, Kayıp ya da Dolgulu Diş Bulunmalıdır.

- 1. Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili Araştırması (2004):** Araştırmaya göre, 5 yaş grubu çocukların süt dişlerinde çürük prevalansı hala çok yüksek düzeyde olup (%69.8) 2000 hedeflerinin dahi gerisindedir. Bu yaş grubunda belirlenen Çürük Kayıp Dolgu Diş (DMFT) (3.7) gelişmiş ülkelere göre çok yüksektir. Aynı araştırmaya göre 12 yaş grubunda DMFT 1.9 olarak saptanmıştır. 2020 yılı itibariyle 1.5 hedefine ulaşılacağı düşünülmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi’nin 12 yaş için 2010 yılında DMFT’nin 2 olması hedefine ulaşılabilirdiği görülmektedir ⁽⁴⁾.
- UHY-ME Çalışması’nda kullanılan diş çürümesi insidansı erkeklerde yüzde 48,3, kadınlarda yüzde 47,9; prevalansı erkeklerde binde 9,7, kadınlarda binde 9,6’dır ⁽¹⁾.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tarafından Yürütülen İyileştirme Çalışmaları:

- Bilecik İlinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından da desteklenen örnek bir uygulama olan Türkiye’ de Ağız ve Diş Sağlığı Kapasitesinin Artırılması Amaçlı Uygulama Projesi
75. yıl Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezince 2 ilköğretim okulunda eğitim ve uygulama projesi ⁽⁵⁾.

Kronik Hastalıklarla İlgili Yürütülen İyileştirme Programları:

Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen en önemli çalışma “Kronik Hastalıkların Önlenmesinde Strateji Belirleme” çalışmasıdır. 2007 yılı içinde bu konuda sivil toplum kuruluşları ile Çalıştaylar düzenlenmiş ve Ulusal Eylem Planı çalışmalarına başlanmıştır.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen “Beslenme ve Obezite” programları ve diğer çalışmalar:

- **Toplum Beslenmesi Eğitim Programı:** Programın amacı; toplumda yeterli ve dengeli besin tüketme alışkanlığının geliştirilmesi, yanlış ve olumsuz beslenme alışkanlığının ortadan kaldırılması, besinlerin sağlığı bozucu duruma gelmesinin önlenmesi, besin kaynaklarının daha etkin ve daha ekonomik kullanılması ve toplumun beslenme durumunun düzeltilmesidir. 1996 yılında başlatılan program halen hizmet içi eğitim programları halinde devam etmektedir ⁽⁶⁾.
- **İlköğretim Okullarında Sağlıklı Beslenme Programı:** Programda, ilköğretim çağı çocuklarındaki öğrenci ve öğretmenlere beslenme eğitimi verilerek, onların konuya olan duyarlılığını arttırmak ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmalarını sağlamak amaçlanmıştır. 2004 yılında başlatılan program halen devam etmektedir ⁽⁶⁾.
- **Sporcu Çocukların Beslenme ve Sağlık Durumlarının Geliştirilmesi Programı:** Bu programda multidisipliner bir çalışma ile 27 ilde bulunan sporcu eğitim merkezlerinde eğitim gören öğrencilerin beslenme ve sağlık durumlarının geliştirilmesi amaçlanmıştır. 2005 yılında başlatılan program halen devam etmektedir. Program Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü işbirliği ile yürütülmektedir ⁽⁶⁾.
- **Yaşlılık ve Beslenme İle İlgili Yürütülen Programlar:** Programda toplumda yaşlı sağlığı bilincinin oluşturulması, sağlık kuruluşlarından daha fazla yararlanmalarının sağlanması, beslenme konusunda yaşlıların ve yaşlı bakımını sağlayan kişilerin bilgilendirilmesi, huzurevi ve yaşlı bakım evlerinde kalan yaşlılara yönelik beslenme ve sağlık aktivitelerinin gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. 2005 yılında başlatılan program halen Başbakanlık SHÇEK işbirliği ile devam etmektedir ⁽⁶⁾.
- **Ergenlerde Sağlıklı Beslenme Obezitenin Önlenmesi ve Aktif Yaşam:** Bu çalışmada, ergenlerin sağlıklı beslenme ve aktif yaşam konusunda bilinçlendirilmesi amaçlanmıştır. Programın hedefleri arasında ergenlere sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılarak yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde daha sağlıklı olmalarına destek olmak, obezitenin önlenmesi konusunda ergenleri bilgilendirmek ve aktif yaşamı teşvik edecek aktiviteleri gerçekleştirmek sayılabilir. 2005 yılında başlatılan program Milli Eğitim Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Adölesan Ünitesi ve Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü işbirliğiyle halen devam etmektedir ⁽⁶⁾.
- Obezitenin önlenmesi çalışmalarının yürütülmesi için Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı’nın altında “**Obezitenin Önlenmesi ve Fiziksel Aktiviteler Şube Müdürlüğü**” kurulmuştur ⁽⁶⁾.
- Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilen “Obezite ile Mücadele DSÖ Avrupa Bakanlar Konferansı” 15-17 Kasım 2006 tarihlerinde İstanbul’da düzenlenmiştir. 16 Kasım 2006 tarihinde “**Obezite ile Mücadele Avrupa Şartı**” imzalanarak obezite ile mücadele eyleminin güçlendirilmesi ve bu konunun hükümetlerin politik gündeminin üst sıralarına taşınacağı taahhüd altına alınmıştır ⁽⁶⁾.
- Sivil toplum kuruluşlarının katılımı ile kronik hastalıkların ve risk faktörlerinin önlenmesine yönelik Ulusal Eylem Planı hazırlanmaktadır.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen "Tütün Kontrol" Programları ve diğer çalışmalar:

- **Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi:** Tütün kullanımının giderek artmasına, dünya çapında sağlığa olan tehdidine ve tütün şirketleri tarafından gelişmekte olan ülkelerde pazar oluşturma stratejilerine karşı geliştirilen, dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşmadır. 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre’de Dünya Sağlık Örgütü’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilmiştir . Bu sözleşme 25 Kasım 2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nce kabul edilerek, 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazete’de 5261 kanun numarası ile yayımlanarak Türkiye’de de yürürlüğe girmiştir ⁽⁶⁾.
- **Ulusal Tütün Kontrol Programı:** “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi” kapsamında yapılacak çalışmaların planlanması ve ülkemizde sigara tüketiminin kontrol altına alınarak vatandaşlarımızın, özellikle gençlerimizin korunması amacıyla Sağlık Bakanlığı’nca 2006 - 2010 yıllarını kapsayacak şekilde program hazırlanmıştır. Programın temel hedefi, 2010 yılına kadar ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını % 80’in üzerine çıkarmak, 15 yaş altında ise % 100’e yakın olmasını sağlamaktır ⁽⁶⁾.

Kanser Savaş Daire Başkanlığı tarafından yürütülen programlar ve çalışmalar:

- **Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri:** Erken tanısı mümkün olan kanser türlerinin taramalarının ve halk eğitim çalışmalarının yürütülebilmesi için Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri açılmıştır. 2007 yılı başında bu merkezlerin sayısı 49’a ulaşmıştır.
- **Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartları:** Bu standartlar çerçevesinde İl Sağlık Müdürlükleri ile birlikte personele ve halka yönelik “kendi kendine meme muayenesi ” eğitimleri devam etmektedir.
- **Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standartları:** Yayın aşamasına getirilmiştir.
- **Aktif Kanser Kayıt Merkezleri:** Kanser verilerinin kalite ve güvenilirliğinin

Öneriler:

- DSÖ tarafından belirlenen adımlar doğrultusunda gerekli çalışmaların başlatılması
- Türkiye’de birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunumunda Sağlık Bakanlığı mevcut surveyans sisteminde veri toplamada kullanılan mevcut kayıt bildirim sisteminde kronik hastalıklar hakkında veri toplanmamakta olup, bunun sonucunda kronik hastalıkların insidans ve prevalans gibi önemli sağlık göstergeleri hesaplanamamakta, bu ve benzeri göstergeler uluslararası ve ulusal çalışmalar gerçekleştirilerek elde edilmeye çalışılmaktadır. Fakat Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı tarafından yürütülmekte olan Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü ve Minimum Sağlık Veri Setleri çalışmaları kapsamında geliştirilmekte olan yeni kayıt bildirim sistemi içerisinde kronik hastalıklar hakkında da veri toplanması planlanmaktadır.
- Uluslararası yürütülen program ve stratejilerin ilgili daireler tarafından incelenerek uygun bulunması durumunda benzer çalışmaların yapılması yönünde çalışmalar başlatılması
- Sağlık Bakanlığı’nca ilgili kurum ve kuruluşların da desteği sağlanarak Ulusal Kalp Sağlığı Politikası geliştirilmesi
- Toplumda yüksek riskli bireylerin ve hastaların belirlenmesi ve bunların yeni kardiyovasküler olaylara karşı korunması
 - Tedavi edici yaşam biçimi değişiklikleri
 - Risk faktörlerinin saptanarak düzeltilebilir olanlara müdahale edilmesi,
- Toplumun daha geniş bir kesimini oluşturan kalp ve damar hastalıkları açısından daha az risk taşısa da gelecekte daha fazla hastanın çıkacağı grubu korumak
- Risk faktörleri ile ilgili olarak farkındalık yaratacak kampanyalar
- Besin endüstrisinin sağlıklı besin üretmesini sağlayacak şekilde gerekli denetim ve yönlendirme (Tarım ve Köyişleri Bakanlığı ile işbirliği yapılmalı)
- Okullarda sağlıklı yaşam biçimlerinin öğretilmesi (Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği yapılmalı)
- Askerlik görevini yapmakta olan genç nüfusun eğitilmesi (Milli Savunma Bakanlığı ile işbirliği yapılmalı)
- Aktif Kanser Kayıt Merkezlerinin desteklenmesi,
- Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinin sayısının ve fonksiyonlarının artırılması,
- Kanserin önemli nedenlerinden olan sigara, kötü beslenme ve endüstriyel faktörler başta olmak üzere birincil koruma kapsamında topluma yönelik eğitim çalışmalarının gerçekleştirilmesi,
- Kurulmuş olan tüm Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinde toplum tabanlı kanser taramalarına başlanması ve halk eğitim çalışmalarının genişletilmesi,
- Sigara bıraktırma merkezlerinin sayısının artırılmasının desteklenmesi,

- Toplum tabanlı taramaların tümünün ücretsiz olarak gerçekleştirilebilmesi için gerekli yasal düzenleme yapılması ve bu konu için kullanılacak kaynağın sağlanması.
- Mevcut olan diabet, obezite, hipertansiyon merkezlerinin yaygınlaştırılması
- Sağlıklı beslenme hakkında okullarda yaygın eğitici programların yapılması
- Erken teşhis ve tarama hizmetlerinin yaygınlaştırılması
- Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi Projesi kapsamında minimum veri setleri hazırlanarak hastalık grubunun gerçek boyutlarının ortaya konması ve takip edilebilmesinin sağlanması
- KOAH sürveyans, korunma ve kontrolünde ülke odaklı önceliklerin belirlenmesi
- Kamuoyunda ve sağlık görevlileri arasında KOAH bilincinin artırılması
- Erken teşhis ve tarama hizmetlerinin yaygınlaştırılması
- KOAH riski altında bulunan kişilerin bir sağlık kuruluşuna başvurarak spirometrik test yaptırmalarının teşvik edilmesi.
- Tütün ürünlerinin tüketimi ile ilgili yasal düzenlemelerin bir an önce yaşama geçirilmesi
- Ağız diş sağlığı ile ilgili çalışmaların ulusal sağlık programının ayrılmaz bir parçası olması.
- Toplumun temiz su, uygun sağlık koşulları ve iyi beslenme olanaklarına ulaşabilmesinin sağlanması.
- Okullarda hijyen kontrolü yapabilecek ve ağız diş sağlığı önleme programlarında rol alabilecek eğitimli görevlilerin bulunmasının sağlanması.
- Okul çağındaki çocukların yararlanacağı ve süreklilik arz edecek ağız diş sağlığı koruyucu programlarının uygulanması.
- Tüm kronik hastalıklar yürütme ve kontrol programında görev yapacak insan gücü planlamasının yapılması.

Kaynaklar:

1. *Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005*
2. *Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Sözel Otopsi Araştırması Final Raporu, Ankara, 2005*
3. *Sağlık Bakanlığı, Kanseri Savaş Daire Başkanlığı, 2007*
4. *Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili Araştırması, 2004*
5. *Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü web sayfası, 2007, : <http://www.saglik.gov.tr>*
6. *Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007.*

HEDEF 9: KAZA VE ŞİDDET NEDENİYLE YARALANMALARIN AZALTILMASI

2020 yılına kadar, Bölgede kazalar ve şiddete bağlı yaralanma, sakatlık ve ölümlerde belirgin ve sürekli bir azalma sağlanmalıdır.

9.1 Yol Trafik Kazalarına Bağlı Mortalite ve Sakatlıklar En Az %30 Azaltılmalıdır;

Bütün dünyada trafik kazaları, yaralanmaya neden olan kazalar arasında birinci sırada yer almaktadır ⁽¹⁾. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde harcanan çabaların sonucunda trafik kazalarının sayısı azalmışsa da, gelişmekte olan ülkelerde hala en önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde trafik kaza sayısı ve trafik kazalarından olan yaralanma ve ölümler her geçen gün artmaktadır ⁽²⁾. DSÖ'nün tanımlamasına göre; trafik kaza yaralanması, "kara yolunda seyreden bir aracın çarpması ile oluşan her türlü yaralanma" şeklinde tanımlanmaktadır ⁽³⁾. Trafik kaza yaralanmaları, 2002 yılında bütün dünyada görülen ölüm nedenleri arasında 11. sıradadır; trafik kazaları en fazla adolesan ve genç erişkinlerin yaralanmasına ya da ölmesine neden olmaktadır. Trafik kazalarına bağlı ölümler, 2002 yılında bütün ölüm nedenleri içinde 5-29 yaş grubunda ikinci, 30-44 yaş grubunda ise üçüncü sırada yer almaktadır ⁽⁴⁾. Trafik kazaları, gelişmekte olan diğer ülkeler gibi Türkiye için de önemli bir halk sağlığı sorunudur ve her yıl kazalara bağlı binlerce insan yaralanmakta ya da ölmektedir. Ülkemiz için kaza sayısı ve kazalarda oluşan ölüm ve yaralanma hızlarının çok yüksek olması dikkati çekmektedir ⁽⁵⁾.

Tablo 9.1'de Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye'de karayolu trafik kaza sayıları sunulmuştur.

Tablo 9.1 Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye’de Karayolu Trafik Kazaları, 2003

Ülke	Nüfus /(000)	Trafik kaza sayısı	Ölü Sayısı	Yaralı Sayısı
<i>Belçika</i>	10 396	49065 ⁽¹⁾	1470 ⁽¹⁾	67961 ⁽¹⁾
<i>Danimarka</i>	5 398	6 749	432	8 412
<i>Almanya</i>	82 532	354 334	6 613	462 170
<i>Yunanistan</i>	11 018	15 751	1 605	20 737
<i>İspanya</i>	41 874	99 987	5 399	150 635
<i>Fransa</i>	59 900	90 220	5 731	115 929
<i>İrlanda</i>	4 028	5 985	335	8 262
<i>İtalya</i>	58 145	235142 ⁽²⁾	6682 ⁽²⁾	334679 ⁽²⁾
<i>Lüksemburg</i>	452	720	53	1 052
<i>Hollanda</i>	16 258	31 635	1 088	1 052
<i>Avusturya</i>	8 140	43 426	931	56 881
<i>Portekiz</i>	9 992	41 495	1 356	55 258
<i>Finlandiya</i>	5 220	6 907	379	9 088
<i>İsveç</i>	8 976	18 365	529	27 103
<i>İngiltere</i>	57 851	214 030	3 508	287 099
<i>Çek Cumhuriyeti</i>	10 211	27 320	1 447	35 438
<i>Estonya</i>	1 351	27 320	164	2 539
<i>Letonya</i>	2 319	5 379	493	6 639
<i>Litvanya</i>	3 446	5 965	709	7 266
<i>Macaristan</i>	10 117	19 976	1 326	26 627
<i>Malta</i>	400	13 979	17	1 171
<i>Polonya</i>	38 191	51 078	5 640	63 900
<i>Slovenya</i>	1 996	11 676	242	16 703
<i>Slovakya</i>	5 380	8 551	645	11 321
<i>Türkiye</i>	70 231	67 031	3 946	118 214

(1) 2000 yılı verilerini kapsar

(2) 2001 yılı verilerini kapsar

Kaynak: Statistics Of Road Traffic Accidents In Europe And Nord America, 2005

* Sadece ölümlü ve yaralanmalı kaza sayıları alınmıştır.

Tablo 9.1’e göre Türkiye’de 2003 yılında trafik kazalarında ölen kişi sayısı 3946 olup yaralı sayısı ise 118.214’tür ⁽⁶⁾.

Polis ve Jandarma kayıtlarına geçen kazaların, yaralanmaların ve ölümlerin sayısı Tablo 9.2’de verilmiştir.

Tablo 9.2 Türkiye’de Polis ve Jandarma Kayıtlarına Geçen Kaza, Yaralanma ve Ölümler (1970-2005)

Kayıtlara Geçen Ölümlerin Sayısı: *	1970**	1990**	1999***	2000	2004***	2005***
Kazalar	19207	115295	465915	500653	494.851	570419
Yaralanmalar	16838	87693	125586	134618	109.681	123985
Ölümler	3978	6286	6130	5566	3.082	3215
Yaralanmalı Kazalar	-	50681	67732	71771	61268	69768
Ölümlü Kazalar	-	5090	4537	4210	2.363	2.541
Yaralanmalı Kaza Başına Yaralanma	-	1.73	1.85	1.88	1.79	1.77
Ölümlü Kaza Başına Ölüm	-	1.23	1.35	1.32	1.30	1.26

Kaynak: F. Temel, H. Özcebe, “Türkiye’de Karayollarında Trafik Kazaları”, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Cilt 15, Sayı 11, Sayfa 192

*Sürücülerin kazadan hemen sonra olay yerini terkettiği olgular dahil edilmemiştir.

**Yalnızca Emniyet Genel Müdürlüğü

***Emniyet Genel Müdürlüğü + Jandarma

Tablo 9.2’de görüleceği üzere, yaralanmalı kaza başına yaralanma sayısı 2005 yılı için 1,77, ölümlü kaza başına ölüm sayısı ise 1,26’dır⁽⁷⁾.

Tablo 9.3’de 2006 yılında Türkiye’de Polis sorumluluk alanında meydana gelen trafik kazalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 9.3 Türkiye’de Polis Sorumluluk Alanında Meydana Gelen Trafik Kazaları (2006)

Kaza Sayısı	Ölümlü	2629
	Yaralanmalı	77644
	Hasarlı	585345
	Toplam	665618
Ölü Sayısı	Kadın	809
	Erkek	2584
Yaralı Sayısı	Kadın	37344
	Erkek	98097

Kaynak: Emniyet Genel Müdürlüğü, 2006

Tablo 9.3’e göre 2006 yılında ölümlü kaza sayısı 2629, yaralanmalı kaza sayısı 77644’dür. Aynı yıl 2584 erkek trafik kazasında yaşamını yitirirken, 37344 kadın ise trafik kazası esnasında yaralanmıştır⁽⁸⁾.

Yürütülen Çalışmalar

Ülkemizin en önemli sorunlarının başında trafik kazaları gelmektedir. Ülkemizde nüfus artışına paralel olarak meydana gelen hızlı şehirleşme ve bunun sonucunda ortaya çıkan ulaşım sorunları ile taşıt ve sürücü sayısındaki artışlar trafik sorununu da beraberinde getirmekte ve her yıl binlerce insanımız trafik kazalarında ölmekte, yaralanmakta ve bir çoğu da sakat kalmaktadır.

Bu nedenle, vatandaşlarımızın can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik olarak trafik kuruluşlarımızda görevli personelimiz, 24 saat süreyle şehiriçi ve şehirdışı karayollarında trafiğin yönetimi ve denetimi hizmetlerini aralıksız olarak yürütmektedir.

Trafik kazalarının azaltılması ile trafik düzenleme ve denetleme faaliyetlerinin etkinliğini artırmak amacıyla, İllerimizin yaptığı trafik denetimlerinin yanı sıra Trafik Hizmetleri Başkanlığı'nca değerlendirilen trafik kaza istatistiklerine göre, trafik kazalarının yoğun olduğu yol kesimleri, mevsim, gün ve saatler tespit edilmekte ve bu tespitler doğrultusunda trafik kuruluşlarına Özel Denetim Programları hazırlanılarak gönderilmektedir. Örneğin, şehir dışı trafik kuruluşlarımıza ağırlıklı olarak hız ihlalleri, otobüs ve kamyonlar üzerinde denetim programları verilirken, şehir içi trafik kuruluşlarımıza ise genelde alkol, kırmızı ışık ihlali, yaya güvenliği, emniyet kemeri kullanımı ve okul servis araçlarının denetimine yönelik özel programlar verilmektedir.

Şehirlerarası yolcu otobüslerinin karıştığı trafik kazalarını önleyebilmek amacıyla Bölge Trafik Denetleme kuruluşlarınca, otobüsler üzerinde takoğraf (hız, araç kullanma süresi, kalibrasyon ayarı ve müdahale), ışık donanımı, sürücü belgesi, tescil ve trafik belgeleri, sigorta poliçeleri, terminal giriş ve çıkışlarında bütün otobüs şoförlerinin alkol kontrolleri, aracın fenni muayene durumu ile sürücülerin bilgisayar ortamında sorgulanmaları yapılarak, bu konuda sakıncaları olan sürücülerin hareketlerine izin verilmemekte, bu konuda eksiklikleri görülenler hakkında gerekli yasal işlemler yapılmaktadır.

Kamyonların karıştığı trafik kazalarını önleyebilmek için yine aynı denetimlerin yanı sıra ağırlık kontrolleri yapılmaktadır.

Trafik Hizmetleri Başkanlığı'nca illerimizin trafik kaza istatistikleri aylık olarak incelenerek, trafik kazalarında artış görülen illerimize haftalık şok denetim programları hazırlanarak gönderilmektedir.

Zaman zaman merkezden çıkartılan sivil denetleme ekipleriyle de trafik kuruluşlarımız, ekipler ve personel belirtilen hususlara riayet edip etmedikleri konusunda denetlenmektedir.

2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nda görülen eksiklik ve aksaklıkları gidermek, bu Kanunu Avrupa Birliği mevzuatına uyumlu hale getirmek, trafik para cezalarını artırarak karayolu kullanıcılarının trafik kural ihlali yapmalarında caydırıcılık etkisi yaratıp, trafik kazalarını önlemek amacıyla bir Kanun Tasarısı hazırlanmış olup, söz konusu tasarı şu an itibariyle TBMM'de bulunmaktadır ⁽⁸⁾.

9.2 Kazalardan En Yüksek Mortalite Seviyesinin Olduğu Ülkelerde İş, Ev ve Boş Zamanlardaki Kazaların Mortalite ve Sakatlığı En Az %50 Azaltılmalıdır;

Türkiye'deki kazaların %40' ı trafik kazaları, %20' si iş kazaları, %20' si ev kazaları ve %5' i ise ateşli silah yaralanmalarıdır. Ayrıca tarımsal uygulamalar ve sportif etkinliklerde de kazalar görülmektedir ⁽⁹⁾. DSÖ 1998 raporuna göre, dünyada her yıl 250 milyon iş kazası oluşmakta ve 330

bin'i ölümle sonuçlanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki kayıt ve bildirim güçlükleri de göz ardı edilmemelidir ⁽¹⁰⁾. 1997 SSK istatistiklerine göre toplam SSK'lı çalışan sayısı 5 066 745 iken bildirilen iş kazası 98 318 (sıklığı binde 19,2) ve bunların ölümle sonuçlananları 1 282 (fatalite hızı: binde 13,0)' dir ⁽¹¹⁾. Dünya'da her gün 900 kişi, Türkiye'de ise, her gün üç kişi iş kazası nedeniyle yaşamını yitirmektedir ⁽¹⁰⁾.

Kayıtlara yansımayan kazalar da göz önüne alınarak, kazalarla ilgili kesin verilere ulaşılamadığı düşünülmektedir. Konunun toplumsal boyutunu açıklamak amacıyla çizilen yaralanma piramidi yaralanmaya bağlı ölümlerin buzdağının görünen ucu olduğunu; gerçekte sorunun çok büyük olduğunu ortaya koyması bakımından önemlidir.

UHY-ME Çalışması'na göre trafik kazaları içerisinde erkeklerde en yüksek oran % 95,7 ile yetişkinlerde, en düşük oran %4,3 ile 29 gün-5 yaş çocuklarda görülmektedir. Kadınlarda trafik kazalarının dağılımında yetişkinlerin yüzdesi % 71,4'dür. Ev kazalarında erkeklerde yetişkinlerle 29 gün-5 yaş grubunun dağılımı aynıdır (% 50,0) ⁽¹²⁾.

Türkiye'de yaralanmaların, meydana geldiği yere göre dağılımı ise Tablo 9.4'de verilmiştir.

Tablo 9.4 Türkiye'de Yaralanmaların, Meydana Geldiği Yere Göre Dağılımı (2003)

Yaralanma Yeri (N=75)	Sayı	Yüzde
Sokak / Otoyol	32	42,7
Ev	20	26,7
İnşaat Alanı	3	4,0
Park (Oyun Alanı)	2	2,7
Ticaret ve Hizmet Alanları (Dükkan, Atölye, Banka vs.)	2	2,7
Kamu Binaları	2	2,7
Deniz / Nehir / Göl / Dere	2	2,7
Endüstriyel Alan	1	1,3
Bilmiyor	1	1,3
Diğer	10	13,3
Toplam	75	100,0

Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Sözel Otopsi Araştırması Final Raporu, Ankara, 2005

Tablo 9.4'de görüldüğü üzere; kazaların %42,7'si sokak ya da otoyolda meydana gelmektedir. İkinci sırayı ise, %26,7 oranıyla ev kazaları almaktadır ⁽¹²⁾.

İş ve Ev Kazalarının Azaltılması İçin Yürütülen Programlar:

Bu konuda özellikle sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülen çalışmalar mevcuttur.

Öneriler:

- Kazalardan korunma kişi faktörüne bağlıdır. Bunda en önemli etken kişinin eğitimidir. Sağlık eğitimi ve okullarda örgün eğitim ve ayrıca Emniyet Teşkilatı hizmet içi eğitimleri artırılmalıdır.
- Trafik kazaları gibi başkalarının hayatını da tehlikeye düşüren durumlarda zorunlu olarak cezai yaptırımlara özenle başvurulmalıdır.
- Kazalara ilişkin istatistik verileri kaza kontrolüne, kaza etkenlerine, kaza zamanına, etkenle sık karşılaşan risk gruplarına yönelik ek güvenlik önlemlerinin geliştirilmesine yardımcı olur. Bu nedenle ilgili verilerin ilgili kurumlarca düzenli olarak tutulmasında yarar vardır.
- Kaza olasılığını hazırlayan faktörlerin saptanarak yok edilmesi kaza kontrol çalışmalarının en önemli ögesidir. Çağdaş sağlık anlayışıyla ele alındığında kaza kontrol çalışmaları; halk sağlığı, biyomekanik, mühendislik, davranış bilimleri, hukuk, güvenlik, tıp ve şehir planlama gibi disiplinlerin eşgüdüm içinde çalışmasını gerektirmektedir.
- Ülkemizde de kazaların yol açtığı toplumsal zararı önlemek için kurumlar ve sektörler arasında güçlü bir iletişim ağı ile desteklenen kayıt sistemi ve eklemelenmeye gereksinim vardır

Ayrıca Sağlık Bakanlığı 112 acil hizmetlerinde yapılan pek çok olumlu düzenlemele ile kaza sonrası hasarların en aza indirilmesine çalışılmaktadır.

9.3 Ev, Cinsiyet-İlişkili Ve Organize Şiddet Ve Yarattıkları Sağlık Sorunları En Az %25 Azaltılmalıdır.

Şiddet, fiziksel veya duygusal travmaya neden olan kasıtlı güç kullanımı olarak kabul edilmektedir. Halk sağlığı açısından bakıldığında; çocuk yaş grubunda hastalıklara bağlı ölümler azalırken kazalar ve şiddete bağlı ölümler artmaktadır. Şiddete maruz kalma ve şiddet eylemi içinde olma oranlarının artması şiddetin ciddi bir halk sağlığı sorunu haline geldiğini göstermektedir ⁽¹³⁾.

DSÖ de şiddeti ve şiddetin önlenmesini bir halk sağlığı sorunu olarak belirtmektedir. DSÖ çocuklara uygulanan şiddet ile ilgili bazı risk faktörlerini belirlemiştir: Ebeveynlerin genç yaşta olması, ebeveynlerin ayrı yaşıyor olması, çocuğun istenmeyen bir gebelik sonrası doğmuş olması, ebeveynlerin de geçmiş yaşantılarında şiddete maruz kalmış olmaları, anneye yetersiz doğum öncesi bakım verilmiş olması, ailede bir bireyin fiziksel ve/veya ruhsal hastalığının olması, ebeveynler arası ilişkilerde sorun olması, ailenin kalabalık olması, ailenin sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, çocuğun engelli olması ⁽¹⁴⁾.

Bütün bu risk faktörlerine ek olarak çocukları koruyan yasaların yetersiz olması, toplumdaki sosyal eşitsizlikler, savaşılar, silahlı çatışma ve medyadaki şiddet mevcut riski daha da artırmaktadır. Bütün sosyoekonomik gruplar ve aile yapılarında şiddet izlenebilmektedir ⁽¹⁵⁾.

Türkiye’de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın 15-59 yaş grubunda cinsiyete göre yüzde dağılımında; şiddet nedeniyle olan ölümler %1.7 ile 15 sırada yer almaktadır. Erkeklerde ise %2.2 ile altıncı sıraya kadar yükselmektedir ⁽¹⁶⁾.

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun 1994 yılında yaptığı Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları isimli araştırmasında 7-14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık %40'ı anne ve/veya babaları tarafından şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Aynı araştırma annelerin babalara göre çocuklara daha fazla şiddet uyguladığını ortaya koymuştur. Bu araştırmaya katılan 14 yaşından büyüklerin %8,5'i sık sık, %31,2'si ise arada bir çocukluklarında aileleri tarafından dövüldüğünü bildirmiştir. Erkek çocuklar, kız çocuklara göre fiziksel şiddete daha fazla maruz kalmaktadırlar. Türkiye'de ailelerin %43'ünde fiziksel şiddet, %53'ünde sözlü şiddet ve %46'sında çocuklara yönelik fiziksel şiddet izlenmektedir ⁽¹⁷⁾.

Bütün bu sonuçlar düşünüldüğünde şiddeti oluşmadan önlemenin ne kadar önemli olduğu açıktır. Bu noktada aileye yönelik eğitim programlarının önemi de ortaya çıkmaktadır. Ebeveynlerin öğrenim durumları yükseldikçe, çocukların yaramazlıkları karşısında “açıklama ve anlatmaya”; düştükçe, “azarlama ve utandırma”, “cezalandırma ve yoksun bırakma” ve korkutma yöntemlerine daha sık başvurdukları anlaşılmaktadır ⁽¹⁸⁾. Çocukları şiddetten korumak için alınabilecek bazı önlemler vardır. Doğum öncesi, doğum sonrası ve erken çocukluk döneminde yeterli sağlık bakımı, eğitilmiş ebeveyn sayısını artırma, medya gibi araçlarla şiddet konusunda toplum bilincini ve farkındalığını artırma, halk eğitim programları düzenleme, sosyal hizmetlerin kalitesini ve bu hizmetlere ulaşılabilirliği artırma gibi halk sağlığı yaklaşımları birincil koruma açısından önem kazanmaktadır ⁽¹⁹⁾.

Yürütülen Programlar:

- Aile içi şiddete maruz kaldığından bahisle, il müdürlükleri, aile danışma merkezleri ve toplum merkezlerine başvuran kadınlara; Anayasamızın 41 inci maddesi hükmü de göz önüne alınarak hazırlanıp 1998 yılında yürürlüğe giren ve aile içi şiddetten mağdur olan kadını koruyucu yasal önlemlerin alınmasını sağlayan 44320 sayılı “Ailenin Korunmasına Dair Kanun” un uygulanması amacıyla Cumhuriyet Başsavcılığı'na yazılı ihbarda bulunmaları konusunda rehberlik yapılmaktadır.
- SHÇEK; ulusal kalkınma plan hedefleri, ülkemizin de taraf olduğu uluslararası sözleşmeler, belgeler ve kararların öngördüğü yükümlülükler ve görevler arasında da yer aldığı üzere, kadın istismarını önleme politikalarının geliştirilmesi, yasal önlemlerin alınması, şiddete uğrayan yada bu riski taşıyan kadınlar için koruyucu ve destek hizmetlerinin sağlanması gerektiği bilinci ile şiddete uğrayan veya bu riski taşıyan kadınlara yönelik hizmetlerini ağırlıklı olarak kadın konukevleri ile vermektedir.
- Fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik istismara uğrayan kadınların psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarının çözülmesi sırasında varsa çocuklarıyla birlikte ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla geçici bir süre kalabilecekleri yatılı sosyal hizmet kuruluşları olan kadın konukevlerinde; 12 Temmuz 1998 tarih 23400 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiş bulunan “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na Bağlı Kadın Konukevleri Yönetmeliği” uyarınca hizmet verilmektedir.
- Şiddetin ortadan kaldırılması bugünden yarıya gerçekleştirilebilecek bir nitelik taşımamaktadır. Bu nedenle, şiddet mağdurlarına destek verme ihtiyacı sürmekte ve kadın konukevleri/sığınakları bu destekler arasında önemli bir yer tutmaktadır. SHÇEK tarafından bu kuruluşların yaygınlaştırılması, daha çok kadın ve çocuğa destek sağlanması için çaba harcanması gerektiği bilinmekte ve bu alanda diğer kamu ve sivil toplum kuruluşları ile yapılacak işbirliği önemsenmektedir.

- 2828 sayılı Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Kurum Kanununun 9’uncu maddesinin (g) bendi ile 34 ve 35’inci maddelerine dayanılarak hazırlanıp 8 Mayıs 2001 tarih ve 24396 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş bulunan “Özel Hukuk Tüzel Kişileri ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Açılan Kadın Konukevleri Yönetmeliği” Kurumumuz dışında açılan kadın konukevleri/sığınaklarının açılış ve işletmelerine rehber olması, hizmetten yararlanan kadın ve çocuklarının istismarının önlenmesi, insan onuruna yakışan çağdaş anlayış ve koşullara uygun düzeyde hizmet sunumunun sağlanması amacıyla hazırlanmış olup, bu alandaki özveriyle çalışmaların desteklenmesi, işbirliği ve dayanışmanın öne çıkarılarak uygulanması öngörülmektedir. Söz konusu kanun uyarınca kadın konukevi /kadın sığınma evi açmak isteyen kamu kuruluşlarına ve özel hukuk tüzel kişilerine, talep edilen bilgi, belge ve ihtiyaç programı da gönderilerek rehberlik yapılmaktadır (20).

Kaynaklar:

1. WHO Injury Chart Book 2002. Department of Injuries and Violence Prevention Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster; World Health Organization, Geneva, 2002.
2. Bertan M., Çakır B. Halk Sağlığı Yönünden Kazalar; (Bertan M., Güler Ç., Halk Sağlığı Temel Bilgiler; Ankara, 1997).
3. WHO Injury Chart Book 2002. Department of Injuries and Violence Prevention Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster; World Health Organization, Geneva, 2002.
4. The World Report on Traffic Injury Prevention 2004. The Fundamentals, Chapter One, Geneva, 2004.
5. Trafik Güvenliği Çalışma Grubu Raporu, 9. Ulaştırma Şurası Erişim Tarihi: Erişim Adresi: www.ubak.gov.tr/tr/sura/kara/RAP2.doc, Erişim Tarihi: 24.02.2006.
6. Statistics Of Road Traffic Accidents In Europe And Nord America, 2005
7. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Komutanlığı kayıtları, 2005.
8. Emniyet Genel Müdürlüğü kayıtları, 2007.
9. Ege R., Acil Yardım ve Kazalar; Gazi Üniversitesi Kazaları Araştırma ve Önleme Enstitüsü Yayını No: 2, Emel Matbaacılık, Ankara 1984.
10. <http://195.142.135.65/who/bulten/turk/bulten9.htm>. Erişim tarihi 25.02.2007.
11. SSK İstatistik Yıllığı, SSK Genel Müd., 1997.
12. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Sözel Otopsi Araştırması Final Raporu, Ankara, 2005
13. Greenfeld LA. Child victimizers: Violent Offenders and their Victims, US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 1-27, March, 1996.
14. World Health Organization Violence and Injury Prevention Social Change and Mental Health, Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March, WHO, Geneva, 1999.
15. Freitag R. Psychosocial Aspects of Child Abuse for Primary Care Pediatricians, Pediatric Clinics of North America, Vol: 45, n: 2, p: 391, April, 1998.
16. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005
17. Aile İçinde Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları 1994, Erişim adresi: <http://Aile.Gov.Tr/Arastirma12.Html>. Erişim tarihi: 25.02.2007.
18. Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet, Araştırmanın Bulguları, Aile Araştırma Kurumu, Sayfa: 206, Ankara, 1998.
19. World Health Organization Violence and Injury Prevention Social Change and Mental Health, Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March, WHO, Geneva, 1999.
20. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, 2007.

HEDEF 10: SAĞLIKLI VE GÜVENLİ FİZİK ÇEVRE

2015 yılına kadar, Bölgede insan sağlığına zarar veren, çevre kirliliğine maruziyet düzeyleri uluslararası standartları aşmamalı ve insanlar daha güvenli bir fiziksel çevrede yaşamalıdır.

10.1 Hava, Toprak Ve Atıkların Sağlığı Olumsuz Yönde Etkileyen Mikrobiyal, Fiziksel Ve Kimyasal Zararlı Maddelerle Kontaminasyonu, Ulusal Çevre Ve Sağlık Faaliyet Planlarında Belirlenen Çalışma Takvimi Ve Redüksiyon Hızları Doğrultusunda Azaltılmalıdır.

Hava

Hava kirliliği; havada katı, sıvı ve gaz şeklindeki yabancı maddelerin insan sağlığına, canlı hayatına ve ekolojik dengeye zarar verecek miktar, yoğunluk ve sürede atmosferde bulunmasıdır⁽¹⁾.

Kentsel alanlarda dış ortam havasındaki başlıca kirleticiler karbon monoksit (CO), ozon (O₃), azot oksitler (NO_x), kükürt dioksit (SO₂), partiküler madde (PM) ve kurşun (Pb)'dur. Bunların yanı sıra poli-aromatik hidrokarbonlar (PAH) ve asit aerosolleri önemli hava kirleticileri olarak görülmektedir. Hava kirliliği, endüstrileşme ve uygulanan kontrol tedbirleri, ulaştırma sistemi, meteorolojik ve topografik özellikleri içeren pek çok faktöre bağlıdır. İki parametre; kükürt dioksit (SO₂) ve partiküler madde konsantrasyonları Türkiye'de il ve ilçe merkezlerindeki ölçüm istasyonlarında ölçülmektedir. Ölçümler Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve RSHMB tarafından yapılmaktadır⁽²⁾.

TÜİK ve Sağlık Bakanlığı arasındaki işbirliği gereğince 1990 yılından itibaren her ay ölçüm istasyonlarından toplanan günlük ölçüm sonuçları RSHMB tarafından takip eden ayın sonunda TÜİK'e gönderilmektedir⁽²⁾.

Sağlık Bakanlığı tarafından hava kalitesi ölçümü yapılan il ve ilçe merkezlerinden elde edilen sonuçlara göre, 2006 yılında kükürtdioksit (SO₂) ortalamalarının en yüksek bulunduğu il ve ilçe merkezleri kirlilik sırasına göre Kütahya, Aksaray, Kırıkkale, Amasya ve Bursa (İnegöl)'dür. Aynı dönemde partiküler madde (duman) ortalamalarının en yüksek bulunduğu il ve ilçe merkezleri ise kirlilik sırasına göre Kütahya, Bayburt, Elazığ, Isparta ve Gaziantep'tir. Ancak 2006 yılında ölçüm yapılan il ve ilçe merkezlerinde SO₂ ve duman ortalamaları hedef sınır değerinin (150 g/m³) altında gerçekleşmiştir⁽³⁾.

2006 yılında Kükürtdioksit (SO₂) ve partiküler madde (duman) ortalamalarının en yüksek olduğu il ve ilçe merkezleri Tablo 10.1'de sıralanmıştır.

Tablo 10.1 Kükürtdioksit ve Partiküler Madde Ortalamalarının En Yüksek Olduğu İl ve İlçe Merkezleri (2006)

g/m ³ (mikrogram/metreküp)				
Kükürtdioksit (SO ₂)			Partiküler Madde (Duman)	
Kütahya	101		Kütahya	91
Aksaray	69		Bayburt	86
Kırıkkale	65		Elazığ	77
Amasya	63		Isparta	77
Bursa (İnegöl)	63		Gaziantep	64
Manisa	59		Kayseri	63
Kayseri	58		Konya	60
Bursa (Merkez)	57		Aksaray	59
Eskişehir	53		Kocaeli (Gebze)	53
Gaziantep	53		Amasya	51
Bursa (Orhangazi)	52		Samsun	49

Kaynak: TÜİK Haber Bülteni Sayı: 29, 27 Şubat 2007

Tablo 10.2 ve 10.3’de bazı il ve ilçe merkezlerinde ölçüm yapılan istasyonlardan elde edilen kükürt dioksit ve partiküler madde konsantrasyonlarının yıllık ortalamaları ve değişim oranları verilmektedir.

Tablo 10.2 Bazı İl ve İlçe Merkezlerinde Ölçüm Yapılan İstasyonlardan Elde Edilen Kükürt Dioksit Konsantrasyonlarının Yıllık Ortalamaları ve Değişim Oranları

İl ve İlçe Merkezleri	Kükürt dioksit (SO ₂) Ortalamaları (µg/m ³)					Değişim Oranları (%)			
	2002	2003	2004	2005	2006	2003/ 2002	2004/ 2003	2005/ 2004	2006/ 2005
Amasya	53	53	49	49	63	0	-8	0	29
Ankara	42	38	30	30	..	-10	-21	0	..
Antalya	44	40	38	40	35	-9	-5	5	-13
Bolu	39	46	32	36	46	18	-30	13	28
Bursa (Merkez)	65	84	97	73	57	29	15	-25	-22
Çorum	134	96	108	49	28	-28	13	-55	-43
Elazığ	77	79	88	41	32	3	11	-53	-22
Eskişehir	44	47	51	56	53	7	9	10	-5
Gaziantep	85	84	82	71	53	-1	-2	-13	-25
İzmir (Merkez)	42	36	41	38	37	-14	14	-7	-3
Kayseri	87	70	84	81	58	-20	20	-4	-28
Kocaeli (Merkez)	..	23	20	14	12	..	-13	-30	-14
Kütahya	144	128	162	114	101	-11	27	-30	-11
Manisa	43	81	84	61	59	88	4	-27	-3
Nevşehir	54	52	53	50	49	-4	2	-6	-2
Samsun	119	94	28	36	20	-21	-70	29	-44
Sivas	64	55	55	45	39	-14	0	-18	-13
Kırıkkale	85	64	76	67	65	-25	19	-12	-3

Kaynak: TÜİK Çevre İstatistikleri (<http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>)

Tablo 10.3 Bazı İl ve İlçe Merkezlerinde Ölçüm Yapılan İstasyonlardan Elde Edilen Partiküler Madde Konsantrasyonlarının Yıllık Ortalamaları ve Değişim Oranları

İl ve İlçe Merkezleri	Partiküler Madde (Duman) Ortalamaları					Değişim Oranları			
	(µg/m ³)					(%)			
	2002	2003	2004	2005	2006	2003/ 2002	2004/ 2003	2005/ 2004	2006/ 2005
Amasya	53	53	49	49	63	0	-8	0	29
Ankara	42	38	30	30	..	-10	-21	0	..
Antalya	44	40	38	40	35	-9	-5	5	-13
Bolu	37	44	28	34	43	19	-36	21	26
Bursa (Merkez)	58	54	49	43	48	-7	-9	-12	12
Çorum	82	68	85	46	48	-17	25	-46	4
Elazığ	46	45	38	32	77	-2	-16	-16	141
Eskişehir	44	39	38	35	42	-11	-3	-8	20
Gaziantep	57	68	63	69	64	19	-7	10	-7
İzmir (Merkez)	43	29	21	15	14	-33	-28	-29	-7
Kayseri	88	72	77	75	63	-18	7	-3	-16
Kocaeli (Merkez)	..	37	35	37	34	..	-5	6	-8
Kütahya	111	89	109	90	91	-20	22	-17	1
Manisa	36	45	45	34	41	25	0	-24	21
Nevşehir	14	12	12	14	14	-14	0	17	0
Samsun	17	20	33	50	49	18	65	52	-2
Sivas	79	52	50	42	27	-34	-4	-16	-36
Kırıkkale	32	28	28	14	23	-13	0	-50	64

Kaynak TÜİK Çevre İstatistikleri (<http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>)

Tablo 10.2 ve 10.3 incelendiğinde illerde genel olarak bir azalma eğilimi görülmektedir. Ancak bu verileri Türkiye'ye genellemek mümkün değildir.

Tablo 10.4'de bazı il ve ilçe merkezlerinde ölçüm yapılan istasyonlardan elde edilen kükürt dioksit ve partiküler madde konsantrasyonlarının hedef sınır değerlerinin aşıldığı gün sayıları verilmiştir.

Tablo 10.4 Bazı İl ve İlçe Merkezlerinde Ölçüm Yapılan İstasyonlardan Elde Edilen Kükürtdioksit ve Partiküler Madde Konsantrasyonlarının Hedef Sınır Değerlerinin Aşıldığı Gün Sayıları

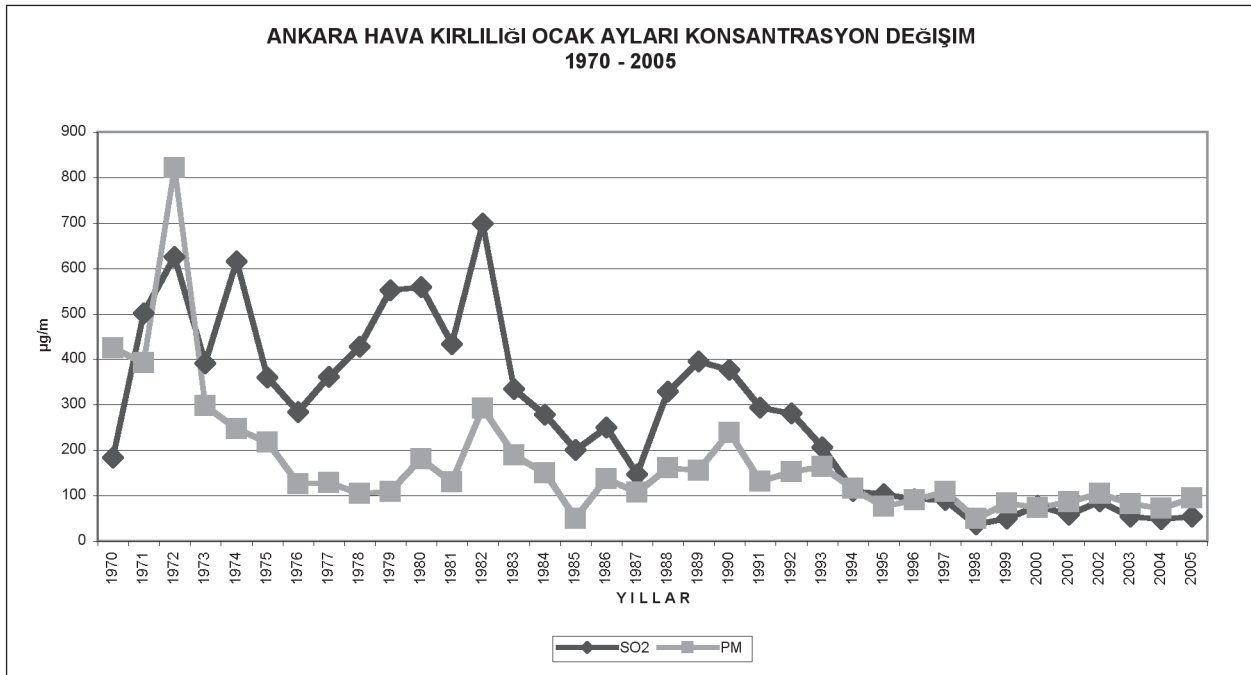
İl ve İlçe Merkezleri	Kükürtdioksit (SO ₂) Hedef Sınır				Partiküler madde Hedef Sınır		
	Değerlerinin Aşıldığı Gün Sayısı (ölçüm yapılan gün)				Değerlerinin Aşıldığı Gün Sayısı(ölçüm yapılan gün)		
	2004	2005	2006		2004	2005	2006
Amasya	10(346)	5(364)	18(303)		9(364)	8(364)	24(303)
Ankara	0(359)	0(3599)	0(120)		3(365)	10(362)	8(120)
Antalya	0(3669)	0(3659)	2(339)		1(366)	2(364)	5(344)
Bolu	19(348)	3(3659)	2(365)		15(343)	2(365)	1(364)
Bursa (Merkez)	6(335)	3(365)	1(365)		9(335)	11(365)	24(365)
Çorum	104(335)	13(365)	2(365)		61(335)	9(365)	8(365)
Elazığ	9(335)	0(365)	2(271)		0(335)	10(365)	12(280)
Eskişehir	0(366)	0(3329)	2(365)		1(366)	3(332)	6(358)
Gaziantep	1(365)	0(365)	0(334)		0(365)	22(365)	1(334)
İzmir (Merkez)	0(304)	0(335)	0(365)		0(304)	0(335)	0(365)
Kayseri	50(366)	59(365)	27(365)		36(366)	51(365)	42(365)
Kocaeli (Merkez)	0(366)	0(365)	0(365)		0(366)	1(365)	0(365)
Kütahya	125(335)	81(365)	95(365)		65(335)	37(365)	81(365)
Manisa	40(323)	11(334)	20(334)		7(297)	10(334)	11(334)
Nevşehir	0(363)	0(355)	0(361)		0(363)	0(355)	0(361)
Samsun	1(366)	2(365)	0(361)		1(366)	4(365)	2(365)
Sivas	5(335)	2(365)	1(365)		1(335)	3(365)	0(365)
Kırıkkale	3(329)	21(365)	0(365)		2(329)	0(365)	0(365)

Kaynak: TÜİK Çevre İstatistikleri (<http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>)

Tablo 10.4 değerlendirildiğinde Kütahya'daki SO₂ ve Partiküler madde yüksekliği dikkat çekicidir. Diğer iller de heterojen bir dağılım göstermektedir.

Yukarıdaki tablolarda da görüleceği üzere iller bazında hava kirliliği parametrelerinde yıllara göre belli bir düzen görülmemektedir. Ayrıca tüm Türkiye için hava kirliliği açısından söylenebilecek bir veri yoktur.

Şekil 10.1'de Ankara İlının 1970-2005 yılları arasındaki Ocak ayı SO₂ ve PM konsantrasyon değişiklikleri gösterilmektedir. Görüldüğü gibi yıllar içinde Ankara'nın bu parametreleri azalma göstermektedir. Özellikle kömürün yerine doğalgaza geçilmesiyle, yanma sonucu ortaya çıkan SO₂ miktarında büyük bir azalma meydana gelmiş; böylece, Ankara, havası kirli bir kent olarak anılmamaya başlanmıştır.

Şekil 10.1 Ankara İli Ocak Ayı SO₂ ve PM Konsantrasyon Değişimi (1970-2005)

Kaynak: http://www.rshm.saglik.gov.tr/hki/Grafik/Ankara/2005/SO2_PM/Yillik/1970_2004_01.xls

TÜİK tarafından Ulusal Seragazı Emisyonları 1996 Hükümetlerarası İklim Değişikliği Paneli (IPCC) Rehberi kullanılarak “Seragazı Emisyon Envanteri” hazırlanmıştır. Envanter sonuçlarına göre, toplam seragazı emisyonları CO₂ eşdeğeri olarak 1990 ve 2004 yılları için sırasıyla 170.19 ve 357.39 milyon ton olarak tahmin edilmiştir. 2004 yılı emisyonlarında CO₂ eşdeğeri olarak en büyük payı %63,6 ile enerji sektörü oluştururken, ikinci sırayı %24,4 ile endüstriyel prosesler ve üçüncü sırayı da %7,7 ile katı atık bertarafı almaktadır. CO₂ eşdeğeri olarak 2004 yılı toplam seragazı emisyonu 1990 yılına göre %110.0 artış göstermiştir. Türkiye’de, 2004 yılında 1990 yılına göre, CO₂ emisyonunda en yüksek artış %124 ile elektrik üretiminde gözlenmiştir. Bu değeri %82 ile imalat sanayi, %56 ile ulaştırma ve %28 ile diğer sektörler izlemektedir. 1990 yılına göre 2004 yılında toplam CO₂ emisyonu %75,4 oranında artmıştır ⁽⁴⁾.

Tablo 10.5’de seçilmiş çevre ve sektörel çevre göstergeleri yer almaktadır.

Tablo 10.5 Seçilmiş Çevre ve Sektörel Çevre Göstergeleri (2000-2005)

Gösterge	Birim	2000	2001	2002	2003	2004	2005
İyileştirilmiş su kaynaklarına sürdürülebilir ulaşımı sağlanmış nüfus oranı	%	..	..	93,6	90,9	96,0*	..
Yaratılan belediye katı atık miktarı	kg/kişi- yıl	..	455	448	460	411	..
Belediyeler tarafından çekilen su miktarı	litre/kişi-gün	..	252	256	259	260	..
Belediyeler tarafından deşarj edilen atık su miktarı	litre/kişi-gün	..	147	154	173	177	..
Kamu kuruluşlarının toplam çevre koruma harcamalarının GSYH içindeki payı	%	0,37	0,21	0,20	0,22	0,20	..
Yıllık yanan ormanlık alan	ha	26352	7394	8513	6644	4876	2825
Zirai mücadele ilaç kullanımı	ton	33543	29798	30792	35665	35123	..
Gübre kullanımı	ton	10424828	8292752	8645636	9762347	10152785	..
Sera gazı emisyonları	gigagram CO ₂ eşdeğeri	256660	252863	258571	273542	281115	..
Kişi başı CO ₂ emisyonları	ton	3,07	2,79	2,87	3,03	3,12	..
Yenilenebilir enerji	milyonTEP	10,10	9,30	10,01	10,00	10,77	..
Ozon tabakasının delinmesine yol açan madde kullanımı-CFC'ler	ton	797	734	700	455	258	132

Kaynak: TÜİK Haber Bülteni sayı:88, 30. Mayıs 2006

Not. TEP:Toplam eşdeğer petrol, CO₂:Karbondiyoksit, CH₄:Metan, N₂O:Nitrosoksit, CFC: Kloroflorokarbon,

1 Gigagram = 1 000 000 000 gram

*:Human Development Report 2006

Tablo 10.5’de görüldüğü gibi, sera gazı emisyonları ve kişi başı CO₂ emisyonları yıllar içinde artma göstermekte ve kamu kuruluşlarının toplam çevre koruma harcamalarının gayri safi yurt içi hasıla (GSYH) içindeki payı da azalmaktadır.

Hava Kalitesi İzleme Ağı

Çevre Mevzuatı kapsamında, Çevre ve Orman Bakanlığı, hava kalitesinin korunması ve yönetimi maksadıyla Türkiye genelinde hava kalitesinin izlenebilmesi için öncelikle hava kirliliğinin yoğun olduğu illeri dikkate alarak 2004 yılında yapmış olduğu ihale sonucunda toplam 36 ilde hava kirliliği ölçüm istasyonu kurmuştur. Bu ölçüm istasyonlarında SO₂ ve Partikül Madde (PM10) parametrelerinin ölçümleri tam otomatik olarak yapılmaktadır.

Mevcut Hava Kalitesi İzleme Ağı'nın 81 ile yaygınlaştırılması kapsamında 2006 yılında yapılan yeni bir ihale ile 45 ilde daha hava kalitesi ölçüm istasyonu kurulmuş olup bugün itibariyle 81 ilimizde tam otomatik olarak Kükürtdioksit ve PM10 ölçümü yapan hava kalitesi ölçüm istasyonları mevcuttur. Bu yeni istasyonlarda SO₂ ve PM10 gibi kirletici parametrelerin yanı sıra, hava kalitesi verilerinin daha sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi amacıyla rüzgar hızı, rüzgar yönü, nem, basınç ve sıcaklık gibi meteorolojik parametrelerin de ölçümü yapılmaktadır. Ayrıca tam otomatik cihazlarla yapılan PM10 ölçüm sonuçlarının doğrulamasının yapılabilmesi amacıyla Avrupa Birliği tarafından PM10 ölçümlerinde referans metot olarak kabul edilen EN 12341 standardına uygun olarak örnekleme yapan gravimetrik PM10 örnekleme cihazı da alınmıştır.

Çevre ve Orman Bakanlığı tarafından kurulan istasyonlara ilave olarak İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne ait 10 adet ve İzmir Büyükşehir Belediyesi'ne ait 4 adet hava kalitesi ölçüm istasyonunun da Bakanlığımız mevcut sistemine entegrasyonu ile ilgili protokol yapılmış olup; İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne ait 10 adet istasyon 26 Ocak 2007 tarihinde Hava Kalitesi İzleme Ağı'na entegre edilmiştir. Ayrıca Çevre ve Orman Bakanlığı'na ait olan 3 adet mobil hava kirliliği ölçüm aracı da sisteme entegre durumda olup, acil durumlarda kullanılmak üzere ve illerden gelen talepler doğrultusunda belli bir süre ölçüm yapmak üzere, il ve ilçelere sevk edilmektedir. Mobil araçlarda ayrıca Azotoksitler, Ozon ve Karbonmonoksit verileri de alınmaktadır.

Ankara için ölçümler Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı tarafından yürütülen bir proje sonucu kurulan 8 adet tam otomatik ölçüm cihazları ile yapılmaya başlanmıştır.

Tablo 10.6 Türkiye'de Hava Kalitesi İzleme Ağı Mevcut Durum

ÇEVRE VE ORMAN BAKANLIĞI	36 İstasyon	2005 yılında kuruldu
	45 İstasyon	2007 yılı başlarında kurulumu tamamlandı
	3 Mobil İstasyon	2006 yılında sisteme entegre edildi.
İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ	10 İstasyon	Ocak 2007 itibariyle entegrasyon sağlandı.
İZMİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ	4 İstasyon	2007 yılında sisteme entegre edilecek
SAĞLIK BAKANLIĞI (RSHM)	8 İstasyon (Ankara)	2007 itibariyle kurulum çalışmaları devam ediyor.

Sonuç olarak, 2007 yılında tüm illerde (81 İl) her ilde 1 hava kirliliği ölçüm istasyonu olacak şekilde sistem/ağ kurulmuş olup sonuçlar izlenebilmektedir.

Veri Eldesi

Kurulan istasyon bilgisayarlarında toplanan ölçüm verileri Çevre ve Orman Bakanlığı'na ait özel bir ağ (VPN) üzerinden GSM Modemler aracılığıyla Çevre İl Müdürlükleri ve Çevre Bakanlığı Merkez Bilgisayarı tarafından alınmaktadır.

Hava Kalitesi İzleme Ağı'nın Merkezi olan Çevre Referans Laboratuvarında bulunan Merkez Bilgisayar Odasında saatlik ortalamalar şeklinde istasyonlardan alınan veriler günlük olarak incelenerek validasyon yapılmaktadır. Validasyonu tamamlanan veriler kullanılarak günlük, aylık ve yıllık raporlama çalışmaları yapılmaktadır.

Ölçüm istasyonlarından elde edilen veriler, GSM modemler vasıtasıyla hem Çevre ve Orman Bakanlığı Çevre Referans Laboratuvarı'nda kurulan merkez bilgisayarına hem de her istasyonun bağlı olduğu İl Müdürlüklerinde bulunan veri toplama bilgisayarlarına aktararak izlenmektedir. Söz konusu hava kirliliği ölçüm verileri Çevre Referans Laboratuvarı Merkez Bilgisayarında değerlendirilerek saatlik ortalamalar şeklinde www.havaizleme-cevreorman.gov.tr adresinde yayınlanmaktadır. Bu sayede herkes soluduğu havanın kalitesini öğrenebilme imkanına sahip olmaktadır.

İnternet sitesinde ölçüm istasyonlarından elde edilen veriler sürekli olarak takip edilebileceği gibi, ölçüm yapılan illerin hava kalite indeksleri de otomatik olarak hesaplanmakta ve o ilin hava kalitesi hakkında gerekli bilgiler verilmekte ve alınması gereken tedbirler hakkında uyarılar da yapılmaktadır. Ayrıca saatlik, günlük, aylık ve yıllık ortalamalar hesaplanıp grafikler çizilerek gerek ülkemiz mevzuatında gerekse Avrupa Birliği direktiflerinde belirtilen sınır değerlerin aşılp aşılmadığı kontrol edilmektedir.

Yasal Mevzuat

Hava kalitesi ile ilgili çalışmalar Hava Kalitesinin Korunması Yönetmeliği çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Ancak Çevre ve Orman Bakanlığı'nca hava kalitesinin korunması kapsamında Isınmadan Kaynaklanan Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği, Endüstri Tesislerinden Kaynaklanan Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği, Trafikte Seyreden Motorlu Kara Taşıtlarından Kaynaklanan Egzoz Gazı Emisyonlarının Kontrolüne Dair Yönetmelik ve Benzin ve Motorin Kalitesi Yönetmeliği çıkarılmış olup mevcut Hava Kalitesinin Korunması Yönetmeliğinin hava kalitesine ilişkin hükümleri yürürlüktedir.

Hava Kalitesinin Korunması Yönetmeliği: 1986 tarihinde yürürlüğe giren yönetmeliğin amacı; her türlü faaliyet sonucu atmosfere yayılan is, duman, toz, gaz, buhar ve aerosol halindeki emisyonları kontrol altına almak, insanı ve çevresini hava alıcı ortamındaki kirlenmelerden doğacak tehlikelerden korumak, hava kirlenmeleri sebebiyle çevrede ortaya çıkan umuma ve komşuluk münasebetlerine önemli zararlar veren olumsuz etkileri gidermek ve bu etkilerin ortaya çıkmamasını sağlamaktır.

Isınmadan Kaynaklanan Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği: Hava Kirliliği kaynaklarından ısınma amaçlı hava kirliliğinin kontrolüne yönelik olarak 2872 sayılı Çevre Kanunu ile 4856 sayılı Çevre ve Orman Bakanlığının teşkilat ve görevleri hakkında kanunun 1,2 ve 9'ncü maddelerine dayanılarak hazırlanan ve 13 Ocak 2005 tarih ve 25699 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren "Isınmadan Kaynaklanan Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliğinin" amacı; konut, toplu konut, kooperatif, site, okul, üniversite, hastane, resmi daireler, işyerleri, sosyal dinlenme tesisleri, sanayi ve benzeri yerlerde ısınma amaçlı kullanılan yakma tesislerinden kaynaklanan is, duman, toz, gaz, buhar ve aerosol halinde dış havaya atılan kirlleticilerin hava kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve denetlemektir.

Endüstri Tesislerinden Kaynaklanan Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği: 7 Ekim 2004’de yürürlüğe giren ve 22 Temmuz 2006 tarih ve 26236 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan yönetmelik ile revize edilen bu Yönetmeliğin amacı, sanayi ve enerji üretim tesislerinin faaliyeti sonucu atmosfere yayılan is, duman, toz, gaz, buhar ve aerosol halindeki emisyonları kontrol altına almak; insanı ve çevresini hava alıcı ortamındaki kirlenmelerden doğacak tehlikelerden korumak; hava kirlenmeleri sebebiyle çevrede ortaya çıkan umuma ve komşuluk münasebetlerine önemli zararlar veren olumsuz etkileri gidermek ve bu etkilerin ortaya çıkmamasını sağlamaktır.

Benzin ve Motorin Kalitesi Yönetmeliği: 11 Haziran 2004 tarih ve 25489 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yönetmeliğin amacı, motorlu kara taşıtlarının egzoz gazlarının yol açtığı hava kirliliğini kontrol altına almak; insanı ve çevresini egzoz emisyonlarından doğacak tehlikelerden korumak; motorlu kara taşıtlarından kaynaklanan egzoz gazı kirleticilerinin ortama verilmesinin önüne geçmek ve ortaya çıkmamasını sağlamak üzere gerekli usul ve esasları belirlemektir.

Trafikte Seyreden Motorlu Kara Taşıtlarından Kaynaklanan Egzoz Gazı Emisyonlarının Kontrolüne Dair Yönetmelik: Üretim aşamasında alınacak tedbirlerin yanında halen trafikte seyreden eski teknoloji ile üretilmiş ve yeterli bakımı yapılmamış araçların denetimi de önemlidir. Bu amaçla motorlu araçların yol açtıkları kirlenmenin önlenmesi amacıyla tatbik edilmesi gereken önlem ve müeyyidelerin tanımlandığı ilk Tebliğ 1992 yılında yürürlüğe girmiş ve Türkiye’de ilk defa egzoz emisyon kontrol ve denetimleri başlatılmıştır.

Hedefler

Avrupa Birliği Eşleştirme Programı çerçevesinde Almanya Çevre Bakanlığı ile 2005-2006 yılında yürütülen projede, Türkiye’nin hava kalitesi ile ilgili yönetmeliklerinin Avrupa Birliği direktifleri ile uyumlu hale getirilmesi için çalışmalar yapılmıştır ve hava kalitesinin belirlenmesi amacıyla minimum kaç istasyonun kurulması gerektiği tespit edilerek 2014 yılına kadar kurulacak istasyon sayısı 209 olarak belirlenmiştir. Yeni kurulması planlanan istasyonlarla birlikte ısınma kaynaklı hava kirliliğinin tespitinin yanı sıra, endüstrilerden ve trafikten kaynaklanan hava kirliliğinin de ölçülmesi planlanmaktadır. Kükürtdioksit ve Partiküler Madde parametrelerinin ölçümüne ek olarak Azotoksitler (NO_x , NO_2 , NO), Karbonmonoksit (CO), Ozon (O_3), Kükürtoksitler (SO_x), Uçucu Organik Bileşikler (VOC), Ağır metaller (Kurşun, Nikel, Kadmiyum, Civa), Arsenik, Benzen gibi kirlilik parametreleri de ölçülerek ölçülen parametre sayısı arttırılacaktır.

Söz konusu proje çıktılarında toplamda, 209 izleme istasyonunu kapsayacak 8 bölgesel hava kalitesi izleme ağı önerilmiştir. Bu istasyonların 42’sinin kırsal alanlara, 99’unun yerleşim alanlarına, 25’inin sanayi alanlarına, 43’ünün ise trafiğin yoğun olduğu kara yollarına hava kirliliğini ölçecek yerlere yerleştirilmesi öngörülmektedir.

Avrupa Birliği Eşleştirme sürecinde de, Çevre ve Orman Bakanlığı tarafından hazırlanan “Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmelik Taslağı”na göre hava kalitesi kirlilik parametrelerinin 1 saatlik ve 24 saatlik ortalama sınır değerleri kademeli olarak ilk önce 2014 yılında düşürülecek, daha sonra 2018 yılında Avrupa Birliği sınır değerlerine uyarlanacaktır. SO_2 ve PM_{10} için uyarlanacak değerler Tablo 10.7, 10.8 ve 10.9’da verilmektedir ⁽⁵⁾.

Tablo 10.7 SO_2 1 saatlik ortalama ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)

Türkiye	2014	AB	Dünya Sağlık Örgütü
900	500	350	350

Tablo 10.8 SO2 24 saatlik ortalama (µg/m3)

Türkiye	2014	AB	Dünya Sağlık Örgütü
400	250	125	125

Tablo 10.9 PM10 24 saatlik ortalama (µg/m3)

Türkiye	2014	AB	Dünya Sağlık Örgütü
300	100	50	50

Ülkemizde Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi Kapsamında Yapılan Çalışmalar

Türkiye'nin iklim değişikliği alanında belirleyeceği politikaları, alacağı önlemleri ve yapacağı çalışmaların belirlenmesi amacıyla, Çevre ve Orman Bakanlığı'nın Başkanlığında; Dışişleri Bakanlığı, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, Devlet Planlama Müsteşarlığı ve Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği'nin üst düzey temsilcilerinin yer aldığı İklim Değişikliği Koordinasyon Kurulu (İDKK) oluşturulmuştur. İDKK bünyesinde 8 adet çalışma grubu oluşturulmuştur.

2004 yılında "Ankara İklim Değişikliği Konferansı" gerçekleştirilmiştir. Daha sonra İklim Değişikliği I. Ulusal Bildirimi kapsamında sera gazı emisyon envanteri başta olmak üzere ülkemizin iklim değişikliği kapsamındaki mevcut durumunu ve uygulayacağı politika ve stratejileri ortaya koyacak çalışmalar yapılmıştır.

- İklim Değişikliği I. Ulusal Bildirimi ile;

- 1990–2004 yılları kapsayan ülkemiz sera gazı envanteri daha detaylı ve istenilen formata uygun olarak güncellenmiştir. 1990 yılında toplam sera gazı emisyon miktarı 170 milyon ton iken 2004 yılında 296 milyon ton olmuştur.

- Çevre ve Orman Bakanlığı, Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) çalışmaları kapsamında bilimsel ve uygulamaya yönelik projeler içinde ilgili kurumlarla ortak projeler hazırlayarak TÜBİTAK ile çalışmalar başlatılmıştır.

Ayrıca, Avrupa Birliği Çevre Genel Müdürlüğü LIFE Programı'nın mali desteği ile Bölgesel Çevre Merkezi Türkiye Ofisi (REC-Türkiye) tarafından yürütülen, Çevre ve Orman Bakanlığı Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü ve Exergia firmasının proje ortağı olarak yer aldığı, İtalyan Çevre ve Arazi Bakanlığı'nın ise eş finansman katkı sağladığı REC-LİFE "Türkiye'de İklim Değişikliği Politikalarının Tanıtılması" Projesi halen devam etmektedir. 2006 yılında başlamış olan proje 2008 yılında sona erecektir. Söz konusu proje ile, öncelikli ekonomik sektörler başta olmak üzere, iklim değişikliği politikaları geliştirilerek Türkiye'de sera gazı emisyonlarının azaltılmasının sağlanması hedeflenmektedir. Bu kapsamda 29 Haziran 2007 tarihinde "İklim Değişikliği ve Sağlık" çalışma grubu çalışmayı yapmıştır.

Ozon Tabakasını İncelten Maddelere Dair Montreal Protokolü Kapsamında Yapılan Çalışmalar

Ülkemiz Ozon Tabakasının Korunmasına Dair Viyana Sözleşmesine 1 Ağustos 1990, Sözleşmenin Eki Ozon Tabakasını İncelten Maddelere Dair Montreal Protokolüne 19 Aralık 1991, Protokol Londra Değişikliklerine 12 Temmuz 1995, Kopenhag Değişikliklerine 8 Şubat 1996, 1997 yılındaki Protokol Montreal Değişiklikleri ile 1999 yılındaki Pekin Değişikliklerine ise 24 Ocak 2004 tarihinde taraf olmuştur. Ozon Tabakasını İncelten Maddelere Dair Montreal Protokolü ile ilgili ulusal ve uluslararası çalışmaların izlenmesi, koordinasyonu ve ozon tabakasına zarar veren maddelerin üretim ve tüketimlerinin kontrol altına alınarak, bir takvim çerçevesinde aşamalı olarak kullanımlarına son verilmesi çalışmaları Çevre Bakanlığı'nın koordinasyonu ile gerçekleştirilmekte ve ilgili Bakanlık Ozon Sekreteryası nezdinde odak noktası olarak hareket etmektedir.

Su

Yurdumuz akarsuyu bol olan ülkeler arasında sayılmaktadır. Ancak hızla kalkınmakta ve gelişmekte olan ülkemizde, akarsularımız, göl ve denizlerimizle diğer tüm su kaynaklarımızda görülen kirlenmenin önemi; büyüyen şehirlerin içme suyu ve gelişen endüstrinin su talebini karşılamak durumunda kalacağı düşünüldüğünde, bir kat daha artmaktadır.

Tablo 10.10'da bazı ülkeler ve kıtaların kişi başına düşen kullanılabilir su potansiyeli sunulmaktadır.

Tablo 10.10 Bazı Ülkeler ve Kıtaların Kişi Başına Düşen Kullanılabilir Su Potansiyeli

Bazı Ülkeler ve Kıtalar Ortalaması	Kişi Başına Düşen Su Miktarı (yıl/m ³)
Irak	2.020
Lübnan	1.300
TÜRKİYE	1.735
Suriye	1.200
Asya Ortalaması	3.000
Batı Avrupa Ortalaması	5.000
Afrika Ortalaması	7.000
Güney Amerika Ortalaması	23.000
Dünya Ortalaması	7.600

Kaynak: DPT, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı

Tablo 10.10'da görüldüğü üzere kişi başına düşen kullanabilir suyumuz 1735 m³; su potansiyeli ise 3690 m³ civarındadır. Türkiye'nin kişi başına düşen kullanılabilir su varlığı bakımından diğer bazı ülkeler ve dünya ortalaması ile karşılaştırıldığında su sıkıntısı bulunan ülkeler arasında yer aldığı görülmektedir.

TÜİK 2025 yılı için nüfusumuzun yaklaşık 80 milyon olacağını öngörmüştür. Bu durumda 2025 yılı için kişi başına düşen kullanılabilir su miktarının 1.300 m³'e düşeceği söylenebilir. Mevcut büyüme hızı, su tüketim alışkanlıklarının değişmesi gibi faktörlerin etkisiyle su kaynakları üzerine olabilecek baskıları tahmin etmek mümkündür. Ayrıca tüm bu tahminler mevcut kaynakların 25 yıl sonrasına hiç tahrip edilmeden aktarılması durumunda söz konusu olabilecektir. Dolayısıyla

Türkiye'nin gelecek nesillere sağlıklı ve yeterli su bırakabilmesi için kaynaklarını çok iyi koruyup, akılcı kullanması gerekmektedir ⁽⁶⁾.

Su kirliliği; su kaynağının kimyasal, fiziksel, bakteriyolojik, radyoaktif ve ekolojik özelliklerinin olumsuz yönde değişmesi şeklinde gözlenen ve doğrudan ve/veya dolaylı olarak biyolojik kaynaklarda, insan sağlığında, balıkçılıkta, su kalitesinde ve suyun diğer amaçlarla kullanılmasında engelleyici bozulmalar yaratacak madde veya enerji atıklarının boşaltılmasıdır ⁽⁷⁾.

Yeraltı Suları ve Kirliliği

Yağmur suyu yeryüzüne indiği andan itibaren kirlilik oranında ani bir artış olur. Hayvansal ve bitkisel artıklar, doğal ve suni gübreler, pestisitler ve mikroorganizmalar su ile yeraltına doğru taşınır. Suyun yüzey kısımlarındaki toprak tabakasından süzülmesi sonucunda, zemin cinsi özelliklerine de bağlı olarak kalitesinde önemli miktarlarda artış olur. Askıdaki maddelerin tamamına yakını topraktaki süzülme yoluyla uzaklaşır. Bunun sonucunda mikroorganizmalar büyük ölçüde azalırken, suyun karbondioksit miktarı artar, oksijen miktarı ise azalır.

Yeraltı suyu kirlenmesinin en büyük sebebi, evsel ve endüstriyel atıkların arıtılmadan alıcı ortamlara verilmesidir. Katı, sıvı ve gaz atıklar alıcı ortama verildikten sonra; iklim durumuna, toprağın yapısına, yeryüzü şekline, atığın cinsine ve zamana bağlı olarak yeraltı sularına karışır. Ayrıca zirai mücadele ilaçlarının aşırı ve bilinçsiz kullanımı önemli bir kirlilik sebebidir. Kanalizasyon sisteminin bulunmadığı yerlerde, tuvalet çukurlarından ve gübrelerden sızan kirli sular yeraltı suyuna karışarak, özellikle yaz aylarında ölümlere yol açan bulaşıcı hastalıklara sebep olmaktadır ⁽⁷⁾.

Yerüstü Suları ve Kirliliği

Akarsu, göl ve denizler yerüstü sularını oluştururlar. Dünya nüfusunun hızla artmasına rağmen su kaynaklarının sabit olması, bu kaynakların kirlenmemesini ve çok iyi kullanılmasını gerektirmektedir. Bilinçli su kullanımıyla, yaşam kalitemizi bozmadan alacağımız basit tedbirlerle su kaynaklarımızın kirlenmesini ve tükenmesini önleyebiliriz. Bununla birlikte; üç tarafı denizlerle çevrili olan ve çok sayıda yerüstü ve yeraltı su kaynaklarının bulunduğu ülkemizde sular, evsel ve endüstriyel atıklarla kirlenmektedir. Bu atıkların arıtılmadan su yataklarına verilmesi, katı atıkların düzensiz olarak alıcı ortama bırakılması, ayrıca bilinçsizce yapılan zirai ilaçlama ve gübrelemeden dolayı yerüstü suları kirlenmektedir ⁽⁸⁾.

Akarsu Kirliliği:

Akarsular; küçük dereler, yağmur, kar ve kaynak suları ile beslenirler. Kanalizasyon suları, fabrika atıkları ile havayı kirleten etkenlerin yağmur ve yüzey akışlarıyla taşınması, tarımsal faaliyetler sonucu oluşan pestisit ve gübre gibi kimyasal atıklar, akarsuları kirleten başlıca etkenlerdir. Akarsular ve okyanuslar belli bir seviyeye kadar olan kirliliği arıtma özelliğine sahiptir. Bu sınır aşıldığında suda aşırı kirlilik ve bozulma başlar. Akarsuların bazı etkenlerle kirlenmesi sonucu akarsularda mevcut olan ekolojik denge bozulmakta, bitkiler ve hayvanlar olumsuz yönde etkilenmektedir ⁽⁸⁾.

Göl Kirliliği:

Göl kirlenmesinin ana unsurları akarsular ve atmosferik olaylardır. Akarsularla taşınan çözünmüş ve askıdaki maddelerin önemli miktarı erozyon ve kimyasal çözünme sonucu oluşur. Ayrıca asit yağmurları da kirliliği artırmaktadır. Göle karışan kirlenmelerin büyük bir kısmı akarsular, endüstriyel atıklar ve drenaj yoluyla taşınmasına karşılık, atmosferle kirliliğin taşınması

da son derece önemlidir. Havadaki kirleticilerin yağışlar ve rüzgar gibi atmosferik etkenlerle uzun mesafelere taşınması ve yerüstü sularına karışması sonucu su kirliliği meydana gelmektedir ⁽⁸⁾.

Deniz Kirliliği:

Ülkemizin üç tarafı denizlerle çevrili olduğundan deniz kirliliği hayati önem taşımaktadır. Denizlerin taşımacılık ve turizm amacıyla kullanılması, evsel, endüstriyel atıkların arıtılmadan veya kısmen arıtılarak denize verilmesi, deniz kazaları sonucu meydana gelen petrol akıntıları, akarsulardan denizlere ulaşan tarımsal atıklar, kirlenmeyi meydana getiren başlıca etkenlerdir. Deniz kirliliğine sebep olan atıklar belirli bir zamanda, bir bölgedeki kirlenme yoğunluğuna bağlı olarak insan sağlığına ve çevreye olumsuz yönde etki etmektedir ⁽⁸⁾.

1976 yılında içme suyu kaynaklarının kirlenmeye karşı korunması amacı ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, İmar ve İskan Bakanlığı ve Devlet Su İşleri (DSİ) Genel Müdürlüğü arasında “İçme ve Kullanma Suyu Temin Edilen ve Edilecek Olan Yüzeysel ve Yeraltı suyu Kaynaklarının Kirlenmeye Karşı Korunması” protokolü imzalanmış, daha sonra da bu protokolde yer alan hükümler 1988 yılında yayımlanarak yürürlüğe giren Su Kirliliği Kontrolü Yönetmeliği kapsamına alınmıştır. Son olarak 31.12.2004 tarihinde revize edilen 25687 sayılı Su Kirliliği Kontrolü Yönetmeliği’nde su kaynaklarının mevcut kalitesinin kullanım alanları için gerekli kalite kriterlerine uygunluğunun tespiti görevi DSİ’ye verilmiştir ⁽⁹⁾.

Tablo 10.11’de Bölge İl ve İlçe halk sağlığı laboratuvarlarında yapılan su analizleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Tablo 10.11 Bölge İl ve İlçe Halk Sağlığı Laboratuvarlarında Yapılan Su Analizleri

Analiz Türü	Yıl	Analiz Sayısı	Sağlığa Uygun		Sağlığı Uygun Değil	
			Sayı	%	Sayı	%
Kimyasal	1995	29.865	20.821	69,7	9.044	30,3
	2000	35.076	26.491	75,5	8.585	24,5
	2001	37.330	27.764	74,4	9.566	25,6
	2002	37.444	29.340	78,4	8.104	21,6
	2003	42.561	33.631	79,2	8.870	20,8
	2004	42.042	32.802	78,0	9.240	22,0
	2005	63.577	52.610	82,8	10.967	17,2
	2006	35.757	31.745	88,8	4.012	11,2
Mikrobiyolojik	1995	213.776	159.665	74,4	54.111	25,3
	2000	195.442	149.410	76,4	46.032	23,6
	2001	210.143	160.490	76,4	49.653	23,6
	2002	230.416	178.687	77,5	51.729	22,5
	2003	250.625	196.616	78,5	55.030	22,0
	2004	241.216	188.987	78,3	52.009	21,6
	2005	328.786	250.772	76,3	78.009	23,7
	2006	204.787	178.060	86,9	26.727	13,1

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007

Tablo 10.11'de görüldüğü gibi Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Bölge il ve ilçe halk sağlığı laboratuvarlarında yapılan su analizlerinde; kimyasal analizlerde 1995 yılında sağlığa uygun olmayan su numunesi oranı %30,3 iken 2006 yılında bu oran %11,2 ye düşmüştür. Mikrobiyolojik analizlerde ise bu oran sırası ile %25,3'e %13,1'dir.

Toprak Kirliliği

Yirminci asrın başından itibaren modern tarıma geçilmesi ve sanayileşmenin hızlanması ile birlikte, toprak kirliliği de bir çevre sorunu olarak ortaya çıkmaya başlamıştır. Özellikle yirminci yüzyılın ortalarına doğru hızlı nüfus artışı ile birlikte, tarım ve diğer alanlardaki sanayi ve teknolojinin hızla gelişmesine paralel olarak toprak kirliliği de artmaya başlamıştır ⁽¹⁰⁾.

Toprak Kirliliğine Sebep Olan Faktörler;

- Yerleşim alanlarından çıkan atıklar, egzoz gazları, endüstri atıkları, tarımsal mücadele ilaçları ve kimyasal gübreler toprak kirliliğine sebep olan en önemli etkenlerdir.
- Yerleşim alanlarından çıkan çöplerin boşaltıldığı alanlar ile kanalizasyon şebekelerinin arıtılmaksızın doğrudan toprağa verildiği alanlarda toprak kirliliği meydana gelmektedir.
- Egzoz gazları, ozon, karbonmonoksit, kükürtdioksit, kurşun ve kadmiyum vs. gibi zehirli maddeler havaya yayılmakta ve solunum yolu ile büyük bir kısmı canlılar tarafından alınmaktadır. Geriye kalanı ise, rüzgarlar ile uzak mesafelere taşınmakta ve yağışlarla yere inerek, toprak ve suları kirletmektedir.
- Toprak kirliliğine sebep olan diğer bir faktör de tarımsal mücadele ilaçları ve suni gübrelerdir. Tarımsal mücadele ilaçlarının bilinçsiz ve aşırı kullanımı sonucu, toksik maddelerin toprakta birikimi artmakta ve doğal ortamın kirlenmesine sebep olmaktadır.
- Sodyum, fosfor, potasyum, kalsiyum, magnezyum, demir, çinko, bakır, mangan, bor gibi besin maddelerini içeren suni gübreler de aşırı ve bilinçsiz kullanım sonucu toprağın yapısını bozmakta ve toprak kirliliğine yol açmaktadır.
- Endüstri tesislerinden çıkan ve arıtılmaksızın havaya, suya ve toprağa verilen atıklar çevreyi kirletmektedir.
- Ormanların insanlar tarafından tahrip edilmesi, yakılarak tarla açılması, tarım topraklarının hatalı işlenmesi, mera ve çayırın bilinçsiz kullanımı, aşırı otlatma vb. sebeplerle oluşan toprak erozyonu, bugün dünyanın birçok bölgesinde olduğu gibi ülkemizde de en önemli çevre sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır ⁽¹⁰⁾.

Tarımsal faaliyetlerden kaynaklanan toprak kirliliğinin önlenmesi ve giderilmesi konularında Çevre ve Orman Bakanlığı ile Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı birlikte çalışır. Belirlenen tedbirler valilikler tarafından uygulanır. Valilikler her türlü faaliyet veya kaza sonucu kirlenmiş ve kirlenme riski altında olan topraklarda durum tespiti, analizlerin yapılması/ yaptırılması, kirlenmenin izlenmesi ve raporlanmasıyla yükümlüdür (31 Mayıs 2005 tarih ve 25831 sayılı resmi gazetede yayınlanan Toprak Kirliliği ve Kontrolü Yönetmeliği)

Arıtım tesisleri sonucunda ortaya çıkan stabilize arıtma çamurunun toprakta kullanımına yönelik başvurularda müracaat dosyasını inceleme ve değerlendirme komisyonunda İl Sağlık Müdürlüğü taşra teşkilatı yer alır (31 Mayıs 2005 tarih ve 25831 sayılı resmi gazetede yayınlanan Toprak Kirliliği ve Kontrolü Yönetmeliği).

Sağlık Bakanlığı'nın toplum sağlığına zarar verecek bir durumun ortaya çıkması halinde başta içme suyu temin edilen baraj, göl ve nehir suları gibi kıta içi su kaynakları adı verilen su kaynaklarımızda, denizlerimizde oluşabilecek su kirliliği ya da kaza durumlarında sağlık risklerine yönelik denetleme yapma hakkı saklıdır.

Katı atıklar mücavir alanlar sınırları içinde belediyelerin, bu alanların dışında ise mahallin en büyük mülki amirinin yetkisindedir.

31 Aralık 2004 tarih ve 25687 sayılı resmi gazetede yayınlanan Su Kirliliği Kontrolü Yönetmeliği ile deşarj izni ve denetimi Çevre ve Orman Bakanlığı'na devredilmiştir.

Türkiye'de Toprak Kirliliği Hakkında Yasal Düzenlemeler

- Anayasanın 44., 45.ve 56. maddeleri,
- 442 sayılı Köy Kanunu,
- 5556 sayılı Bataklıkların Kurutulması ve Bundan Elde Edilecek Topraklar Hakkında Kanun,
- 2690 sayılı Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Kanunu,
- 3083 sayılı Sulama Alanlarında Arazi Düzenlenmesine dair Tarım Reformu Kanunu,
- 3202 sayılı Köy Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun,
- 2872 sayılı Çevre Kanunu,
- 4347 sayılı Mer'a Kanunu,
- 20814 sayılı Katı Atıkların Kontrolü Yönetmeliği,
- Toprakların Amaçları Dışında Kullanılmasının Önlenmesine dair Yönetmelik,

Yapılan yasal düzenlemelerin yanı sıra ülkemizdeki toprak kirliliğinin durumuna ilişkin herhangi bir veri bulunmamaktadır. Yeterince ölçüm çalışması yapılamadığından atıkların neden olduğu kirlenmenin gerçek boyutu bilinmemektedir. Bu konuda gerekli çalışmaların yapılması önem taşımaktadır.

Atıklar

Katı atık, hammaddelerin işlenmesi ya da insanların günlük faaliyetleri sırasında tüketimleri sonucu oluşarak çevreye bırakılan katı maddelerdir. Gerekmeyen her türlü maddenin atılması ya da yakılması en kolay ve süregelen davranış iken, katı atık miktarının artması ile çevresel problemlerde de artış gözlenmiştir ⁽²⁾.

Belediye katı atık üretimi 2001 ve 2002 yıllarında sırasıyla 455 ve 448 kg olarak tespit edilmiştir. Bu değer 2003 yılında 460 kg olarak artış gösterirken, 2004 yılında 411 kg'a düşmüştür ⁽¹¹⁾.

2005 yılında belediyeler tarafından ya da belediyeler adına işletilen, 18 düzenli depolama tesisi, 3 yakma tesisi ve 4 kompost tesisi olmak üzere toplam 25 atık bertaraf ve geri kazanım tesisine anket uygulanmıştır. Düzenli depolama tesislerinde 7,1 milyon ton atık bertaraf edilmiştir. Yakma

tesislerinde 30 bin ton tehlikeli atık bertaraf edilmiştir. Ayrıca yakma tesislerinden çıkan 5 586 ton kül ve cüruf düzenli depolama tesislerinde bertaraf edilmektedir. İkisi enerji geri kazanımlı olan tesislerde 11 212 MWh elektrik üretilmiştir. Kompost tesislerinde 29 bin ton kompost üretilmiştir. 2005 yılında bertaraf ve geri kazanım tesislerinde 1,6 milyon m³ çöp sızıntı suyu toplanmıştır ⁽¹²⁾.

Tablo 10.12’de 2005 yılına ait atık bertaraf ve geri kazanım tesisleri temel çevre göstergeleri yer almaktadır.

Tablo 10.12 Atık Bertaraf ve Geri Kazanım Tesisleri Temel Çevre Göstergeleri, 2005

Düzenli depolama tesisi	
Sayısı	18
Kapasitesi (bin ton)	309 513
Gelen atık miktarı (bin ton)	7 136
Tehlikeli atık miktarı (bin ton)	39
Tehlikesiz atık miktarı (bin ton)	7 097
Düzenli depolama yöntemiyle bertaraf edilen toplam atık miktarı (bin ton)	7 078
Tehlikeli atık miktarı (bin ton)	38
Tehlikesiz atık miktarı (bin ton)	7 040
Yakma tesisi	
Sayısı	3
Kapasitesi (bin ton/yıl)	44
Gelen atık miktarı (bin ton)	31
Yakma yöntemiyle bertaraf edilen toplam atık miktarı (bin ton)	30
Tesisten çıkan kül ve cüruf miktarı (bin ton)	6
Enerji geri kazanımlı tesis sayısı	2
Üretilen elektrik miktarı (MWh)	11 212
Kompost tesisi	
Sayısı	4
Kapasitesi (bin ton/yıl)	606
Gelen atık miktarı (bin ton)	339
Kompostlanan atık miktarı (bin ton)	165
Üretilen kompost miktarı (bin ton)	29
Çöp sızıntı suyu miktarı (bin m ³)	1 584
Tesis bünyesinde arıtılarak deşarj edilen çöp sızıntı suyu miktarı (bin m ³)	1 347
Tesis bünyesinde arıtılmadan deşarj edilen çöp sızıntı suyu miktarı (bin m ³)	237

Kaynak: TÜİK Haber Bülteni sayı:118, 19 Temmuz 2006

Tablo 10.12’de görüldüğü gibi atıklara ait bertaraf ve geri kazanım tesislerini sayısı oldukça yetersizdir. Bu durumu düzeltmek için gerekli çalışmalar hızla yapılmalıdır.

8 Mayıs 2003 tarih ve 25102 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 4856 sayılı Çevre ve Orman Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun’un Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü’nün görevlerinin tanımlandığı 9 uncu Maddesi’nin (c) bendi gereğince “yenilenebilir enerji kaynakları başta olmak üzere temiz enerji kullanımını desteklemek, yakıtların hava kirliliğine yol açmayacak şekilde kullanılabilmesi için gerekli önlemleri almak veya aldırarak çevreye uygun teknolojileri belirlemek ve bu maksatla, kurulacak tesislerin vasıflarını saptamak” görevi Çevre ve Orman Bakanlığı’na verilmiştir.

Öneriler:

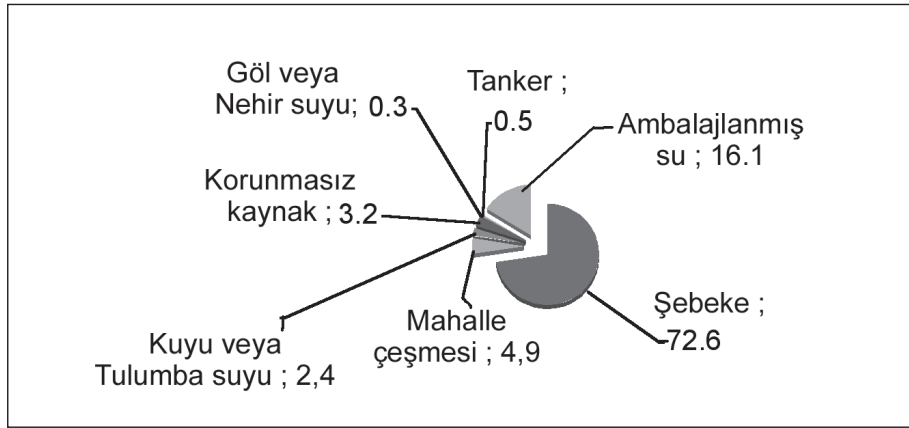
- AB uyum süreci içerisinde gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Kentsel hava kirliliğini izleyecek veri toplama istasyonları yeterli değildir. Ankara İli Ölçüm Ağı’nın tamamlanarak benzer ağlar ülke genelinde yaygınlaştırılmalıdır.
- Hava Kalitesi sonuçları ile sağlığı doğrudan etkileyen diğer çevre koşulları birlikte değerlendirilmeli, buna uygun çözümler ve planlamalar geliştirilmelidir.
- Evsel ısınma, enerji üretimi ve sanayi tesislerinde fosil kaynaklı yakıtlar yerine hızla yenilenebilir ve alternatif yakıtların (doğalgaz gibi) kullanılması yönünde hareket edilmelidir.
- Trafikte egzoz emisyon ölçümü ve denetimi özellikle kamu araçları açısından ciddi şekilde yapılmalıdır
- “Hava Kalitesinin Korunması Yönetmeliği”nin gerekli olduğu hallerde uyumlaştırmaları yapılmalıdır
- İlgili sektörler ile başta Çevre Bakanlığı başta olmak üzere yakın işbirliği sağlanmalıdır.
- Halkın bilinçlendirilmesi ve bilgilendirilmesi çalışmaları yapılmalıdır.
- Su kaynakları ile ilgili mevzuat gözden geçirilerek, kurum ve kuruluşların yetki ve sorumluluklarına açıklık ve etkililik getirilmelidir.
- Ülke içi sularda kirlenme envanteri çıkartılarak sürekli bir izleme ve değerlendirme ağı kurulmalı ve tüm noktasal kirletici kaynaklar kontrol altına alınmalı, Yaygın kirleticilerin kontrolü, denetimi ve bunların önlenmesi konusunda etkin yöntemler geliştirilmelidir.
- Yer altı ve yer üstü su kaynağı havzaları koruma altına alınarak, su kaynaklarının beslenme havzalarında yapılaşma ve sanayileşme tümüyle engellenmelidir.
- Su analizi yapan tüm laboratuvarların alt yapısı güçlendirilmeli ve bu laboratuvarlarda araç, gereç ve yöntem standardizasyonu sağlanmalıdır.
- Kullanılabilir ve basit bir veri toplama sistemi oluşturulmalıdır.
- İçme ve kullanma suyu hakkında sektörlerle işbirliği sağlanarak sürekli halkın eğitimi konusunda çalışmalar yapılmalıdır.
- Çevre kirliliğinin insan sağlığını ilgilendirdiği noktalarda ilgili kurum/ kuruluşlarla işbirliği yapılması, gerekli tedbirlerin alınması/ aldırılması sağlanmalıdır.
- Çevre sağlığı etki değerlendirme araştırma ve çalışmaları yapılmalıdır.
- Çevre sağlığı bilincinin arttırılması için eğitimler yapılmalıdır.
- Vektörlerle savaşta halk sağlığını ve ekolojik dengeyi bozmayacak pestisitlerin bilinçli ve denetim altında kullanılmasının teşvik edilmesi

10.2 İnsanlar, Yeterli Miktarda Ve Kalitede İçme Suyuna Ulaşabilmelidir;

Güvenli içme suyu, hayat boyunca tüketildiğinde sağlık üzerinde bariz bir risk göstermeyen içme suyu olarak tanımlanmaktadır ⁽¹³⁾.

Şekil 10.2’de Türkiye’deki hanelerin içme suyu kaynaklarının dağılımı görülmektedir. Buna göre hanede kullanılan içme suyunun kaynağı %72,6 şebeke suyu, %16,1 de ambalajlanmış su (cam, pet şişe suyu, damacana su) ve %4,9 oranında da mahalle çeşmesidir ⁽¹⁴⁾.

Şekil 10.2 Türkiye’de Hanelerin İçme Suyu Kaynakları



Kaynak: Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet Etkililik Çalışması Hanehalkı Araştırması Final Raporu, Ankara, 2005

DSİ tarafından, 1979 yılında 65 kalite gözlem istasyonunda başlatılan izleme çalışmaları, 2006 yılında 1150 civarında istasyonda devam etmektedir. Bu istasyonlarda yaklaşık 35 parametre ölçülmektedir. Bu gözlem çalışmaları %70 Genel, %30 İçme Suyu amaçlı olarak dağılım göstermektedir. Su kalitesi izleme çalışmalarının da bütün adımlarını bilgisayar ortamında yürütebilecek nitelikte Su Kalitesi Veri Tabanı Programı geliştirilmektedir. Bunlara ilaveten Su Kalitesi Veri Tabanı Programı ile AB mevzuatı uyumlaştırma çalışmaları paralelinde 79869AB ile değişik 75440AB direktifinin ulusal mevzuat ile uyumlaştırma çalışmaları kapsamında 20 Kasım 2005 tarihinde yayınlanmış olan 25999 sayılı İçme suyu Elde Edilen ve ya Elde Edilmesi Planlanan Yüzeysel Suların Kalitesine Dair Yönetmelik’te yer alan yüzeysel suların kalite sınıflarını belirleyen sınır değerlere göre su kaynağının sınıflandırılması hızlı bir şekilde yapılmakta ve Nisan 2005 tarihi itibarıyla yürürlüğe girmiş olan İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkındaki Yönetmelik kapsamına alınan TS266 standardına göre her parametre değerini kıyaslanarak su kaynağının içme suyu amaçlı kullanım için uygunluk bakımından değerlendirilmesi yapılmaktadır.

DSİ Genel Müdürlüğü, 1053 sayılı yasa kapsamında Bakanlar Kurulu Kararları ile yetkilendirilmesi sonucu nüfusu 100 000’i aşan şehirlere içme, kullanma ve endüstri suyu sağlanması yönünde çalışmalarını sürdürmektedir.

2000 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre merkez nüfusları yüz bini aşan 55 yerleşim birimi bulunmaktadır. 1053 sayılı Yasa’nın 1968 yılında yürürlüğe girmesinden bu yana çeşitli tarihlerdeki Bakanlar Kurulu Kararları ile nüfusu 100 000’i aşan 45 şehre içme, kullanma ve endüstri suyu sağlanması konusunda DSİ Genel Müdürlüğü yetkilendirilmiştir ⁽⁹⁾.

Bu şehirlerden 17'sinin (Ankara, Aydın, Bodrum, Bursa, Çorum, Erzurum, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kahramanmaraş, Karabük, Kars, Kilis, Mardin-Kızıltepe, Mersin, Sivas, Trabzon) içme, kullanma ve endüstri suyu temin projeleri ile Türkiye'den Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ne Su Taşınması Projesi DSİ tarafından sürdürülmektedir. Adı geçen şehirlere içme, kullanma ve endüstri suyu sağlanması yönünde master plan, fizibilite, planlama, proje ve inşaat çalışmaları çeşitli aşamalarda sürdürülmekte, inşaatı tamamlanıp hizmete alınan tesisler/sistemler ilgili belediyeye devredilmektedir.

- 1053 sayılı Yasa kapsamında DSİ Genel Müdürlüğü tarafından tamamlanan tesislerden, 2004 yılı sonu itibariyle içmesuyu standartlarına uygun kalitede, yaklaşık yılda toplam 2 502 hm 3 (2,5 milyar m³) içme, kullanma ve endüstri suyu sağlanmıştır. İnşaatları devam etmekte olan içmesuyu projeleri ile kesin projesi tamamlanan ve planlama ya da kesin proje aşaması tamamlanarak hizmete alınacak projelerden elde edilecek su miktarı ile birlikte bu miktarın toplam 5,3 milyar m³' e ulaşması planlanmaktadır.
- Bu toplama, DSİ Bölge Müdürlükleri'nce ilgili belediyeler adına açılan kuyulardan çekilen yeraltısuyu miktarı ile diğer bazı kuruluşların istekleri üzerine 1053 sayılı kanun dışında geliştirilen içmesuyu kaynaklarından sağlanan su miktarı eklenmemiştir.
- 1968 yılından bu yana toplam 1000 km değişik çaplarda beton, çelik ve CTP boru temin edilerek döşenmiştir.
- Ülkenin içme, kullanma ve endüstri suyu ihtiyacının üçte biri DSİ tarafından yapılan içmesuyu tesislerinden karşılanmaktadır.
- 2005 yılı başı itibarı ile DSİ tarafından yapılarak ilgili belediyesince işletilmekte olan 11 şehirdeki tasfiye (içme suyu arıtma) tesislerinden Avrupa Birliği standartlarında yılda toplam 2 milyar m³ içmesuyu sağlanmakta ve halka sunulmaktadır. Tasfiye sistemi DSİ'ce yapılan şehirler; Ankara, İzmir, Bursa, Gaziantep, İstanbul, Konya, Mersin, Samsun, Diyarbakır, Balıkesir ve Şanlıurfa'dır.
- Ülkemizde kişi başına düşen ortalama brüt içme ve kullanma suyu miktarı 1980'li yıllarda 98 litre/gün, 1990'lı yıllarda 192 litre/gün iken 2000'li yıllarda 210 litre/güne ulaşmıştır. 2005 yılı başı itibariyle DSİ'nin gerçekleştirdiği projeler ile 29 milyon nüfusun su ihtiyacı karşılanmış durumdadır.

Ayrıca 24 adet bölgedeki 1 090 istasyondan 4 713 su numunesi alınarak kimyasal ve fiziksel analizleri yapılmaktadır ⁽⁹⁾.

Kaynaklar:

1. T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı http://www.cevreorman.gov.tr/hava_01.htm
2. Türkiye Çevre İstatistikleri, TÜİK, 2005
3. TÜİK Haber Bülteni Sayı: 29, 27 Şubat 2007
4. TÜİK Haber Bülteni Sayı: 197, 13 Aralık 2006
5. T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı, Hava Kalitesi İzleme Ağı, Bilgi Notu, 2007
6. T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı T.C. Çevre Ve Orman Bakanlığı, Türkiye Çevre Atlası
7. T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı www.cevreorman.gov.tr/yasa/y/25687.doc
8. T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı http://www.cevreorman.gov.tr/su_02.htm
9. DSİ Genel Müdürlüğü, Resmi Yazılar, 2007
10. T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı http://www.styd-cevreorman.gov.tr/toprak_kirliligi.htm
11. TÜİK Haber Bülteni sayı:88, 30. Mayıs 2006
12. TÜİK Haber Bülteni sayı:118, 19 Temmuz 2006
13. Guidelines for Drinking-Water Quality, WHO, 2006
14. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hanehalkı Araştırması Final Raporu, Ankara, 2005

HEDEF 11: DAHA SAĞLIKLI YAŞAMAK

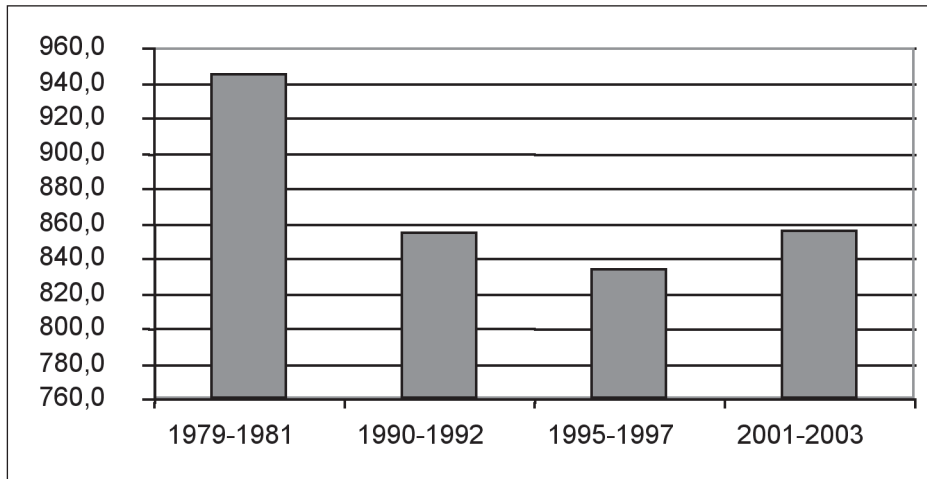
2015 yılına kadar, toplumdaki insanlar daha sağlıklı yaşam şekillerini adapte etmelidirler.

11.1 Beslenme, fiziksel aktivite ve cinsellik alanlarında daha sağlıklı alışkanlıklar artırılmalıdır;

DSÖ'ye göre; besin büyüme ve gelişme için temel girdidir. Yetersiz beslenme ve enfeksiyon arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda ortaya konulmakla birlikte, daha iyi beslenmenin daha güçlü bağışıklık sistemi daha az hastalık ve dolayısıyla daha sağlıklı bir hayat anlamına geldiği vurgulanmıştır. Sağlıklı insan daha güçlü daha üretkendir. Çocuklar da yeterli beslendikleri takdirde daha iyi eğitilebilir ve bu şekilde yoksulluk ve açlık döngüsü kırılabilir ⁽¹⁾.

Şekil 11.1'de 1979-2003 yılları arasında belirli dönemlerde yapılan araştırma sonuçlarına göre dünya genelinde yetersiz beslenen kişi sayısı grafiksel olarak sunulmuştur. Şekilde görüldüğü üzere 1979-1981 yılları arası beslenme yetersizliği olduğu düşünülen 945 milyon kişi sayısı, ilerleyen yıllarda azalma göstererek 855 milyon kişi civarına düşse de son yıllarda tekrar artış göstermektedir ⁽²⁾.

Şekil 11.1 Dünyada Yetersiz Beslenen Kişi Sayısı (1979-2003)

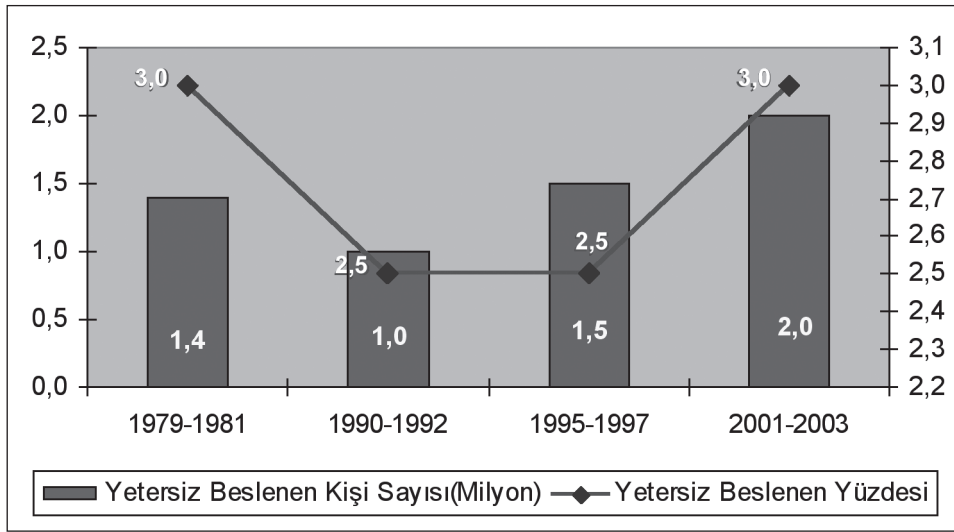


Kaynak: http://www.fao.org/statistics/yearbook/vol_1_1/xls/g03.xls

Türkiye'de durum

Şekil 11.2'de Türkiye'de yetersiz beslenen kişi sayısı ve nüfusa oranı yer almaktadır. Türkiye'de yetersiz beslenen kişi sayısına ve bu sayının nüfus içerisindeki payına baktığımızda 1979-1992 yılları arasında yetersiz beslenen kişi sayısında azalma gözlenirken 1992 yılı sonrası bu rakamda artış gözlenmiştir. DSÖ'nün yapmış olduğu çalışmalara göre Türkiye'de yetersiz beslenen kişilerin nüfusa olan oranı 2003 yılı itibarıyla % 3 tür ⁽²⁾.

Şekil 11.2 Türkiye’de Yetersiz Beslenen Kişi Sayısı ve Nüfusa Oranı



Kaynak: FAO www.fao.org/statistics/yearbook/vol_1_1/xls/g03.xls

Türkiye’de beslenmeye bağlı olarak ;0-5 yaş grubu çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, demir yetersizliği anemisi, raşitizm, okul çağı çocuk ve gençlerde; zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği anemisi, vitamin yetersizlikleri, iyot yetersizliği hastalıkları, diş çürükleri, yetişkin kadınlarda; zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları, vitamin yetersizlikleri, yaşlılarda ise beslenmeye bağlı kronik hastalıklar sık görülmektedir.

Tablo 11.1’de Türkiye’de yıllara göre çocukların beslenme durumu yer almaktadır.

Tablo 11.1 Türkiye’de Çocuklarda Beslenme Durumu (1993-2003)

Yıllar	Yaşa göre boy		Boya göre ağırlık		Yaşa göre ağırlık	
	-3 SD’nin altındaki yüzde	-2 SD’nin altındaki yüzde	-3 SD’nin altındaki yüzde	-2 SD’nin altındaki yüzde	-3 SD’nin altındaki yüzde	-2 SD’nin altındaki yüzde
1993	5,9	18,9	0,4	3,0	1,8	9,5
1998	6,1	16,0	0,4	1,9	1,4	8,3
2003	3,6	12,2	0,3	0,7	0,6	3,9

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, 1998 ve 2003

Tablo 11.1’de görüldüğü üzere; beş yaşın altındaki her 8 çocuktan birisinin bodur (yaşına göre kısa) olduğu tespit edilmiştir. Kronik beslenme yetersizliğinin bir göstergesi olan, beş yaş altı çocuklar içindeki yaşlarına göre daha kısa boylu (bodur) olanların oranı %18,9 iken 2003 TNSA’da bu oranın %12,2’ye gerilediği gözlemlenmektedir. Beş yaşın altındaki çocukların yüzde birinden daha azının boya-göre ağırlık Z-skorları -2SD’in altındadır. Yaşa-göre-ağırlık endeksine göre ise beş yaşın altındaki çocukların yüzde 4’ünün düşük kilolu olduğu bulunmuştur. Bebeklerde düşük doğum ağırlığı (<2500 gram) ile doğum oranı 1993 yılında %9,5 iken 2003 yılında %3,9’a gerilemiştir ⁽³⁾.

Obezite

Kilo fazlası ve obezite sağlığa zarar veren anormal yada gereğinden fazla kilo birikimi olarak tanımlanır. DSÖ'nün yapmış olduğu en son projeksiyon çalışmaları göstermiştir ki, dünya üzerinde yaklaşık olarak 1.6 milyar insan aşırı kiloludur. Aşırı kilolu olarak düşünülen insanların is en az 400 milyonu obez sınıfına girmektedir. Yapılan bu projeksiyon çalışmalarına göre 2015 yılı itibariyle yaklaşık olarak 2.3 milyar insan aşırı kilolu ve 700 milyondan fazla insan ise obez olacaktır. Dünya genelinde yaşayan beş yaş altı çocuklar içerisinde 2005 yılı itibariyle 20 milyon çocuk aşırı kiloludur. Daha çok yüksek gelirli ülkelerin problemi olarak düşünülen aşırı kilo ve obezite şaşırtıcı şekilde düşük ve orta gelirli ülkelerde de görülmeye başlamıştır ⁽⁴⁾.

Ülkemizde bildirim sisteminde obezite ile ilgili veri sağlanması çalışması yeni yapıldığı için şu an bildirim sisteminden veri elde edilememektedir. Konuyla ilgili veriler yapılan çalışmalardan alınabilmektedir. Buna göre; Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2000 yılı değerlendirmesinde obezite sıklığının kadınlarda %43,0, erkeklerde %21,1'e yükseldiği bildirilmiştir. 15-49 yaş grubu evli kadınlarda obezite oranı 1998 yılında %18.8 ve 2003 yılında %22,7 olarak bulunmuştur (TNSA-1998-2003). Beyana dayalı olarak 18 yaş üstü cevaplayıcıların obezite oranı toplamda %12,02, kadınlarda %14,49 ve erkeklerde %9,70 olarak bulunmuştur (Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 Temel Bulgular). 2004 yılı "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" araştırma raporunda ise obezite oranı toplamda %35, erkeklerde %21,2 iken kadınlarda % 41,5 olarak rapor edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı) ⁽⁵⁾.

Obezite epidemisinin sağlık ekonomileri ve kalkınma üzerinde giderek artan olumsuz etkisini ele almak amacıyla İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'nın ev sahipliğinde 15-17 Kasım 2006 tarihleri arasında , Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı düzenlenmiştir. Katılan Bakanlar ve delegeler, Avrupa Obezite ile Mücadele Taslak Şartı'nı kabul etmiştir. Mevcut şartı geliştirme sürecine diyalog ve danışma toplantıları aracılığıyla farklı devlet sektörleri, uluslararası kuruluşlar, uzmanlar, sivil toplum ve özel sektör katılmıştır. Konferansa iştirak eden tüm katılımcılara obeziteye karşı daha güçlü eylem belirlenmesi hususunda çağrıda bulunulmuş ve bu hususta liderliğin DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından sağlanacağı kabul edilmiştir ⁽⁶⁾.

Sebze Meyve Tüketimi

Sağlıklı beslenmenin önemli bileşenlerinden bir tanesi de sebze ve meyve tüketimidir. Günlük olarak tüketilen sebze/meyve kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi bir çok önemli hastalığın önlenmesine katkıda bulunmaktadır.

DSÖ'nün yapmış olduğu çalışma raporlarına göre günde en az 400 gr sebze ve meyve tüketmesi tavsiye edilmektedir. Bu sayede kronik hastalıkların bir çoğundan korunma sağlanabilir. DSÖ ülkelere fiziksel aktivite ve beslenme stratejilerini belirlerken muhakkak sebze ve meyve tüketiminin artırılmasını önermektedir.

Türkiye'nin sebze ve meyve tüketimine baktığımızda DSÖ tarafından önerilen miktarın altında bir rakamın tüketildiğini görmekteyiz. Türkiye'de toplam olarak kişi başı 71.8 kg meyve ve 68.8 kg sebze tüketilmektedir⁽⁶⁾. Bu rakamı günlük olarak hesapladığımızda Türkiye'de günlük tüketilen toplam sebze ve meyve miktarı 385 gramdır.

Tablo 11.2'de 2003 yılı itibariyle Türkiye'de yaşayan insanların fiziksel aktivite durumunun yaş, cinsiyet ve bölgesel dağılımları verilmiştir.

Tablo 11.2 18 Yaş ve Üstü Cevaplayıcıların Fiziksel Aktivite Durumlarının Yerleşim Yeri, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Türkiye Toplamına Göre Dağılımı

	0 dakika/hafta %	1-149 dakika /hafta %	>= 150 dakika /hafta %
<u>Yerleşim Yeri</u>			
Kent	20,58	16,40	63,02
Kır	19,95	15,41	64,64
Toplam	20,32	15,99	63,69
<u>Cinsiyet</u>			
Erkek	15,88	12,99	71,12
Kadın	23,64	18,24	58,12
Toplam	20,32	15,99	63,69
<u>Yaş Grupları</u>			
18-24	15,09	13,98	70,94
25-34	18,89	14,43	66,67
35-44	18,50	14,45	67,04
45-54	18,96	17,25	63,79
55-64	23,89	19,72	56,39
65+	39,82	23,10	37,09
Toplam	20,32	15,99	63,69

Kaynak: Ulusal Hane Halkı Araştırması, 2003 Temel Bulgular, Ankara, 2006

DSÖ haftada 150 dk dan daha az süre gerçekleştirilen aktiviteler toplamını yetersiz olarak tanımlamaktadır. Buradan hareketle Türkiye’ de yaşayan insanların % 63,69’ u yeterli fiziksel aktivite yapmaktadır. Yaş ilerledikçe yapılan fiziksel aktivitede azalma gözlenmektedir ⁽⁷⁾.

Daha sağlıklı yaşam için fiziksel aktivite ve yeterli beslenmenin yanı sıra cinsel konularda da daha sağlıklı alışkanlıklar edinilmesi şarttır. DSÖ’ye göre sağlıklı cinselliğin tanımı, “yalnızca herhangi bir hastalığın olmaması, fonksiyon bozukluğun bulunmaması ya da zayıflığın olmaması değil aynı zaman da cinsel ilişkiden bedensel olduğu kadar, ruhsal ve duygusal bir haz ve doygunluk elde etmesi” olarak tanımlanmıştır.

Türkiye’de 24-25 yaş grubundaki kadınlar için ortalama evlenme yaşı 20’dir. Son yirmi yıl içinde ilk evlenme yaşında 2 yıllık bir artış gerçekleşmiştir. Türkiye’de çok genç yaşlarda evlenme davranışında da önemli bir değişim görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre 15-19 yaş grubundaki kadınların yüzde 12’si evlidir. Aynı çalışmaya göre Türkiye’de kadınların ilk doğurganlık deneyimlerini yirmili yaşlarda yaşadıklarını göstermektedir. Doğurganlığın yaş dağılımına bakıldığında ise Türkiye’de bir kadın ortalama 25 yaşında bir çocuğa, 30 yaşında ise iki çocuğa sahip olmaktadır. 15-19 yaş evli kadınlarda modern yöntem kullanma yüzdesi 33,7’dir. Modern yöntemler içinde kondom kullanımı yüzde 20,9, hap kullanımı yüzde 12,8, rahim içi araç uygulaması yüzde 8,1 sıklıkta kullanılmaktadır. 15-19 yaş evli kadınların yüzde 54,2’si ise geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemini uygulamaktadır ⁽³⁾.

Sağlıklı Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlıklı Cinsellik İçin Yürütülen Programlar

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen programlar ilişiktir:

- Toplumun Beslenme Konusunda Bilinçlendirilmesi Programı
- Sporcuların Beslenmesi ve Sağlık Durumlarının Geliştirilmesi Programı
- Ergenlerde Sağlıklı Beslenme, Hareketli Yaşam ve Obezitenin Önlenmesi Programı
- Sağlık İçin Sağlıklı Süt İçin Programı
- Yaşlıların Beslenmesi ve Sağlık Durumlarının İyileştirilmesi Programı
- Beslenme ve Gıda Danışma Komitesi- Çalışma Grupları
- Sağlıklı Beslenme Anketleri
- Hareketli Yaşam ve Sağlık Etkinlikleri
- Sağlıklı Beslenme İle İlgili Eğitim Materyallerinin Hazırlanması
- Evlilik Öncesi Danışma Hizmetleri
- HIV Test Danışmanlığı Hizmetleri
- Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı
- Türkiye Üreme Sağlığı Programı, CYBE/HIV/AIDS Sürveyansının Güçlendirilmesi Projesi
- HIV Önleme ve Tedavi Hizmetlerinin Güney Doğu Avrupa Bölgesi'nde Geliştirilmesi Projesi
- HIV/AIDS Alanında Savunmasız Toplulukların İnsani Hakları Projesi ⁽⁹⁾.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen programlar ilişiktir:

- Türkiye Üreme Sağlığı Programı
- Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi

Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Cinsellik Alanlarında Daha Sağlıklı Alışkanlıkların Artırılması İçin Öneriler:

- Mevcut durumun saptanmasına yardımcı olacak ulusal düzeyde beslenme ve sağlık araştırmalarının yapılması ve bunların düzenli olarak tekrarlanması,
- Ülkemizin beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık durumunu ortaya koyacak araştırmaların yapılmasının sağlanması,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında beslenme ve fiziksel aktivite konularında rutin izleme programlarının oluşturulması,
- Medya aracılığı ile topluma olumlu mesajlar iletilmesinin sağlanması,
- Risk gruplarına yönelik sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite rehberlerinin oluşturulması,

- Eğitim ve hizmet veren birimlerde çalışan personelin, beslenme ve fiziksel aktivite konularında eğitilmesi,
- Beslenme ve fiziksel aktivite konularında sektörler arası işbirliğinin geliştirilmesi,
- Beş yıllık dönemler için Ulusal Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Plan ve Politikalarının ve Eylem Planının oluşturulmasıdır.

11.2 Güvenli Ve Sağlıklı Gıdaların Bulunabilmesi, Alınabilmesi Ve Erişilebilirliğinin Sağlanması Arttırılmalıdır.

İnsanın sağlıklı ve güvenli besine ulaşarak yaşamını sürdürmesi temel hakkıdır. Güvenli beslenme insan sağlığına, üretkenliğine katkıda bulunarak gelişme ve yoksulluğun önlenmesi için de bir altyapı oluşturur. Toplumun mikrobik patojenlerle kirlenmiş ya da potansiyel tehlike arz eden kimyasal maddeler içeren besinlere karşı talep artmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde görülen besin kaynaklı hastalanma vakaları her yıl nüfusun 1/3'ünde görülmektedir ⁽¹⁾.

05.06.2004 tarihinde yürürlüğe giren “5179 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname’nin Değiştirilerek Kabulü Hakkındaki Kanun” çerçevesinde gıda ve gıda ile temasta bulunan madde ve malzemeleri üreten, üreten/satan, satan ve toplu tüketime sunan iş yerlerinin kontrol ve denetimleri Tarım ve Köy işleri Bakanlığı’nın yetki ve sorumluluğu altındadır. Gıda kontrol ve denetimleri, gıda üretim yeri, gıda satış yeri ve toplu tüketim yerlerine yönelik olarak her İl Tarım Müdürlüğü tarafından gıda maddesinin taşıdığı riskle orantılı ve uygun sıklıkta olmak üzere Yıllık Kontrol Programı dahilinde ve AB yaklaşımları da dikkate alınarak Tarım ve Köy işleri Bakanlığı’nın risk esasına göre belirli ürün gruplarında yıllık olarak hazırlanan İzleme ve Denetim Programları çerçevesinde yapılmaktadır. Yapılan kontrol ve denetimlerde Türk Gıda Kodeksine uygun güvenli gıda üretiminin sağlanması ve gıda işyerlerinin teknik ve hijyenik koşullarının mevzuata uygunluğu değerlendirilmektedir. Tablo 11.3’de Tarım ve Köy İşleri Bakanlığının, Beslenme ve Gıda Danışma Komitesi- Çalışma Grupları’nın gıda üretim ve satış yerleri ile toplu tüketim yerlerinde gerçekleştirmiş oldukları denetim sonuçları görülmektedir ⁽¹⁰⁾.

Tablo 11.3 Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Genel Gıda Denetim Sonuçları (2002-2006)

Yıl	TOPLAM		
	Denetim Sayısı	İdari Para Cezası Verilen	Savcılığa İntikal Eden
2002	39646	1544	551
2003	40558	1192	503
2004	190829	1390	536
2005	326462	4894	388
2006	274631	5677	563

Kaynak: Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı 2006

Yürütülen Programlar

- Toplumun Beslenme Konusunda Bilinçlendirilmesi Programı
- Sağlık İçin Sağlıklı Süt İçin Programı ⁽⁸⁾

Kaynaklar:

1. <http://www.who.int/nutrition/en/>.
2. http://www.fao.org/statistics/yearbook/vol_1_1/xls/g03.xls
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003.
4. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
5. Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, T.C. Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007.
6. Avrupa Obezite ile Mücadele Şartı Kasım 2006 İstanbul
7. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hanehalkı Araştırması Final Raporu, Ankara, 2005
8. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005
9. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007
10. <http://www.tarim.gov.tr/arayuz/10/menu.asp>

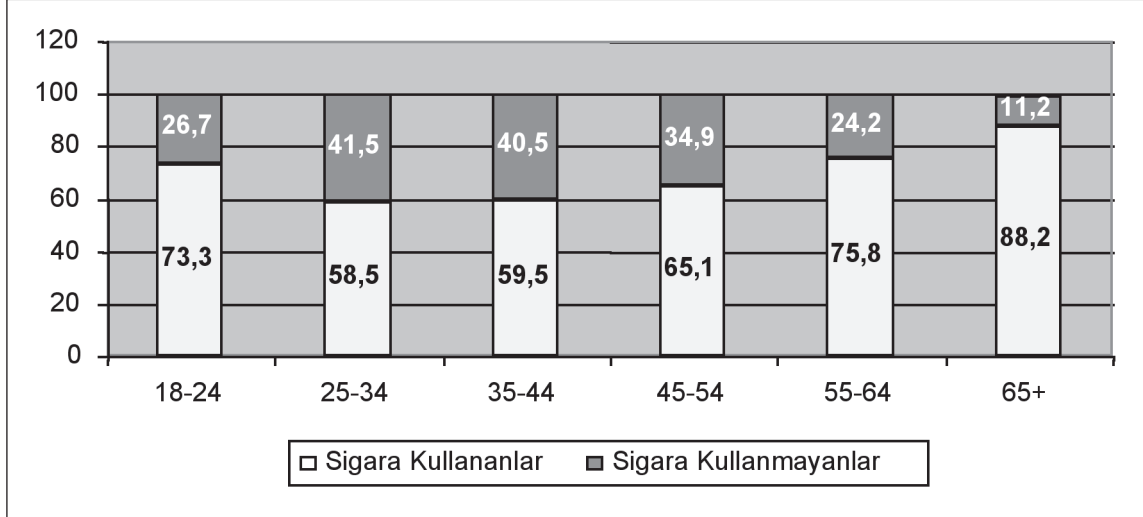
HEDEF 12. ALKOL, MADDE VE TÜTÜNÜN ZARARLARINI AZALTMAK

2015 yılına kadar, bağımlılık yapan tütün, alkol ve psikoaktif ilaç tüketiminin olumsuz sağlık etkileri bütün Üye Ülkelerde azaltılmalıdır.

12.1 Bütün Ülkelerde, 15 Yaş Üstünde Sigara İçmeyenlerin Oranı En Az %80 ve 15 Yaş Altında İse %100'e Yakın Olmalıdır;

Yapılan çeşitli araştırmalar, ülkemizde 18 yaş ve üzeri nüfusun % 32,8'inin (erkeklerin % 51,08'i, kadınların % 17,81'i) sigara içtiğini göstermektedir ⁽¹⁾. TÜİK'in 2006 yılında yapmış olduğu Aile Yapısı Araştırması sonuçlarına göre ise Türkiye genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %33,4'ü sigara kullanmakta olup bu veriler daha önce yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Bu verilere göre sigarayla mücadele için uygulanan yöntemler, yapılan çalışmalar ve alınan önlemler amacına ulaşmamış sigara tüketiminde %0,6'lık bir artış kaydedilmiştir. Yaş gruplarına göre tütün mamulleri kullanma durumu incelendiğinde, 18-24 yaş grubundakilerin %26,7'sinin, 25-34 yaş grubundakilerin 41,5'inin, 35-44 yaş grubundakilerin ise %40,5'inin her gün tütün mamulü kullandıkları saptanmıştır. Yaş gruplarına göre tütün mamulleri kullanma ya da sigara içme durumu incelendiğinde, her gün tütün mamulü kullanan ya da sigara içenlerin oranlarının 25-34 ile 35- 44 gibi orta yaş gruplarında en yüksek düzeylere ulaştığı görülmektedir⁽²⁾.

Şekil 12.1 Türkiye’de Sigara Kullanım Sıklığının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (2006)



Kaynak: Aile Yapısı Araştırması, TÜİK, 2006

Yürütülen Programlar:

- Tütün kullanımının giderek artmasına, dünya çapında sağlığa olan tehdidine ve tütün şirketleri tarafından gelişmekte olan ülkelerde pazar oluşturma stratejilerine karşı geliştirilen ve dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi”, 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre’de DSÖ’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilmiştir.

- Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, 28 Nisan 2004 tarihinde imzalanmış ve 25 Kasım 2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nce kabul edilerek, 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.
- 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun 07/11/1996 tarihinde çıkarılmıştır. Bu kanuna göre:
 - Kişileri tütün ve tütün malullerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirler alınması,
 - Beş veya beşten fazla kişinin görev yaptığı kapalı mekanlarda tütün ve tütün mamullerinin içilmesinin yasaklanması,
 - Onsekiz yaşından küçüklere tütün ve tütün mamulleri satışının yapılmasının yasaklanması.
 - Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ve özel televizyon kurumları tarafından ayda en az doksan dakika tütün ve tütün mamulleri alışkanlığının zararları konusunda uyarıcı ve eğitici mahiyette yayınlar yapılması sağlanmıştır.
 - Bu Kanunun hükümlerine aykırı hareket edenlere on milyon liradan beşyüz milyon liraya kadar adli para cezası verilmesi konularında yaptırımlar uygulanmıştır.

12.2 Bütün Ülkelerde, Kişi Başı Alkol Tüketimi Artmamalı, 6 Litre/Yılı Aşmamalı ve 15 Yaş Altında Sıfıra Yakın Olmalıdır;

Alkol

Yapılan araştırmalarda Türkiye nüfusunun %19,09'unun hayatlarının bir döneminde alkol kullandığı, % 80,1'inin ise hiç alkol kullanmadığı ortaya konmuştur ⁽²⁾. Tablo 12.1'de DSÖ'nün yapmış olduğu analizler sonrası cinsiyet, yerleşim yeri ve yaş gruplarına göre alkol içme prevalanslarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 12.1 Türkiye’de Alkol İçme Prevalanslarının Cinsiyet, Yerleşim Yeri ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	Hiç içmemiş	Az içen	Sık değil ama çok içen*	Sık ve çok içen**	Atlanmış	Cevaplayıcı Sayısı
	%	%	%	%	%	%
Cinsiyet						
Erkek	64,8	32,9	1,5	0,7	0,2	4,892
Kadın	92,0	7,6	0,1	0,0	0,4	6,327
Atlanmış						1
Yerleşim Yeri						
Kent	80,6	18,2	0,7	0,2	0,3	6,945
Kır	79,3	19,3	0,6	0,5	0,3	4,275
Atlanmış						0
Yaş Grubu						
18-29	81,5	17,2	0,8	0,2	0,3	3,094
30-44	79,0	19,6	1,0	0,2	0,2	3,755
45-59	77,7	21,1	0,3	0,5	0,4	2,600
60-69	83,4	15,8	0,6	0,0	0,2	1,015
70-79	82,9	16,1	0,0	0,7	0,3	624
80+	85,5	12,6	0,0	0,0	1,9	107
Atlanmış						26
Toplam	80,1	18,6	0,7	0,3	0,3	11,220

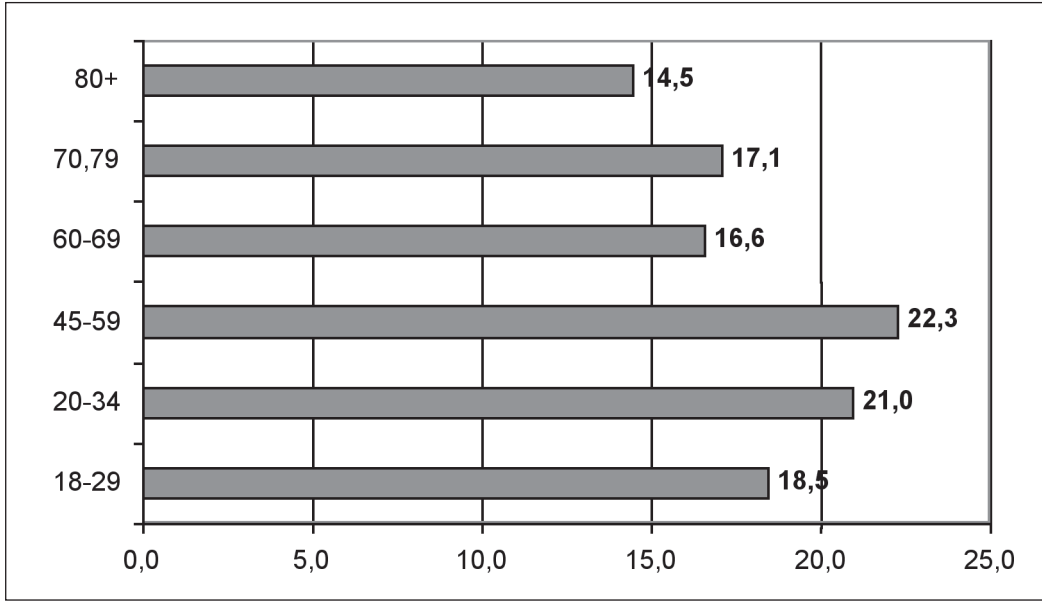
*Sık değil ama çok içen: haftada 1-2 gün 5 ya da daha fazla standart içki (son 7 gün)
 **Sık ve çok içen: haftada 3 ya da daha fazla gün 5 ya da daha fazla standart içki (son 7 gün)

Kaynak: DSÖ Dünya Sağlık Araştırması Ülke Raporu

Tabloda da görüldüğü gibi erkeklerle kıyaslandığında (%64,8) kadınların hayat boyu hiç alkol içmeme oranı (%92,0) daha fazladır.

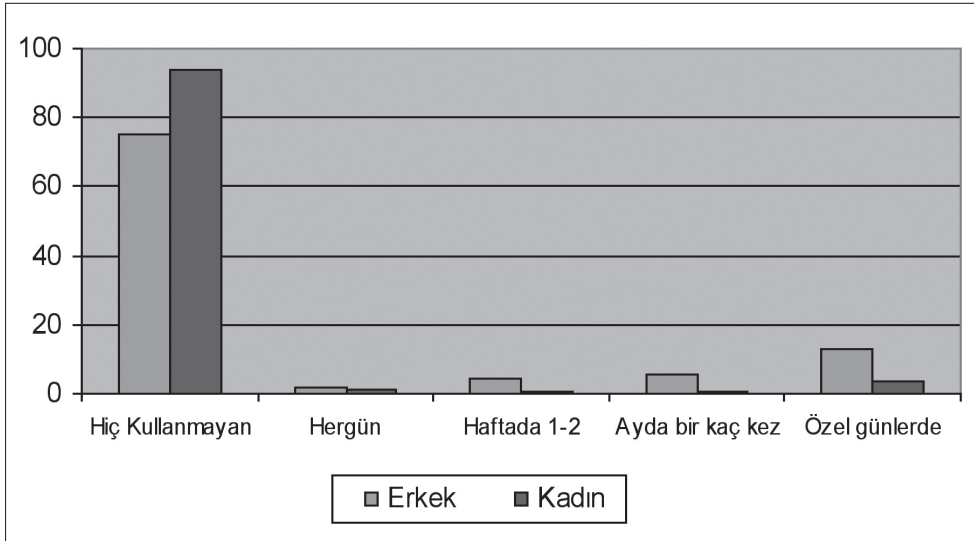
Sık ve çok miktarda alkol içicilerin yüzdesi kırsal alanda %0,5 iken kentsel alanda %0,2 ile daha azdır. Ayrıca, hayatları boyunca hiç alkol içmeyen cevaplayıcıların oranı kentsel alanda (%80,6) kırsal alana (%79,3) göre daha fazladır. Tüm cevaplayıcılar incelendiğinde ise hayatları boyunca hiç alkol içmeyenlerin %80,1 ile en yüksek orana sahip oldukları görülmektedir.

Şekil 12.2’de yaş aralıklarına göre alkol kullanım sıklıkları verilmiştir.

Şekil 12.2 Türkiye’de Alkol Kullanım Sıklığının Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Kaynak: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hanehalkı Araştırması Final Raporu, Ankara, 2005

Cinsiyete göre alkol tüketimine baktığımızda erkek nüfusunun %34,12’si, kadın nüfusunun ise %7,87’si alkol kullanmaktadır ⁽³⁾. Şekil 12.3’de 2006 yılında TÜİK tarafından yapılan Aile Yapısı Araştırması’na göre Türkiye’de kadınların % 93,5’i, erkeklerin ise %75,2’si hiç alkol kullanmadıklarını belirtmiştir ⁽²⁾.

Şekil 12.3 Türkiye’de Cinsiyete Göre Alkol Kullanım Alışkanlığı (2006)

Kaynak: Aile Yapısı Araştırması, TÜİK, 2006

Tüketilen alkollü içeceklerin içerdikleri alkol miktarı birbirinden farklı olduğu için aralarında derecelendirme yapılarak mutlak alkol değerine ulaşılmaktadır. Bu durumda Türkiye’de yılda tüketilen mutlak alkol miktarı 66.999.775 litredir. Yurt dışından ithal edilen mutlak alkol miktarı ise 1.734.938 litredir ⁽⁴⁾.

Anılan rakamlar üzerinden yapılan hesaplama göre ise Türkiye’de 2006 yılı için 15 yaş üzeri miktarı kişi başına alkol tüketimi 1.31 lt/yıl’dır.

Alkol tüketimi için konulan “Alkol tüketimi 6 litre/yılı aşmamalı” hedefi ülkemiz için sağlanmış durumdadır.

12.3 Bütün Ülkelerde, Kanunsuz Psikoaktif İlaç Tüketimi En Az %25 Ve Mortalite İse En Az %50 Azaltılmalıdır,

Dünya geneline baktığımızda ülkemizde kullanılan uyuşturucu madde miktarı diğer ülkelere göre oldukça düşük düzeydedir. Fakat ülkemizin coğrafi konumu itibariyle, Asya ve Avrupa kıtalarını birbirine bağlayan bir köprü olması, uyuşturucu maddelerin hemen hemen her türünden az veya çok etkilenmesine neden olmaktadır.

Tablo 12.2 Türkiye’de Meydana Gelen Uyuşturucu Madde Yakalama Olayları (2005)

Madde Cinsi	Olay Sayısı	Şüpheli Sayısı	Madde Miktarı	
			Adet	Kilogram
Esrar	4192	8071		6003
Eroin	533	1278		6664
Bazmorfin	2	7		141
Afyon	29	46		34
Kokain	124	456		40
Asetik Anhidrit	1	1		1691
Sentetik Ecza	167	236	15123	
Captagon	25	90	5760819	
Ecstasy	641	1794	1282750	
Toplam	5714	11979		

Kaynak: www.emniyet.gov.tr

Yürütülen Programlar:

Türkiye’de uyuşturucu madde kullanımını azaltmak için alınan koruma önlemleri üç sınıfa ayrılmıştır. Bunlar, okul aile 15-24 yaşa odaklı eğitim programları, yerel bölgesel ve ulusal örgütlenmeleri içeren birincil koruma önlemleri, alkol-madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyonlarını içeren detoks sonrası bireysel ve grup terapi programları, aile tedavileri, sosyal danışmanlık iş bulma, kendine yardım grupları gibi çok sayıda tedavi seçeneklerini içeren ikincil koruma önlemleri, madde bağımlısı olup da tedaviyi kabul etmeyenleri ve onların çevresindekilerle toplumu olası zararlardan korumaya yönelik programları içeren üçüncül koruma önlemleridir ⁽⁵⁾.

- Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı bünyesinde, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme ve Önleme Merkezi (TUBİM) kurularak faaliyetlerine başlamıştır.
- Türkiye’nin Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA) çalışmalarına etkili şekilde katılmasını sağlamak ve veri toplama sistemini (National Action Plan on Drug Information System - NAPDIS) geliştirmek amacıyla, EMCDDA ile Türkiye arasında 2006 Haziran ayında 18 ay süreli “PHARE Projesi” başlamıştır.
- Uyuşturucuda hem arz hem de talep boyutunu ele alan bir ulusal strateji, TUBİM tarafından, ilgili tüm kurumların desteği ve işbirliği ile hazırlanmış 20.11.2006 tarihinde Başbakanlık Makamı tarafından onaylanarak yürürlüğe girmiştir.
- Bağımlılık yapıcı maddeler ile farklı boyutlarda mücadele eden kurumların işbirliğinin önemi nedeniyle ilgili kurumlar ile yapılacak çalışmalarda doğrudan iletişimin sağlanabilmesi ve gerekli yönlendirmenin yapılabilmesi amacıyla ilgili kurum görevlilerinden oluşan “Kurumsal Temas Noktaları” tespit edilmiştir.
- TUBİM, madde ve bağımlılığı ile mücadele kapsamında çok yönlü ve kapsamlı stratejisini, bireyi maddeden uzaklaştırma (Talep Azaltımı), maddeyi bireyden uzaklaştırma (Arz Azaltımı) faaliyetlerini, kurumsal ve il temas noktalarının katkısı ve eşgüdümü ile tedavi ve rehabilitasyon aşamalarını içine alacak şekilde sürdürmektedir.
- Etkili mücadele için ulusal kapasite tespiti oldukça önemlidir. Tüm kurumların kapasitelerini ve ülkemizde yaşanan sorunun boyutunu tüm yönleriyle ele alan “Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık ile Mücadele 2006 Yılı Ulusal Raporu” bu yıl ilk defa hazırlanmış ve son şeklini almıştır.

Alkol, madde ve tütünün zararlarını azaltmak için öneriler;

- Uyuşturucu ile mücadele eylem planının tam olarak uygulanması
- Konunun ulusal öncelikler arasında yer aldığının sektörlere anlatılarak sektörler arası işbirliğinin sağlanması,
- Konuyla ilgili uzman kişiler tarafından yasal düzenlemeler yapılarak arzın azaltılması
- Gençlik Spor Genel Müdürlüğü ve Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yeni tesisler kurularak gençlerin faaliyet alanlarının artırılmasıdır.

Kaynaklar:

1. *Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005*
2. *Aile Yapısı Araştırması, TÜİK, 2006*
3. *DSÖ Dünya Sağlık Araştırması Ülke Raporu*
4. *Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hanehalkı Araştırması Final Raporu, Ankara, 2005*
5. http://www.tapdk.gov.tr/alkol/istatistik/alkollu_icki_piyasa_arz_2006.htm

HEDEF 13: SAĞLIKLI ÇEVRELER

2015 yılına kadar, Bölgedeki insanlar, evde, okulda, iş yerinde ve yaşadıkları ortamlarda sağlıklı fiziksel ve sosyal çevrelerde yaşama fırsatlarına daha fazla sahip olmalıdırlar.

13.1 Sağlığı Koruyucu Ve İyileştirici Ailesel ve Bireysel Becerilerin Arttırılması Yoluyla, Ev Çevresinin Güvenliği Ve Kalitesi Geliştirilmeli ve Fiziki Ev Çevresinde Sağlığı Tehlikeye Atan Durumlar Azaltılmalıdır.

Ev, bir toplumsal grup çekirdeği olan ailenin bir araya gelerek sağlık sorunlarını tartışması, destekleyici ve sağlıklı yaşam şekli gibi konular üzerinde hemfikir olması gereken yerdir/ mekandır. Aynı zamanda ev, insanların zamanlarının çoğunu geçirdiği fiziksel bir mekandır ve sağlık açısından da yararlı olmalıdır. Ev standartları ve inşaat yönetmelikleri güvenli ve uygun materyallerin, doğru inşaat tekniklerinin kullanılmasını sağlamalıdır: yeterli aydınlatma, temiz su, hijyen koşulları, ısıtma ve havalandırma sistemleri, doğal nedenlerden kaynaklanan hasara karşı direnç, gürültüden uzaklık ile ısıtma, aydınlatma ve yemek pişirme için güvenli ve sürekli enerji desteği gibi.

Ev politikaları, kentsel-kırsal alan planlaması açısından da daha geniş bir bağlamda düşünülmeli ve ev stoklarının iyileştirilmesi, kırsal-kentsel alan dengesinin korunması, mahrumiyet bölgelerinin azaltılması gibi konulara da özen göstermelidir. Yeterli sağlık ve refah hizmetleri, kamu taşımacılığı, alışveriş tesisleri ve rekreasyonel imkanlar, etkin gürültü ve kirlilik kontrolü de sağlıklı bir ev ortamı/çevresi için vazgeçilmezdir. Politikalar evini kaybetme riskini taşıyan insanları da özel olarak korumalıdır ⁽¹⁾.

Evlerin sağlıklı ve güvenli olması için mevzuatlarla çeşitli düzenlemeler yapılmaktadır. Burada Ankara Büyükşehir Belediyesi İmar Yönetmeliği'nde yer alan düzenlemeler ele alınmıştır. Ankara Büyükşehir Belediyesi İmar Yönetmeliği'ne göre:

Madde 1- Bu Yönetmeliğin amacı; Ankara Büyükşehir Belediyesi Belediye ve Mücavir Alan Sınırları içindeki yerleşme yerleri ile yapılaşmaların İmar Yasası, imar planları ve ilgili mevzuat hükümleri ile sosyal ve teknik altyapı, fen, sağlık ve sürdürülebilir çevre şartlarına uygun teşekkülünü sağlamaktır.

Ankara Büyükşehir Belediyesi sorumluluk sınırları içerisinde şehrin estetiğine, tarihi ve doğal değerlerine zarar verecek nitelikte, imar planlarına ve yönetmeliklerine aykırı yapı yapılamaz.

Madde 8- 1) Kamusal, sosyal ve kültürel alt yapı alanlarında yapılacak tüm yapı, tesis ve açık alan düzenlemeleri, özürülülerin de ulaşımını ve kullanımını sağlamak amacı ile Türk Standartları Enstitüsü (TSE) standartlarına uygun olarak yapılır.

Madde12- 1) Büyükşehir Belediyesi yapıların estetiği ile ilgili kurallar getirmeye; mahallin ve çevrenin özelliklerine göre yapılar arasında uyum sağlamak, güzel bir görünüm elde etmek amacıyla dış cephe şeklini boya ve kaplamaları ile çatısının malzemesini ve rengini tayin etmeye yetkilidir.

Madde 48 - Konutlarda iskan edilen katların temiz iç yüksekliği (2,40) metreden az olamaz.

Madde 49- 1) En Az Merdiven Genişlikleri

Konutlarda;

Bir aileye ait konutlardaki dahili merdivenlerin genişliği (1,00) metreden,

Birden fazla ailenin oturduğu konutlardaki ortak (genel) merdivenlerin genişliği ise (1,20) metreden az olamaz.

Yangın Önlemleri ve Kaçış Merdivenleri

İçişleri Bakanlığı ile Bayındırlık ve İskan Bakanlığı'na hazırlanarak 26.07.2002 tarih, 24827 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik " hükümleri geçerlidir.

Kaçış Merdiveni (Yangın Merdiveni) Yapılması Zorunlu Binalar

Tek evler, ikiz evler, sıra evler gibi özel yapılar ve tek bir kullanıma hizmet veren yapılar hariç, kat sınırlamasına bakılmaksızın tüm umumi binalar ile diğer binalarda kaçış merdiveni yapılması zorunludur.

Madde 52 – 1) Baca Yapma Zorunluluğu

a-Merkezi ısıtmalı binaların konut olarak kullanılan bağımsız bölümlerinde mutfak ve banyo dışında kalan en az bir odasında/bölümünde ve konut dışı amaçlı düzenlenen her bağımsız bölümünde ve umumi binaların her katında en az bir baca yapılması zorunludur.

Madde 56- Korkuluk ve Parapet Yapılacak Yerler

a-Hertürlü yapıda, balkon ve terasların etrafında, (5)'den fazla basamaklı açık merdivenlerde veya bu durumdaki rampalarda, istinat duvarları üzerinde, her ne sebeple olursa olsun evvelce ön bahçeleri veya kaldırım seviyesine göre (0,50) metreden daha aşağıda teşekkül etmiş parsellerde yol kenarına bahçe duvarı yapılmadığı takdirde korkuluk / parapet yapılması zorunludur.

Madde 57- Umumi binalar, sağlık ve eğitim tesisleri, oteller, içinde patlayıcı madde bulundurulan binalar ile yüksek bina ve tesislere Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik gereği paratoner konulması mecburidir.

Madde 58-1) Konutlarda

a-Zorunlu Odalar / Bölümler

Her bağımsız konutta en az (1) oturma odası, (1) mutfak veya mutfak nişi, (1) yıkanma yeri ve yıkanma yeri ile birlikte de düzenlenebilecek (1) helâ bulunması zorunludur.

Madde 63-2) Enkaz, Birikinti, Gürültü ve Duman İçin Tedbirler

Arsalarda, yapılarda ve diğer yerlerde kamunun sağlık ve huzurunu bozan veya şehircilik estetik ya da trafik bakımından mahzurlu görülen enkaz veya birikintiler, gürültü veya duman oluşturan tesisler, özel mecra, lağım, çukur, kuyu, mağara ve benzerleri mal sahipleri tarafından ıslah edilerek bunlara ait mahzurlar giderilecektir. Ayrıca, bu mahzurların oluşmaması için gerekli tedbirlerin alınması zorunludur.

5) Yıkılacak Derecede Tehlikeli Olan Yapılar

Yapıların bakımsızlık, yangın, su baskını, deprem veya çeşitli nedenlerle yıkılacak derecede tehlikeli bir durum alması sonucu İlgili Belediyesinde bu yerin kısmen veya tamamen yıkılacak derecede olduğu teknik bir raporla tespit edilerek mal sahiplerine tehlikenin giderilmesi hususunda en çok (10) gün içinde tebligat yapılır.

Madde 89-1) Tehlikeli ve Ağaçlandırılacak Alanlar

Taşkın, heyelan ve kaya düşmesi gibi afet alanlarında bulunan; sıhhi ve jeolojik mahzurları olan veya bunlar gibi tehlikeli durumlar arz etmesi yüzünden imar planlarına veya ilgili idarelerce hazırlanmış veya onaylanmış raporlara göre yapı yapılması yasak edilen alanlar ifraz edilemez. Bu gibi yerlerde arazinin takviyesine matuf tesislerden başka yapı yapılamaz.

Yönetmelik maddelerinin uygulanması aşamasında denetlemelerin sürekli ve özenli şekilde yapılması önemlidir. Ayrıca Yönetmeliğin uluslararası standartlar takip edilerek düzenli güncellemesinin yapılması gereklidir.

13.2 Birleşmiş Milletlerin Özürlü İnsanlara Fırsat Eşitliği Sağlayan Kurallarına Uygun Olarak, Sakatlığı Olan İnsanların Sağlıklı Ev, İş, Toplumsal ve Sosyal Yaşama Ulaşım Fırsatları Arttırılmalıdır.

Özürlü :Doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yetilerini çeşitli derecelerde kaybetmiş, normal yaşamın gereklerine uyamayan kişilerdir.

Ülkemizde bu konuyla ilgili olarak, Başbakanlığa bağlı T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı mevcuttur.

Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlülerin nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %2,58'dur(yaklaşık 1.8 milyon). 0-9 yaş grubunda ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü olanların oranı %1,54'tür ⁽²⁾.

Tablo 13.1'de ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ve zihinsel özürlü nüfusun işgücüne katılım yüzdeleri verilmektedir.

Tablo 13.1 Ortopedik, Görme, İşitme, Dil ve Konuşma ve Zihinsel Özürlü Nüfusun İşgücüne Katılım Oranları

	İşgücüne katılma %	İşsizlik oranı %	İşgücüne dahil olmayan nüfus %
Türkiye	21,71	15,46	78,29
Kent	25,61	17,43	74,39
Kır	17,76	12,58	82,24
Erkek	32,22	14,57	67,78
Kadın	6,71	21,54	93,29

Kaynak: Türkiye Özürlüler Araştırması, 2002, Devlet İstatistik Enstitüsü

Tablo 13.1'de özürliülerin işgücüne katılmaları ile ilgili verilere bakıldığında yaklaşık %78'nin işgücüne dahil olmadığı görülmektedir. İşgücüne dahil olan yaklaşık %22'lik oranın ise yalnız yaklaşık % 20'si istihdam edilmektedir .

Tablo 13.2'de ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ve zihinsel özürli nüfus arasında okuma yazma yüzdesi verilmektedir.

Tablo 13.2 Ortopedik, Görme, İşitme, Dil ve Konuşma ve Zihinsel Özürli Nüfus Arasında Okuma Yazma Yüzdesi

	Okuma yazma bilmeyen	Okuma yazma bilen
	%	%
Türkiye	36,33	63,67
Kent	29,58	70,42
Kır	43,44	56,56
Erkek	28,14	71,86
Kadın	48,01	51,99

Kaynak: Türkiye Özürliüler Araştırması, 2002, Devlet İstatistik Enstitüsü

Tablo 13.2'de görüldüğü üzere Türkiye'de özürliülerin %36,3'ü okuma yazma bilmemektedir. Bu oran özürli kadınlar arasında %48'e ulaşmaktadır. Oysa TÜİK verilerine göre 2002 yılında okuma yazma bilmeyenlerin oranı %12,5'tir. Kadınlarda ise %20,1 olarak tahmin edilmiştir.

Tablo 13.3'de ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ve zihinsel özürli nüfusun tamamlanmış eğitim durumu oranları verilmiştir.

Tablo 13.3 Ortopedik, Görme, İşitme, Dil ve Konuşma ve Zihinsel Özürli Nüfusun Tamamlanmış Eğitim Durumu

	Okuma-yazma bilmeyen %	Okuma yazma bilen %	Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen %	İlkokul %	Ortaokul veya dengi meslek okulları %	Lise veya dengi meslek okulları %	Yüksek öğretim %
Türkiye	36,37	63,62	7,69	40,97	5,64	6,90	2,42
Kent	27,40	72,58	6,85	42,75	8,00	10,62	4,36
Kır	45,36	54,64	8,54	39,17	3,31	3,16	0,47
Erkek	25,75	74,22	7,95	47,21	6,98	8,98	3,10
Kadın	51,26	48,74	7,32	32,22	3,78	3,97	1,45

Kaynak: Türkiye Özürliüler Araştırması, 2002, Devlet İstatistik Enstitüsü

Tamamlanmış eğitim durumu 25 ve daha yukarı yaştaki kişilerin tamamlamış oldukları eğitim düzeyidir. Kişinin 25 yaşına kadar tüm eğitim düzeylerini tamamladığı varsayılmıştır. Tablo 13.3 değerlendirildiğinde özürliülerin yaklaşık % 41'i ilkökul mezunudur. İlkokul sonrası eğitim düzeyi ise oldukça düşüktür. Yüksek okula devam eden özürli oranı % 2,24'dür.

Ülkemizde ilk kez 6 Haziran 1997 tarihli 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve ardından İmar Mevzuatında yapılan düzenlemelerle yapıları çevrenin özürllüleri için ulaşılabilir kılınması amaçlanmıştır.

2 Eylül 1999 tarihli İmar Yönetmeliklerinde de “açık alanlarda (yol, otopark, park, yaya bölgesi, meydan ve kaldırımlarda ve bunlar üzerindeki ulaşım ve haberleşme noktalarında ve peyzaj elemanlarında da özürllülerin ulaşılabilirliğinin sağlanması için TSE standartlarına uygun düzenleme yapılması” hükümleri yer almaktadır. Ayrıca İmar yönetmeliklerine tabi olarak yapılacak tüm yapılarda özürllülerin binalara ulaşımı ve kullanılabilmesi için pek çok düzenleme zorunluluğu getirilmiştir.

07.07.2005 tarihinde kabul edilen 5393 sayılı Belediye Kanununun 14. maddesinde “Hizmet sunumunda özürllü, yaşlı, düşkün ve dar gelirlilerin durumuna uygun yöntemler uygulanır” denmektedir.

Ayrıca 1 Temmuz 2005 tarihinde kabul edilmiş olan 5378 sayılı Özürllüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun 3 maddesi özürllülerin fiziksel çevreye erişiminin sağlanabilmesiyle ilgilidir.

Kanunların yanı sıra özürllülerin erişimi açısından Türk Standartları Enstitüsü’nce hazırlanan ve bina içi, bina yakın çevresi ve açık alanları kapsayan standartlar belirlenmiştir.

Konuyla ilgili olarak en son 2006/18 sayılı Başbakanlık Genelgesiyle yasa hükümleri hatırlatılarak mevcut resmi yapıların ve umuma açık her türlü yapının özürllülerin erişebilirliğine uygun duruma getirilmesi için eylem planları hazırlanması, bu düzenlemelerin TSE standartlarına uygun olmasına dikkat edilmesi istenmiştir.

Başbakanlık Özürllüler İdaresi Başkanlığı tarafından yürütölen ve yapılması planlanan projeler şunlardır:

- AB üyelik sürecinde Türkiye’deki özürllü kadınların gündelik hayatta karşılaştıkları sorunların araştırılması çalışması
- Ulusal Özürllüler Veritabanı Projesi
- Özel Eğitimde Ulaşımı Destekleme Projesi
- Çok Programlı Özel Eğitim Merkezleri Projesi
- İşaret Dili Sisteminin Oluşturulması
- Özürllülük Eğitimi Araştırması
- Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Projesi ⁽³⁾

13.3 Ev ve İş Kazaları Hedef 10’Da Belirtildiği Gibi Azaltılmalıdır.

Bkz Hedef 9.2 ve Hedef 10.

13.4 Çocukların En Az %50’Si Sağlıklı Anaokullarında Ve %95’İ Sağlıklı Okullarda Eğitilme Fırsatına Sahip Olmalıdır.

Türkiye’de sağlıklı okullar geliştirme amacıyla projeler yürütölmektedir:

Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi

Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlıkları’nın ortak yürüttükleri bu projenin amacı; çocuklara sağlıklı bir çevrede, sağlıklı yaşam tarzına uygun bilgi-tutum davranışlar kazandırmak, sağlığı etkileyen olumsuz faktörler konusunda çocukları duyarlı hale getirmek, çocukların ileri yaşamlarında kendi sağlıkları ile ilgili doğru karar verebilme yeteneklerini güçlendirerek öz benliklerini geliştirmek, okulda verilen sağlık eğitimine toplum desteğini sağlamak ve sağlığı geliştirme kavramını teşvik etmektir. Sağlığı geliştirme kavramı kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerinin artırılması ve sağlıklarını geliştirme yeteneklerinin artırılması sürecidir ⁽⁴⁾.

DSÖ, Avrupa Konseyi ve Avrupa Komisyonu tarafından mali ve teknik yönden desteklenen ve Avrupa’da 40’dan fazla ülkede uygulanmakta olan projenin Türkiye’deki sekreteryası Sağlık Bakanlığı’nca yürütülmektedir ⁽⁴⁾

Proje, Sağlık Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı arasında 17/07/1995 tarihinde imzalanan bir protokolle uygulanmaya başlanmıştır. Proje, 81 İlde, büyük illerde ikişer olmak üzere 104 ilköğretim okulunda yürütülürken, 2006 yılında “Kardeş Okul Programı” ile projedeki okul sayısı 208’e çıkartılmıştır ⁽⁵⁾.

Temiz Okul, Sağlıklı Okul için “Beyaz Bayrak Projesi”

Okulların, temizlik ve hijyen açısından belirli kriterler esas alınarak Bakanlığımız ve Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde denetlenmesi, okul sağlığının iyileştirilmesi hususunda teşvik edilmesi, bu konuda gayret gösteren okulların “Beyaz Bayrak” ve “Sertifika” ile ödüllendirilmesine karar verilmiştir.

Bu amaçla, ilköğretim okullarına yönelik hijyen kriterlerinin belirlendiği “Okul Sağlığı Denetim Formu” hazırlanmış, söz konusu formda okul çevresi, okul içi / idari hizmet birimleri, eğitim, öğretim hizmet birimleri, yardımcı hizmet birimleri, okul kantini gibi konular dikkate alınarak, 100 puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Yapılan denetim sonucunda 90 ve üzeri puan alan okullara temizlik ve sağlığın sembolü olarak beyaz bayrak verilmesi planlanmıştır.

Hizmetin nasıl yürütüleceği hususunda 21.04.2006 tarihli ve 5432 sayılı genelge ile İl Sağlık Müdürlükleri’ne gerekli talimat verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı bürokratları ile birlikte projeye destek sağlayan özel sektör temsilcilerinin katkılarıyla ilk etkinlik 08.06.2006 tarihinde Ankara-Akyurt İlköğretim Okulu’nda yapılmış ve “Beyaz Bayrak” takılmıştır. Adı geçen okulumuz, yapılan denetim sonucunda 100 puan üzerinden 98 puan alarak temizlik ve sağlık sembolü olan Beyaz Bayrak almaya hak kazanmıştır.

03.08.2006 tarihinde Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı ile yeni bir protokol yapılarak, beyaz bayrak uygulaması kamu ve özel tüm okulları kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmıştır.

29.09.2006 tarih ve 15411 sayılı genelge ile durum Valiliklere bildirilmiş ve uygulamaya başlanılmıştır.

21.05.2007 itibarı ile ülke genelinde Beyaz Bayrak alan okul sayısı 1169, Ankara’da ise 53’tür ⁽⁶⁾.

Türkiye’de 2006-2007 eğitim öğretim yılında 1369’u resmi ve özel anaokulu olmak üzere 20.675 okul öncesi eğitim kurumunda 24.775 okul öncesi eğitimi öğretmeni ile 640.849 çocuğa okul öncesi eğitim verilmektedir. Anaokullarının açılma ve çalışma şartlarının tamamen sağlıklı anaokulları geliştirmek amacıyla olduğu belirtilmiştir ⁽⁷⁾.

Okul Öncesi Eğitim Kurumları Yönetmeliği’ne (8.6.2004 tarih ve 25486 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmış) göre okul öncesi eğitimin ilkeleri şöyle belirlenmiştir.

Madde 7-Okul öncesi eğitiminde:

a) Çocukların bedensel, bilişsel, duygusal, sosyal, kültürel, dil ve hareket gibi çok yönlü gelişimlerini destekleyecek eğitim ortamı hazırlanır.

b) Eğitim etkinlikleri düzenlenirken; çocukların yaşları, gelişim özellikleri, öğrenme hızları, ilgileri, gereksinimleri ile okulun ve çevrenin imkânları dikkate alınır.

c) Çocukların; beslenme, uyku, öz bakım becerileri, doğru ve sağlıklı temel alışkanlıklar kazanmalarının yanında doğa sevgisiyle çevreye duyarlı olmaları da sağlanır.

d) Eğitim etkinlikleri; çocukların, sevgi, saygı, iş birliği, katılımcılık, sorumluluk, yardımlaşma ve paylaşma duygularını geliştirici nitelikte olur.

e) Eğitim, sevgi ve şefkat anlayışı içinde yürütülür. Çocuklara eşit davranılır ve bireysel özellikler gözönünde bulundurulur. Çocukların öz güvenlerini kazanmaları için ceza, baskı uygulanmaz ve kısıtlamalara yer verilmez.

f) Eğitim etkinliklerinin değerlendirilmesinde belirlenen hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı tespit edilir. Plânlama yapılırken bu sonuçlar dikkate alınır.

g) Çocukların kendilerini ifade ederken; Türkçe’yi doğru ve güzel konuşmalarına öncelikle önem verilir.

h) Şartları elverişsiz çevrelerden ve ailelerden gelen çocuklar için ortak bir yetişme ortamı hazırlanması için çaba gösterilir.

ı) Oyun, çocuklar için en uygun öğrenim yöntemi olarak uygulanır.

j) Eğitim programı hazırlanırken ailelerin ve içinde bulunulan çevrenin özellikleri dikkate alınır, ailenin eğitime etkin katılımı sağlanır.

k) Çocuğun gelişimi ve okul öncesi eğitim programı düzenli olarak değerlendirilir.

Sağlıklı okullar için yapılan her iki proje de hedef için yeterli düzeyi sağlayamamaktadır. Bu çalışmaların genişletilmesi ve hızlandırılması gerekmektedir.

13.5 Şehirlerin, Kentsel Alanların ve Toplulukların En Az %50’si Sağlıklı Şehirler ya da Sağlıklı Topluluklar Ağı’nın (Network) Aktif Üyeleri Olmalıdırlar.

“Sağlıklı Şehir Projesi”

Şehirde yaşayan ve çalışan insanların fiziki, psikolojik ve çevresel refahlarını geliştirmeyi amaçlayan uzun dönemli bir kalkınma projesidir.

- Sağlıklı Şehirler Projesi bir şehrin ne olduğu ve sağlıklı şehrin ne olması gerektiğinden yola çıkar.
- Yaklaşımına göre “şehir”; yaşayan, nefes alan, büyüyen, sürekli değişen bir iç dinamiğe sahip karmaşık bir organizmaya benzetilebilir.
- Sağlıklı şehir çevresini geliştirebilen ve kaynaklarını genişletebilen bir şehirdir.
- Sağlıklı şehir kavramı bir sonuç değil, aynı zamanda bir yöntemdir.
- Sağlıklı şehir sadece belirli bir sağlık düzeyine ulaşmış şehir değil, sağlık bilincine sahip ve onu geliştirmek için çaba harcayan şehirdir. Nitekim herhangi bir şehir varolan sağlık statüsüne bakılmaksızın sağlıklı şehir olabilir; gerekli olan başarmak için bir yapı ve işleyişe sahip olmak ve sağlık için kesin karar almaktır.

“DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesinde Yer Almanın Yararları”

- Halk sağlığı konularında bilincin artması ve ilgili uluslararası hareketlerin bir parçası olmak,
- Milenyum 21 ilkeleri ve uygulamaları içindeki “Herkes İçin Sağlık” hedefinde yerel çalışma olarak yer almak,
- İçinde etkin uygulamaların geliştirileceği uluslararası bir ortam oluşturmak
- Ortaklık projeleri için Avrupa fonu gibi ekstra kaynaklar için uygun güç sağlamak,
- Bursa’da yapılacak örnek çalışma ile Türkiye’deki diğer kentlere örnek olmak, Türkiye’deki Sağlıklı Şehir Ortaklığı çalışmalarını geliştirmek,
- Sağlık sorunları üzerine diğer üye şehirlerle bilgi ve uygulama deneyimi paylaşmak için bir ağ oluşturmak,
- Sağlık ve sağlıktaki hakça olmayan dağılımın sosyal etkileri ile ilgili araştırma ve geliştirmelere ulaşılabilmek,
- Kentte bütün tarafların, kent için katılımcı ve demokratik çalışma kültürünü geliştirmelerini sağlamaktır ⁽⁸⁾.

“Sağlıklı Şehirler Ağı”

Şehir sağlığı, DSÖ Avrupa Bölgesi için giderek artan önemde ve ilginç bir faaliyet alanıdır. Birçok çalışma ve rapor, yoksulluk, şiddet, sosyal dışlanma, kirlilik, standardın altında olan barınma, orta ve genç yaştaki insanların karşılanamayan ihtiyaçları, evsiz insanlar ve göçmenler, sağlıksız yerleşim planlaması, katılımcı çalışmaların eksikliği ve eşitsizlik ile sürdürülebilir gelişme konusuna ciddi şekilde eğilme ihtiyacı şeklinde sıralanabilecek sağlık alanında büyüyen tehditleri vurgulamaktadır. Avrupa Bölgesi’nde Sağlıklı Şehirler Projesi, bu tür problemlere bütüncül bir yaklaşımın değerini göstermektedir. Bu, açık bir politik taahhüdü, kurumsal değişim ve sektörler arası ortaklığı, sağlık ve yaşam koşullarının tüm açılarını hedefleyen yenilikçi faaliyetleri, Avrupa ve ötesindeki şehirler arasında yoğun bağlantıları içeren bir süreç aracılığıyla, yerel düzeyde herkes için sağlık temalı politika ve programları geliştirmek için etkili ve popüler bir mekanizmadır.

DSÖ Avrupa Bölgesi’ndeki otuzdan fazla ülkeden 1000’in üzerinde şehir ve kent, sağlıklı şehir sıfatını almıştır. Bunlar; ulusal, bölgesel, metropolitan ve tematik sağlıklı şehirler ağlarının

yanı sıra, daha ileri aşamadaki sağlıklı şehirler için DSÖ Sağlıklı Şehirler Ağı ile de bağlantılıdır. Bu ağlara katılan şehirler, korunmasız grupların ihtiyaçlarına, yaşam stillerine, çevresel sağlığa hitap eden sektörler arası işbirliği, toplumsal gelişim inisiyatifleri ve programlarını baz alan, şehir sağlık profilleri ve şehir sağlık planları ve stratejilerini ve Gündem 21'i içeren geniş bir program ve ürün aralığını geliştirmekte ve uygulamaktadırlar.

DSÖ Sağlıklı Şehirler Ağı, sorumluluk ve yeniliği geliştirmek için anahtar bir yapılanmayı temsil etmekte ve değerli bir uzmanlığın, meşruluğun ve devam eden öğrenmenin bir kaynağıdır. Ulusal ağlar ve uluslararası-ulusal düzeyde çok sayıda bulunan tematik/konu bazlı networkler, tüm konvansiyonel politik, profesyonel, bölgesel ve sektörel sınırların ötesine geçen dinamik işbirliği ve yenilik ağı içinde gelişmektedir⁽⁸⁾.

Birliğin Kuruluşu

Dünyadaki 6 DSÖ Bölge Ofisi'nde, 66 ülkede, 220 Dünya kentinde ve 55 Avrupa kentinde devam eden ve gelişen "Sağlıklı Kentler" hareketinin Türkiye'de gelişebilmesi, benimsenmesi, uygulanabilmesi için formal bir düzenlemeye ihtiyaç duyulmuş ve bu gereklilikten hareketle bu konuya önem veren kentler bir araya gelerek "Sağlıklı Kentler Birliği"ni kurmuşlardır. Sağlıklı Kentler Birliği "Sürdürülebilir Kalkınma" ve "Sürdürülebilir Kentler Yaratmak" için çok gerekli bir düzenlemedir. 1996 Habitat II, 2002 Johannesburg Yerel Yönetimler Zirvesi ve DSÖ'nün 2000 Milenyum Yılı Deklarasyonu'nun ana temaları, hep "Sürdürülebilir Kentler" yaratmak, etkili yerel yönetimler sağlamak, ulusal-bölgesel-yerel ortaklıklar kurmak ve sağlık temelli stratejiler üretmek olmuştur.

2003 yılında Belfast' da yayınlanan kentlerin politik temsilcilerinin imzaladığı ve DSÖ'nün onayladığı deklarasyonda da;

- Uluslararası birlikteliği ve ilişkileri güçlendirmek için kentler ve bölgeler arasında kaynakların, bilginin ve tecrübelerin paylaşılması gerektiği,
- Diğer bölgelerde sağlıklı şehirler hareketini destekleyerek sorumluluğunun bilincinde olmak, her bölgenin küresel olarak erişilebilir olmasında öncülük edebilmek gerektiği belirtilmiş
- Kentler tek başlarına hareket edemezler. Onları davet ediyoruz denilmiştir,

Tüm bu deklarasyonlara imza atmış, Türkiye'den ilk DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi üye kenti olarak Bursa Büyükşehir Belediyesi, Türkiye'de Sağlıklı Kentler Birliği kurulması ve geliştirilmesi için öncülük etmiştir.

Sağlıklı Kentler Birliği'nin kurulması ile ilgili çalışmalar 2003 yılında başlatılmış, İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve ulusal ağa üye kentlere çağrı yapılarak "Tüzük Hazırlama Komisyonu" kurulmuştur.

20.02.2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı, Bursa Valiliği, Bursa İl Sağlık Müdürlüğü ile III. Faz üyesi olan Bursa Büyükşehir, Eskişehir/Tepebaşı, Bartın, Yalova Belediyelerinin katıldığı bir toplantı düzenlenmiş ve tüzükle ilgili öneriler alınmıştır. Ulusal ağa üye kentlere Sağlıklı Kentler Birliği'ne kurucu üye olarak katılma çağrısı yapılmış, Yalova, Van, Kadıköy, Afyon, Tepebaşı, Çankaya, Ürgüp, Ordu, Kırıkkale ve Bursa Büyükşehir Belediyeleri birliğe katılmak istediğini belirten meclis kararı almış ve birliğin kurucu üyeleri olmuşlardır.

Sağlıklı Kentler Birliği’nin kurulması 22.12.2004 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak İçişleri Bakanlığı tarafından Birlik Tüzüğü onaylanmış ve yürürlüğe girmiştir ⁽⁸⁾.

“Sağlıklı Kentler Birliği’nde Yer Almanın Yararları”

Türkiye’de Sağlıklı Kentler Birliği’nin kurulması ile üye kentlerin aktif olarak deneyimlerini paylaşmaları, sorunları aktarmaları, ortak projeler geliştirmeleri, uluslararası düzeyde temsil edilebilmeleri ve ortak ihtiyaçların çözümünde güç birliği sağlanacaktır.

Yaşanabilir ve sağlıklı kentler için sağlık ve sağlığı ilgilendiren tüm kentsel ve çevresel konularda eşitsizlikleri azaltmak ve kent yoksulluğu ile mücadele etmek amacıyla, birliğe üye belediyeler arasında işbirliği ve deneyim alışverişi devam edecektir.

Üye belediyelere belediyeçilik, sağlık, planlama, çevre, konut, ulaşım, eğitim, güvenlik ve benzeri sağlıklı kent konularıyla ilgili tecrübeler, bilgi, belgeler ve proje deneyimleri aktarılacaktır. “Sağlıklı Kentler Birliği” Türkiye’de bu hareketin güçlenmesi ve işbirliği açısından kentlerimiz için çok önemli gelişimler sağlayacak, daha sağlıklı kentler yaratılacaktır ⁽⁸⁾.

Sağlıklı Şehirler Projesi’ni Avrupa Bölge Ofisi’nin, yerel düzeyde “Herkes İçin Sağlık” amacıyla bir araç olarak 1987 yılında başlatmış olduğu, uzun süreli uluslararası gelişme projesidir. Ülkemizde sağlıklı şehirler ağı kurulması çalışmaları 1993 yılında başlamıştır. Sağlıklı Şehirler Projesi’nin yurt içi koordinasyonu görevi Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne verilmiştir. 2006 yılı sonu itibarı ile;

II. ve III. Fazda

1. Bursa Büyükşehir Belediyesi
2. Eskişehir/Tepebaşı Belediyesi
3. Bartın Belediyesi
4. Ankara/Çankaya Belediyesi
5. İstanbul/Kadıköy Belediyesi
6. Nevşehir/Ürgüp Belediyesi
7. Yalova Belediyesi
8. Ankara/Keçiören Belediyesi
9. Van Belediyesi
10. Bursa/Orhangazi Belediyesi
11. Bursa/Nilüfer Belediyesi

IV. Fazda

1. Aydın Belediyesi
2. Çeşme Belediyesi
3. Nevşehir/Avanos Belediyesi
4. İstanbul Maltepe Belediyesi
5. Elazığ Belediyesi
6. Malatya Belediyesi

olmak üzere toplam 17 Belediye Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağı’na üyedir ⁽⁹⁾.

Devam eden çalışmalara rağmen şimdiye kadar sadece 17 Belediyemizin Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağına dahil olması hedefte yer alan 2015 yılına kadar kentsel alanların %50'sinin sağlıklı şehirler ağına dahil olması hedefinden çok uzakta olduğu görülmektedir.

13.6 Orta ve Büyük Ölçekli Şirketlerin En Az %10'u Kendilerini Sağlıklı Şirket/Teşebbüs İlkelerine Adamalıdır.

Sağlıklı bir iş yeri ne demektir?

Sağlıklı bir iş yeri, herkesin çalışanlar ile onları çevreleyen toplumun sağlığı ve iyiliği sağlık konusunda hemfikir olunan bir vizyonu gerçekleştirmek üzere birlikte çalıştığı bir yerdir. İşgücünü oluşturan tüm üyelerine, sağlık ve güvenliklerini koruyan ve iyileştiren fiziksel, psikolojik, sosyal ve örgütsel koşullar sağlar. Yöneticilerin ve çalışanların kendi sağlıklarını koruması ve iyileştirmesini ve böylelikle de daha enerjik, olumlu ve mutlu olmasını sağlar. Karşılığında da iş gücü daha istikrarlı, işe bağlı ve üretken bir düzeye ulaşır.

Sağlıklı bir iş yeri;

- Sağlıklı, destekleyici ve güvenli bir iş ortamı oluşturmayı,
- Sağlığın korunması ve iyileştirilmesinin yönetim uygulamalarının ayrılmaz bir parçası olmasını sağlamayı,
- Sağlık açısından olumlu çalışma ve yaşam tarzlarını desteklemeyi ve güçlendirmeyi,
- Toplam örgütsel katılımı sağlamayı ve
- Olumlu etkilerinin yerel toplum ve çevreye de yansıtılmasını iyileştirmeyi sağlar.

Sağlıklı işyeri amacının gerçekleştirilmesi - sağlığın korunması ve iyileştirilmesi- için iki kavram son derece önemlidir. Sağlıklı bir işyeri için gerekli olan şey, çalışanları, hem işyerinde hem de işyerinin dışında, tehlikeli, stresli ya da düşük kalitede çalışma ortamından doğabilecek olası zararlardan korumaktır. Sağlık ve iyi sağlık uygulamaları açısından olumlu olan çalışma tarzları da sağlığın iyileştirilmesine yönelik çalışmalarla desteklenebilir ⁽¹⁰⁾.

Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı ile yapılan ortak işbirliği sayesinde , Sağlıklı İşyeri Girişimi, 12 yeni AB Üye Ülke ile Hırvatistan ve Türkiye’de binlerce küçük ve orta ölçekli işletmenin etkin ve güvenli bir sağlık politikasının nasıl uygulanabileceğini öğretecektir. Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı’nın ulusal odak noktası Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’dır.

Güvenli bir çalışma ortamı bir çok açıdan yararlıdır. Yalnızca çalışanların iyi olma hali değil, işletmelerin başarılı ve sürdürülebilir olması ile ekonomilerin uzun vadede refaha kavuşması açısından bu son derece yararlı ve gereklidir. Avrupa Bilgi Merkezleri (EIC) ile yakın işbirliği içinde çalışan Avrupa İş Güvenliği ve Sağlığı Ajansı ile Ulusal Odak Noktalar (FOPs) Ağı, 2007 Dünya İş Sağlığı ve Güvenliği Günü’nün hemen öncesinde 26 Nisan’da Sağlıklı İşyeri Girişimi’nin ikinci versiyonunu başlatmışlardır.

Her bir ülkede ayrıca oluşturulacak ulusal, bölgesel ve yerel basın kampanyaları bu girişime dikkat çekecek ve ilgilileri doğrudan Ajans’ın çok-dilli HWI (Healthy Workplace Initiative -Sağlıklı İşyerleri Girişimi) web sitesine yönlendirecektir.

Kampanya KOBİ'lere doğrudan ve güçlü bir iletişim mesajı vermektedir: Sağlık ve Güvenlik herkesin hakkıdır. Sizin için ve işletmeniz için iyidir!

Kampanya Kasım 2007'e dek sürecek, Avrupa Odak Noktalar Ajansı tarafından düzenlenecek, 40 HWI seminerinden oluşan bir seminer dizisi gerçekleştirilecek ve 14 ülkedeki EIC ağı tarafından desteklenecektir. HWI seminerlerinden her biri KOBİ yöneticilerini ve çalışanlarını bir araya getirecektir ⁽¹¹⁾.

Kaynaklar:

1. *Health 21: The Health For All Policy Framework for the WHO European Region, WHO, 1999*
2. *Türkiye Özürlüler Araştırması, 2002, Devlet İstatistik Enstitüsü*
3. *T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Resmi yazılar, 2007*
4. *T.C. Milli Eğitim Bakanlığı web sitesi <http://iogm.meb.gov.tr/pages.php?page=projects&id=15>*
5. *T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, İlköğretim Genel Müdürlüğü, Resmi yazı, 2007*
6. *T.C. Sağlık Bakanlığı web sitesi <http://www.saglik.gov.tr/TSGGM>*
7. *T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Okul Öncesi Eğitimi Genel Müdürlüğü, Resmi yazı, 2007*
8. *Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği web sitesi http://www.saglikkentlerbirligi.org.tr/dso_ag.htm*
9. *T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Resmi yazılar 2007*
10. *Regional Guidelines For The Development Of Healthy Workplaces, WHO, October 1999*
11. *Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı web sitesi, http://osha.europa.eu/press_room/news_article.2007-03-26.4721548490*

HEDEF 14: SAĞLIK İÇİN ÇOK SEKTÖRLÜ SORUMLULUK

2020 yılına kadar, bütün sektörler sağlık için sorumluluklarını fark etmiş ve kabullenmiş olmalıdırlar.

14.1 Bütün Sektörlerdeki Politika Yapıcılar Kendi Alanları ve Yükselen Politika ve Hareketlerinde Sağlık İçin Yatırım Yapma İle Kazanılacak Yararları Göz Önüne Almalıdırlar;

14.2 Üye Ülkeler Sağlık Etkileri Değerlendirme Mekanizmaları Oluşturmalı ve Bütün Sektörlerin Politika ve Hareketlerinin Sağlık Üzerindeki Etkisinden Sorumlu Tutulmasını Sağlamalıdır.

Ülkemizde her beş yılda bir hazırlanan Kalkınma Planları, sağlık alanında ilgili tüm sektörleri bir araya getiren ve ortak stratejiler geliştirilmesini sağlayan çalışmalardan biridir. Dokuzuncu Kalkınma Planı, Bakanlar Kurulu’nca benimsenen strateji esas alınarak Devlet Planlama Teşkilatı’nın koordinasyonunda tüm kamu kurum ve kuruluşlarının katkılarıyla hazırlanmıştır. 2007 yılı itibariyle başlayan Dokuzuncu Plan değişik sektörleri ilgilendirmektedir ve hazırlanmasında katılımcılığa özen gösterilmiştir. Bu amaçla 5 Temmuz 2005 tarihli Başbakanlık genelgesi kapsamında, çok geniş bir alan yelpazesine sahip 57 adet Özel İhtisas Komisyonu (ÖİK) oluşturulmuş, söz konusu komisyonlara kamu kesimi, özel ve üniversite kesiminden 2252 kişi katılmıştır. Dokuzuncu Kalkınma Planının vizyonu, “istikrar içinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen ve AB’ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye” olarak belirlenmiştir. Dokuzuncu Kalkınma Planı, AB’ye üyelik sürecinin gerektirdiği Katılım Öncesi Ekonomik Program ve Uyum İçin Stratejik Çerçeve gibi dokümanların yanında, başta Orta Vadeli Program olmak üzere diğer ulusal ve bölgesel plan ve programlar ile sektörel ve kurumsal strateji belgelerinin dayanağını oluşturmaktadır. Plan farklı işlevlere sahip söz konusu dokümanların uyumlaştırılmasını sağlayarak tüm planlama çalışmalarını yönlendirici bir işlev görecektir. Böylece, kurumlar arası ortak anlayış ve hedef birliği sağlayacak olan Plan, yasal ve kurumsal değişimler ve plan-program-bütçe bağlantısının güçlendirilmesi suretiyle ülke potansiyelinin üst seviyede kullanılmasına zemin teşkil edecektir. Plan sadece kamu kesimi için değil, toplumun geneli için de uzun vadeli bir perspektif ve hedef birliği sağlamaya hizmet edecektir. Bu çerçevede, kamu kesimi ile özel kesim ve sivil toplum arasında iletişime ve ortak hedeflere dönük işbirliğine katkıda bulunacaktır. Böylece, tüm kesimlerin sahiplenmesiyle, toplumsal potansiyelimizin tamamının harekete geçirildiği bir ortamda, ekonomik ve sosyal gelişme hızlandırılacak, kapsayıcı bir kalkınma süreci çerçevesinde halkımızın yaşam kalitesi artırılabilecektir ⁽¹⁾.

Türkiye sağlık harcamaları incelendiğinde; 2000 yılında Gayri Safi Yurt İçi Hasılanın yüzde 6.6’sını sağlık harcamaları oluşturuyorken bu oran 2005 yılında yüzde 7.6’ya ulaşmıştır.

Türkiyenin toplam sağlık harcaması içinde toplam ilaç harcamasının payı 2000 yılında %36.0 ve 2005 yılında %35.7 olarak hesaplanmıştır⁽²⁾. AB ülkelerinde ise ilaç harcamaları sağlık harcamaları toplamının yaklaşık yüzde 16’sını oluşturmaktadır. Avrupa ülkeleri verileri OECD Sağlık Hesapları sistemine göre olan veriler olup tüm ilaç harcamalarını, yani yatarak tedavide kullanılan ilaç harcamalarını kapsamamaktadır. Türkiye ilaç harcamalarının ise önemli kısıtlılığı

depolardan eczaneye olan çıkışlara depocu ve eczacı karı konarak yapılan hesaplamalara dayalı verilerdir.

Yeşil Kart Hariç Sağlık Bakanlığı bütçesinin Genel Bütçe içindeki payı 2001 yılı için %1,89 ve 2005 için %3,45 olarak gerçekleşmiştir. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde payı ise yine yeşil kart hariç olmak üzere 2001 yılında %31,94 ve 2005 yılında ise %30,54 olarak gerçekleşmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin Bakanlık bütçesi içindeki payı yıllar itibarıyla 1999'da %20,5 iken 2002' yılına kadar düşerek %17,3 seviyesine gerilemiş, 2003'den itibaren 19,6'dan başlayarak 2006'da %20,2 olarak hesaplanmış, 2007 için %23,2 olarak beklenmektedir. Özetle Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde koruyucu sağlık hizmetlerinin payı %20'ler düzeyindedir⁽³⁾.

Türkiye'de sağlık alanında etki değerlendirme mekanizmaları genellikle proje çıktılarının değerlendirilmesi aşaması ile sınırlı kalmaktadır. Yürütülen herhangi bir ulusal programın faydalanıcılar üzerindeki gerçek etkisini görmek amacıyla "etki değerlendirme -impact assesment" çalışmalarına yönelik plan ve programlara yeterince yer verildiğini söylemek mümkün olamamaktadır.

Öneriler:

1. Tüm sektörler tarafından sağlığa yapılacak yatırımların önemi kavranmalıdır.
2. Sağlık Bakanlığı bütçesinin yeterli seviyelere ulaştırılması önemli olup ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin planlaması ve yürütülmesindeki yapısal ve yönetsel süreçlerin bütünsel ve çağdaş halk sağlığı biliminin ışığında tanımlanması ve yürütülmesi gerekliliği önem taşımaktadır.
3. Sağlık alanında etki değerlendirme mekanizmaları oluşturulmalıdır.

Kaynaklar:

1. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, Devlet Planlama Teşkilatı
2. Türkiye İstatistik Kurumu, 2007
3. Sağlık Bakanlığı 2001 ve 2005 Yıllar Mali Yılı Kesin Hesapları ve Maliye Bakanlığı Kurumsal Web sayfaları

HEDEF 15: ENTEGRE EDİLMİŞ BİR SAĞLIK SEKTÖRÜ

2010 yılına kadar, Bölge insanları aile ve toplum odaklı, esnek ve uyumlu hastane desteği olan çok daha iyi temel sağlık hizmetlerine erişebilmelidir.

- 15.1 Ülkelerin En Az %90'ında Çok Yönlü Temel Sağlık Hizmetleri Servisleri Bulunmalıdır, Etkili ve Maliyet-Etkili Sistemler İle İkinci ve Üçüncü Basamak Hastanelere Sevk, Geri Bildirim İle Hizmetin Sürekliliğini Sağlayabilmelidir;**
- 15.2 Ülkelerin En Az %90'ında Bu Entegre Temel Sağlık Hizmetleri Merkezinde Sağlık, Sosyal ve Diğer Sektörlerden Çok Meslekli Ekipler Kullanan ve Yerel Toplumlari İçererek Çalışan Aile Hekimleri ve Hemşirelere Sahip Olmalıdır;**
- 15.3 Ülkelerin En Az %90'ında Bireylerin Katılımını Sağlayan VE İnsanları Fark Eden ve Destekleyen Sağlık Hizmetleri Üreticilerine Sahip Sağlık Servisleri Bulunmalıdır.**

Ülkemizde 2003 yılından itibaren amaçları sağlık hizmetlerinin *etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde*; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olan Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmakta olup programın temel ilkelerinden bazıları aşağıda verilmiştir:

- **İnsan merkezlilik:** Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlıkın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- **Sürdürülebilirlik:** Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- **Sürekli kalite gelişimi:** Vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.
- **Katılımcılık:** Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır.
- **Uzlaşmacılık:** Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır.

Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine, yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.

- **Gönüllülük:** Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını

sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenlerinden biri de “Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi” olup; Sosyalleşim politikasının bu ülkeye armağan ettiği sağlık ocağı ağını güçlendirirken, vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsün de hizmet ağına yer alması ön görülmektedir. Bu anlayış ülke kaynaklarının verimli kullanımına yol açacağı gibi, herkesin kolayca erişebileceği bir hizmet sunumuna fırsat tanıyacaktır. Bir diğer bileşen olan “Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri Etkili, Kademeli Sevk Zinciri” bileşeni ise; “Aile hekimliği uygulaması” ve sevk zincirinin işletilmesi sistemin esasını oluşturmaktadır Kırsal bölgelerde sağlık ocaklarının üstlendiği topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi yanında, kentlerde yetersiz kalan bu hizmetler -kamu sağlığı merkezlerince yaygın, örgütlü ve disiplinli bir şekilde yürütülmesini hedeflemektedir. Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesinde önemli ilerlemeler sağlayacaktır. Bu hedefe yönelik olarak planlama ve teşvik yapılması, birinci basamakta bir çok hastanın tutulmasını sağlayacaktır. Sistemin etkili hale getirilmesi, hem hastanelerimizdeki gereksiz yığılmaları azaltacak ve tedavi hizmetlerinin kalite artışına hizmet edecek, hem de sağlık harcamalarındaki israfı azaltacaktır. Hastanın kayıtlarını tutmakla sorumlu olan hekimin sevk ettiği hastasına ikinci basamakta verilen konsültasyon hizmetinin geri bildirimi tıbbi kayıt sistemini güçlendirecektir. Böylece, bireylerin aile hekimlerince sürekli izlenmesi mümkün olabileceği gibi, kaliteden ödün vermeksizin daha kısa sürede ve düşük maliyette sağlık hizmetinin sunumu mümkün olabilecektir. Sevk zincirine uymaksızın hastaneye baş vurmaya tercih eden hastanın katlanacağı ek maliyet sosyal devlet anlayışına ve hasta haklarına aykırı bir uygulama olmayacaktır.

“Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü” ise Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bir diğer bileşenidir. Buna göre;

Aile Doktoru/Aile Hekimi; Aile hekimliği uygulaması yapan aile hekimliği uzmanları ve geçiş dönemi boyunca öngörülen eğitimleri alan diğer hekimlerdir. Aile Hekimliği Uzmanları, disiplinin prensiplerine göre eğitilmiş uzman klinisyenlerdir. Yaş, cinsiyet ve hastalığa bakmaksızın her kişiye öncelikli olarak kapsamlı ve devamlı hizmet vermekle sorumlu kişisel doktorlardır. Kişilere ailelerini, toplumlarını ve kültürlerini göz önünde tutarak hizmet verirler. Topluma ilişkin mesleki sorumluluk taşırlar ve toplum sağlığı merkezleri ile işbirliği içinde hizmet verirler.

Aile Dış Hekimi; Birinci basamak koruyucu, tanı ve tedavi hizmetlerini uygulayan dış hekimidir.

Aile Sağlığı Elemanı; Aile hekiminin / Aile dış hekiminin yanında en az bir kişi olmak üzere çalışacak olan sağlık personelidir. Bu kişi veya kişiler çalışma koşullarının özelliğine göre ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, tıbbi sekreter veya laboratuvar teknisyeni olabilir. Hemşire ve sağlık memurunun yaptığı işler dışında basit laboratuvar tetkiklerini yapabilecek ve aile sağlığı merkezindeki tıbbi sekreterlik işlerini yürütebilecek şekilde yetiştirilmiş kişidir.

Toplum Sağlığı Uzmanı/Toplum Sağlığı Hekimi, Toplum sağlığına ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri, idari görevler ve verilen diğer görevleri uygulayan Halk Sağlığı/ Toplum Sağlığı Uzmanları ve geçiş dönemi boyunca öngörülen eğitimleri alan diğer hekimlerdir.

Halen Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde bu hizmetler aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerince sunulmaktadır. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında aile hekimleri kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması’na geçilen illerde, illerin nüfus yapısı göz önüne alınarak “Aile Hekimliği Bölgeleri”

oluşturulmuştur. Bu bölgelerin nüfusu 1000-4000 kişi arasında değişmektedir. Her aile hekimliği bölgesinden bir aile hekimi sorumludur. Aile Hekimleri Aile Sağlığı Merkezleri'nde hizmet vermekte olup sağlık hizmetlerini bölgedeki bağlı bulundukları Toplum Sağlığı Merkezi ile birlikte yürütmektedir ve dikey olarak toplum sağlığı merkezlerine bağlanmıştır ⁽²⁾.

Aile hekimliğine geçilmeyen illerde ise birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık ocakları ve sağlık evleri yanında bazı dikey birimler (ana/çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri vb.) aracılığı ile verilir.

Sağlık ocağı, belirli bir nüfusun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur. Sağlık ocaklarında “*dar bölgede çok amaçlı sağlık hizmeti*” modeli uygulanır. Buna göre, sağlık ocaklarında genel anlamda, yataklı tedavi hizmetleri dışında kalan hemen her türlü sağlık hizmeti verilir ve bu hizmetleri destekleyen diğer işler yapılır.

Sağlık ocaklarında verilen hizmetler ana başlıkları ile şunlardır:

- a) Sağlık hizmetleri,
- b) Adli hekimlik hizmetleri,
- c) Yönetim işleri,
- d) Diğer hizmetler.

Bu hizmetler sağlık ocaklarında bütünleşik (entegre) olarak ve takım anlayışı ile verilir. Bunlar içinde koruyucu ve birinci basamak iyileştirici sağlık hizmetleri öncelik taşır. Koruyucu ve iyileştirici hizmetler birbirinden kesin sınırlarla ayrılamaz ve bu nedenle bir arada ve iç içe yürütülür. Bu hizmetler sağlık ocağı bölgesinde yaşayan herkese (sağlam ya da hasta) aşağıda belirtilen iş ve hizmetler aracılığı ile verilir:

- Ana sağlığı hizmetleri,
- Çocuk sağlığı hizmetleri,
- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri,
- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele,
- Kronik hastalıklarla mücadele,
- Bağışıklama hizmetleri,
- Okul sağlığı hizmetleri,
- Yaşlı sağlığı hizmetleri,
- Toplum beslenmesi hizmetleri,
- Ruh sağlığı hizmetleri,
- Sağlığı ilgilendiren kötü alışkanlıklarla mücadele,
- İçme ve kullanma sularının denetimi,
- Gayri sıhhi müesseselerin denetimi,
- Çalışanların (esnaf) denetimi,
- Atıkların denetimi,

- Poliklinik hizmetleri,
- Erken tanı ve tedavi hizmetleri (Filyasyon arama ve hastalık taramaları),
- Laboratuvar işleri,
- İlk yardım ve acil bakım hizmetleri,
- Hasta sevki,
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,
- Rehabilitasyon hizmetleri,
- Halkın sağlık eğitimi.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarından sağlık ocaklarınca bağışıklama, 15-49 yaş kadın izlemleri, gebe ve lohusa izlemleri, bebek ve çocuk takipleri, okul sağlığı hizmetleri, halkın sağlık eğitimi vb. koruyucu sağlık hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir.

Sağlık ocağı hizmetlerinin büyük çoğunluğu ocak binası dışında köy, mahalle ve ailelerin evlerinde yürütülen hizmetlerdir. Dolayısıyla, sağlık ocağında çalışan her sağlık personelinin ayrı ayrı gezici görevleri vardır.

Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS-AP) Merkezleri'nde hizmet, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç bakımından toplumun en öncelikli kesimini oluşturan kadın, anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla, diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içinde yürütülür. Üreme sağlığı hizmetleri içinde aile planlaması hizmetleri, diğer ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun şekilde verilerek gerçekleştirilir.

Verem Savaş Dispanserleri'nde veremli hastaların tedavi ve takipleri yapılmakta olup, tedavileri ücretsizdir. Bütün verem ilaçları Sağlık Bakanlığı tarafından hastalara ücretsiz olarak verilmektedir. Verem savaşı dispanseri personeli, tercihen verem savaşı tekamül kursu görmüş göğüs hastalıkları uzmanları, halk sağlığı uzmanları, pratisyen hekimler, hemşireler, sağlık memurları ve laboratuvar teknisyenleri arasından atanır ⁽¹⁾.

Gezici sağlık ekiplerinde ise hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyeni görev almaktadır. Verilecek hizmetin özelliğine ve personel durumuna göre kimlerin ekipte bulunacağına karar verilmekte, gerekli durumlarda diğer personel de bu ekibe dahil edilmektedir. (diş tabibi, laboratuvar teknisyeni vb.) ⁽³⁾.

Ülkemizde sağlık kurum ve kuruluşları kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmeti vermektedir. Sosyal güvenceleri kapsamında hastalar istedikleri hastaneye gitme ve istedikleri doktoru seçme hakkına sahiptir. Hastaneye sevk edilen kişiler resmi sağlık güvenceleri kapsamındaki prosedüre tabidirler ⁽⁴⁾.

01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği ile, sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esaslar düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde "Hasta Hakları Birimleri" kurulmuştur ve halen faaliyetlerini sürdürmektedirler.

"Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile, kamu sağlık hizmetlerinde arzın hizmeti sunan ve/veya planlayanlar tarafından belirlenmesinin yerine talebin karşılanması anlayışı öne çıkmış durumdadır. Sistemin teşvik ettiği hasta odaklı yaklaşım, uygulamada hastaların ağırlığını artırmış

ve hizmetlerde kalite arayışını gündeme taşımıştır. “Önce insan” yaklaşımı, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ve sağlıkta dönüşüm konusunda katılımcılığa büyük önem vermektedir⁽⁵⁾.

Kaynaklar:

1. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge
2. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik
3. Sağlık Bakanlığı, Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge
4. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007
5. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi 57. Komite Toplantısı Hazırlık Çalışmaları, Yayınlanmamış

Rapor

HEDEF 16: SAĞLIK KALİTESİ YÖNETİMİ

2010 yılına kadar, Üye Ülkeler toplum-odaklı sağlık programlarından klinik seviyesinde bireysel hasta hizmetlerine kadar sağlık sektörü yönetimini sağlık çıktılarına doğru odaklanarak sağlanmalıdır.

- 16.1 Ana Halk Sağlığı Stratejilerinin Etkiliği Sağlık Çıktıları Bağlamında Değerlendirilmelidir, Bireylerin Sağlık Problemlerinde Alternatif Tedavi Şekilleri İçin Kararlar Sağlık Çıktıları ve Maliyet-Etkililik Kıyaslanarak Alınmalıdır;**
- 16.2 Bütün Ülkelerin, Sağlık Etkileri, Maliyet Etkililik Ve Hasta Memnuniyetini De İçeren En Az On Ana Sağlık Durumu İçin Ülke-Boyutlu Sağlık Hizmet Kalitesini Daimi İzleme ve Geliştirme Mekanizması Bulunmalıdır;**
- 16.3 Yukarıda Bahsedilen Sağlık Durumlarının En Az Beşinde Sağlık Çıktılarında Belirgin İyileşme Olmalıdır ve Araştırmalar, Alınan Hizmetlerin Kalitesinin Artışı ve Hakları İçin Beklentilerin Yükselmesi İle Hasta Memnuniyetinde Artış Göstermelidirler.**

Türkiye’de mevcut durum:

Hasta olsun ya da olmasın bireylerin sağlık hizmetlerinde kalite konusunda bilgileri ve beklentileri giderek artmaktadır. Artan kalite beklentisi, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini arttırmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite, verilen hizmetlerin özelliklerinin daha önceden belirlenmiş standartlara ne ölçüde uyulduğunun göz önünde bulundurulmasını gerektirmektedir. Hizmetlerin standartlara uygunluğu da tek başına yeterli değildir. Hizmet sunum süreci ve elde edilen çıktıların değerlendirildiği bir mekanizmanın kurulması gerekmektedir.

ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi (KYS) çalışmaları halen Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, üniversite, vakıf ve özel sektör sağlık kuruluşlarında yürütülmektedir. Bugün sağlık hizmeti sunan kuruluşların yaklaşık % 10’u ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi belgesine sahiptir (Ocak 2007 tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığı’na ait 68 hastane ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi belgesine sahiptir.)

Bununla birlikte bazı özel sağlık kuruluşları uluslararası akreditasyon programlarına katılmışlardır. Ülkemizde şu an 14 özel sağlık kuruluşu Joint Commission International (JCI) tarafından akredite olmuştur. Sağlık hizmetlerinde şu ana dek kullanılan kalite yönetim yaklaşımları, sağlık kuruluşunda bazı değişikliklerin gerçekleşmesini sağlamakla birlikte, sanayi sektörüne yönelik tasarlanan, zaman içerisinde revizyonları yapılsa dahi sağlığa uyarlanmasında farklı algılamalara yol açabilen, ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi ile sınırlı kalmakta ve sağlığın spesifik konularına yeterince değinmemektedir.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hizmet kalitesinin geliştirilmesine yönelik çeşitli mevzuat çalışmaları yapılmıştır. Ayrıca halen hastanelerde kalite yönetim sistemlerinin oluşturulmasına yönelik bilincin sağlanması amacıyla tanıtım, eğitim çalışmaları (toplantılar, çalıştaylar) devam etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi’nin yapılandırılması planlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı ve Joint Commission International (JCI) arasında; akreditasyon sisteminin yapılandırılması, standart geliştirme, kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi, denetçilerin yetiştirilmesi, veri tabanı oluşturulması konularını kapsayan bir işbirliği protokolü imzalanmıştır (23 Eylül 2004).

Kaliteli hizmetin oluşumunu sağlamak konusunda iyi bir yol haritası olan (JCI) Joint Commission International'ın Hastane Akreditasyon Standartları kitabı Türkçeye çevrilerek hastanelere dağıtılmaktadır. Standartların uygulanabilmesi için hastane yönetici ve kalite ekiplerine yönelik eğitimler verilmektedir.

Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin yapılandırılması;

- Türkiye için sağlık hizmet standartlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi,
- Sağlık sonuçlarını ölçebilmek için performans ölçüm sisteminin geliştirilmesi ve ulusal klinik kalite göstergelerinin belirlenmesi,
- Sonuçların karşılaştırılabilmesi için veri tabanının oluşturulması,
- Hasta ve çalışan güvenliğini ölçmek ve geliştirmek için sistem geliştirilmesi,
- İnsan kaynakları standartlarının oluşturulması, ihtiyaçlarına cevap verecektir.

Bugün, sağlık sistemlerinin en önemli problemlerinden birisi; materyal, finansman ve istihdam edilen insan kaynağı aynı olsa bile benzer hastalar arasındaki klinik bakım sonuçlarının ülkeler, bölgeler, hastaneler ve bireysel hizmet sağlayıcılar arasında çok büyük değişimler göstermesidir. Bunun en büyük nedenlerinden birisi veri toplanmadığından dolayı farklılıkların kavranamamasıdır. Hasta bakımının maliyet etkililiğine ve bakım kalitesinin iyileştirilmesine ihtiyaç vardır. Bununla birlikte bugüne değin bu tür sağlık çıktısı ölçümlerinin günlük uygulamaların bir parçası olmasına yönelik çok az çaba gösterilmiştir.

Uluslararası standardize edilmiş kalite göstergelerinin kullanılması ve veri tabanı ile beslenen sonuçlar vasıtasıyla akranlar arası kıyaslama yapılması yoluyla klinik bakımda sağlık çıktılarının sistematik ölçümü; klinik bakım sonuçlarının iyileştirilmesi için bir araç olacaktır.

Kanıtla dayalı tıp eşliğinde bakım kalitesinin geliştirilmesi sürecinde bir başlangıç noktası olarak böylesi ölçümler; daha etkili teşhis ve tedavi müdahalelerinin uygulanmasında yeni imkanlar sağlayacaktır. Bu araçlar işlerin ne olduğunu ve neyin gerekli neyin gereksiz olduğunu belirleyebilir. Bu, umut verici yeni müdahalelerin belirlenmesinde ve gereksiz prosedürler, ilaçlar ve ekipmanların kullanımının azaltılmasında bilimsel bir yaklaşıma izin vermektedir.

Bu açıklamaların ışığında ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi ve yönetimi iki düzlemde ele alınmalıdır. Bunlardan ilki halk sağlığı hizmet kalitesinin iyileştirilmesi diğeri ise klinik kalite yani klinik bakım sonuçlarının iyileştirilmesidir. Bu alanlarda yürütülecek çalışmalarda öncelik belirlemede yararlanılabilecek önemli kaynaklardan birisi Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ile Başkent Üniversitesi'nin işbirliğinde gerçekleştirilen "Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi"nin çıktıları olacaktır. Bu çalışmada DSÖ tarafından belirlenen Küresel Hastalık Yüğü çalışmasından faydalanılarak Türkiye için Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması'nda kullanılacak hastalık listeleri oluşturulmuştur. Bu çalışmadan yararlanılarak seçilecek hastalıklar için tanı tedavi rehberlerinin hazırlanması, klinik indikatörlerin belirlenmesi, klinik müdahalelerin maliyet etkililiğinin araştırılmasına yönelik çalışmaların yapılması sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi bakımından anlamlı olacaktır ^(1, 2, 3).

Öneriler:

1. 2. Basamağa yönelik standart tanı tedavi rehberlerinin hazırlanması,
2. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında standart tanı-tedavi rehberlerinin sahada kullanım sıklığına yönelik bir çalışma yapılması,
3. Seçilen hastalıklar için ve diğer yönetsel süreçlere yönelik olarak ulusal kalite indikatörlerinin belirlenmesi,
4. Seçilen indikatörler doğrultusunda benchmarking (mukayese) mekanizmalarının geliştirilmesi,
5. Maliyet etkililik çalışmalarına yönelik alt yapı oluşturulması,
6. Sağlık hizmet kalitesinin sürekli olarak izleme ve geliştirilmesi için mekanizma oluşturulması,
7. Sağlıkta kalite yönetimi konusunda farkındalık oluşturulması,
8. Hasta ve Çalışan Güvenliği kültürünün yerleştirilmesi (1, 2, 3).

Bakım kalitesinin geliştirilmesi ve nihai olarak toplum sağlığının güçlendirilmesine yönelik olarak yürütülecek çalışmalar (tanı tedavi rehberlerinin hazırlanması, bu rehberlerin kullanımının teşviki, ulusal kalite indikatörlerinin hazırlanması, kıyaslama ve izleme- değerlendirme mekanizmalarının oluşturulması) orta ve uzun vadede ele alınmalı ve planlamalar bu doğrultuda yapılmalıdır. Ancak bu çalışmalara yönelik planlamalar ve hazırlık çalışmaları yapılırken diğer taraftan da kısa vadede; sağlık yöneticilerinin ve çalışanlarının konuyla ilgili eğitimlerine sistematik olarak devam edilmeli, kalite, hasta ve çalışan güvenliği konularında farkındalık oluşturulmalıdır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında kalite geliştirmeye yönelik performans değerlendirme araçları oluşturulmalıdır. Yine sağlık kurum ve kuruluşlarının fiziksel ve altyapı yetersizliklerine yönelik iyileştirmeler yapılmalıdır.

Kaynaklar:

- 1- Sağlık Bakanlığı, *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, 2007
- 2- Sağlık Bakanlığı, *Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, 2007
- 3- Sağlık Bakanlığı, *Kalite Koordinasyon Birimi*, 2007

HEDEF 17: SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE KAYNAKLARIN TAHSİS EDİLMESİ

2010 yılına kadar, Üye ülkeler sağlık sistemleri için eşit erişim, maliyet-etkililik, çok yönlülük ve asgari kaliteye dayanan, sürdürülebilir finansman ve kaynak tahsis mekanizmalarına sahip olmalıdırlar.

17.1 Sağlık Hizmetleri İçin Harcamalar Toplumun İhtiyaçlarına Uyumlu ve Uygun Olmalıdır.

Mevcut Durum:

Ulusal Sağlık Hesapları'nın sürdürülebilirliği için kurumsallaşması TÜİK çatısı altında sağlanmıştır, ancak TÜİK istenilen detayda sağlık hesaplarını henüz üretememektedir. 2004 verilerine göre kamu sağlık harcaması, toplam sağlık harcamasının %72,3'ü iken, özel sağlık harcaması %27,7'sidir ^(1,2). Hastanelere yapılan toplam ödeme ayakta bakım sunanlara yapılan ödemeden yaklaşık 2 kat daha fazladır. Hastalara sunulan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir paya sahiptir. 2000 yılındaki cinsiyete göre toplam sağlık harcamalarına bakıldığında, erkek nüfusta %42,76 ve kadın nüfusta %57,23 olarak gerçekleşmiştir ⁽²⁾.

2000 yılı için; yıllık kişi başı gelir dilimlerine göre sağlık harcamalarına bakıldığında, birinci %20'lik gelir diliminde sağlık harcamasının %15,13'ü; beşinci %20'lik gelir grubunda ise %23,23'ü gerçekleşmiştir. Yaş gruplarına göre, yapılan sağlık harcamalarına bakıldığında, 0-14 yaş grubu sağlık harcamasının %23,41'ini; 15-44 yaş grubu %36,36'sını ve 60 yaş üstü nüfus ise %20,37'sini gerçekleştirmiştir. Bölgelere göre sağlık harcamaları ve nüfus dağılımı incelendiğinde; sağlık harcamasının %32,77'si Batı bölgesinde, %13,18'i ise Doğu bölgesinde gerçekleşmiştir. Kamu sağlık harcamalarının en yüksek olduğu yer Batı bölgesi (%72,44), en düşük olduğu yer Güney bölgesi (%56,19); özel sektör sağlık harcamalarının en yüksek olduğu yer Güney bölgesi (%43,81) ve en düşük olduğu yer Batı bölgesi (%27,56) olarak görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı büyük oranda kamudan sağlanmakta ancak bu oran gelişmiş ülke seviyelerinden düşüktür. Halkın koruyucu sağlık hizmetleri talebi beklenenden düşüktür ⁽²⁾.

Sağlık hizmetlerine ayrılan finansman kaynaklarının dağıtımı öncelik belirleme esaslarına (maliyet-etkililik, toplum ihtiyaçları, sağlık etkileri gibi) göre düzenlenmemektedir. Halkın sağlık hizmetlerine erişiminde ve kullanımında yetersizlikler bulunmaktadır. Özellikle nüfusun yaklaşık %35'lik kısmının sağlık sigortası veya prim borçları nedeniyle sağlık güvencesi bulunmamaktadır ^(2, 3).

Öneriler:

- Ulusal Sağlık Hesaplarının uluslararası standartlara göre her yıl düzenli olarak toplanmasına imkan sağlayacak yapının oluşturulması,
- Ulusal Sağlık Hesaplarının idari kayıtlardan elde edilmesinin sağlanması,
- Sağlık Hesaplarında harcamaların hizmet sunucuları ve sağlık fonksiyonlarına göre elde edilebilmesi,

- Kayıtların mümkün olduğu ölçüde elektronik ortamda tutulması. İşlemlerin kişilerin T.C. Kimlik numarası üzerinden yapılmasının sağlanması,
- Ulusal Sağlık Harcama tanımlarının, tüm kurumlarca ortak dil üzerinden anlaşılmasının sağlanması ve verilerin tüm kurumlardan bu ortak dil üzerinden toplanmasının temin edilmesi,
- Hangi verinin nereden elde edileceğinin tanımlanması ve verinin güvenilirliğinden ve kalitesinden hangi kurumun sorumlu olduğunun belirlenmesi. Bu alanda kurumlar arası işbirliğinin artırılması,
- Harcamaların, ihtiyaçlar doğrultusunda uygun ve uyumlu olabilmesi için bölge, cinsiyet, gelir dilimleri, sosyal güvence, yaş gibi belirlenen değişkenlere göre toplanmasını ya da elde edilmesini sağlayacak veri tabanlarının kurulması,
- Sosyo-demografik gruplar arasındaki farklılıkları ortaya çıkaran risk faktörlerinin belirlenmesi ve bunlara yönelik müdahalelerde bulunulması,
- Ülkedeki riskli grupların sağlığının geliştirilmesi için bu grupların önündeki finansal ve diğer engellerin kaldırılması,
- Yaşlılara verilen sağlık hizmetleri ile ilgili ve evde bakım hizmetlerine yönelik çalışmaların yapılması,
- Ödemelerin, harcamaların ve sağlık hizmet kullanımının hakkaniyet esasına göre yapılması, olabilecek tüm suistimaller ve gereksiz kullanımın engellenilmesi,
- Bölgesel bazda sık görülen hastalıklar listelenerek bölgelerin hastalık dokusunun ortaya konulması ve bölgelerin sağlık ihtiyaçlarına uygun tahsis mekanizmalarının devreye konulması,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan finansmanın artırılması, korunulabilir hastalıklar için yatırım ve denetim fonksiyonlarının artırılmasının sağlanması ^(4, 5).

17.2 Sağlık Etkileri, Maliyet-Etkililik Ve Bilimsel Kanıtlar Göz Önüne Alınarak Kaynaklar Sağlık Promosyonu Ve Korunma, Tedavi ve Bakım Arasında Tahsis Edilmelidir.

Mevcut Durum:

Sık görülen hastalıklar sıralamasının bölgesel bazda derlenmesi ve bu yönde ilgili bölgelere kaynak tahsisi yapılması konusunda çalışmalar sınırlıdır. Toplumun tamamı sağlık güvencesi kapsamında değildir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı büyük oranda kamudan sağlanmakta ve son 4 yılda bu alana ayrılan kaynakta belirgin bir artış olmasına rağmen bu oran gelişmiş ülke seviyelerinden düşüktür. 2002 yılında koruyucu sağlık harcamaları için Sağlık Bakanlığı bütçesinden ayrılan kaynak 577,8 milyon ABD doları iken, bu rakam 2007 yılında 1,7 milyar ABD doları seviyesine yükselmiştir ^(6, 7). Ancak bu oran gelişmiş ülke seviyelerinden düşüktür. Halkın koruyucu sağlık hizmetleri talebi beklenenden düşüktür. Yeni tıbbi yöntemler ve farmasötikler, sağlıkta ekonomik değerlendirme analizlerine bakılmadan sunuma dahil edilmekte ve gereksiz sağlık harcamalarına neden olabilmektedir. Hizmet sunan kurumların teknik özellikleri birbirinden farklı veya yetersiz olması nedeniyle, bazı sağlık kurumlarında gereksiz yığılmalar oluşabilmekte ve hizmet sunum verimi düşmektedir. Türkiye’de beklenen yaşam süresi artmakta,

emeklilik yaşı da uzamaktadır. Yaşlı bireylere verilen özelleşmiş sağlık hizmetlerine yönelik özel düzenlemeler bulunmamaktadır ^(4, 5).

Öneriler:

- Kayıtların mümkün olduğu ölçüde elektronik ortamda, harcamanın yapıldığı alt kalemlere göre ve istenilen diğer detaylarda tutulması,
- Harcamaların vatandaşların T.C. Kimlik Numarası üzerinden yapılmasının sağlanması ile doğrudan sosyo-demografik bilgilere ulaşılması,
- Harcamaların, ihtiyaçlar doğrultusunda uygun ve uyumlu olabilmesi için bölge, cinsiyet, gelir dilimleri, sosyal güvence, yaş gibi belirlenen değişkenlere göre toplanmasını ya da elde edilmesini sağlayacak veri tabanlarının kurulması,
- Bölgesel bazda sık görülen hastalıklar listelenerek bölgelerin hastalık dokusunun ortaya konulması ve bölgelerin sağlık ihtiyaçlarına uygun tahsis mekanizmalarının devreye konulması,
- Gelir düzeyine bakılmaksızın toplumun tamamını kapsayan genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi,
- Genel sağlık sigortası sisteminin aktüeryal dengelerinin muhafaza edilerek hizmetin sürdürülebilirliği açısından sağlık hizmeti sunucularına yapılacak ödemelerin kesintiye uğratılmaması,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan finansmanın, yatırım ve denetim fonksiyonlarının artırılmasının sağlanması,
- Ödemelerin, harcamaların ve sağlık hizmet kullanımının hakkaniyet esasına göre yapılması, olabilecek tüm suistimaller ve gereksiz kullanımın engellenmesi,
- Yaşlılara verilen sağlık hizmetleri ile ilgili ve evde bakım hizmetlerine yönelik çalışmaların yapılması,
- Alternatif tanı ve tedavi yöntemleri üzerinde analizler yapılarak hem maliyet hem de etkinlik açısından uygun yöntemlerin kullanımının teşvik edilmesi ^(4, 5).

17.3 Sağlık Hizmetleri İçin Fon Sistemleri Tüm Toplumu Kapsamayı, Çok Yönlülüğü ve Sürdürülebilirliği Garantilemelidir.

Mevcut Durum:

Toplumun tamamı sağlık güvencesi kapsamında değildir. Mevcut durumda var olan sağlık fonlarının aktüeryal dengelerini sağlanamamasından dolayı Genel Bütçe'den sübvansede edilmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Ulusal Sağlık Hesapları'nın sürdürülebilirliği için kurumsallaşması Türkiye İstatistik Kurumu çatısı altında sağlanmıştır, ancak TÜİK istenilen detayda sağlık hesaplarını henüz üretememektedir. Sağlık hizmetlerine ayrılan finansman kaynaklarının dağıtımı öncelik belirleme esaslarına (maliyet-etkililik, toplum ihtiyaçları, sağlık etkileri gibi) göre düzenlenmemektedir. Tabi olunan sosyal güvenlik kurumuna göre hizmet alımında farklılıklar mevcuttur ^(4, 5).

Öneriler:

- Gelir düzeyine bakılmaksızın toplumun tamamını kapsayan genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi,
- Genel sağlık sigortası sisteminin aktüeryal dengelerinin muhafaza edilerek sağlık hizmeti sunucularına yapılacak ödemelerin kesintiye uğratılmaması,
- Harcamaların, ihtiyaçlar doğrultusunda uygun ve uyumlu olabilmesi için bölge, cinsiyet, gelir dilimleri, sosyal güvence, yaş gibi belirlenen değişkenlere göre toplanmasını ya da elde edilmesini sağlayacak veri tabanlarının kurulması,
- Kayıtların mümkün olduğu ölçüde elektronik ortamda tutulması. İşlemlerin kişilerin T.C. Kimlik numarası üzerinden yapılmasının sağlanması,
- Ödemelerin, harcamaların ve sağlık hizmet kullanımının hakkaniyet esasına göre yapılması, olabilecek tüm suistimaller ve gereksiz kullanımın engellenilmesi,
- Ülkedeki riskli grupların sağlığının geliştirilmesi için bu grupların önündeki finansal ve diğer engellerin kaldırılması,
- Sağlık hizmeti sunan kurumların akreditasyonu ^(4, 5).

Kaynaklar:

1. TÜİK, 2004
2. Ulusal Sağlık Hesapları, 2000
3. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hanehalkı Araştırması Final Raporu, Ankara, 2005
4. Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2007
5. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007

HEDEF 18: SAĞLIK İÇİN İNSAN KAYNAKLARI GELİŞTİRİLMESİ

2010 yılına kadar, bütün Üye Ülkeler, bütün sağlık çalışanlarının ve diğer sektörlerde çalışanların sağlığın korunması ve ilerlemesi için uygun bilgi, tavır ve becerileri edinmesini sağlamalıdır

18.1 Sağlık Çalışanlarının Eğitimi Herkes İçin Sağlık Politikaları Prensiplerine Dayanmalıdır, İlerletici, Koruyucu, İyileştirici ve Rehabilitasyon Edici Hizmetlerde Kalite ve Klinik ve Halk Sağlığı Uygulamalarını Birleştirici Olarak Hazırlanmalarını Sağlamalıdır;

Mevcut Durum

Koruyucu hizmetlerin verildiği birinci basamağa yönelik sağlık çalışanlarının eğitimlerinde özellikle hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimleri, temel sağlık hizmetleri yaklaşımı ve uygulamaları açısından yetersizdir. Özellikle mezuniyet öncesi eğitimde sağlık eğitimi birincil düzeyde korumadan sağlığı geliştirmeye doğru bir yönelim içerisinde olması gerekmektedir. Bu bağlamda Türkiye’de tıp eğitiminde ‘Çekirdek Eğitim’ başlığıyla yerleştirilmeye çalışılan ve sağlık hizmetlerinin bir ekip hizmeti olduğu kavramını vermeye çalışan, toplum sağlığını ve koruyucu hekimliği ön plana çıkartan, birinci basamakta hizmetlerin önemini vurgulayan bir çaba vardır, bu önemli çabanın desteklenmesi, izlenmesi gerekmektedir.

Türkiye’de sağlık alanında ve sağlık eğitimi konusunda var olan bir standart akreditasyon kurumu yoktur. Ebe, hemşire ve sağlık memurluğu eğitiminin lisans düzeyindeki (dört yıllık) yüksek okullarda verilmesi ve bu sistemin ülke modeli haline getirilmesi benimsenmiştir. Ancak 25/04/2007 kabul tarihli ve 5634 sayılı kanuna hemşirelik kanunda değişiklik yapılmasına dair kanuna istinaden Hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programının adı, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren hemşirelik programı olarak değiştirilmiş ve programlar birleştirilmiş olup sözkonusu eğitin programlarından mezun olacak sağlık memurları “hemşire” ünvanı alacaklardır.

Sağlık eğitimi aktörlerinin kamu, özel sektör ve üçüncü sektör arasında dağılım gösterdiği görülmektedir. Bu aktörler büyük oranda birbirinden bağımsız ve eşgüdüksüz hareket etmektedir. Sağlıkta insan gücü planlamasının yeterince yapılmamış olması, uzman hekim kadrolarında dengesiz dağılıma neden olmakta ve bu da ciddi istihdam sorunlarını gündeme getirilmektedir.

Sağlık hizmetleri finansmanında sağlık bütçesinden koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın çok düşük olması, bu alanda hizmet veren sağlık personeli ve kuruluşların yeterince verimli olmamasına neden olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri daha çok kırsal kapsayan uygulamalar şeklindedir. Kentsel bölgelerdeki nüfus ve yaşam koşullarını dikkate alacak şekilde uygulamaların yeniden tanımlanmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Türkiye’de sağlık işgücü planlaması nüfusa dayalı olarak yapılmaktadır. Demografik özelliklere uygun sorunların tam olarak bilinmemesi ya da bilinse de etkili bir şekilde çözümlenememesi nüfusa dayalı planlamada sıkıntılar yaratabilmektedir.

İllerdeki Üniversitelerin İl Sağlık Müdürlükleri’nden bağımsız çalışması nedeniyle eğitimde ağırlık verilen sağlık problemleri ile bölgelerdeki öncelikli sağlık problemleri arasında fark yaratmaktadır.

Öneriler:

Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki personelin halk sağlığı eğitimi konusunda daha iyi eğitim vermeleri için kapasitelerinin hizmetiçi eğitimlerle güçlendirilmesi gereklidir. Tıp eğitimi temel sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimliğe ağırlık verecek şekilde düzenlenmelidir.

Tıp eğitimi sırasında yapılan uygulamalar üniversite hastanelerinin yanı sıra, birinci basamak sağlık kuruluşları, yaşlı evleri gibi mekânlar kullanılarak desteklenmeli ve pratik eğitim süreleri artırılmalıdır. İkinci basamakta çalışan sağlık personeli koruyucu sağlık hizmetleri eğitimleri için özendirilmelidir.

Sağlık alanında hizmet verecek olan öğrencilere sağlık sisteminin organizasyonunda, finansmanında ve sunumunda zaman içinde oluşan değişimleri anlayabilecek ve uyum gösterebilecek yetenekler kazandırılmalıdır.

Kentsel ve kırsal bölgeler arasındaki farklılıkların ve özellikle eşitsizliklerin giderilmesinde, eğitim kurumları olan üniversite hastaneleri dahil olmak üzere, tüm hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin koruyucu hizmetleri de içerecek şekilde geliştirilmesi için sistem oluşturulmalıdır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sadece birinci basamak sorumluluğu altında olduğu düşüncesi değiştirilmeli; hastanelerde, ikincil koruma da yapılmalı ve ilgili eğitimler verilmelidir. Okul sağlığı hizmetleri geliştirilmelidir.

Sağlık eğitimi, ülkenin demografik özellikleri ve değişimi göz önünde bulundurularak geliştirilmelidir. Sağlık genel bütçesinden birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan pay artırılmalıdır. Kırsal bölgelerde ve nüfusun çoğunun yaşadığı kentlerin hızla artan yeni yerleşim bölgelerinde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve kullanımı artırılmalıdır. Teknolojiden azami ölçüde faydalanılması ve yaşam boyu bilgi artırımı öğretilmelidir.

Özellikle tıp fakültesi öğrencilerine verilen pratik eğitimlerde belli bir süre için, fakülte dışı genel hasta hizmeti veren, akademisyen olmayan hekimlerden faydalanılması organize edilmelidir. Bu durum öğrencinin toplumla ve yardımcı sağlık personeli ile karşılaşmasını da sağlamanın ötesinde söz konusu hekimlerin de mezuniyet sonrası eğitime katkıda bulunup, hizmetin kalitesini yükseltebilecektir.

Sağlık personelinin eğitiminde insan vücudunun yapısını ve hasta bakımını multidisipliner entegrasyon ve hasta ile karşılaşarak öğrenmenin yanı sıra insan sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi ile ilgili eğitimde dengeli bir şekilde ve toplumun sağlık gereksinimleri göz önünde tutularak verilmelidir. Evrensel standartlarda bir hekim yetiştirilmesine yönelik eğitimin içinde, ülkeye özgü sağlık sorunları özellikle vurgulanmalıdır. Gereksinimlerin karşılanması için ilgili mevzuatın düzenlenmesi, topluma dayalı koruyucu hizmetler ve ilk basamak hizmet sunumu eğitiminin yapılabilmesi için üniversitelerin örnek uygulama alanları ve birimleri oluşturulmalıdır. Mezuniyet sonrası sürekli sağlık eğitimi özendirilmeli ve desteklenmelidir. Okul, işyeri ve hastane temelli uygulamalarla sağlığın geliştirilmesi ve korunması etkinlikleri yaygınlaştırılmalıdır.

Gelecekteki sağlık gelişmeleri doğrultusunda ihtiyaç duyulacak meslek gruplarına ait tanımlamalar yapılmalı ve ilgili meslek gruplarının eğitimi planlanmalıdır.

Toplumun sağlık alanındaki değişen ihtiyaçları doğrultusunda yeni hizmet birimleri (geriatri, adolesan, fizik tedavi, engelli vb bireylere yönelik merkezlerin) oluşturulmalı ve var olanlar geliştirilmelidir ^(1, 2, 3).

18.2 Eğitimli Sağlık Çalışanları Sayısı Ve Karışımının Mevcut ve Gelecekteki İhtiyaçları Karşılacak Şekilde Planlama Sistemleri Olmalıdır;

Mevcut Durum

Ülkemizde sağlık insangücü planlaması nüfusa dayalı olarak yapılmaktadır. Bu nedenle sağlık işgücü piramidinde bölgeler ve kurumlar arası dengesizlik oluşmaktadır. Sağlıkta insangücü planlamasının ihtiyaca yönelik olarak yapılmamış olması, uzman hekim kadrolarında dengesiz dağılıma neden olmakta ve bu da ciddi istihdam sorunlarını gündeme getirmektedir. Mevcut sağlık çalışanlarına ait veriler net olarak toplanmamaktadır. Gelecekte sağlık alanındaki teknolojik ilerlemelere uygun yeni gelişecek sağlık mesleklerine ait planlama yapılmamaktadır. Sağlıkta insan kaynakları planlaması Sağlık Bakanlığı'nda çalışan personel için Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü ve Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü tarafından Atama Nakil Yönetmeliği'nde yer alan Personel Dağılım Cetveli ilkelerine göre yapılmaktadır. Bu ilkeler incelendiğinde planlamanın nüfusa ve yatak sayısına dayalı olarak yapıldığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmelidir. Ancak Türkiye'de hizmet sunumu ağırlıklı olarak ikinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir ve buna bağlı olarak da sağlık insangücü ağırlıklı olarak ikinci basamak sağlık kuruluşlarında istihdam edilmektedir. Sağlık insangücünde mevcut verilerin nitelikleri ihtiyaca yönelik planlamaya elverişli değildir. Sağlık insan gücü planlaması genelde yatak başına dayalı olarak yapıldığından insangücü konusunda Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler arasında koordinasyon tam anlamıyla sağlanamamaktadır. Sağlık personeli ihtiyacı çalışması yürütülürken sağlık okulları ve üniversitelere alınan öğrenci sayılarının planlaması yapılmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü aktif çalışan personel çalışması, Haziran 2007 verilerine göre sağlık personelinin mevcut durumuna ait sayısal veriler;

51.478 Uzman Hekim,
 38.076 Pratisyen Hekim ve
 18.095 Asistan Hekim olmak üzere
Toplam 99.473 Hekim,
 18.599 Diş Hekimi,
 21.748 Eczacı,
 58.255 Sağlık Memuru,
 82.668 Hemşire,
 43.257 Ebe
 olarak bildirilmiştir.

Bu toplam rakamlara Türk Silahlı Kuvvetleri, Kızılay, Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, SB Merkez Teşkilatında kadrolu olarak çalışan personel ve diğer Bakanlık ve vakıflarda görev yapan sağlık personeline ilişkin veriler dahil değildir. Bu verilere göre ülkemizde 1000 kişiye düşen sağlık personeli sayısı ;

Hekim için	; 1,35
uzman hekim için	; 0,69
Pratisyen Hekim için	; 0,40
Asistan hekim için	; 0,24
Diş hekimi için	; 0,25
Eczacı için	; 0,29
Sağlık Memuru için	; 0,78
Hemşire için	; 1,12
Ebe için	; 0,58 dir.

Öneriler.

Sağlık insangücü planlamasında projeksiyon çalışmaları desteklenmeli, sağlık insangücü planlaması “ihtiyaca yönelik” olarak gerçekleştirilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet veren sağlık personeline özel teşviklerin verilmesi, sağlık insangücünde bölgelerarası (kent-kırsal) dengesizlik giderilmeli, sağlık insangücü verileri yapılacak planlamalara uygun nitelik ve içerikte olmalıdır (yaş, cinsiyet, eğitim, finansman, kalite ve performans vb.).

Sağlık insangücü dağılımında meslek grupları arasındaki dağılımdaki dengesizlik giderilmelidir. Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve sağlık çalışanlarına yönelik psikososyal destek merkezlerinin yapılması, sağlık personeli ihtiyacı çalışması yürütülürken YÖK ve MEB ile işbirliği içerisinde çalışılarak okullara alınacak öğrenci sayılarının planlaması gerçekleştirilmelidir ^(1, 2, 3).

18.3 Bütün Üye Ülkelerde Halk Sağlığı Liderliği, Yönetimi ve Uygulaması İçin Uzmanlaşmış Eğitim Kapasitesi Bulunmalıdır;

Mevcut Durum:

Halk sağlığı alanında eğitim almış uzman hekimlerin yerinin belirsizliğini koruması, istihdam sorunu yaşatmaktadır. Ülkemiz sağlık sisteminde yönetici olarak çalışmak üzere yetiştirilmiş olan halk sağlığı uzmanlarının pek azı bu görevlerde istihdam edilmektedir. Görevinin ana eksenini sağlık yöneticiliği olan halk sağlığı uzmanlarının ağırlıklı olarak sağlık hizmetleri tanı tedavi birimlerinde istihdam edilmektedir. Halk sağlığı uzmanlarının önemli bir çoğunluğu üniversite Halk Sağlığı anabilim dallarında çalışmayı tercih etmektedirler. Halk sağlığı uzmanlarının sağlık yönetimi konusundaki eğitim uygulamaları asistanlık eğitimlerinin ilk iki yılını kapsayan süreçte 3 ay olarak planlanmıştır. Kalan diğer 2 yıllık eğitim süresinde de 6 aylık birinci basamak uygulamalarında, sağlık grup başkanlıklarında veya sağlık ocaklarında tercihen sorumlu hekim olarak görev almaları

sağlanmaktadır. Aile Hekimliği uygulamasına geçilen illerde ise Halk Sağlığı uzmanları Toplum Sağlığı Merkezlerinde görevlendirilmesi planlanmaktadır.

Ayrıca, Sağlık Bakanlığı himayesinde halen yürürlükte olan kanun ve 10.03.2003 tarih ve 45 sayılı Bakan Oluru ile Halk Sağlığı Okulu (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü) yeniden açılmıştır. Hıfzıssıhha Mektebinin sorumlu olduğu görevler 30.12.1940 tarih ve 3959 sayılı “Türkiye Cumhuriyeti Merkezi Hıfzıssıhha Enstitüsü Kuruluş Kanunu” ve 3959 sayılı kanuna göre düzenlenmiş 15.05.2003 tarih ve 23 sayılı Bakan Oluru ile yürürlüğe giren Çalışma Yönergesi ile belirlenmiştir.

Öneriler:

Halk sağlığı uzmanlarının mevcut durumu yönetim kadrolarında istihdamlarını sağlayacak sayı ve şekilde planlanmalı, halk sağlığı uzmanlarının eğitim müfredatlarındaki yönetim ağırlıklı uygulama ve ders kredileri artırılmalı, uygulamalı eğitimlerinde merkez ve taşra teşkilatında ağırlıklı olarak yönetim birimlerinde görev verilmeleri sağlanmalı, yönetimle ilgili bilgi ve becerileri artırılmalıdır. Halk sağlığı uzmanlığı sağlık kurumlarının merkez ve taşra teşkilatlarının idari kadrolarında istihdamda öncelik ve tercih sebebi oluşturmali ve bu alanda çalışacak olan uzmanların Bakanlık idari kadrolarındaki kariyer basamakları belirgin hale getirilerek uzmanlık dalı cazip kılınmalıdır. İhtiyaca yönelik “halk sağlığı uzman” kadrosu yetiştirilmelidir ^(1, 2, 3). Performansa dayalı ödeme sisteminde halk sağlığı uygulamalarında çalışanlara (halk sağlığı uzmanları, pratisyen hekim, hemşire, ebe ve idareciler) verilen teşvikler ve puanlar artırılmalı bu şekilde halk sağlığı hizmetlerinin veriminin artırılması düşünülmelidir.

18.4 Hedef Diğer Sektörlerdeki Çalışanların Eğitimi Herkes İçin Sağlık Politikalarının Temel Prensiplerini ve Özellikle Sağlık Etkenlerini İşlerinin Nasıl Etkileyebileceği Bilgisini İçermelidir.

Mevcut Durum:

Diğer sektör ve kurumlarda çalışanların eğitimi ile ilgili yönetmelikle Sağlık Bakanlığı ilgili kurum ve kuruluşları tarafından yapılır (Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği).

“Anayasamızın 56. maddesi “herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hakkı, çevre sağlığını korumak ve kirlenmesini önlemek” ödevlerini devlet ile birlikte vatandaşlara da vermiştir. Ayrıca, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da da (22 ve 23. maddeler) bu şekilde yer almasına rağmen halkın katılım ve katkıları yetersizdir. 26/04/1985 tarih ve 1115 sayılı Sağlık Bakanlığı onayı ile Sağlık Meslek Liseleri’nde uygulamaya konulan “İlkokul, Ortaokul, Lise ve Dengi Okullar Eğitici Çalışmalar Yönetmeliği” ne göre sağlık eğitimi yapılan özel gün ve haftalar belirtilmiş olup bu doğrultuda halk, sağlıkla ilgili konularda bilinçlendirilmeye çalışılmaktadır.

Öneriler

Sağlık sunumunun bütün kademelerindeki hizmetin her yönden başarılı olması ve toplumun katkı ve katılımının gerektiği ölçüde sağlanması için sürekli toplum eğitimi yapılmalıdır. Bu eğitim,

sağlık sorunlarının öncelikleri dikkate alınarak, bir merkezden yönetilip değerlendirilmeli ve denetlenmelidir. Sağlıklı kamu politikasını geliştirecek mekanizmalar kurulmalıdır. Sağlık sektörü ile sivil toplum kuruluşları arasında işbirliği oluşturulmalıdır. Sivil toplum örgütlerinin sağlık bilincini oluşturma konusunda yapacağı projeler desteklenmelidir. Toplum sağlığı ile ilgili yapılacak eğitimlere ilgili sağlık kurumlarının destek olması sağlanmalıdır. Sağlık eğiticileri bu konuda teşvik edilmelidir. Kurumlar tarafından yapılan sağlık projelerine halkın katılımı teşvik edilmeli ve diğer sektör çalışanları sağlıkla ilgili konularda bilgilendirilmeleri konusunda teşvik edilmeli; sektörlerle özgü sağlık sorunları belirlenmeli ve çalışanlar bu konuda bilinçlendirilmelidir (1, 2, 3).

Kaynaklar:

1. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
2. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
3. Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü

HEDEF 19: SAĞLIK İÇİN ARAŞTIRMA VE BİLGİ

2015 yılına kadar, bütün Üye Ülkeler kazanç, etkili yarar ve herkes için sağlığı destekleyecek bilgi dağılımını destekleyecek sağlık araştırma, bilgi ve iletişim sistemleri oluşturmaktadır.

19.1 Bütün Ülkeler ‘Herkes İçin Sağlık’ İçin Uzun Dönem Politikalarındaki Önceliklerine Odaklı Araştırma Politikalarına Sahip Olmalıdır;

Mevcut Durum:

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Dünya Sağlık Teşkilatı’nın “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan “Katılım Ortaklığı Belgesi” ve ülkemiz tarafından hazırlanan “Ulusal Program” doğrultusunda Türk sağlık mevzuatı’nın, Avrupa Birliği sağlık mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacını ve diğer uluslararası deneyimleri dikkate almaktadır. Bu doğrultuda “Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi” çalışmaları 2003 yılından beri yürütülmektedir.

Sağlık bilgi sistemi, sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon üstlenecektir.

Bu sistem, günümüz iletişim olanaklarını kullanarak uygulanabilecek bir ortak veri tabanı üzerinden işleyecektir. Sevk zinciri bu sistemle daha etkin, hızlı ve güvenilir bir hale gelecektir. MERNIS numarası gibi özgün bir referans numarasının tüm sağlık veritabanlarında ek bir öge olarak benimsenmesi, sigorta sistemindeki verilerle sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin verileri eşleştirmeyi kolaylaştıracaktır. Her Türk vatandaşına verilen bu numaranın kullanılması farklı veri tabanlarında tutulan verilerin karşılıklı eşleştirilmesine fırsat verecek, tedavi için başvuran hastaların sigortalı olup olmadıklarını hızlı olarak teyit edecek ve birden fazla sigorta sisteminin imkanlarından yararlanan kişileri tespit edebilecektir.

Sağlık bilgi sisteminin ana hatları şöyledir:

- Web teknolojisine dayalı, Aile Hekimliği, hastane ve diğer bileşenlerin bağımsız yazılımlarından standart veri transferi yapılabilmesi.
- Karar mekanizmasında rol alacak yeterli ve gerekli bilgiye merkezden ulaşılabilmesi.
- Hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına yönelik, epidemiolojik ve demografik analizler yapılması
- Ülke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve sağlık hizmeti sunumunda elde edilen verilerin doğrultusunda da hizmet planlanması yapılabilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanakları kullanarak veri toplanması, toplanan bu verilerin kurumsal bir yapı dahilinde değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasının desteklenmesi.

- Ulusal Sürveyans sistemini destekleyecek uygulamalar ile sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemlerinin oluşturulmalı ve uluslararası sistemlerle entegrasyonunu sağlaması.
- İlaç provizyon sistemleri ile ilaç denetimine imkan tanınması.
- Sağlık hizmeti sunumunda dağılımı ve doluluğu denetleme imkanı vermesi.
- MERNİS ile entegre kişisel referans kaydını esas alması
- Aile hekimlerini kendi hastaları ile ilişkilendirmesi ve sistemde yetkilendirmesi.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde araştırma politikaları Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde AR-GE Şube Müdürlüğü'nce yürütülmekte olup ayrıca her bir Genel Müdürlük, daire başkanlığı tarafından yürütülen çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (Bkz ilgili hedefler yürütülen programlar).

Delphi anketi yöntemiyle Vizyon 2023 kapsamında teknoloji öngörülerini içeren “Sağlık ve İlaç Paneli Raporu” hazırlanmıştır. Ayrıca 2005 yılında gerçekleştirilen Kamu Sağlık Araştırma Programı (KSAP) adlı çalıştay ile öncelikli alan ve ihtiyaçlar belirlenmiş, bu alanlara uygun proje başlıklarını içeren rapor hazırlanmıştır ^(1, 2).

Öneriler:

Sağlık Bilgi sistemindeki çalışmaların zaman içerisinde tamamlanması önemlidir.

Gerek Bakanlıklar, gerekse Üniversiteler ve STK tarafından ulusal ve uluslararası projelere teklif verilmesi ve kabul edilen projelerin tamamlanması artırılmalıdır. Bu kapsamda kurumlar teşvik edilmeli, çalışanların bu çerçevede desteklenmeleri sağlanmalıdır. Bunun için gerekli yasal düzenlemeler başta olmak üzere gerekli mevzuat çalışmaları tamamlanmalıdır.

Ayrıca anılan raporlar çerçevesinde bir proje teklif çağrısı yapılmalı ve bu projeleri finanse etmek için bütçe oluşturulmalıdır. Ayrıca KSAP'ın belirli aralıklarla güncellenmesi ve bu çalıştayın sürekliliği sağlanmalıdır ^(1, 2, 3).

19.2 Bütün Ülkeler Bilimsel Kanıta Dayalı Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Geliştirilmesi Mekanizmalarına Sahip Olmalıdır;

Mevcut Durum:

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi tüm taşra teşkilatına dağıtılmıştır ayrıca güncelleme çalışmaları da tamamlanmıştır. Bunların yanı sıra, Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberleri ve Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Kitabı yayınlanmıştır ^(1, 2, 3).

Sağlık sektörü reformu içerisinde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili politika geliştirilmesine yönelik olarak Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından **22-23 Aralık 2006** tarihleri arasında Ankara'da **Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı** gerçekleştirilmiştir. Çalıştaya, Sağlık Bakanlığı üst ve orta düzey yöneticileri, Çalışma Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu üst ve orta düzey yöneticileri, Maliye Bakanlığı temsilcileri, üniversitelerin ilgili fakültelerinden öğretim üyeleri ve konu ile ilgili meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşları temsilcileri iştirak etmiştir ⁽⁴⁾.

Öneriler:

Bilimsel kanıta dayalı sağlık hizmetleri sunumu ve geliştirilmesi mekanizmaları geliştirilmelidir. Bu kapsamda 2. basamağa yönelik tanı tedavi rehberlerinin geliştirilmesi önemlidir. Hazırlanmış olan rehberlerin ise güncellemelerinin yapılması gerekmektedir.

19.3 Sağlık Bilgileri Politikacılar, Yöneticiler, Sağlık ve Diğer Çalışanlar ve Halk İçin Hem Yararlı Hem De Kolay Erişilebilir Olmalıdır;

Mevcut Durum:

Sağlık Bakanlığı Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi çalışmaları kapsamında sağlık istatistikleri ve ilgili raporlara ulaşım sağlanması planlanmaktadır. 2008 sonu itibarı ile birinci basamak aile hekimliği bilgi sistemi ve ikinci basamak elektronik bilgi paylaşımı ağı “SağlıkNet” tamamlanması öngörülmüştür.

Ayrıca Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü www.hm.saglik.gov.tr adresinde yürütülen çalışma raporları ve hazırlanan bilimsel kitaplar yer almaktadır.

Projelere nasıl başvurulacağını, çeşitli proje destek mekanizmalarına ulaşımı sağlayan linkleri ve ar-ge hakkında bilgi edinilebilecek dökümanları içeren; dolayısıyla proje sunabilecek herkesin faydalanabileceği bir web sayfası mevcuttur ^(1, 2, 3).

19.4 Bütün Ülkeler, Herkes İçin Sağlık Gündemi Desteklemesi ve Bu Bilgilere Erişimi Kolaylaştırması İçin Sağlık İletişim Politikaları Ve Programları Oluşturulmalıdır.

Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı sorumluluğunda yürütülen Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi çalışmaları, öncelikle sağlık verilerinin ve temel süreçlerin standart hale getirilmesi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Burada gerçekleştirilen çalışmalar Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü(USVS) ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS)’nun oluşturulmasıdır. Ayrıca, ulusal çapta tüm vatandaşların sağlık bilgilerinin güvenli bir şekilde toplanmasını sağlayacak Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veritabanının ve ESK verilerini esas alarak gelişmiş analizler yapma imkânı sağlayacak bir Karar Destek Sisteminin (KDS) oluşturulması çalışmaları devam etmektedir.

Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS); Türkiye’deki sağlık kurumlarında kullanılmakta olan bilgi sistemlerinin referans olarak kullanacağı bir sözlük çalışmasıdır. Sözlük, farklı kategorilerde veri kümelerinin olduğu hiyerarşik terim ve nesneler toplulukları (Ontoloji XE “Ontoloji”ler) ve bu terimler arası ilişkilerden oluşmaktadır. Bununla birlikte USVS, bir veri sözlüğü niteliği taşımayan; ancak Sağlık Kodlama referans Sunucusu (SKRS) bünyesinde yer alacak ve yine ülke çapında referans olarak kullanılacak olan kodlama ve sınıflandırma sistemlerinin tanımlarını da barındırmaktadır.

MSVS (Minimum Sağlık Veri Seti)-USVS Çalıştayı; Birimlerle yapılan çalışma sonrasında 04-06 Aralık 2006 tarihinde; Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ilgili birimleri, Aile Hekimliği Pilot Projesi kapsamında Düzce ilinde saha tecrübesi olan doktor ve akademisyenler, üniversite ve konuyla ilgili diğer kişilerin katılımıyla bir çalıştay düzenlenmiştir. Ulusal Sağlık Bilgi Sisteminin temel dokümanı olarak isimlendirilen; Minimum Sağlık Veri Setleri ve içerikleri, Veri Seti

Gönderim Şemaları ve Veri Elemanları tanımlarının yer aldığı Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü dokümanı 15.06.2007 tarihinde yayınlanmıştır. USVS ve MSVS’ler devamlı revizyona tabi tutulacak olan dokümanlar olacağından, e-sağlık projesi tamamlandıktan sonra da bu alanda birim çalışmaları devam edecektir.

Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması; Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması, Versiyon 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10) Onuncu Revizyon Türkçe Sürümü “Eğitici Eğitimleri” yapılmaktadır. Bakanlığımıza bağlı sağlık kurumlarında çalışan Uzman Tabip, Tabip ve Tıbbi Sekreter olmak üzere toplam 496 personelin katıldığı eğitimler gerçekleştirilmiştir.

Kaynaklar:

1. Sağlık Bakanlığı, AR-GE Birimi, 2007
2. Sağlık Bakanlığı, İzleme ve Değerlendirme Birimi, 2007
3. Sağlık Bakanlığı, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, 2007
4. Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı Sonuç Raporu, 2007

HEDEF 20: SAĞLIK İÇİN TARAFLARIN HAREKETE GEÇİRİLMESİ

2010 yılına kadar, herkes için sağlık politikalarının uygulamasında, kamu ve özel sektör boyunca ve sivil toplum, sağlık için birlik ve ortaklıkları, bireyleri, grupları ve organizasyonları için içine alınmalıdır.

20.1 Sağlık Sektörü Sağlık İçin Aktif Promosyon Ve Savunmasını Sağlamalı, Diğer Sektörlerin Çoklu Sektörel Aktivitelere Katılımını Sağlamalı, Hedef ve Kaynakları Paylaşmalıdır;

20.2 Sağlık Gelişimi İçin Bütün Aktörlerin Ve Sektörlerin Uyumlu İşbirliği İçin Uluslar Arası, Ülke, Bölgesel ve Yerel Seviyelerde Yapılar Ve Süreçler Mevcut Olmalıdır.

Sağlık alanında çoğulculuğun geliştirilmesi, sivil toplum örgütlerinin kapasitesinin güçlendirilmesi ve toplum sağlığı sorunlarına toplum tarafından kabul edilebilir çözümlerin bulunmasında sosyo-kültürel, kurumsal ve ekonomik açıdan uygunluğa dayanan yenilikçi, toplum merkezli ve kanıta dayalı sağlık müdahalelerinin uygulanması önemlidir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal ve uluslararası kurumların işbirliği ile bazı programlar başlatılmıştır.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları Önleme Programı Ulusal Eylem Planı hazırlanmıştır. Hazırlık çalışmalarında Sağlık Bakanlığı ve sivil toplum örgütlerinin katılımıyla gerçekleşen bir dizi toplantı yapılmış çok sektörlü katılım sağlanmıştır ⁽¹⁾.

Dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan “Dünya Sağlık Örgütü-Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi”, 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre’de DSÖ’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilmiştir. Bu sözleşme 25 Kasım 2004 tarihinde TBMM’nce kabul edilerek, 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak Türkiye’de de yürürlüğe girmiştir. Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi kapsamında yapılacak çalışmaların planlanması ve ülkemizde sigara tüketiminin kontrol altına alınarak vatandaşlarımızın, özellikle gençlerimizin korunması amacıyla 2006 - 2010 yıllarını kapsayacak şekilde bir “Ulusal Tütün Kontrol Programı” hazırlanmış ve 7 Ekim 2006 da Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiş ve ilgili kurum ve kuruluşların işbirliği ile Ulusal Tütün Eylem Planı oluşturulmuştur ⁽²⁾.

Sağlık Bakanlığı’nca yürütülen bir başka çalışma, RSHMB ve Avrupa Birliği’ nin işbirliği ile AB Halk Sağlığı Eylem Programı’dır. Amsterdam Antlaşması’nın 152. maddesi uyarınca insan sağlığının korunması ve mevcut düzeyinin yükseltilmesi, Üye Ülkeler arasındaki işbirliğini teşvik ve destekleme ve 3. ülkelerle işbirliğini geliştirme alanında 2003-2008 yıllarını kapsayan projeler yürütülmektedir. Programa taraf olan ülkelerdeki tüm tüzel kişilikler, sivil toplum kuruluşları, kamu kurum ve kuruluşları, dernekler, vakıflar, birlikler, üniversiteler, yüksek öğretim kurumları, projeden kar amacı güdülmemesi kaydıyla özel ve ticari firmalar bu konuda projeler sunmakta ve yürütmektedir ⁽³⁾.

Sağlığın Teşvik Edilmesi faaliyetlerinin geliştirilebilmesi için, Sağlık Bakanlığı öncülüğünde, diğer bakanlıklar, kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler, sivil toplum örgütleri, özel sektör, medya, pazarlamacılık sektörü ve benzeri ilgili tüm kurumlarla multisektörel ve multidisipliner işbirliği içinde daha geniş bir yelpazede ele alınmasına yönelik “Ulusal Sağlığın Teşvik Edilmesi Eylem Planı” hazırlıkları yürütülmektedir ⁽⁴⁾.

Kaynaklar:

1. *Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıkların Önlenmesi İçin Strateji Geliştirme Toplantısı Raporu*
2. *Ulusal Tütün Kontrol Programı, Genelge, Resmi Gazete 07.10.2006, Sayı: 26312* http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/G_07102006_1.pdf
3. *AB Halk Sağlığı Eylem Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü*
4. *T.C. Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007.*

HEDEF 21: "HERKES İÇİN SAĞLIK" İÇİN POLİTİKALAR VE STRATEJİLER

2010 yılına kadar, bütün Üye Ülkelerin ülke, bölgesel ve yerel seviyelerde, uygun kurumsal altyapı, yönetim süreçleri ve yenilikçi liderlik desteği ile, herkes için sağlık için politikalara sahip olması ve yürütmesi gerekmektedir.

- 21.1 Herkes İçin Sağlık Politikaları Ülke Seviyesinde Motivasyon Ve Bölgeler, Şehirler ve Yerel Topluluklar ve Okullar, İşyerleri ve Evler Gibi Alanlarda Politika ve Hareketler İçin Öngörülü Çerçeve Sağlamalıdır;**
- 21.2 Yapı ve Süreçler, Ülke ve Diğer Seviyelerde, Politika Formülasyonu, Uygulaması, İzlenmesi ve Değerlendirmesi İçin Anlaşma Yapmış Anahtar Ortaklar –Kamu ve Özel-Geniş Takımları Bir Araya Getirerek Sağlık Politika Geliştirilmesi İçin Hazır Olmalıdır,**
- 21.3 Kısa, Orta ve Uzun Dönem Politika Hedefleri, Amaçları, İndikatörleri ve Öncelikler Herkes İçin Sağlık Değerlerine Uygun Olarak Elde Etme Stratejileri Formüle Edilmelidir ve İlerleme Süreci İzlenmeli ve Değerlendirilmelidir.**

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair 5683 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesi ile; 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 17/C Maddesinin (k) bendine göre Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı adı altında müstakil bir Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın 1 Temmuz 2003 tarihinde başlattığı ve 2003 Yılı Aralık ayında kamuoyuna duyurduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), geçmişteki reform ve proje çalışmalarını değerlendirerek gelecekte geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacak ve bu sisteme geçişi kolaylaştıracak gerekli değişiklikleri yapmayı planlamıştır. SDP; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulmasını hedeflemektedir.

SDP kapsamında uygulanacak politikalar, halkın sağlık düzeyini (etkililik) yükseltmeyi amaçlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki en büyük hedef, hastalıkları tedavi etmekten çok, insanların hastalanmasını engelleyecek koruyucu önlemlerin alınması olarak belirlenmiştir. Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması ve doğuşta beklenen yaşam süresinin artırılması bunun en somut göstergeleri olarak belirlenmiştir. Kaynaklar uygun şekilde kullanılarak maliyetin düşürülmesi, aynı kaynakla daha fazla hizmet (verimlilik) üretilmesi planlanmıştır. İnsan kaynaklarının dağılımının, malzeme yönetiminin, akılcı ilaç kullanımının, sağlık işletmeciliğinin ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu esas çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Halkın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşabilmesi ve hizmetlerin finansmanına, maddi güçleri oranında (hakkaniyet) katkıda bulunması düşünülmüştür ⁽¹⁾.

SDP'nin bileşenleri sekiz ana başlık altında toplanmıştır:

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,

- a- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
 - b- Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
 5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
 6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
 7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
 - a- Ulusal İlaç Kurumu,
 - b- Tıbbi Cihaz Kurumu,
 8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Sağlık Bakanlığı; politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumdadır. Ülkemizin sağlığa ayırdığı kaynakların (kamu veya özel) etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, bakanlığa bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasada tanımlandığı şekli ile Devletin sağlık sektörünü tek elden planlama görevini yerine getirecektir. 06.01.2005 tarihinde kabul edilen ve 19.01.2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile bu anlamda önemli bir adım atılmıştır. Özellikle Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerinin devredilmesiyle birlikte Bakanlık sağlık sistemi üzerindeki denetleyici ve planlayıcı rolü artırılmıştır.

5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununa göre; Kamu idarelerinin orta ve uzun vadeli amaçlarını, temel ilke ve politikalarını, hedef ve önceliklerini, performans ölçütlerini, bunlara ulaşmak için izlenecek yöntemler ile kaynak dağılımlarını belirlemek için stratejik planlama yapma zorunluluğu vardır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı’nın 2010-2014 tarihleri stratejik planını oluşturmak üzere Bakanlığın çeşitli birimlerinden seçilen temsilciler tarafından “Stratejik Planlama Ekibi” oluşturulmuş ve Stratejik Plan geliştirilmiştir.

Yapılan çalışmalarla Sağlık Bakanlığı’nın misyonu, vizyonu, kurumsal değerleri, kritik başarı faktörleri, stratejik konuları, stratejik amaçları ve hedefleri, stratejik hedefleri destekleyen birimler matrisi belirlenmiştir. Buna göre ;

Sağlık Bakanlığı’nın misyonu; Türkiye’deki insanların sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla politikalar üretmek, uygulamak ve uygulatmaktır.

Sağlık Bakanlığı’nın vizyonu; Sağlıklı doğum, sağlıklı yaşam, sağlıklı nesiller ile yurdun her köşesinde her insanın kaliteli, güvenli ve adil sağlık hizmeti alacağından emin olan ve bununla gurur duyan bireyler haline gelmesini sağlamaktır.

Sağlık Bakanlığı’nın kurumsal değerleri: “İş Ahlakı (Etik), Çevre Dostu, Ekip Çalışması, Hakkaniyet, Bilimsellik, Kalite, İnsan Odaklılık” şeklinde tanımlanmıştır ⁽²⁾.

Sağlık Bakanlığı’nın yukarıda sözü edilen çalışmalarına ilaveten, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın iki maddesi sağlık hizmetlerinde politika oluşturma, planlama ve sağlık hizmetlerini daha etkin kılma ile ilgilidir:

1- 5.6.2. No'lu Madde “Politika Oluşturma ve Uygulama Kapasitesinin Artırılması”:

305. Kamu yönetiminde ve kamu mali yönetiminde başlatılan kapsamlı reformlar, kamu idarelerine güvenin güçlendirilmesi, mali etkinliğin sağlanması ve kuruluşların etkili kamu hizmeti sunmalarına odaklanmıştır.

306. Bu çerçevede kamu kaynaklarının öncelikli kamu hizmetlerine tahsisini, bu kaynakların etkin, etkili ve ekonomik bir şekilde kullanılmasını ve kamu idarelerine bütçeleme sürecinde daha fazla yetki verilmesini kapsayan 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu çıkarılmıştır. Son yıllarda yerel yönetimlere ilişkin gerçekleştirilen yasal düzenlemelerle, 5018 sayılı Kanun ile getirilen esaslara uyum sağlanmıştır.

307. Stratejik planlama ve performans esaslı bütçeleme uygulamasına yardımcı olacak kılavuzlar hazırlanmıştır. Seçilmiş kamu kuruluşlarında stratejik planlama ve performans esaslı bütçeleme pilot çalışmaları 2004 yılında başlatılmış olup sekiz kamu kuruluşunda yürütülen stratejik planlama çalışmaları altı kuruluştaki tamamlanmıştır. Pilot uygulamalardan elde edilen bilgi ve tecrübeler doğrultusunda kılavuzların güncelleştirilmesi ve geliştirilmesi çalışmaları tamamlanma aşamasına gelmiştir.

308. Stratejik planlama uygulamasının kamu idarelerine aşamalı bir geçiş programı dahilinde yaygınlaştırılması benimsenmiştir. Söz konusu geçiş programının veriye ve bilgiye dayanan bir temelde oluşturulmasına yönelik olarak kamu kuruluşlarında yönetim süreçleri, yönetim kalitesi ve kurumsal kapasiteyi tespit etmek üzere 2005 yılında Stratejik Yönetim Araştırması yapılmıştır.

309. Kamu idarelerinde stratejik yönetim anlayışının hayata geçirilmesine yönelik örgütlenmenin oluşturulması amacıyla 2005 yılı sonunda strateji geliştirme birimleri kurulmuştur. İkincil mevzuat düzenlemelerinin bir kısmı tamamlanmıştır ⁽²⁾.

2- 7.3.2.No'lu Madde “ Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi”:

603. Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacı karşılanacak ve ülke genelindeki dağılımları dengelenecektir. Erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sistemi hayata geçirilecektir.

604. Sağlık personeli açığının giderilmesi için eğitim programlarının kontenjanları artırılabilecektir. Sağlık eğitiminin kalitesi, öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine yönelik becerilerini artıracak şekilde geliştirilecek, ülke gereksinimlerine ve uluslararası standartlara uygun bir yapıya kavuşturulacaktır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimler artırılabilecektir.

605. Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulacak, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılacaktır. Ayrıca, vatandaşların ve sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi sağlanacak ve sağlık kuruluşlarında hasta haklarına ilişkin birimler kurularak uygulamalar yaygınlaştırılacaktır.

606. Başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi altyapı ve personelin niteliğinin geliştirilmesi ile artırılabilecektir. 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modeli tüm illere yaygınlaştırılacaktır.

607. Daha verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özertleştirilecektir.

608. Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenecek, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistem oluşturulacaktır.

609. Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir.

610. Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir.

611. Önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenabilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir.

612. Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır.

613. İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek mekanizmalar oluşturulacaktır.

614. Koruyucu sağlık alanında çalışan personelin sayısı ve niteliği artırılacak, gerekli altyapı ihtiyacı karşılanacak ve halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacaktır.

615. Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır ⁽³⁾.

Kaynaklar:

1. Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara, 2003
2. Sağlık Bakanlığı, *Strateji Geliştirme Başkanlığı*, 2007
3. *Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Devlet Planlama Teşkilatı

III- SONUÇ:

Avrupa' da Herkese Sağlık Hedef 21' de yer alan hedeflerin amacı; 2020 yılına kadar herkese ulaşılabilir en iyi sağlık hizmetini sunmaktır. Bu hedefe ulaşmadaki iki temel amaç; tüm insanların hayatları boyunca sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi ve hastalığa ve sakatlığa sebebiyet veren temel hastalıkların insidansının azaltılmasıdır.

Türkiye' de halen bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar önemli bir yük oluştururken, diğer yandan ülke nüfusunun yaşlanmasına paralel olarak bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar artmaktadır. Ulusal düzeyde ölüm paternleri ise gelişmekte olan ülkelere çok, gelişmiş ülkelere benzer bir dağılıma sahiptir.

Türkiye'nin beklenen yaşam süresi değeri 71,1' yıldır ve doğumda beklenen yaşam beklentisinin en düşük (1/3) olduğu Avrupa Ülkeleri ortalamasının üzerindedir.

Türkiye' de 2003 yılında binde 29'a olan bebek ölüm hızının TÜİK projeksiyonlarına göre 2020 yılında binde 15' e düşeceği tahmin edilmektedir.

Türkiye'de 2002 yılında %1,35 olarak gerçekleşen gıda yoksulluğu 2005 yılında 0,87'ye düşmüştür. Gıda ve gıda dışı yoksulluk ise aynı yıllarda %26,96'dan %20,50'ye düşmüştür. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı gelir dağılımının iyileştirilmesi, sosyal içerme ve yoksullukla mücadele hedefleri ve uygulanacak stratejileri içermektedir.

Nüfusun tümünü kapsayan, toplumun değişen ihtiyaçlarını karşılayabilen, mali sürdürülebilirliği olan ve kaliteli hizmet sunan bir Sosyal Güvenlik Sisteminin çalışmaları sürdürülmektedir.

Türkiye'de 10-19 yaş adolesan nüfusun tüm nüfus içindeki payı TÜİK tarafından yapılan projeksiyonlara göre 2007 yılı için %18,9'dur. Birleşmiş Milletler tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde imzalanan Çocuk Hakları Sözleşmesi Türkiye'de 1994 yılında TBMM tarafından onaylanarak yürürlüğe girmiş ve 0-18 yaş grubu çocuk kabul edilip çalışmalar genişletilmiş, adolesanlara yönelik programlar gündeme gelmiştir.

65 yaş üzeri nüfus tüm nüfusun % 6,57'sini oluşturmaktadır ve bu oran yıllar içinde artmaktadır. 2002 tarihinde Birleşmiş Milletler tarafından Madrid'de düzenlenen II.Dünya Yaşlılık Asamblesi'nde hazırlanan "Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı" çerçevesinde, "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" çalışmaları yapılmıştır.

21 Haziran 2002 tarihinde düzenlenen Avrupa Bölgesi Polio Sertifikasyon Komisyonu toplantısında Türkiye'nin de içinde bulunduğu DSÖ Avrupa Bölgesi'nin poliomyelitten arındırıldığı belgelendirilmiştir. 2002 yılında başlatılan Kızamık Eliminasyon Programı ile Türkiye'de kızamığı elimine etmek ve bu düzeyi sürdürmek ve 2010 yılı sonuna kadar Türkiye'de yerli virüs dolaşımının durdurulması hedeflenmektedir. Türkiye'de 2006 yılında sıtma insidans hızı yüzbinde 1,01 olarak gerçekleşmiştir ve son beş yılda endojen bulaşlı sıtmadan ölüm vakası da tespit edilmemiştir. Türkiye'de tüberküloz insidans hızı 2006 yılı itibarıyla yüzbinde 27,61 olarak tespit edilmiştir ve tüm yaş gruplarında ölüme neden olan ilk 20 hastalık içinde erkeklerde %1,0 oran ile on altıncı sırada bulunmakta ancak toplam ve kadınlarda ilk 20 ölüm nedeni olan hastalık sıralamasında yer almamaktadır. Ancak son yıllarda tüberküloz insidansındaki düşme hızı yavaşlamıştır. Türkiye'de halen Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı ve Dünya Sağlık Örgütü "Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)" programı uygulanmaktadır.

Türkiye’de artan gelişmişlik düzeyi ve ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte hastalık örüntüleri de değişime uğramaktadır Türkiye ulusal düzeyde ölüm sayıları incelendiğinde 1. sırada %47,73 ile kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk üç hastalık ise; %21,7 ile iskemik kalp hastalıkları, %15 ile serebrovasküler hastalıklar ve %5,8 ile kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı ve Sivil Toplum Kuruluşları’nın katılımıyla Kronik Hastalıkları Önleme Ulusal Eylem Planı çalışmalarına başlanmıştır.

Tütün kullanımı, Türkiye için sağlığı etkileyen en önemli risk faktörüdür ve 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %33,4’ü sigara içmektedir. Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2003 sonuçlarına göre ise; öğrencilerin % 29,3’ü sigara içmeyi denemişlerdir. Sigara içenlerin % 39’u sigara içmeye 15-18 yaşında, %20’si ise 11-14 yaşlarında başlamaktadır. Gençler arasında sigara içme yaygınlığı yüksektir (% 21 - % 48) ve üniversite öğrenimi yıllarında sigara içme oranları artmaktadır. 1996 yılında yürürlüğe giren 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’un ardından, Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 25 Kasım 2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nce kabul edilerek yürürlüğe girmiş ve 2006 yılında Ulusal Tütün Kontrol Programı kabul edilmiştir.

Türkiye’de 2006 yılı için 15 yaş üzeri miktarı kişi başına alkol tüketimi 1.31 lt/yıl’dır. Alkol tüketimi için konulan “Alkol tüketimi 6 litre/yılı aşmamalı” hedefi ülkemiz için sağlanmış durumdadır.

Türkiye’de kişi başına düşen ortalama brüt içme ve kullanma suyu miktarı 1990’lı yıllarda 192 litre/gün iken 2000’li yıllarda 210 litre/güne ulaşmıştır. Halen hanelerde kullanılan içme suyunun kaynağı %72,6 şebeke suyu, %16,1 de ambalajlanmış su (cam, pet şişe suyu, damacana su) ve %4,9 oranında da mahalle çeşmesidir. Ancak, 2025 yılı için kişi başına düşen kullanılabilir su miktarının 1.300 m³’e düşeceği tahmin edilmekte ve mevcut büyüme hızı, su tüketim alışkanlıklarının değişmesi, kuraklık, küresel ısınma gibi faktörlerin etkisiyle gelecek nesillere sağlıklı ve yeterli su bırakabilmesi için kaynaklarının çok iyi koruyup, akılcı kullanılması gerekmektedir.

DSÖ, Avrupa Konseyi ve Avrupa Komisyonu tarafından desteklenen ve Avrupa’da 40’dan fazla ülkede uygulanmakta olan Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi Türkiye’de Sağlık ve Milli Eğitim Bakanlıkları tarafından yürütülmektedir ve halen projeye 81 ilden, sadece 208 okul dahildir. 2007 yılı itibarı ile ülke genelinde 1169 okul Beyaz Bayrak almıştır.

Sağlıklı Şehirler Projesi, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından , yerel düzeyde “Herkes İçin Sağlık” amacıyla bir araç olarak 1987 yılında başlatılmış bir uzun süreli uluslararası gelişme projesidir. Halen sadece 17 Belediyemiz Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağı’na üyedir ve 2015 yılına kadar kentsel alanların %50’sinin sağlıklı şehirler ağına dahil olması hedefinden oldukça uzaktadır.

Türkiye’de halen toplumun tamamı sağlık güvencesi kapsamında değildir. Tabi olunan sosyal güvenlik kurumuna göre hizmet alımında farklılıklar mevcuttur. Bu nedenle gelir düzeyine bakılmaksızın toplumun tamamını kapsayan Genel Sağlık Sigortasının hayata geçirilmesi, Aile Hekimliğinin Türkiye geneline yaygınlaştırılması ve hizmet alınan kurumlar arasındaki eşitsizlik ve farklılıkların kaldırılması yönünde önemli adımlar atılmıştır.

2010 yılına kadar, bütün Üye Ülkelerin ülke, bölgesel ve yerel seviyelerde, uygun kurumsal altyapı, yönetim süreçleri ve yenilikçi liderlik desteği ile, herkes için sağlık için politikalara sahip olması ve yürütmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından Bakanlığın her bir alt birimince hazırlanan stratejik planlar birleştirilmekte ve ortak bir plan geliştirilmektedir. 9. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın iki maddesi sağlık hizmetlerinde

politika oluşturma, planlama ve sağlık hizmetlerinin daha etkin kılınması ile ilgilidir.

Sonuç olarak; Türkiye, 2003 yılından itibaren uygulanmaya başladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile, bugüne kadar yapılmış bütün çalışmaları da dikkate alarak, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması yönünde kapsamlı bir program yürütmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sayılan amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık  rg t ’nün “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan “Katılım Ortaklığı Belgesi” ve ülkemiz tarafından hazırlanan “Ulusal Program” doğrultusunda Türk Sağlık Mevzuatı’nın, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiya ını ve diğer uluslararası deneyimleri de dikkate almakta ve 2020 yılına kadar herkese ulaşılabilir en iyi sağlık hizmetini sunmayı amaçlamaktadır.

