

*Sağlıklı yaşamı seçelim;
Doğru beslenelim;
Hareket edelim;
Dumansız nefes alalım.*



*Let's choose healthy living;
Let's eat proper;
Let's exercise;
Let's breathe smokeless.*

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
www.saglik.gov.tr

KRONİK HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ SAĞLIĞIN TEŞVİKİ ve GELİŞTİRİLMESİ SEMPOZYUMU

KRONİK HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ SAĞLIĞIN TEŞVİKİ ve GELİŞTİRİLMESİ SEMPOZYUMU

(Davetli Uluslararası Konuşmacılar İle)

13 - 14 Kasım 2008

ANKARA



2008

NONCOMMUNICABLE DISEASES RISK FACTORS
AND HEALTH PROMOTION SYMPOSIUM
(with invited International Speakers)
13 - 14 November 2008
Ankara - TURKEY



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI**



**KRONİK HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ
SAĞLIĞIN TEŞVİKİ VE GELİŞTİRİLMESİ
SEMPOZYUMU**

**13 - 14 Kasım 2008
ANKARA**

**NONCOMMUNICABLE DISEASES RISK FACTORS AND
HEALTH PROMOTION SYMPOSIUM**

**13 - 14 November 2008
Ankara**

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
KRONİK HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ SAĞLIĞIN TEŞVİKİ VE
GELİŞTİRİLMESİ SEMPOZYUMU

© 2008 • Bu kitabın bütün hakları T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI'na, içeriğinde yer alan bilgi ve görsel materyal ile ilgili her türlü sorumluluk yazarlara aittir. Kitabın tamamı ya da bir bölümü yazılı izin alınmaksızın elektronik ya da mekanik yöntemlerle kopya edilemez, çoğaltılamaz ve yayınlanamaz. Kaynak olarak belirtilmesi koşulu ile alıntı yapılabilir.

DÜZENLEME KOMİTESİ

Uzm. Dr. Turan BUZGAN

Müsteşar Yardımcısı

Dr. Seraceddin ÇOM

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Uzm. Dr. Nazan YARDIM

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanı V.

Uzm. Dr. Ahmet Refik İMAMECİOĞLU

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı

Metabolik Hastalıklar Şube Müdürü S.

Tıb. Tek. Nevin ÇOBAN

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı

Metabolik Hastalıklar Şube Müdürlüğü

Düzenleme : FTS Turizm
Basım Tarihi : 04 Kasım 2008
200 Adet Basılmıştır.

ÖNSÖZ

Günümüzde pek çok ülke, yaşlı nüfusun ve kronik hastalık sıklıklarının artışı, kentleşme, çevresel değişiklikler ile ticaretin ve iletişimin küreselleşmesi sonucunda sosyal bir değişim göstermektedir. Bu değişimlerin etkisi ile sağlığın belirleyicilerinin daha geniş anlamda tespitine ihtiyaç duyulmakla birlikte, en ucuz ve etkili mücadele yaklaşımı olarak Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi öne çıkmaktadır

Sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin beş ana prensibi; mevcut şartlara bağlı olması, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımının üç boyutunu bütünlemesi, hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını desteklemesi, sağlığı toplum adına savunması ve sağlığa çoğulcu katılımı desteklemesidir.

“Herkes Sağlıklı 21” ve “Binyılın Kalkınma Hedefleri”ne ulaşma gayesi ile, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri çerçevesinde yürütülen bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde, özellikle de yoksul ve marjinal grupların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında Sağlığın Geliştirilmesi prensiplerinin kritik rolleri bulunmaktadır.

Dünyadaki ve ülkemizdeki gelişmelerin değerlendirilmesi ile Dünya Sağlık Örgütü kararlarına paralellik içerisinde kronik hastalıkların kontrolü, risk faktörlerinin önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi çalışmaları kapsamında kapasite oluşturma, paydaşları konuya dahil ederek paydaş sektörler arası işbirliğini geliştirme ve genel farkındalık oluşturma amaçları ile düzenlediğimiz bu Sempozyumun Bakanlığımızın ve bu alanla ilgili tüm sektörlerin çalışmalarına ivme kazandıracağı düşüncesi ile katkı sağlayan herkese teşekkür ederim.

Dr. Seraceddin ÇOM

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

İÇİNDEKİLER

1. GÜN - 13 Kasım 2008 Perşembe

Oturum I – Sağlığın Teşviki Politikası

Başkan: Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR

Milletvekili, Sağlık Bakanlığı Eski Müsteşarı

Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri.....17

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı, Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu Üyesi

Sağlığın Teşvikine Bir Bakış: Geçmişten Alınan Dersler ve Geleceğe

Bakış.....25

Dr. Agis TSOUROS

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi (NCD) Koordinatörü; Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Çevre Birimi (NCE) Vekil Başkanı, Kopenhag, Danimarka

Oturum II – Sağlığın Teşviki İçin Ortaklıklar

Başkan: Prof. Dr. Nihat TOSUN

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

Sağlık İçin Ortaklıkların Güçlendirilmesi.....27

Mehmet Nezir KAHRAMAN

Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık İşleri Daire Başkanı

Sağlığın Teşviki İçin Sivil Toplum Örgütleri ile İşbirliği31

Oğuz ENGİZ

Sağlık Gönüllüleri Derneği, Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlığın Teşvikinde Özel Sağlık Sektörünün Rolü.....33

Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA

Bayındır Hastaneleri Tıbbi Direktörü, Kalite Koordinatörü, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölüm Başkanı

Sağlığın Teşvikinde Sağlık Dışı Özel Sektörün Rolü43

İlknur MENLİK

Türkiye Gıda ve İçecek Sanayi Dernekleri Federasyonu Kurumsal İlişkiler Direktörü

Oturum III – Halk Sağlığı Yaklaşımında Sağlığın Teşvik Edilmesinin Yeri

Başkan: Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

Herkes İçin Sağlık Politikaları: Sağlığın Teşvikinin Sağlık

Belirleyicilerini Etkilemek için Kullanımı.....45

Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARİŞ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

Sağlık ve Sağlık Davranışları İçin Sosyal ve Kültürel Kaynaklar.....53

Prof. Dr. Thomas ABEL

Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern, İsviçre

Aile Hekimliği Uygulamasında Sağlığın Teşviki55

Mario R. SAMMUT MD, MSc.

Malta Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği A.D., Gwardamangia, Malta

2. GÜN - 14 Kasım 2008 Cuma

Oturum IV - Küreselleşme ve Sağlık

Başkan: Sosyal Güvenlik Kurumu

Küreselleşme, Yoksulluk ve Sağlık.....69

Prof. Dr. Osman Erol HAYRAN

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

Küreselleşmenin Sağlık Açısından Yönetimi81

Safir SÜMER

Dünya Bankası, Ankara Ofisi

Oturum V – Sağlığın Teşvik Edilmesinde Sürdürülebilirlik

Başkan: T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığında Sağlık İnsangücü Planlaması.....83

Dr. Ali Sait SEPTİOĞLU

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Genel Müdür Yardımcısı

Sağlığı Teşvik Etmek İçin Toplumsal Kapasite Oluşturulması.....107

Doç. Dr. Birgül PİYAL

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Eğitimi Bölümü

Sağlığın Teşvikinin Sağlık Sistemlerine Entegre Edilmesi.....115

Prof. Dr. Zafer ÖZTEK

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

Sağlığın Teşviki İçin Sürdürülebilir Finansman Konusu ve Sorunları121

Prof. Dr. Mehtap TATAR

Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü

Özel Oturum: Türkiye Deneyimi

Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklarla Mücadele Politikası

Uzm. Dr. Turan BUZGAN

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

Oturum VI – Sağlığın Teşvikinde Hedef: Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri

Başkan: Türk Kardiyoloji Derneği

Kronik Hastalıkların Önlenmesinde Toplam Risk Yaklaşımı

ve Risk Gruplarının Belirlenmesi 129

Prof. Dr. Gül ERGÖR

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

Sağlığın Teşvikinde Önemli Bir Bileşen: Gıda Güvenliği..... 131

İlhami ŞAHİN

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Koruma ve Kontrol Genel Müdürlüğü, Gıda Kontrol Hizmetleri Daire Başkanı

Sağlık İçin Doğru Beslen ve Hareket Et: Politikadan Eyleme 135

Uzm. Cengiz KESİCİ

Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanı

Çevre Sağlığı: Sağlığın Teşviki İçin Sorunlu Bir Alan 141

Doç. Dr. Faruk TEKBAŞ

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Çevre Sağlığı B.D.

Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklarda Hastalık Yönetimi..... 151

Prof. Dr. Erdal AKALIN

İç Hastalıkları ve Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı, Hacettepe Üniversitesi Eski Öğretim Üyesi, Acıbadem Eğitim ve Sağlık Vakfı, Acıbadem Sağlık Kurulu Yönetim Kurulu Danışmanı

Özel Oturum: Sağlığın Teşviki için Ortaklıklar

Sağlığın Teşvikinde Yerel Yönetimler 153

Hikmet ŞAHİN

Bursa Büyükşehir Belediyesi Başkanı, Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Başkanı

Oturum VII - Sosyal Pazarlama ve İletişim – Sağlıklı Seçimler

Başkan: Prof. Dr. Nabi AVCI

Başbakanlık Baş Müşaviri

Sosyal Pazarlamanın Uygulamaya Dair Yönleri 159

Prof. Dr. Haluk GÜRGEN

Bahçeşehir Üniversitesi İletişim Fakültesi Dekanı

Sosyal Pazarlama ve Sağlığın Teşviki Programlarındaki Rolü..... 167

Yrd. Doç. Dr. İdil Karademirlidağ SUHER

Bahçeşehir Üniversitesi İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler Bölümü

Entegre Bir Sosyal Pazarlama Kampanyası Planlama ve İcrası:

“Havanı Korumak”- Dumansız Hava Sahası Hareketi 183

Figen İŞBİR

Excel İletişim Danışmanlığı, Hill & Knowlton Türkiye Ortağı



CONTENTS

DAY I - 13 November 2008 Thursday

Session I – Health Promotion Policy

Chair: Prof. Dr. Necdet UNUVAR

Member of Parliament; Ex-Undersecretary, Ministry of Health, Turkey

Ministry of Health Health Promotion Approach and Integration
with Turkey's Health System Reform.....17

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN Ph.D.

Deputy Undersecretary, Ministry of Health, Turkey

Member of Executive Board, WHO

A View on Health Promotion: Learning from the Past and
Looking to the Future.....25

Dr. Agis TSOUROS

*NCD Coordinator and the Acting Head of the Non-communicable Diseases and
Environment Unit (NCE), World Health Organization Regional Office for Eu-
rope, Copenhagen, Denmark*

Session II – Partnership for Health Promotion

Chair: Prof. Dr. Nihat Tosun

Deputy Undersecretary, Ministry of Health, Turkey

Strengthening Partnership for Health.....27

Mehmet Nezir KAHRAMAN

*Head of Department, Department of Health Issues, Ministry of National Educa-
tion, Turkey*

Cooperation with NGO's for Health Promotion31

Oguz ENGIZ

Board Chairman of Health Volunteers Society

The Role of Private Health Care Sector in Health Promotion.....33

Assoc. Prof. Dr. Yaman ZORLUTUNA

*Medical Director of Bayindir Hospitals, Quality Coordinator,
Head of Cardiovascular Surgery*

The Role of Private Sector (other than health) in Health Promotion.....43

Ilknur MENLIK

*Director of Corporate Relations, Federation of Food and Drink Industry
Associations of Turkey, Ankara*

Session III – Place of Health Promotion in Community Health Approach

Chair: Prof. Dr. Hilal OZCEBE Ph.D.

*Department of Public Health, Faculty of Medicine, Hacettepe University,
Ankara, Turkey*

Health for All Policies: Using Health Promotion to Impact
on the Determinants of Health45

Prof. Dr. Sevkat Bahar OZVARIS Ph.D.

*Department of Public Health, Faculty of Medicine, Hacettepe University,
Ankara, Turkey*

Social and Cultural Resources for Health and Health Behaviors53

Prof. Dr. Thomas ABEL Ph.D.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern, Switzerland

Health Promotion in Family Medicine and General Practice55

Mario R. SAMMUT M.D., M.Sc.

*Department of Family Medicine, University of Malta Medical School,
Gwardamangia, Malta*

DAY II – 14 November 2008 Friday

Session IV - Globalization and Health

Chair: Social Security Institution

Globalization, Poverty and Health.....69

Prof. Dr. Osman Erol HAYRAN

Dean, Faculty of Health Sciences, Yeditepe University, Istanbul

Managing Globalization for Health81

Safir SUMER M.Sc.

World Bank Ankara Office

Session V – Sustainability for Health Promotion

Chair: Ministry of Health

Workforce for Health Planning in the Ministry of Health83

Dr. Ali Sait SEPTIOGLU

*Deputy General Director, General Directorate of Health Education,
Ministry of Health, Ankara*

Building Community Capacity to Promote Health.....107

Assoc. Prof. Birgul PIYAL Ph.D.

*Department of Health Education, Faculty of Health Sciences,
Ankara University, Ankara, Turkey*

Integrating Health Promotion into Health Systems115

Prof. Dr. Zafer OZTEK Ph.D.

*Department of Public Health, Faculty of Medicine,
Hacettepe University, Ankara, Turkey*

Sustainable Financing for Health Promotion: Issues And Challenges.....121

Prof. Mehtap TATAR Ph.D.

Department of Health Care Administration, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Hacettepe University, Ankara, Turkey

Special Session I: Turkey Experience

Fight against Non-communicable Diseases Policy in Turkey

Dr. Turan BUZGAN

Deputy Undersecretary, Ministry of Health, Turkey

Session VI – Target of Health Promotion:

Non-communicable Chronic Diseases Risk Factors

Chair: Turkish Society of Cardiology

Overall Risk Approach in Preventing Noncommunicable

Diseases and Determining Risk Groups129

Prof. Dr. Gul ERGOR Ph.D.

Department of Public Health, Faculty of Medicine, Dokuz Eylul University, Izmir, Turkey

A Key Component for Health Promotion: Food Safety.....131

Ilhami SAHIN

Head of Department, Ministry of Agriculture and Rural Affairs, General Directorate of Protection and Control, Department of Food Control Services, Ankara, Turkey

Eat Proper and Move for Health: from Policy to Action 135

Cengiz KESICI M.Sc.

Head of Department, Department of Nutrition and Physical Activities, General Directorate of Primary Health Care, Ministry of Health, Ankara, Turkey

Environmental Health : the Challenge for Health Promotion.....141

Assoc. Prof. Dr. Faruk TEKBAS Ph.D.

Department of Environmental Health, Gulhane Military Medical Academy, Ankara, Turkey

Management of Non-communicable Chronic Diseases..... 151

Prof. Dr. Erdal AKALIN

Internal Medicine and Infectious Diseases Specialist; Ex-Academician of Hacettepe University Medicine Faculty; Acibadem Education and Health Trust, Acibadem Health Board, Consultant for the Steering Committee; Istanbul, Turkey

Special Session II: Partnership for Health Promotion

Local Governments for Health Promotion..... 153

Hikmet SAHIN

Mayor, Bursa Metropolitan Municipality

Chair, Turkish Healthy Cities Association

Session VII - Social Marketing and Communication: Healthy Choices

Chair: Prof. Nabi AVCI Ph.D.

Head Adviser of the Prime Ministry of Turkey

Practical Aspects of Social Marketing 159

Prof. Haluk GURGEN Ph.D.

Dean, Communication Faculty of Bahcesehir University, Istanbul

Social Marketing and its Role in Health Promotion Programs..... 167

Assistant Prof. Idil Karademirlidag SUHER Ph.D.

Department of Public Relations, Communication Faculty of Bahcesehir University, Istanbul

Planning and Executing an Integrated Social Marketing Campaign:

“Save Your Air” - Smokeless Air Field Movement 183

Figen ISBIR

Excel Communication Consultancy,

Turkey Partner of Hill&Knowlton, Istanbul





Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
*T.C Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı
Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu Üyesi*



GİRİŞ

Türkçe’de “sağlığın teşviki”, akademik alanda daha çok “sağlığın geliştirilmesi” diye anageldiğimiz “health promotion” kavramı için kişilerin optimal sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir yaklaşımdır diyebiliriz.

Tüm dünyada, hastanelerin tedavi edici sağlık hizmeti mekânları olarak algılanmasının arzu edilen amaca hizmet etmekten öte, hatta bunun aksine, bir risk alanı oluşturduğu eleştirilerinin yapılmakta olduğu bir çağda yaşamaktayız. Bu nedenle hastanelere bilinen klasik tedavi edici rolleri yerine, daha kabul edilebilir bir misyon yüklemeye arayışları gündeme gelmiştir. 1990’ların başında Dünya Sağlık Örgütü hastanelere bu anlamda bir misyon yükleyerek hastanelerin de sağlığın teşviki konusunda rol almaları için uluslararası bir hareket başlatmıştır.¹ Bu amaçla kullanılan kavram da “sağlığın promosyonu” olmuştur. Ve kanımca bu kavram, kapsamı bakımından sağlığın geliştirilmesinden çok sağlığın teşvik edilmesini ifade etmektedir. Ancak yine de Türkçe’deki çağrışımı dikkate alındığında “sağlığın geliştirilmesi” ifadesi de yerini bulmaktadır.

Kavramın kapsayıcılığı göz önüne alındığında, koruyucu sağlık hizmeti, sağlık eğitimi veya sağlıkta yetkin olma gibi tanımlamalardan çoğu kez net olarak ayrılmadığı görülecektir. Ottawa Şartı, sağlık teşvikini insanları sağlıklarını iyileştirecek ve kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artıracak hale getirme süreci olarak tanımlamaktadır.²

Günümüzde sağlığın teşviki, tüm insanların sağlığını ve dolayısıyla sağlığın başlıca belirleyicilerini olumlu yönde geliştirmeyi irdeleyen, modern halk sağlığının bir dalı konumundadır. Sağlığın geliştirilmesi stratejilerinde beş ana prensip; mevcut şartlara bağlı olması, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımının her üç boyutunu birden bütünlemesi, hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını desteklemesi, sağlığı toplum adına savunması ve sağlığa çoğulcu katılımı savunmasıdır.

Sağlığın teşviki kapsamlı bir sosyal ve politik süreçtir. Bu süreç sadece bireylerin beceri ve yeteneklerini artırmaya yönelik eylemlerden oluşmaz. Aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik şartların birey ve toplum sağlığı üzerindeki etkilerini olumlu yöne sevk etmek üzere onları değiştirmeye yönelik eylemleri de kapsar.³

Konunun berraklaşması için sağlık politikaları ile ilgili standart sözlüklere göz gezdirmek ve sağlık teşviki terminolojisi açısından bazı temel kavramların nasıl tanımlandığına, göz atmak gerektiğini düşünüyorum.

Koruyucu Sağlık Hizmeti (Protective Health Services): Temel sağlık kavramı içinde en sık olarak karşımıza çıkan yaklaşım koruyucu/önleyici hizmet yaklaşımıdır. Birincil koruma bir hastalığın ilk ortaya çıkışını önlemeye yöneliktir. İkincil ve üçüncül korumalar, var olan bir hastalığın ve etkilerinin erken tanı ve uygun tedavilerle durdurulmasını veya geciktirilmesini hedefler. Koruyucu sağlık hizmeti ile sağlığın teşviki kavramları arasında içerik ve strateji bakımından örtüşmeler olsa da, ayrı konulardır. Bu açıdan bakıldığında, koruyucu sağlık genellikle sağlık sektörünün ilgi alanıdır ve farklı riskli davranışlar gösteren, belirli risk faktörleri taşıyan bireyler ve topluluklarla ilgilenir.

Sağlıkta Yetkin Olmak: Sağlık tüm hayatımızı kaplamanın ötesinde nesilden nesile aktarılan bir süreçtir. Bu nedenle sağlığın korunması kendi yetkinliğimizden bağımsız olamaz. Sağlıkta yetkin olmak, “empowerment”, insanların kendi sağlığını etkileyen eylemler ve kararlar üzerinde daha fazla kontrol kurabilmesi anlamına gelmektedir. Bu yetkinlik sosyal, kültürel, psikolojik veya politik bir süreci kapsayabilir. Bu süreçte bireylerin ve sosyal grupların ihtiyaçları, beklentileri ortaya konur, verilen kararlara müdahil olmak üzere stratejiler geliştirilir ve bu ihtiyaçları gidermek üzere politik, sosyal ve kültürel eylemler yapılır.

Sağlık Teşvikinin Sağlanması: Birey olarak sağlığımızın sorumluluğunu tümüyle devredemeyiz. Sağlığımızın korunmasını ve daha iyi bir düzeye taşınmasını sadece dışımızdaki hâkim güçlerden bekleyemeyiz. Fırsatları doğrudan oluşturmak ve değerlendirmek zorunluluğundayız. İşte bu paralelde, bireyin ve grupların sağlıklarını korumak ve teşvik etmek için bireyler veya

gruplar olarak insan kaynaklarını ve maddi kaynakları harekete geçirerek ilgili eylemlerde rol almasına ise sağlık teşvikinin sağlanması, “enabling” denmektedir.

Sağlık Davranışı (Health Behaviour): Bir bireyin sağlıklılık halini korumak ve sürdürmek için, içinde bulunduğu veya ulaşmak istediği sağlık durumundan bağımsız bir şekilde, yaptığı bütün davranışlar sağlık davranışı olarak adlandırılmaktadır. Bu davranışların sonuçta belirlenen hedeflere hizmet etmesi veya etmemesi önemli değildir.

Sağlık Eğitimi (Health Education): Belki bütün bu kavramları çevreleyen ve hemen hepsi ile iç içe olan terim ise sağlık eğitimidir. Sağlık eğitimi sadece sağlıkla ilgili bilgi aktarımı değil, sağlığı iyileştirmek üzere harekete geçmek için gerekli olan motivasyon, beceri ve öz güvenin kazandırılması, sağlık okuryazarlığının artırılmasıdır. Sağlığa bir şekilde etkili olan sosyal, ekonomik ve çevre şartları ile ilgili bilgi iletişiminin yanında, bireysel risk faktörleri, riskli davranışlar ve sağlık sisteminden yararlanmaya ilişkin bilgi alışverişini de kapsamaktadır.

Sağlık Okuryazarlığı (Health Literacy): Aslında sağlık eğitiminin istenen sonucu verebilmesi için, en az eğitimin kendisi kadar, hatta belki daha fazla önemli olan kavram sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık okuryazarlığı, iyi sağlık düzeyini sağlama ve bunu teşvik etme yollarının bilgisine ulaşma, anlama ve bu bilgiyi kullanabilme özelliğini belirleyen kognitif ve sosyal beceriyi anlatır. Bireyin hayat tarzını ve yaşama şartlarını değiştirerek onu hem birey, hem de toplum sağlığını iyileştirecek olan davranışa sevk edecek olan bilgi, bireysel beceri ve özgüven düzeyi sağlık okuryazarlığı ile elde edilebilir. Sağlık okuryazarlığı büyük oranda genel okuryazarlık düzeyine de bağlıdır. Okuryazarlık düzeyinin düşük olması, bireylerin kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini doğrudan sınırlandırarak ve aynı zamanda sağlık okuryazarlığının gelişmesini de engelleyerek insanların sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri: Alma-Ata Deklarasyonuna göre; “Temel sağlık hizmeti, bilimsel ve uygulama olarak sağlam temelli, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabilir ve herkese gerekli olan hizmetlerdir. Bir ülkenin sağlık sisteminin olduğu kadar sosyal ve ekonomik gelişmesinin de entegre bir parçasıdır.” (Alma-Ata Deklarasyonu 1978). Ancak biraz karışık ve uygulama için net olmayan bu tanım sağlık politikalarının gelişiminde önemli izler taşısa da, kargaşaya yol açmaktan kurtulamamıştır. DSÖ Avrupa Ofisi Talinn Konferansında (2008) DSÖ başkanı Dr. Margaret Chan, bu kavramın yanlış anlaşıldığını ifade etmiştir. Bu görüşünü Lancet’de (15 Eylül 2008) yayımlanan

makalesinde tekrarlamaktadır.⁴ Chan’a göre, temel sağlık yaklaşımı neredeyse daha baştan yanlış anlaşılmıştır. “Bu anlayış tıbbi kurguya radikal bir saldırıydı; bir ütopyaydı. Birinci basamak sağlık hizmetlerine özel olarak odaklanmayla karıştırıldı. Bazıları için, ucuz bir yöntemdi. Fakir insanlar için sınırlı bir hizmet, gelişmekte olan ülkeler için ikinci derecede bir çözümdü.”

Alma-Ata’dan 30 yıl sonra DSÖ temel sağlık hizmetlerine yeniden vurgu yapmaktadır. 2008 Dünya Sağlık Raporu temasını temel sağlık hizmetlerine ayırmıştır. Alma-ata Deklarasyonunun 30 yılı münasebetiyle yapılan anma toplantısında (15 Kasım 2008 Almaty) temel sağlık kavramının yeniden ve yeni bir kapsamla anlaşılması üzerinde durulmuştur. Temel sağlık, önceki anlayışa göre kırsal kesimdeki yoksullar için temel bir hizmet paketini çağrıştırırken, temel sağlık reformlarının yeni yaklaşımı kapsamlı sağlık hizmetlerine toptan erişimi kabullenmektedir. Yine eski yaklaşım anne ve çocuğa odaklanırken şimdi bütün dezavantajlı gruplar hedeflenmektedir. Eskiden akut enfeksiyon hastalıkları hedef alınırken, bugün sağlık riskleri ve bütün ömür boyunca karşılaşılan hastalıklar konu edinmektedir. Sağlıklı bir yerel çevre anlayışından sağlıklı yerel ve global çevre anlayışına geçilmiştir. Hesaplılık ve küçük ölçekli yapılanmadan, eksiksiz herkesin hizmet alacağı şekilde büyümenin yönetilmesine yönelinmiştir. Devlet merkezli ve yukarıdan aşağıya dikey organizasyonlardan kamu ve özel sektör işbirliğindeki sağlık sistemlerine geçilmiştir. Karşılıklı yardım ve teknik desteğin yerini küresel dayanışma ve birlikte öğrenme almaya başlamıştır. Hastanelerden uzak birinci basamak sağlık hizmeti öncelenirken uygun hizmet için koordine sevk sistemi öne çıkmaktadır. Temel sağlık ucuzdu; şimdi ucuz değildir. Fakat harcanan paraya karşılık iyi değer elde edilmektedir.

Temel Sağlık Hizmetlerinde Önceki Anlayış	Temel Sağlık Hizmetleri Reformlarındaki Mevcut Anlayış
Fakir kırsal için temel paket	Evrensel ulaşım, kapsamlı hizmetler
Anne - çocuk odaklı	Tüm dezavantajlı gruplar
Akut, enfeksiyöz hastalıklar	Sağlık riskleri, yaşam boyu hastalık
Sağlıklı yerel çevre	Sağlıklı küresel ve yerel çevreler
Hesaplılık ve küçük ölçekli yapılanma	Evrensel kapsam için büyüyen yönetim
Devlet; yukarıdan aşağıya hizmetler	Kamu/özel ortak sağlık sistemleri
Karşılıklı yardım, teknik destek	Küresel dayanışma, birlikte öğrenme
Birinci basamak hizmetler (hastane olmayan)	Uygun hizmet için koordine edilmiş sevk
Temel Sağlık Hizmetleri ucuzdur.	Temel sağlık hizmetleri ucuz değildir; ancak harcanan paraya karşılık iyi değer elde edilmektedir.

Yukarıda açıklamaya çalıştığımız terimlerin çoğu zaman birbirini tamamlayıcı olarak kullanılmakta, bazen de birbirinin yerini almaktadır. Uygulamada kesiştikleri noktalar çoktur. Ancak yeni gelişmekte olan bir misyon olarak sağlığın teşvikini benimser ve bu konuda tavrımızı berraklaştırırken; stratejimizi belirlemek için bu farklılıkları iyi anlamamız gerekmektedir.

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR BOYUTU

Günümüzde pek çok ülke, nüfus ve kentleşmenin artışı, çevrede meydana gelen değişiklikler, ekonomi ve iletişimin küreselleşmesi sonucunda sosyal bir değişim yaşamaktadır. Bu değişimlerin etkisi ile sağlığın belirleyicilerinin daha geniş bir anlamda tespiti yönünde ihtiyaç doğmuş bulunmaktadır. Bunlara müdahil olmakta en ucuz ve etkili yöntem olarak halkın sağlık eğitiminde öne çıkan yaklaşım ise sağlığın teşvikidir.

Bilindiği gibi, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların küresel yükü büyümeye devam etmektedir. Bunun üstesinden gelme mücadelesi 21. yüzyılda gelişme için verilen en büyük savaş olacaktır. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ki başlıcalarını kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanserler ve kronik solunum yolu hastalıkları teşkil etmektedir; 2005 yılında dünyada yaklaşık 35 milyon ölüme sebep olmuştur. Tüm ölümlerin %60'ı kronik hastalıklardan meydana gelmektedir. Harekete geçilmezse gelecek 10 yıl içinde 388 milyon kişi kronik hastalıklar sebebiyle ölecektir. Bu ölümlerin çoğu beklenen yaşam süresinin altında olacak, aileler ve toplumlar olumsuz bir şekilde etkilenecektir.

Dünyaya paralel olarak ülkemizde de, artan gelişmişlik düzeyi ve beklenen yaşam sürelerinin uzaması ile hastalık dağılımları değişime uğramaktadır. Türkiye’de, ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin hastalık gruplarına göre yüzde dağılımının gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların yer aldığı Grup II hastalıkların, toplam ölümler içinde % 78,7’lik bir paya sahip olduğu görülmektedir. Bu oran Avrupa Birliği ve gelişmiş ülkelerde % 86’ya kadar çıkmaktadır .

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

Bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların en önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasında olmaları nedeniyle, sağlık alanında da yeni yaklaşımların geliştirilmesini gereği doğmuştur. Sağlık Bakanlığı olarak, giderek büyümekte olan bu gruba ait hastalık yükü konusunu, gündemimizde daha üst sıralara taşıma amacı ile, davetlisi bulunduğunuz bu sempozyumun da bir örneğini

teşkil ettiği, çeşitli çalışmalar yürütmekteyiz. Artık, birinci basamakta ve hatta öncesinde, günlük yaşam içerisinde yer bulacak önleyici politikalarla bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele etme zorunluluğumuz bulunmaktadır. Yukarıda değindiğimiz gibi, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele yeni anlayışımıza göre temel sağlık hizmetlerinin kapsamındadır.

BAKANLIK POLİTİKALARINDA SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Sağlığın geliştirilmesi (teşviki) anlayışı Sağlık Bakanlığımız resmi politikası ile entegre edilmiş durumdadır. 2009–2013 dönemi için hazırlanan Stratejik Plan taslak metni içerisinde, ‘Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri’ başlığı altında bulunan Stratejik Amaç 1, “Halkımızın sağlığına yönelik tehditleri azaltmak ve sağlığı geliştirmek” şeklindedir. Bunun 1.1 sayılı alt hedefi ise “Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak” ifadesi ile yer almış bulunmaktadır.

Bu stratejik amaç altında, sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına alan teşkil etmek üzere;

- o Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine neden olan risk faktörlerinin, hastalık sıklıklarının ve bulaşıcı olmayan hastalıklara dayalı ölümlerin azaltılması;
- o Tütün, alkol ve madde bağımlılığının azaltılması;
- o Kaza ve yaralanmaların azaltılması;
- o Sağlıklı ve güvenli fiziki çevreye sahip nüfus oranını artırmak;
- o Yaşlılar ve özürlülerin korunması ve kendi ihtiyaçlarına uygun sağlık hizmetlerine erişebilirliklerinin kolaylaştırılmasına, yönelik hedefler de belirlenmiş durumdadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programına destek amacıyla yürütülen projenin ikinci fazı olan ve önümüzdeki yıl başlatılması planlanan ‘Sağlık ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi’ bu stratejik plan paralelinde geliştirilmekte olup, sağlığın teşviki çalışmaları yoluyla bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele edilmesi hedeflenmektedir.

Bu alandaki politik kararlılığımızın bir göstergesi olarak bu yıl Ocak ayında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde iki yeni daire başkanlığı kurulmuş bulunmaktadır. Bunlardan biri ‘Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı’ olup yapısında Kalp ve Damar Hastalıkları; Metabolik Hastalıklar; Kronik Solunum Sistemi Hastalıkları; Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Şube Müdürlüklerini bulundurmaktadır. Diğeri ise ‘Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı’dır ve bünyesinde Epidemiyoloji Tarama Programları ve Araştırmalar; Ulusal ve Uluslararası Programlar Koordinasyon; ve Sağlık İletişimi Şube Müdürlükleri oluşturulmuştur.

Özellikle Bakanlık birimlerine yönelik olarak, sağlık etki değerlendirmelerinin kullanılması da dahil, sağlığın teşviki politika, program, altyapı ve yatırımları düzenli bir şekilde izlenip değerlendirilecek, iyileştirme ve sağlığın teşvikiyle ilgili sorunların çözülmesi için çalışılacaktır. Yaşam süreci boyunca sağlığın sosyal, ekonomik, politik ve çevresel belirleyicilerine etkili bir şekilde yönelmek için, bakanlıklar arası da dahil, çok sektörlü bir yaklaşım için uygun ve etkili mekanizmalar kurulması planlanmaktadır. Bu kapsamda, daha sağlıklı yaşam tarzlarının bireyler ve aileler tarafından benimsenmesi için yönlendirme faaliyetleri gerçekleştirilecektir.

Ayrıca, ülkemizde 2005 yılından itibaren yaygınlaştırmakta olduğumuz Aile Hekimliği Uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı, herkese kolay ulaşılabilir, sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlandığı bir hizmet sunmayı amaçlanmaktadır. Bu sayede vatandaşlarımız gereksinimleri doğrultusunda “kişi merkezli bir hizmet” alacaklardır. Bu uygulamanın ana ilkeleri; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimlerle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesidir.

Aile Hekimliği uygulamaları bünyesinde Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmaktadır. Bunlar, her ilçede en az bir tane olmak üzere toplum sağlığı hizmetleri ve idari hizmetler ile eğitim ve denetim faaliyetlerini yürütecek olan sağlık merkezleridir. Halkın sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıklarla savaş, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, aşı ve aile planlaması araçları dağıtımı ve yaygın bağışıklama hizmetleri, laboratuvar, radyoloji ve diğer tanı hizmetleri, sağlık personelinin hizmet içi eğitimi, adli tabiplik, toplum taramaları ve tıbbi istatistiklerin toplanması bu merkezler tarafından aile hekimleri ile eşgüdüm içinde yürütülecektir.

Sağlık ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi’nin temel bileşenlerinden biri yine “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için Aile Hekimliği Uygulaması” konusudur. Bu bileşen altında, aile hekimliğine dayalı birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminin geliştirilmesi için çeşitli faaliyetler yürütülecektir. Ülkemiz Kamu Yönetimi Reformu’nun “Herkes İçin Sağlık” başlığı altında yer alan önleyici sağlık yaklaşımı ve küresel ve ulusal kronik hastalıklar risk faktörleriyle mücadele politikaları paralelinde yürütülecek olan sağlığın teşviki çalışmaları ile toplumun sağlık bilincini geliştirme ve davranış değişiklikleri oluşturarak bireylerin kendi sağlıkları üzerinde sahip oldukları sorumluluğu artırma hedeflenmektedir. Bu faaliyetlerin başlıca uygulama alanları aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezlerimiz olacaktır. Kronik hastalık risk faktörleriyle mücadele ve sağlığın teşviki alanlarındaki kapasite geliştirilip

eylem planları uygulamaya geçirildikçe etki değerlendirmelerini yapmak ve geliştirip devamlılıklarını sağlamak ta mümkün olacaktır.

SONUÇ:

Sağlığın Geliştirilmesi, koruyucu tıbbi hizmetler ve hasta olan bireylerin tedavi edilmesi anlamında kullanılan genel tıbbi yaklaşımın çok ötesinde, çok daha kapsamlı bir anlam ifade etmektedir. Bireye odaklı tıbbi yaklaşımın, sağlık düzeyini koruyacak ve sağlıklı topluluklar oluşturacak davranışsal yaklaşımların ve sağlıklı bir çevre içinde sağlıklı bir toplumun oluşmasına katkı sağlayacak sosyal-çevresel yaklaşımın ardarda sıralandığı bütüncül bir anlayışı ifade etmektedir.

Bu kapsayıcılık dikkate alındığında, sağlık teşvikinin her hangi bir hastanede ya da sağlık kuruluşunda bilinen bir rol tanımını içine alınarak belirli bir işlev içine sokulamayacağı görülmektedir. Sağlığın teşviki anlayışı bu yüzden, neredeyse sağlık sektöründeki bütün aktörleri ilgilendiren geniş bir sorumluluk alanı oluşturmaktadır. Yani sağlığın teşviki yolunda hepimize görevler düşmektedir.

Kendini sağlıklı ilgilendirenlerin böyle bir görevi de doğal olarak üstlenmesi gerektiğini hatırlatmak isterim. Aslında yaşayan herkes, hizmet sunarak, hizmeti alarak ya da potansiyel hizmet talepçisi olarak bir şekilde sağlıkla ilgilidir. Kısacası bu görevden kaçınma sorumsuzluğunu üstlenemeyiz; üstlenmemeliyiz. En azından böyle bir bilinci aşlamak zorundayız.

Ömrün uzaması ve bulaşıcı hastalıklarda kazanılan mücadele sonucu kronik hastalıklar daha fazla artmaktadır. Tedavi maliyetlerinin yüksekliği koruyucu hekimlik yaklaşımını merkeze yerleştirmektedir. Bakanlığımız da buna paralel uygulamalar yürütmekte olup, Sağlıkta Dönüşüm Programının her bir adımı bu uygulamalara katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Groene O., Garcia-Babero M. (editors); Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management; WHO-EURO; 2005.
2. Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, Geneva, 1986.
3. Glossary of Terms Used in the Health for All Series, WHO, Geneva, 1984.
4. Return to Alma-Ata, Dr. Margaret Chan, 15 September 2008, Reproduced with permission from The Lancet; <http://www.who.int/dg/20080915/en/index.html>.



Dr. Agis TSOUROS

*Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi (NCD) Koordinatörü
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Çevre Birimi (NCE) Vekil Başkanı
Kopenhag, Danimarka
NCD Coordinator and the Acting Head of the Non-communicable
Diseases and Environment Unit (NCE),
World Health Organization Regional Office for Europe
Copenhagen, Denmark*



“Sayın Dr. Tsouros yoğun iş programı sebebi ile, basım tarihi itibarı ile, konuşmasına dair metni gönderememiştir.”

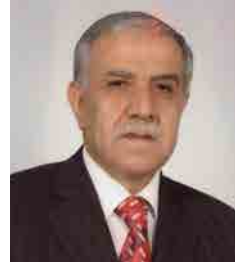
04.11.2008
Düzenleme Komitesi



Özet Konuşma Metni

M. Nezir KAHRAMAN

*Milli Eğitim Bakanlığı
Sağlık İşleri Daire Başkanı*



Milli Eğitim Bakanlığı olarak, eğitim ve öğretim hizmetlerinin temel unsurlarından biri olan Okul Sağlığı Aktivitelerini gerçekleştirmek ve izlemek amacıyla Bakanlığımıza bağlı kurumlardaki, öğrenciler ile diğer personelin sağlık eğitim hizmetlerini ve sağlık taramalarını gerçekleştirmek, bu amaçla Sağlık Bakanlığı, diğer bakanlıklar ve kurumlarla koordinasyon ve işbirliği yaparak, okullardaki öğretmen ve öğrencilerimize koruyucu sağlık hizmeti sunmak, yaşam kalitesini yükseltmek, temizlik ve hijyen konularında gerekli eğitimi vermek, Dairemize bağlı okullarımızdaki öğrencilerimize Türk Milli Eğitiminin genel amaç ve temel ilkeleri doğrultusunda sağlık eğitimi ve öğretimi vermek suretiyle sağlıklı nesiller yetiştirilmesine katkıda bulunmaktayız.

Bu bağlamda;

Okul ve kurumlarımızın kantin, kafeterya, büfe, çay ocağı vb. yerlerin taşıması gereken sağlık ve hijyen şartları ile öğrencilerimizin sağlıklarının korunabilmesi, sağlıklı beslenme bilinçlerinin güçlendirilmesi, olabilecek gıda zehirlenmeleri, bulaşıcı hastalıklar, yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı hastalıklar ile şişmanlığı (obezite) önlemek amacıyla 2007/33 sayılı genelge hazırlanarak valiliklere gönderilmiş olup, takip ve denetimleri yapılmaktadır.

Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü (Sağlık Taramaları) ile ilgili olarak; 2006–2007 öğretim yılında, sadece ilköğretim okulları değil, bütün ilk ve orta dereceli okul öğrencilerimizin sağlık taramaları, Bakanlığımız koordine-sinde, Sağlık Bakanlığı ekiplerince, 23.044 okulda yapılmış, toplam 2.649.347 öğrenci sağlık taramalarından geçirilmiştir. Sağlık taramalarından geçirilen öğrencilerden 138.096 öğrenci rahatsızlıkları nedeniyle tedavi amacıyla hastanele-

re sevk edilmiştir. Sağlık taramaları, il milli eğitim müdürlükleri ve il sağlık müdürlüklerinin işbirliği ile devam etmekte olup, dönemler halinde Başkanlığımıza iletilen sonuçlar Başkanlığımızca değerlendirilerek normal olmayan sonuçlar hakkında gerekli tedbirlerin alınması çalışmaları yapılmaktadır.

ERDEP projesi ile Milli Eğitim Temel Kanunu’nun genel amaçları ve ilkeleri doğrultusunda ilköğretim okullarında, öğrencilere, anne ve babalara, öğretmenlere, ergenlik dönemine girerken gençlerde meydana gelen bedensel, ruhsal ve sosyal değişimlerin neler olduğunun öğretilmiş, ergenlikten genç yetişkinliğe geçerken karşılaşılan sorunların sağlıklı, mutlu yaşanarak aşılması ve böylece daha bilinçli bir toplum oluşmasını sağlamak amacıyla çalışmalar yapılmıştır.

“ERDEP Projesi” kapsamında eğitim verilen, okul, öğrenci ve veli sayılarının dağılımı aşağıda belirtildiği şekilde gerçekleşmiştir:

YILI	OKUL	KIZ ÖĞRENCİ VE ANNELERİ
1999-2004	8009	1.950.630
2005-2008	31.620	3.839.643
TOPLAM	39.629	6.790.273

Toplum sağlığını korumak ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek, temizlik ve hijyen konularında yeterli eğitim almış sağlıklı nesiller yetiştirmenin, kamu kurum ve kuruluşlarının asli görevleri arasında olmasından hareketle, Bakanlığımız ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile ilk ve orta dereceli okulların temizlik, hijyen, fiziki yapı ve çevre temizliğinin olumlu yönde teşvik edilmesi ve daha iyi düzeye çıkarılması amacıyla “Beyaz Bayrak İşbirliği Protokolü” yürürlüğe konmuştur. Bugüne kadar yapılan başvurular içinden Ankara’da 150, İstanbul’da 140, İzmir’de 167 olmak üzere toplam 1138 okula beyaz bayrak verilmiştir.

4207 Sayılı “Tütün ve Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” un uygulanmasına yönelik 2005/90 sayılı genelge, Bakanlığımız merkez ve taşra teşkilatımıza gönderilmiş olup, uygulanması ile ilgili takip ve denetimlerimiz sürdürülmektedir.

Bakanlığımız ile Türkiye Kızılay Derneği Genel Başkanlığı arasında imzalanan iki protokol ile okul ve kurumlarımızda öğrenim gören öğrencilerin yardımlaşma ve toplumun sosyal yardım faaliyetlerine sosyal sorumluluk bilinci ile katılımları sağlanmış olup, ayrıca, yönetici öğretmen ve diğer personelin gönüllü kan bağışçısı olmaları yönünde çalışmalar yürütülmektedir.

Madde (sigara-alkol ve uyuşturucu) bağımlılığı ile mücadele çalışmaları konusunda, yetiştirilen okul sağlığı formatör öğretmenlerince konu ile ilgili bilgilendirme çalışmaları yapılmaktadır.

Okul Sağlığı Çalışmaları kapsamında 136 öğretmen konu ile ilgili iki aşamalı formatör öğretmen eğitiminden geçirilmiştir.

HIV/AIDS önleme ve eğitim çalışmaları, konusunda Sağlık Bakanlığı ile aktif işbirliği yapılmaktadır.

Bakanlığımıza bağlı ana sınıfları ile ilköğretim okullarının 1. Sınıfından başlayarak kademeli olarak 2. ve 3. Sınıf öğrencilerinin ağız ve diş sağlıklarının korunması ve iyileştirilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı ile Bakanlığımız arasında işbirliği çalışmaları sürdürülmektedir.

Bakanlığımıza bağlı YİBO'lar ile yatılı bölge okulu bulunmayan illerde ihtiyaç duyulan 1-2 okulun öğretmen ve öğrencilerine ilkyardım bilgi ve bilincinin artırılması amacıyla Bakanlığımız ile TOÇEV arasında yapılan işbirliği devam etmektedir.

Bakanlığımız ile Colgate Palmolive ve Ağız Diş Sağlığı Derneği arasında ilköğretim okullarının 3. Sınıf öğrencilerinin ve öğretmenlerinin ağız ve diş sağlığı bilincinin geliştirilmesi amacıyla imzalanan işbirliği çalışmaları sürdürülmektedir.

Toplumda damar sertliği, nedenleri, sonuçları ve bunların önlenmesi konusunda yaşam tarzı bilincini artırmak amacıyla Bakanlığımız ile Ateroskleroz Derneği arasında imzalanan protokol gereği işbirliği çalışmaları sürdürülmektedir.

Başkanlığımızın yetki ve sorumluluğunda eğitim öğretimini sürdüren, sağlık meslek liselerinde, sağlık sektöründe görev yapmak üzere yardımcı sağlık personeli yetiştirmek amacıyla aşağıda belirtilen dallarda, 280 okulda toplam 50.643 öğrenci öğrenim görmektedir.

ALANLAR	9.SINIF	10.SINIF	11.SINIF	12.SINIF	TOPLAM
Acil Tıp Teknisyenliği	4060	3.891	4.454	3.125	15.530
Anestezi Teknisyenliği	648	688	937	676	2.949
Çevre Sağlığı Teknisyenliği	168	252	441	316	1.177
Diş Protez Teknisyenliği	408	366	204	136	1.114
Hemşirelik	8926	7.749	-	41	16.716
Laboratuvar Teknisyenliği	888	952	2.359	1.693	5.892
Ortopedi Teknisyenliği	24	47	65	36	172
Radyoloji Teknisyenliği	528	412	705	558	2.203
Tıbbi Sekreterlik	960	1.262	1.483	1.184	4.889
TOPLAM	16.610	15.619	10.648	7.766	50.643



Sağlığın Teşviki İçin Sivil Toplum Örgütleri İle İşbirliği



Oğuz ENGİZ
*Sağlık Gönüllüleri Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı*

Bugün dünyamızdaki ölümlerin yüzde 60'a yakını kronik hastalıklara bağlı gerçekleşmektedir. Kronik hastalıklara ilişkin risk faktörleri temel olarak; i) yanlış ve eksik beslenme, ii) hareketsizlik ve egzersiz eksikliği, iii) takip edilmeyen yüksek kolesterol, kan basıncı ve diyabet, iv) olumsuz yaşam tarzı ve aşırı alkol/tütün tüketimi, v) stres ve depresyon olarak özetlenebilir. Bu risk faktörlerini elimine etmekte bireylerin fonksiyonlarının tek başlarına yetersiz olduğu ortadadır. Dolayısıyla sağlığın teşviki anlamında sistematik, örgütlü, profesyonel ve kalıcı bir yapılanmanın varlığı tartışılmazdır. Özellikle Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) tarafından uzun yıllardır teşvik edilen, başlangıçta çok başarılı olan, ancak zaman içinde bireylerin ihtiyaçlarına cevap vermeyen programların varlığı da bilinmektedir. Her yıl kaybedilen kaliteli yaşam yılı kayıpları maalesef artmakta, sağlığın teşviki programları bireylerin artan ve karmaşıklaşan sorunlarına cevap veremez hale gelebilmektedir. Risk faktörlerinin önlenmesi ve sağlığın daha etkin teşvik edilebilmesi için çok daha fazla yaratıcı fikir, eylem ve programa ihtiyaç bulunmaktadır. Bugün elimizdeki araçların etkin kullanıldığını söylemek pek mümkün gözükmemektedir. Bu araçları tekrar hatırlayacak olursak; i) toplumsal ve bireysel eğitimlerle bilgilendirme, ii) sosyal pazarlama ile bilinçlendirme, iii) ülkedeki tüm kurum ve kuruluşların ürün ve hizmetleri ile sağlıklı yaşamı teşvik etmeleri, iv) kişiye özel yaygın ücretsiz koruyucu hekimlik imkanları. Ne var ki genel kabul görmüş bu araçların ne oldukları kadar nasıl uygulandıkları da önem arz etmektedir. Değişen dünyamızda, bireylerin algılamalarındaki değişimler kaçınılmazdır.

Dolayısıyla sağığın teşviki ile ilgili yürütülecek çalışmaların bireyleri etkilemesi ve davranışlarında olumlu değışiklikler yaratması nihai hedef olmalıdır. Bu çerçevede kamu tarafından gerçekleştirilen faaliyetlerin özel sektör ve sivil toplumun katılımı ile genişletilmesi, çeşitlendirilmesi ve zenginleştirilmesi bir zorunluluktur. Ancak bu şekilde hastalık yükünü önemli ölçüde artıran ve ölüm sebeplerinde kategorik olarak ilk sırayı alan ve de yaşam kalitesi ve üretkenliğini önemli ölçüde kısıtlayan kronik hastalıklarla etkili mücadele edilmiş olacaktır. Sivil Toplum Kuruluşu olarak Sağlık Gönüllüleri-Türkiye'nin (SG-T) kuruluş amaçlarının başında da kronik hastalıklarla yapılacak etkin mücadele ve sağığın teşviki gelmektedir. SG-T, bu anlamda görevini ülke genelinde özel sektörü sağlık alanında sosyal sorumluluk projeleri geliştirmeye teşvik ederek ve destekleyerek yerine getirmektedir.



Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri ve Sağlığın Teşviki

Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA
*Bayındır Hastaneleri Tıbbi Direktörü,
Kalite Koordinatörü
Kalp ve Damar Cerrahisi Bölüm Başkanı*



Gelişen ekonomik ve sosyal şartlar Dünya'mızı bundan 50 yıl öncesine göre farklı bir konuma getirmiştir. Küresel ısınma gibi, yaşanan süreçte fark edilemeyen, ancak sonuçları ortaya çıktığında vahameti anlaşılan bir tehlikeyle bizleri başbaşa bırakmıştır. Bu büyüyen sorun, kronik hastalıklardaki inanılmaz artıştır. Geçen yüzyıl bulaşıcı hastalıklarla yoğun bir savaş veren insanlık, bu gün belki de yaşam standartlarını çok daha fazla olumsuz etkileyen bu tehlikenin üstesinden gelmeye çalışmaktadır.

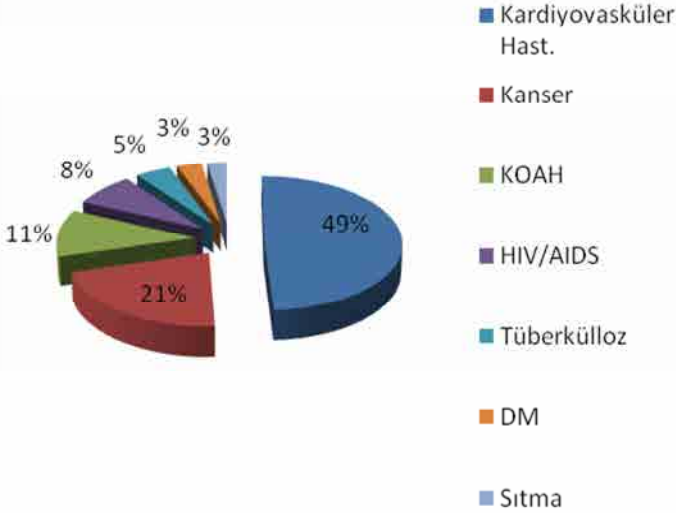
Hepimiz biliyoruz ki, sağlıklı yaşam sürdürülebilir ekonominin temel taşıdır. Bu gün geline nokta kronik hastalıkların bu olumsuzluğa katkısının sanıldığından çok daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlamda, kronik hastalıklardan korunma ve olumsuz etkilerinin azaltılması toplumsal ve bireysel mutluluğun vazgeçilmez unsuru durumuna gelmiştir.

Günümüzde sağlığın teşviki veya bir başka deyişle bireyleri sağlıklı yaşamaya özendirme hem devletin, hem de kişilerin önemli görevleri arasında yer almıştır. Bunun da yolu, büyük oranda kronik hastalıklarla mücadeleden geçmektedir.

Bağışıklığı güçlendirici yöntemlerin gelişmesi, güçlü antimikrobiyal ajanların kullanımı, sanitasyon şartlarındaki göreceli düzelme, organizasyon ve entegrasyonun kuvvetlenmesi bulaşıcı hastalıklar konusunda insanlığın önemli adımlar atmasına neden olmuştur. Buna karşın; şehirleşme oranındaki artış, beslenme alışkanlıklarında değişim, hareketsiz yaşam tarzı ve yaşlanma kronik hastalıklara giderek toplumun bir numaralı sağlık sorunu durumuna getirmiştir.

2005 Yılında kronik hastalıklar nedeniyle Dünya genelinde 35 milyon insan kaybedilmiştir. Bu rakam toplam ölümlerin %60'dır.

Ölüm Nedenleri (WHO, 2005)



Bulaşıcı Hastalıklardan Korunmada Temel Unsurlar:

1. Çevresel olumsuzlukların ortadan kaldırılması: Su ve gıda sanitasyonu.
2. Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi: Aşılama
3. Denetleme ve izleme için erken uyarı sisteminin oluşturulması.
4. Olası salgınlar için eylem planlarının hazırlanması.

Kronik Hastalıklara Neden Olan Temel Unsurlar:

1. Sağlıksız Beslenme
2. Tütün alışkanlığı
3. Hareketsiz yaşam

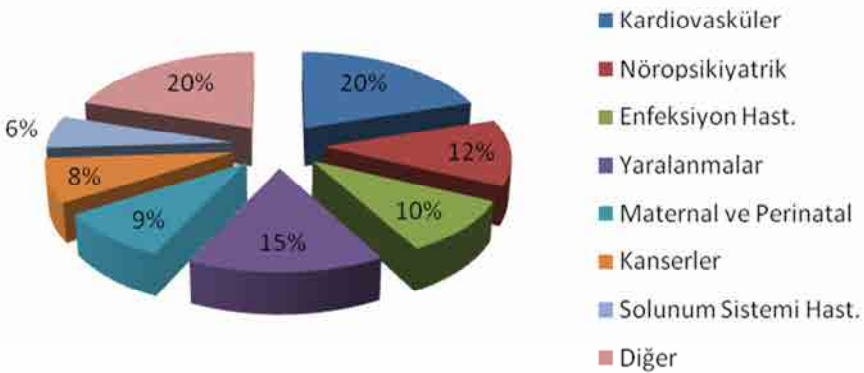
Kronik Hastalıklardan korumada önemli faktörler:

1. Eğitim
2. Yaşam Tarzının Değişimi

Türkiye’de Durum:**Türkiye’de Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalık***

	Ölüm Nedeni	Ölüm Sayısı	Toplam İçindeki Payı (%)
1.	İskemik Kalp Hastalığı	93260	21,7
2.	Serebrovasküler Hastalık	64780	15,0
3.	KOAH	25104	5,8
4.	Perinatal Nedenler	24756	5,8
5.	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	18225	4,2
6.	Hipertansif Kalp Hastalığı	12805	3,0
7.	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	11586	2,7
8.	Diabetes Mellitus	9548	2,2
9.	Trafik Kazaları	8395	2,0
10.	İnflamatuvar Kalp Hastalığı	7992	1,9

* T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004

Türkiye’de Hastalık Yükünün (DALY*) Hastalık Gruplarına Dağılımı**Hastalık Yükünün (DALY) Dağılımı (Erkek)**

* DALY: Disability Adjusted Life Years

Kronik Hastalıklarla İlgili 9 Temel Yanılgı

1. Kronik hastalıklar gelişmiş ülkelerde daha yüksek oranda görülür:

Oysa Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) rakamları bunu yalanlamaktadır.

Kronik Hastalıkların Ülke Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı:

(2005, WHO)

Yüksek gelir düzeyli: %20

Orta-üst gelir düzeyli: %8

Orta-alt gelir düzeyli: %37

Düşük gelir düzeyli: %35

2. Düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kronik hastalıkların önlenmesinden önce gelmelidir:

Oysa; kronik hastalıkların, zaten fakir olan bu ülkelerin ekonomisine olumsuz etkileri çok daha büyük boyutlarda olmaktadır.

3. Kronik hastalıklar zengin ülkelerin sorunudur:

Düşük gelir düzeyli ülkelerde kronik hastalıklar daha fazla can ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Bu da onların daha fazla yoksulluğa itilmesi demektir. Zaten kısıtlı olanakları olan bu ülkelerde kronik hastalıklardan korunma daha da fazla önem taşımaktadır.

4. Kronik hastalıklar yaşlı nüfusun sorunudur:

Oysa hastaların %25'i 60 yaşın altındadır. Özellikle düşük gelir seviyeli ülkelerde genç popülasyonun kronik hastalıklardan etkilenmesi daha yüksek oranda görülmektedir.

5. Kronik hastalıklar erkeklerde çok daha fazla görülür:

WHO verilerine göre kronik hastalıkların erkek-kadın oranı hemen hemen eşittir. Örneğin; erkek hastalığı olarak bilinen Koroner Arter Hastalığı'na (KAH) bağlı ölüm oranları, erkekler için %53, kadınlar için %47'dir.

6. Kronik hastalıklar bireylerin sağlıklı yaşam tarzlarına bağlı gelişir. Bu nedenle yönetimlerin alacağı önlemler sonuca etkili olmayacaktır:

Oysa; yönetimlerin yaygın eğitim ve önlemlerle kronik hastalıklara yakalanma olasılığı olan kişilerin korunmasında önemli rolleri vardır. Özellikle çocukların sağlıklı beslenmesi ve çevresel olumsuzluklardan etkilenmesinin önlenmesi konularında yönetimlere önemli görevler düşmektedir.

7. Kronik hastalıklar için koruyucu yöntemler etksizdir:

Oysa, kronik hastalıkların neden olan etkenler bilinmektedir. Bunlar ortadan kaldırıldığında;

KAH, felç ve Tip II DM'un %80'ini,

Kanser olgularının %40'ı, önlenmektedir.

8. Kronik hastalıkların kontrolü ve korunma yöntemleri çok pahalıdır:

Oysa hastalık oluşmadan önce alınacak önlemler için harcanan para, uzun süren bu hastalıkları tedavi etmek için harcananın çok altındadır.

9. Çevremizde çok sigara içen ve aşırı kilolu, ama ileri yaşta insanlar mevcut:

Bu yaklaşımlar bilimsel temele dayanmamaktadır. Çevremizdeki istisnalar kuralı bozmamalıdır.

Sigara ve obezitenin zararları istatistiksel olarak doğrulanmıştır.

Ne yapmalı?

Kronik hastalıklarla mücadelenin orkestra şefi sağlık bakanlıklarıdır. Diğer sektörler operasyonun başarısı için çalışırlar. Aşağıdaki iki temel unsur benimsendiğinde başarıya ulaşmak çok daha kolay olacaktır:

1. Kronik hastalılar, eğitim ile sınırlandırılabilir.
2. Etkili bir eğitim için iyi bir eşgüdüm ve kapsamlı bir eylem planına gereksinim vardır.

1. Adım

Toplunun gereksinimlerini saptamak ve birlikte eylem şartlarını oluşturmak:

- Anket çalışmaları
- Kronik hastalıklar için toplumun risk verilerini toplamak (kan basıncı, ağırlık, serum kan şekeri ve lipit seviyeleri)

2. Adım

Toplanan verilerin ışığında toplumun gereksinimine göre politikalar oluşturmak.

3. Adım

Politikaları uygun yöntem ve stratejilerle yürürlüğe koymak.

Kronik Hastalıkların Yaygınlaşmasında Sosyo-ekonomik, Kültürel, Politik ve Çevresel Etkenler:

1. Küreselleşme
2. Şehirleme
3. Yaşlanma.

Risk Faktörleri:

1. Değiştirilebilir risk faktörleri:

- i. Sağlıksız beslenme
- ii. Tütün alışkanlığı
- iii. Harekesiz yaşam

2. Değiştirilemez risk faktörleri:

- i. Yaş
- ii. Heredite

Risk Faktörlerinin Ara Ürünleri:

1. Yüksek KB
2. Yüksek KŞ
3. Yüksek lipit
4. Obezite

Sonuç:

1. Koroner arter hastalığı
2. Felç
3. Kanser
4. Şeker hastalığı (DM)

Bayındır Hastaneleri'nin "Sağlığın Teşviki"ne Yaklaşımı:

Bireylerin sağlıklı yaşama özendirilmesi (Sağlığın Teşviki) topyekün toplumsal eylemi gerektiren bir özellik taşımaktadır. Bu bağlamda hangi kademede olursa olsun sağlık kurumlarına düşen görev bu mücadelenin içinde olmaktır. Sağlık alanında yapılacak hizmetlerin tümünde olduğu gibi, bu konuda da sektörel ayırım gözetmeksizin tüm kurumların uygulanacak politikalarda kendilerini görevli ve sorumlu saymaları gerekmektedir. Bu cümleden yola çıkarak, Bayındır Hastaneleri misyon ve vizyonuna uygun olarak, toplum sağlığı açısından çok önemli olduğuna inandığı bu konuyla ilgili üzerine düşen görevi yerine getirme çabası içindedir.

Bilindiği gibi Bayındır Hastaneleri Joint Commission International (JCI) akreditasyon standartlarına göre çalışan bir kurumdur. JCI'nın sağlığın teşviki konusuna yaklaşımı, yoğun olarak Hasta ve Yakınlarının Eğitimi (HYE) standartları içinde yer almaktadır. Özellikle aşağıda yer alan iki standart hasta ve ailesinin kronik hastalıklar konusunda bilinçlemesini amaçlayan süreçleri öngörmektedir.

JCI'nın Sağlığın Teşvikine Yaklaşımı ve Hasta ve Yakınlarının Eğitimi (HYE) Standartları:

HYE.1 Kurum, hasta ve ailesinin bakım kararlarına ve bakım süreçlerine katılımını desteklemek için eğitim sağlamalıdır.

HYE. 2 Her hastanın eğitim ihtiyaçları değerlendirilmeli ve hasta dosyalarına kaydedilmelidir.

Bayındır Hastaneleri’de “Sağlığın Teşviki” Amacıyla Yapılan Çalışmaları Yönlendiren ve JCI Standartları Kapsamında Düzenlenmiş Talimat ve Prosedürler:

1. Diyet Hizmetleri Prosedürü
2. FTR İşleyiş Prosedürü
3. Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Prosedürü
4. Yenidoğan Bakımı Eğitim Talimatı
5. Emzirme Eğitim Talimatı
6. KVC Hastaları Eğitim Talimatı
7. Diyabet Eğitim Talimatı
8. Hepatit-B ve Hepatit-C Pozitifliği Olan Hastaların Eğitim Talimatı
9. Yatan Hasta Taburcu Eğitimi Talimatı
10. Dekübitüs Öneme Protokolü
11. Diyabetik Ayak Bakımı Protokolü
12. Emzirmeyi Öğrenme ve Devamlılığını Sağlama Protokolü
13. Aşı Uygulama Protokolü

JCI standartlarına uygun olarak, Bayındır Hastaneleri’nde yatarak tedavi alan her hastanın eğitim gereksinimi “Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Formu” kullanılarak saptanmaktadır. Bu değerlendirme sonucu hastanın yeterlilikleri değerlendirilerek planlanan eğitimler, taburcu sürecine kadar devam eder.

Hastanelerimizde, uzmanlık gerektiren bölümler için eğitim elemanı istihdam edilmektedir. Bu kadrolar sadece ilgili sürece yönelik çalışırlar; bir başka deyişle başka alanlarda görevlendirilmezler.

Bayındır Hastaneleri Eğitim Elamanları:

- Diyabet Eğitim Hemşiresi
- Ağrı Hemşiresi
- Enfeksiyon Kontrolü Hemşiresi
- Emzirme Eğitim Hemşiresi (Her anneye anne sütü ve emzirme eğitimi vermekte, süreci izlemekte, bebek bakımı konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti sağlamaktadır.)

Sağlığın Teşvikine Yönelik Hizmet Sunan Merkezlerimiz :

- Sigara Bırakma Merkezi
- Uyku Bozuklukları Merkezi
- Menopoz Merkezi
- Zayıflama Merkezi

Çalışanların sağlığını koruyucu faaliyetler:

- Aşılama: Çalışanların için hepatit B ve her yıl tekrarlanan grip aşısı ile bağışıklık sistemlerinin kuvvetlendirilmesi.
- Eğitim: İş ve işçi sağlığı, vücut mekaniğini koruma, el yıkama, kan yoluyla bulaşan hastalık etkenleri ve korunma yöntemleriyle ilgili eğitim çalışmaları.
- İlgili personele periyodik sağlık kontrolleri: Akciğer grafisi, biyokimya tetkikleri, mikrobiyolojik kültürler

Bayındır Hastaneleri Eğitim Çalışmaları:

Hasta eğitimleri:

Yatan hasta:

- i. Taburcu olan her hastaya, iyileşme döneminin evdeki safhasını istenilen şekilde devam ettirebilmesi için tedavi ve bakımı ile ilgili sözel eğitimin yanı sıra “taburcu bilgilendirme” dokümanı verilir.
- ii. Her hastaya evde kullanacağı ilaçlar hakkında sözel eğitim ve ilaç kartı düzenlenir.
- iii. Hastanın kullanacağı herhangi bir ekipman var ise bu “ekipmanın kullanımı eğitimi” hasta ekipmana tam adapte olana kadar sürer. Örneğin; koltuk değneği, kan şekeri ölçüm cihazı, ev ventilatörü gibi.

Poliklinik hastası:

Hizmet aldığı bölüm doktoru ve hemşiresi tarafından eğitim verilmekte ve yazılı eğitim materyali ile desteklenmektedir.

I. Hasta eğitimi hakkında çalışanların eğitimi:

Hasta eğitiminin niteliğini artırmak amacıyla her yıl hemşireler, diyetisyenler ve fizyoterapistlere “Hasta Eğitimi” eğitim programı düzenlenmektedir.

II. Topluma verilen eğitim ve seminerler:

Diyabetle sağlıklı yaşam 1998’ de başlattığımız ve üç ayda bir yapılan periyodik bir programdır. İlgili uzman doktor, hemşire, diyetisyen ve fizyoterapist tarafından verilmektedir.

Eğitim konuları:

- i. Diyabet tipleri ve tedavi,
- ii. Diyabet komplikasyonlarının önlenmesi,
- iii. Diyabetlilerin bakımı,
- iv. Ağız diş sağlığı ve diyabet komplikasyonlarından korunma,
- v. Ayak bakımı ve komplikasyonlardan korunma,
- vi. Hedef laboratuvar değerleri, normal düzeyden sapma gösteren laboratuvar değerlerinin istenen düzeye çekilerek komplikasyonların önlenmesi,
- vii. İnsulin ile ilgili bilgiler,

- viii. Seyahat ile ilgili öneriler,
- ix. Diyabet ve beslenme,
- x. Diyabet ve egzersiz,

III. Bayındır Hastaneleri Hasta Eğitimi İçin Basılı Yayınları:

1. Anestezi Hakkında Merak Ettikleriniz
2. Hasta ve Ziyaretçi Rehberi (S.Özü)
3. Genel Cerrahi ve Laparoskopi
4. Sağlık Bilgi Defteri
5. Bel Fıtığı
6. Ben (Nevüs)
7. Prostat
8. Ürolojik Endoskopi
9. Şişmanlık ve Beslenme
10. Emzikli Beslenme
11. Diyabet ve Diyet
12. Diyet ve Kalp Sağlığı
13. Kanseri ve Beslenme
14. Jinekolojide Laparoskopi ve Histeroskopi
15. Menopoz
16. Gastroözofajeal Reflü Hastalığı
17. Hemoroidsiz Bir Yaşam
18. Kabızlık Diyeti
19. Kolonoskopi nedir?
20. Kolonoskopiye Hazırlık
21. ÖGD Nedir?
22. Ülser
23. Horlama Çaresizliğin Sesi mi?
24. Çocuk Diş Sağlığı
25. Ortodonti
26. Dental İmplantoloji
27. Kalbiniz Hakkında Bilgiler
28. Kalp Ameliyatından Sonra
29. Yürüyüş ve Kalbimiz
30. Hipertansiyon
31. Koroner Anjiyografi

32. Kalp Krizi
33. Katarakt
34. Doğum Sonrası Başarılı Emzirme
35. Yenidoğan Taburcu Kartı
36. Yenidoğan Bakım Rehberi
37. Metabolik Hastalıkların Taranması
38. Boyun Egzersizleri
39. Diz Egzersizleri
40. Bel Egzersizleri
41. Karaciğer Tümörleri Tedavisi (RFTA)



Sonuç Olarak, Sağlığın Teşvikinde:

1. Sağlıklı bireyler, sağlıklı toplumların temel taşlarıdır.
2. Kronik hastalıklar, günümüzde gerek insan sağlığı, gerekse sürdürülebilir ekonominin önündeki en önemli engellerden biri olarak görülmektedir.
3. Sağlıklı bireyler yetiştirmek ve bunun sürdürülebilirliği sağlamak devletin esas görevleri arasındadır.
4. Güçlü toplumsal yapılar oluşturabilmek için bireylerin kendi sağlıklarını korumada görev ve sorumlulukları vardır.



Sağlığın Teşvikinde Sağlık Dışı Özel Sektörün Rolü

İlknur MENLİK

*Türkiye Gıda ve İçecek Sanayi Dernekleri
Federasyonu Kurumsal İlişkiler Direktörü*



Bugün, beslenme odaklı sağlık problemleri nedeniyle tüm dünyada çeşitli politikalar geliştirilmekte, bir yandan açlıkla savaşıırken, diğer yanda obezite ile mücadele edilmektedir. Başta Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü olmak üzere, hükümetler, kamusal kuruluşlar çeşitli politikalar geliştirirken, gıda sektörü de bu sorunlar karşısında aksiyon almakta ve gelişmeleri çok yakından takip etmektedir.

TGDF kurulduğu günden beri, dünyadaki ve ülkemizdeki beslenme ve sağlık ile ilgili gelişmeleri yakından izlemekte, değerlendirmekte ve bu tür platformlar da dahil olmak üzere çözüm önerilerini paylaşmaktadır.

Türk Gıda sektörünün en büyük ve en etkin sivil toplum kuruluşu olan Türkiye Gıda ve İçecek Sanayi Dernekleri Federasyonu aynı zamanda 5179 Sayılı Gıda Kanunu ile kurulan Ulusal Gıda Kodeks Komisyonu'nda sektörü temsil etmeye devam etmektedir. 2006 yılından bu yana AB Gıda ve İçecek Konfederasyonun üyeliği devam eden TGDF AB platformundaki çalışmalarını da kesintisiz sürdürmektedir.

TGDF, yürüttüğü projeleri, bilimsel toplantıları ve süreli yayınları; kurumsal iletişim platformu olan GIDAHATTI Dergisi ile de ulusal ve uluslararası tüm gelişmeleri paydaşlarıyla ve üyeleri ile kesintisiz paylaşmaya devam etmektedir.

Türk Gıda Sektörü, resmi verilere göre 23.276 işletme, GSYH içindeki %21,7'lik payı, %194 dış ticaret karşılama oranı ile ülkemizin 4 büyük üretim sanayinden biridir. Bu açıdan bakıldığında, beslenme ve sağlık sorunlarına ilişkin çözüm arayışlarında, paydaşları arasında gıda sektörü olmayan her türlü politika ve stratejinin bir ayağı eksik demektir.

Beslenme dendiğinde ilk akla gelen küresel sorun, kuşkusuz dünya nüfusedeki hızlı artıştır. FAO verileri dünya nüfusunu 2050 yılında 9-10 milyar kişi

öngörmektedir. Bu sorun beraberinde farklı sorunları da getirmektedir. Obezite, diyabet ve açlık bu sorunların en başta gelenleridir.

WHO verilerine göre 2015 yılında; 700 milyon obez ve 2,3 milyar fazla kilolu olacağı; yine WHO verilerine göre 2030 yılında 350 milyondan fazla diyabet hastası olacağı öngörülmektedir. Bugün itibarıyla açlık çeken birey sayısı ise FAO verilerine göre, 925 milyona ulaşmıştır. Bunun getirdiği sağlık harcamaları yükü ise zaten hükümetleri aksiyon alma noktasında zorlayıcı olmaktadır.

Bu sorunlara ilişkin ülkemizdeki rakamlar da hiç iç açıcı değil. Son yapılan araştırmalar, obezitenin kadınlarımızda daha sık görülmeye başladığını göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre erkeklerde obezite prevalansı %21,2 iken kadınlarda % 41,5 gibi yüksek bir oranı işaret etmektedir.

Diyabet hastalığının da gün geçtikçe obezite gibi ön plana çıkmaya başladığını görüyoruz. Türk Diyabet Vakfı verilerine göre ülkemizde; 2,6 milyonu Tip-1 Diyabetli olmak üzere 5 milyon diyabet hastası bulunmaktadır. Bir o kadar da hastalığının farkında olmadan yaşamını devam ettiren diyabetli bulunduğu öngörülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün dünya genelinde sağlık sorunlarının çözümüne dönük yaptırımları ve aksiyonları ise tüm paydaşların birlikte hareket etme zorunluluğu kaçınılmaz kılmaktadır.

Ancak, tüm bu rakamlar ve uluslararası boyuta taşınmış yaptırımlar gereği alamamız gereken aksiyonları belirleme noktasında en önemli veri olacak olan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması"nın henüz sonuçlanmamış ya da yapılmamış olması ortak bir yol haritası oluşturmamız noktasında en önemli ihtiyaçtır. Gelecekteki tüm strateji, politika ve uygulamaların güvenilir bilimsel veriler üzerine dayandırılabilmesi için kendi ulusal sağlık ve beslenme araştırmamızın acil bir gereksinim olduğunun altını çizmek isteriz.

Bununla beraber TGDF olarak toplumumuzun beslenme odaklı sorunları ile mücadelede Gıda ve İçecek Sanayinin aksiyonlarını hızlandırmak amacıyla tüm kurumlar ile kesintisiz koordinasyon halindeyiz. Amacımız geniş ürün yelpazesi içinde farklı ürün seçenekleri sunarak, halkımızın "yeterli ve dengeli beslenme" konusunda bilinçlendirilmesine katkı sağlamak, hareketli yaşam tarzlarının geliştirilmesini teşvik etmektir.

Gıda ve İçecek Sanayi, dünya ve ülkemiz genelinde beslenmeye bağlı sağlık sorunlarının artışı engellemeyi ve tersine çevirmeyi hedeflemektedir. Tabiidir ki bu amaca ulaşmak; "uzun vadeli yaklaşımlar", "çoklu stratejiler" ve "tüm paydaşların çabası" ile mümkündür. Bu nedenle sektör olarak toplumumuzu yeterli ve dengeli beslenmeye teşvik etmek için sosyal sorumluluk ve pazarlama faaliyetlerimizin yanı sıra, ürettiğimiz gıdaların çeşitliliğini sürekli arttırmaya, değişik porsiyon seçenekleriyle sunmaya, yeterli ve dengeli beslenmeyi teşvik eden ve yasaların izin verdiği beyanlarla halkımızı sürekli bilgilendirmeye çalışmaktayız.

Endüstrimiz, fonksiyonel ve diyabetik gıdalar, besin değeri zenginleştirilmiş ürün seçenekleri ve porsiyon alternatifleri ile halkımızın yeterli ve dengeli beslenmesine katkı sağlamaya devam etmektedir. Ancak toplum sağlığının geliştirilmesi ve mevcut sorunların çözümünde "Çoklu Stratejilerin" gerekliliğinin ve tüm paydaşların ortak hareket etmesinin öneminin altını bir kez daha vurgulamak gerekliliği bulunmaktadır ve bu uğurda her türlü işbirliğine açıktır.



“Herkes İçin Sağlık” Politikaları: Sağlığı Geliştirmenin Sağlığın Belirleyicilerini Etkilemek İçin Kullanımı

Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D.



“Herkes İçin Sağlık” (HİS), 1945-1975 arasındaki 30 yıllık bir ilerlemenin sonunda, daha adil, dolayısıyla da daha sağlıklı bir dünya için Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) sloganı oldu. Bu dönem; halkların ulusal kaynakları kontrol etme hakkı da dahil olmak üzere, güç ve kaynakların yeniden dağılımına ve evrensel ölçekte temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için kapsamlı halk sağlığı hizmetlerine ihtiyaç olduğu inancına ve buna paralel politikalara, daha bağlı olunan bir dönemdi.

Bilindiği gibi, sağlığın geliştirilmesinde sosyal adaletin gerekliliği ilk kez, 1977’de Cenevre’de yapılan Dünya Sağlık Asamblesi’nde ortaya konmuştur. Bir yıl sonra, 1978’de Alma-Ata’da yapılan konferansta, DSÖ, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sosyal adalet ve gelişmenin bir parçası olarak tüm dünyada istenen sağlık düzeyine ulaşmada anahtar rol oynadığını kabul etmiştir. Bu dönemde; “hükümetlerin ve DSÖ’nün önümüzdeki dönem için başlıca sosyal amacı, 2000 yılına kadar herkesin sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürdürebileceği bir sağlık düzeyine erişmesini sağlamak olmalıdır” şeklinde bir karar (Karar WHA 30.43) alınmıştır¹. DSÖ, bu karara paralel “2000 yılında Herkes İçin Sağlık (HİS)” hedeflerini ortaya koymuştur. Bu hedeflerde öne çıkan temel amaç; ülkeler arasında ve ülkelerin bölgeleri arasında sağlık yönünden farklılıkların en aza indirilmesi, insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal potansiyellerini kullanmasının sağlanması, hastalık ve sakatlıkların en aza indirilmesi ve erken ölümlerin önlenerek doğumda beklenen yaşam süresinin uzatılması

olmuştur. Ayrıca, bu amaçları gerçekleştirmek için gereken stratejiler ve destek hizmetler de bu hedefler içerisinde yer almıştır¹.

Daha sonra Kopenhag'da 1998 yılında toplanan DSÖ 48. Avrupa Bölgesi Komitesi Toplantısı'nda HİS yaklaşımı yeniden gözden geçirilmiş, "Sağlık 21" başlığı altında HİS bu kez "21. yüzyılda 21 Hedef" sloganıyla kabul edilmiş ve bölge geneli için 2020 yılına kadar bu 21 başlıkta somut hedefler ortaya konmuştur. DSÖ Avrupa Bölgesi, üyesi olan ülkelerden "HİS" konusunda kendi hedef, politika ve stratejilerini saptamalarını istemiş, Türkiye de bu doğrultuda 1998'de ülke içinde geniş katılımlı bir çalışmayla 21. yüzyılda HİS hedef ve stratejilerini belirlemiştir².

Alma-Ata'dan bu yana sağlıkla ilgili pek çok gelişme yaşanmıştır. Birçok hastalığın kişilerin yaşam tarzıyla ilişkili olduğunun anlaşılması, sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlığı olumlu yönde etkileyebildiği gibi zararlı da olabileceğinin kavranması, bazı hastalıklara ilişkin risk faktörlerini tanımlayan bilimsel kanıtlar, mortalite ve morbiditelerdeki azalmanın yanısıra yaşam kalitesine de ilginin artması, sağlık eğitimiyle ilgili geleneksel stratejilerin etkililiklerinin sınırlı olması, entegre bir yaklaşım olarak 1980 yılında "sağlığı geliştirme" kavramının gündeme gelmesine neden olmuştur³.

Bu birikimlerle, Ottawa Bildirgesi'nde (1986) sağlığı geliştirme; "kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarının olanaklı hale gelmesini sağlayacak süreç" olarak tanımlanmıştır. Bu tanım sağlığı geliştirme yaklaşımının uygulanması için yapılacak girişimlerin güçlendirici, toplum katılımlı, sektörler arası, eşit ve hakkaniyetli, ulaşılabilir ve çok stratejili olmasını gerektirmektedir^{6,7}.

Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimini de içine alacak şekilde, risk altındaki bireylerin ya da grupların davranışının kontrol edilmesinin temelinde yatan ana sorunlarda, örgütsel, çevresel ve ekonomik destekleri kapsar. Sağlığı geliştirme, halk sağlığı ve koruyucu hekimliğin önemli bir parçasıdır. Bu kavram ile sağlıklı yaşamak için eğitim ve çevre koşullarına göre düzenlenmiş destek uygulamalarından söz edilmektedir⁴. Bir toplumda sağlık eğitimi başta olmak üzere, yönetsel, yapısal, yasal ve kaynak düzenlemeleri ile sağlanan destek oluşturma çalışmalarıyla birlikte ele alınan sağlığı geliştirme müdahaleleri, güdüleme tekniklerini ve ödüllendirmeyi kullanarak "sağlıklı olma durumunu" hazırlayan, olanaklı kılan ve güçlendiren davranış biçimlerini oluşturmayı hedefler. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde, kaynakları kullanmada yeni düzenlemeleri ve sağlığı koruma uygulamaları ve çevrenin düzenlenmesini de hedefler⁴.

Sağlığı geliştirme kapsamında belirlenen müdahale alanları arasında eğitim, yönetim, yasal ve yapısal düzenlemeler bulunmaktadır. Bu müdahale alanlarında istenen hedeflere ulaşılması, belirtilen stratejilerin uygulanmasıyla elde edilmektedir. Bu stratejiler kısa dönemde sağlıkla ilgili risk faktörlerinin azalmasına, orta dönemde özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine olan talebin artması, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi, yaşam biçimlerinin düzenlenmesi, bireylerin kendi sağlıklarına sahip çıkma konusunda “kendilerine güveninin artması” ve sağlıklı çevre değişikliklerine neden olur. Uzun dönemde ise, hastalıkların azalması, yaşamın uzaması, yaşam kalitesinin artması ve sonuçta “daha sağlıklı bir toplum”u hedefler⁴.

Ottawa Sağlığı Geliştirme Konferansı’nda şu saptamalar yapılmıştır⁶:

- Sağlığın geliştirilmesi süreci sosyal ve politik bir süreçtir.
- Ana amaç, bireylerin becerilerini ve yeterliliklerini artırmaktır.
- Bu amaçla kişilerin sosyal, çevresel ve ekonomik koşullarını değiştirmeye yönelik eylemler yapılmalıdır.

• Kişilerin sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini artırmak ve dolayısıyla sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı hale getirmek önemlidir.

- Sağlığı geliştirme eylemlerinin yürütülmesinde toplum katılımı zorunludur.

Bu saptamalardan hareketle sağlığı geliştirme konusunda öncelikli eylem alanları şöyle tanımlanmıştır⁵:

- Sağlıklı toplum politikalarının oluşturulması,
- Destekleyici bir çevrenin yaratılması,
- Kişisel becerilerin ve yeterliklerin geliştirilmesi,
- Toplum katılımının güçlendirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi, yeni gereksinimlere uyumunun sağlanması olarak belirtilmiştir:

Adelaide’de 1988 yılında yapılan “Sağlıklı Toplum Politikaları Konferansı”, 1991 yılında Sundsvall’da yapılan “Destekleyici Çevreler Konferansı” sağlığı geliştirme stratejilerinin ve pratikteki uygulamalarının daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır^{6,7,8}. Sundsvall Konferansı, sağlık ve fizik çevre arasındaki ilişkiye açıklık getirilmesini sağlamıştır. Buna göre çevre, sadece kişileri çevreleyen yapılardan oluşmamaktadır, sosyal, kültürel, ekonomik, ruhsal, politik ve ideolojik boyutları da bulunmaktadır. Sağlığı geliştirme çalışmalarının sağlığın belirleyicileriyle olan ilişkisi nedeniyle sağlıkta bir gelişme sağlamak için, özellikle eğitim, gıda ve beslenme, konut ve yakın çevre, iş, ulaşım, sosyal destek ve sağlık hizmetleri gibi altı alan üzerinde önemle durulması gerektiği vurgulanmıştır⁷.

Jakarta’da 1997’de yapılan konferansta ise, sağlık için uluslararası stratejiler geliştirilmesinin önemi vurgulanmış, DSÖ’ne üye ülkelerin Alma-Ata Bildirgesi’nde vurgulanan birinci basamak sağlık hizmetleri ilkeleri ve “Herkes İçin Sağlık” stratejisi üzerinde görüş birliğine varılmasının üzerinden 20 yıl geçtiği halde konuların önemini koruduğu tekrar vurgulanmıştır. Bu konferansta sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ve sosyal ve ekonomik gelişme için şart olduğu, sağlığın geliştirilmesinin, kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollelerini artırarak sağlıklarını geliştirmelerini sağlayan bir süreç olduğu ve sağlığın geliştirilmesinde sağlığın belirleyicilerinin üzerinde durulmuştur.^{6,7,9}

2005’de Bangkok “Küreselleşmiş Bir Dünyada Sağlığı Geliştirme Konferansı’nda¹⁰, sağlığın belirleyicilerini saptamak için gerekli eylemler ve öneriler tanımlanmıştır. Bu eylemler:

1. İnsan haklarını gözeterek sağlık için savunuculuk yapmak;
2. Sağlığın belirleyicilerini tanımlamak için gerekli altyapıyı oluşturmak, eylemleri planlamak ve yatırım yapmak;
3. Sağlık bilgisi, araştırma, bilginin paylaşımı, sağlığı geliştirme uygulamaları, liderlik ve politika geliştirme konusunda kapasite geliştirmek;
4. İnsanların iyilik haline ve eşit sağlık koşullarına ulaşmasını olanaklı kılan en yüksek korumayı sağlamak için gerekli yasaları düzenlemek;
5. Uygulanabilir eylemler için yerel, özel ve uluslar arası örgütlerle işbirliği yapmaktır¹⁰.

Dünyada yapılan araştırmalar ve bazı ülkelerde yürütülen çalışmalar “Sağlığı Geliştirme” eylemlerinin etkili olduğunu göstermiştir. Bunlar arasında okul sağlığı çalışmaları, aile planlamasının geliştirilmesi, HIV/AIDS’in önlenmesi, adolesanlarda cinsel sağlık ve üreme sağlığının geliştirilmesi, madde kullanımının önlenmesi, ruh sağlığının geliştirilmesi, diyabetin önlenmesi çalışmaları bulunmaktadır^{6,9,11-22}. Bu stratejiler, yaşam tarzını değiştirmekte ve geliştirmektedir. Bunlar, sağlığın belirleyicilerinden olan sosyal, ekonomik ve çevresel koşullar üzerinde de etkilidirler. Sağlığı geliştirme, sağlıkta eşitlik ve hakkaniyetin sağlanmasında pratik bir yaklaşımdır. Ottawa Bildirgesi’nde belirtilen temel strateji sağlığı geliştirme çalışmalarının başarılı olması için gereklidir^{6,7,9}.

“Herkes İçin Sağlık 2000” dokümanında da, bunlarla uyumlu bir şekilde HİS hedeflerine ulaşmak için; toplum odaklı olmak, sağlığın sosyal ve çevresel belirleyicilerine odaklanmak, iletişim, eğitim, yasal düzenleme ve toplumu geliştirmeyi kapsayan, tamamlayıcı farklı yöntemlerin kullanılması, toplum katılımı ve birinci basamakta sağlık personelinin anahtar rolü üzerinde durulmuştur. DSÖ, 21. yüzyılda sağlığı geliştirme konusunda 5 temel önceliğin olduğunu belirtmiştir^{6,9}.

Bunlar:

1. Sağlık için sosyal sorumluluğun geliştirilmesi,
2. Sağlığın gelişmesi için yatırımların artırılması,
3. Sağlık için sektörler arası işbirliğinin sağlanması ve artırılması,
4. Toplumun kapasitesinin artırılması ve bireylerin güçlendirilmesi,
5. Sağlığı geliştirme için altyapının sağlanmasıdır.

DSÖ, “Sağlıklı Şehirler, Köyler, Belediyeler ve Sağlıklı Adalar”, “Sağlığı Geliştiren Okullar, Sağlığı Geliştiren Hastaneler”, “Sağlığı Geliştiren İşyerleri” projeleri yanında, alkol, tütün, hareketli yaşam ve sağlıklı yaşlanma konularında sağlığı geliştirme ile ilgili farklı ülkelerin katıldığı birçok program ve projeyi uygulamaya koymuştur⁶.

Özet olarak bu konuda belirtilmesi gereken; “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali olan” sağlık, kişilerin sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürebilmesi için gerekli olan bir durum ve bu nedenle de bir haktır⁵. Sağlığı sadece bireysel bir sorumluluk olarak görmek, sağlığın sosyal ve çevresel belirleyicilerini görmezden gelmek, insanları sadece kendi sağlıkları için sorumluluk almaları konusunda ikna etmek etik bir yaklaşım değildir⁵. Sağlığın geliştirilmesi konusunda ilerleme, ancak sağlıkta eşitsizlikleri gidermekle sağlanabilir⁵.

“Herkes İçin Sağlık” bir ütopya değildir. O vardır ve ulaşılabilir. Uluslar arası konferanslarda da ortaya konduğu gibi; sağlık, temel sağlık hizmetleri yaklaşımı ve “Herkes İçin Sağlık” tümüyle politik bir süreçtir.

KAYNAKLAR

1. Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000, Avrupa Bölgesi “Herkes İçin Sağlık” Stratejisi Hedefleri, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölgesi Ofisi, Kopenhag, 2000, Ankara.
2. Herkese Sağlık-Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri (Sağlık 21), Sağlık Bakanlığı, Barok Matbaacılık, Aralık 2001, Ankara.
3. Rootman I., Goodstadt M., Potvin L., Springett J.; What is health promotion?, A framework for health promotion evaluation. Evaluation in health promotion Principles and perspectives, Ed: Irving Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, DV. McQueen, L. Potvin, J. Springett, E. Ziglio, WHO Regional Publications, European Series, No. 92, Health Canada, World Health Organization, 2001.
4. Özvarış, ŞB., Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 2001.
5. Tones, K. Health Promotion, Health Education, and the Public Health, Chapter 7.3. In: R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole and H. Tanaka (eds), Oxford Textbook of Public Health, Oxford Textbook of Public Health, Oxford University Press, 2002.

6. World Health Organization. Health Promotion Glossary, Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR), Health Education and Health Promotion Unit (HEP), World Health Organization, Geneva, 1998.
7. World Health Organization. Health Promotion: milestones on the road to a global alliance, Fact sheet N171, Revised June 1998, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs171/en/print.html>, (03.02.2005).
8. Clift, E. Information, Education and Communication, Occasional Paper: Lessons from the past; perspectives for the future. Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization, 2001.
9. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf, (10.02.2005).
10. World Health Organization, The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html, (18.08.2007).
11. World Health Organization, Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report/a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 2004.
12. Dhillon, HS., Philip, L. Health Promotion and Community Action for Health in Developing Countries, Division of Health Education, World Health Organization, Geneva, 1994.
13. Highlights_2002, Department of Reproductive Health and Research, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) Highlights of 2002, Family and Community Health, World Health Organization, Geneva, 2003.
14. Healthy People, Healthy Communities: Using the Population Approach in Nova Scotia, Population Health Brochure, Novo Scotia Department of Health, www.gov.ns.ca/health/publichealth/content/pubs/Population%20Health%20Approach.pdf, (11.01.2005).
15. Schinke S, Brounstein P and Gardner S., Science-Based Prevention Programs and Principles, 2002. DHHS Pub. No. (SMA) 03-3764. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002.
16. Shah, IH., Warriner, IK. Promoting family planning, Users' perspectives in the context of reproductive health, Section 1, Annual Technical Report 2002, Department of Reproductive Health and Research (RHR), 2002.
17. Jejeebhoy, S., Bathija, H., Shah, I. H. & Warriner, I. K. (2001) Promoting sexual and reproductive health of adolescents, Section 5, Annual Technical Report 2002, Department of Reproductive Health and Research (RHR), 2002.
18. Potvin, L., Haddad, S., Frohlich, KL. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes, Perspectives. Evaluation in health promotion Principles and perspectives, Ed: Irving Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, DV. McQueen, L. Potvin, J. Springett, E. Ziglio, WHO Regional Publications, European Series, No. 92, Health Canada, World Health Organization, 2001.
19. Lynagh, M., Schofield, MJ., Sanson-Fisher, RW. School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. Health Promotion International Vol. 12, No. 1, Oxford University Press, 1997.

20. Warren, JM., Henry, CJK., Lightowler, HJ., Bradshaw, SM., Perwaiz, S. Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. *Health Promotion International* Vol. 18, No. 4, Oxford University Press, 2003.
21. Dunt, D., Day, N., Pirkis, J. Evaluation of a community-based health promotion program supporting public policy initiatives for a healthy diet. *Health Promotion International* Vol. 14, No. 4, Oxford University Press, 1999.
22. Raj, A., Amaro, H., Cranston, K., Martin, B., Cabral, H., Navarro, A., Conron, K. Is a General Women’s Health Promotion Program as Effective as an HIV-Intensive Prevention Program in Reducing HIV Risk Among Hispanic Women?. *Public Health Reports*, November–December 2001, Volume 116, Pages: 599-607.



Social and Cultural Resources for Health and Health Behaviours Sağlık ve Sağlıkla İlgili Davranışların Sosyal ve Kültürel Kaynakları

Prof. Dr. Thomas Abel, PhD.
*Institut für Sozial- und Präventivmedizin
Bern, Switzerland/İsviçre*



Abstract

Health Promotion has a history in emphasizing healthy lifestyles and empowerment. However, resources to support healthy behaviours are unequally distributed in most societies, restricting or broadening people's range of healthy choices and behaviours. In my presentation I show that cultural resources such as values, norms, knowledge and skills are key in understanding social inequality in health behaviours. Cultural resources interact with economic and social capital to provide the options that individuals and groups might have to realize healthy lifestyles and to achieve better health.

Özet

Sağlığın Teşviki tarihi boyunca sağlıklı yaşam tarzlarını ve insanların yetkinleştirilmesini vurgulamıştır. Ancak, sağlıklı davranışları destekleyen kaynakların dağılımı birçok toplumda eşitsizdir. Bu eşitsizlik insanların sağlıklı davranış seçeneklerini kısıtlamakta veya genişletmektedir. Sunumumda, değerler, normlar, bilgi ve beceriler gibi kültürel kaynakların, sağlıkla ilgili davranışlardaki toplumsal eşitsizliği anlamada kilit role sahip olduğunu gösteriyorum. Kültürel kaynaklar, ekonomik ve sosyal sermaye ile etkileşim içinde, bireyler ve grupların sağlıklı yaşam tarzlarına sahip olmak ve daha iyi sağlığa ulaşmak için yapacakları seçimleri belirlemektedir.



Health Promotion in Family Medicine and General Practice

Aile Hekimliğinde ve Birinci Basamakta Sağlığın Teşviki

*Dr. Mario R. SAMMUT MD DipHSc MScH MScPC&GP(Ulster) MMCFD
Department of Family Medicine, University of Malta Medical School
Malta Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği A.D.
Gwardamangia, Malta*



Introduction

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health (WHO, 1986). An orientation towards health promotion, health education, and the prevention of disease and ill-health should be the main goal of primary care services (DHPP-Malta, 1995).

Family Medicine/General Practice is provided by trained specialist physicians acting as personal doctors who are primarily responsible for care provision which is comprehensive and continuing to every individual seeking medical care irrespective of age, sex and illness (introduction to definition by WONCA Europe, 2002). As each patient sees his/her family doctor four times a year on average, the latter has ample opportunities to practice preventive medicine in daily practice (McWhinney, 1997). In fact, one of the core competences of the family doctor is the promotion of health and well-being by applying the appropriate strategies (WONCA Europe, 2002).

Healthy lifestyle

Healthy lifestyle is a way of living that lowers the risk of being seriously ill or dying early. Not all diseases are preventable, but a large proportion of deaths, particularly from heart disease and lung cancer, are avoidable. Certain types of behaviour contribute to development of non-communicable diseases and early death. Health is not just about avoiding disease, but also about physical, mental and social wellbeing. A healthy lifestyle serves as a positive role model for other people, particularly children. (WHO, 1999)

There are three different types of prevention. Primary prevention increases a person's ability to remain free of disease by avoiding the cause (e.g. smoking). Secondary prevention necessitates the early detection of disease or its precursors

at pre-symptomatic levels, so that treatment is started before irreversible damage occurs (e.g. raised blood pressure). Tertiary prevention involves the management of established disease to prevent complications and minimise disability (e.g. diabetes). (McWhinney, 1997)

Healthy lifestyle may be promoted at four different levels. Prevention at the national level includes such measures as immunisation, protection against occupational hazards, and wearing seat belts/crash helmets, while at the level of the community this involves local legislation and incentives. Within the practice, special clinics, screening and opportunistic case-finding all promote a healthy lifestyle, but it is during the patient consultation where the family doctor can give the greatest input.

During the consultation, the doctor can enhance the lifestyle of the patient by keeping in mind a number of practical points. An opportunistic approach is crucial, involving the provision of advice linked to a symptom, sign or disease. While patients must be given full understanding of the pros and cons of certain lifestyles, their state of mind needs to be considered as they may not wish to be bothered at that point in time. Above all, one must avoid an authoritarian or patronising approach based on fear; on the contrary, the patient must be allowed to make any lifestyle decision him/herself, facilitated by a holistic approach taken by the doctor.

Health Behaviour Models

There have been different models proposed for understanding behaviour change and, as a result, for designing successful interventions. Three models commonly used are the Social Cognitive Theory by Bandura (1977), the Health Belief Model by Becker (1974) and the Stages of Change or Transtheoretical Model described by Prochaska in 1979 (Health Education Resource Exchange, 1998).

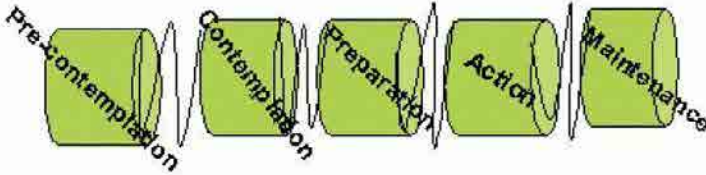
The Social Cognitive Theory helps the health educator understand complex relationships between the individual and the environment: how actions and conditions reinforce or discourage change, the importance of believing in change and of knowing how to bring it about. The Health Belief Model provides insights as to why people make health decisions and creates process for encouraging change. It is useful in understanding how to design health education programmes and persuasive messages.

Prochaska's Stages of Change Model proposes five stages of change:

1. Precontemplation: not thinking about changing behaviour;
2. Contemplation: thinking about changing behaviour in the near future;
3. Preparation: making a plan to change behaviour;
4. Action: implementing the plan to change behaviour;
5. Maintenance: continuation of behaviour change.

This model views behaviour change as a process, with individuals at various stages of readiness to change, and it acknowledges that not everyone is ready to change his or her behaviour. This theory is therefore useful in designing health programmes that are targeted at particular stages of change or for moving individuals through different stages of the spiral illustrated in Figure 1. In fact, as the Stages of Change model is not linear, people can enter and exit at any point, while others may repeat a stage several times.

Figure 1: Personal behaviour change spiral (AFAO, 1996)



In 1990, Glynn & Manley proposed the following “5 A’s Technique”, based on the Stages of Change model, for helping smokers quit:

- ASK about health behaviour at every opportunity;
- ASSESS readiness to change;
- ADVISE behaviour change;
- ASSIST the patient in changing;
- ARRANGE follow-up visits.

This health promotion tool may also be applied to help patients address other unhealthy behaviours.

Family doctors and health promotion

In 2000, a postal survey investigating the views of European GPs on prevention and health promotion in clinical practice was carried out of 2082 GPs in 11 European countries: Croatia, Estonia, Georgia, Greece, Ireland, Malta, Poland, Slovakia, Slovenia, Spain and Sweden (Brotons et al, 2005). The survey was coordinated by the EUOPREV network (European Network for Prevention and Health Promotion in General Practice/Family Medicine - www.euoprev.org), a network organisation within WONCA Region Europe – the European Society of General Practice/Family Medicine.

The survey found that 56% of the GPs surveyed were of the opinion that carrying out of prevention and health promotion activities is difficult. They also felt ineffective or minimally effective in helping patients reduce tobacco use and practice regular physical exercise (53% in both instances), achieve or maintain normal weight (58%) and reduce alcohol consumption (64%). The barriers to implementing health promotion and preventive activities as perceived by these GPs are shown in Table 1.

Table 1: Barriers perceived by European GPs to implementing health promotion and preventive activities (Brotons et al, 2005)

BARRIERS TO HEALTH PROMOTION	PERCENT
Heavy workload and lack of time	68%
No reimbursement	40%
Patients’ accessibility	31%
Lack of consensus/discrepancies in the recommendations	27%
Patients’ doubts about effectiveness	25%
Lack of clarity which primary care professional responsible	20%
Insufficient training in prevention and health promotion	19%

Analysis of the Maltese data of the 2000 EUROPREV survey revealed that family doctors find it over 10 times more difficult to give advice or do related estimations than to perform examinations or investigations. Discrepancies were also found between GPs' prevention and health promotion beliefs and their own personal behaviour with regard to lack of exercise (63% exercised rarely/not at all), infrequent cholesterol checks (only half did so yearly or biannually) and high BMI in males (at 27 indicating an overweight problem) (Sammuto, 2006).

Last but not least, a number of statistically significant associations were identified between the personal health behaviour of European GPs and their attitudes to health promotion. GPs who smoked felt less effective in helping patients to reduce tobacco consumption than non-smoking GPs (39% versus 48%, $p < 0.01$), while GPs who exercised felt that they were more effective in helping patients to practice regular physical exercise than sedentary GPs (59% versus 50%, $p < 0.01$) (Brotons et al, 2005).

Tackling Problems in Practice

The biggest barrier to practicing health promotion identified by over two-thirds of family doctors (Table 1 – Brotons et al, 2005) is their heavy workload and lack of time. This could be alleviated if patient registration and an appointment system are used to regulate the flow of clients seen by the family doctor, with the second accompanied by arrangements for urgent cases to be seen without delay. To help overcome the lack of reimbursement (perceived as the second biggest problem), all prevention and health promotion activities performed by the GP in clinical practice must be recorded in the patient's medical record. If agreement is reached within the primary care team for other health care professionals (e.g. nurses trained in the subject) to be responsible for assisting and advising patients about desirable prevention/health promotion practices, this would resolve the lack of clarity as to who is to provide this service to the patient.

Any apparent lack of consensus or discrepancies in health promotion recommendations could be addressed if busy GPs are provided with specifically developed guidelines and patient handouts which are high in quality while low in quantity. Examples of these are the EUROPREV evidence-based guides on healthy diet and physical activity (available from www.europrev.org). Moreover, if family doctors are seen to practise healthy behaviours, this would dispel patients' doubts about the effectiveness of health promotion advice, and have a positive effect on their health promotion practices with favourable consequences on the health of their patients.

Finally there is the problem of the lack of accessibility and adherence of patients to GPs' recommendations. Despite knowing what they are supposed to be doing, and understanding the consequences of not following medical advice, patients are tired of being told what to do. In order to facilitate patient adherence, practitioners should be trained to improve patients' intrinsic motivation for change. One method which may be used to engage patients as active collaborators in changing their own health behaviour is that of Motivational Interviewing.

Motivational Interviewing

Non-adherence by patients to medical advice is the norm rather than the

exception. Before trying to educate patients and tackling any barriers to change, it is crucial that they are first helped to develop motivation to change behaviour and undergo treatment. Providing education to someone not ready to change may actually reduce motivation, resulting in the patient arguing against change. (Borrelli, 2006)

Motivational interviewing involves the use of reflective listening and strategic questioning (rather than just ‘lecturing’) to help the client think more deeply to clarify and understand the issue. The use of a non-judgmental, truthful and unbiased manner helps the patient resolve any ambivalence about change. If people can talk themselves out of change, they can also talk themselves into change. Thus one should aim to elicit from patients their own “change talk” (positive statements about change) and their own reasons and arguments for change. The more patients hear themselves argue for change, the more committed they become to that change. (Borrelli, 2006)

The Stages of Change model views behaviour change as a process, with individuals at various stages of readiness to change. Motivational interviewing accepts that ambivalence is part of the natural process of change, and involves the practitioner empathising with, and helping resolve, patients’ ambivalence. Therefore different counselling approaches are required for each stage of change. In earlier stages, patients need to build their motivation and confidence for change, while in later stages they need education about how to change and how to prevent relapse. Whenever dealing with the patient, the practitioner needs to avoid using ‘standard’ communication styles and instead focus on styles that are more ‘motivational’ (see Table 2). (Borrelli, 2006)

Table 2: Communication styles (adapted from Borrelli, 2006)

STANDARD	MOTIVATIONAL
Focus on fix	Focus on client concerns
Paternalistic relationship	Equal partnership
Assumes patient is motivated	Match intervention to patient level
Advise, warn, persuade	Emphasise client’s choice
Goals are prescribed	Goals are set together
Resistance is met with argumentation and correction	Resistance is explored and discussed inter-actively

As both are based on the Stages of Change model, Motivational Interviewing can easily be applied to the 5 A’s technique (Borrelli, 2006):

1. Ask

Rapport with the patient is established using both verbal and nonverbal cues. It is important that one first addresses the patient’s concerns - this increases participation and involvement. For example, in the case of a patient with diabetes, the practitioner could ask: “What would you like to talk about today? We could talk about monitoring your blood sugar, eating a healthy diet, exercising, or

taking your medication. What are you most concerned about? Or perhaps there is something else?”

2. Assess

Any risky behaviour is assessed, in a non-judgemental manner, starting with a reflective open-ended question without interruptions: “What is a typical day like for you, from start to finish; if you like, tell me about where [smoking, diet, exercise, etc.] fits into your day?” When the target behaviour is identified, one assesses how ready the patient is to change: “How motivated/confident are you to change your [smoking, diet, exercise] right now?” Finally, the practitioner inquires about good/not so good aspects re the target behaviour, summarises and says: “That must be a difficult position to be in - where would you like to go from here?”

3. Advise

Clear, patient-centred advice is given while stressing concerns, using the ‘Elicit-Provide-Elicit’ process:

- Elicit: “What connection, if any, do you see between your smoking and illness? Would you like to know more?”
- Provide: “Your health condition is sometimes linked to (or caused by/ made worse by) smoking. What happens to some people...”
- Elicit: “I wonder if we could talk briefly about whether or not this may apply to you. What do you make of this information?”

Any advice provided should comprise five motivational components, represented by the mnemonic ‘RAISE’. Based on a Relationship with the patient, Advice to change is given through using “I” statements (“I am not going to pressure you to change”), while providing Support for patient autonomy in deciding, together with Empathy. For example: “The best thing you can do for your diabetes right now is to quit smoking. I am not going to pressure you to quit. The decision to quit is completely up to you. I know that these decisions can sometimes be very difficult to make.”

4. Assist

After summarising, the practitioner asks what patient would like to do next about the behaviour in question, and then provides assistance accordingly.

5. Arrange follow up

Follow-up can take various forms: phone calls or appointments lasting only 3-5 minutes within 2-4 weeks of the visit, mailed reminders tailored to the patient, or referrals to special clinics for more intensive treatment.

Borrelli (2006) provides a number of health behaviours and different opportunities in primary care where motivational interviewing may be provided by the practitioner. These are listed in Table 3.

Table 3: Applications of Motivational Interviewing in primary care (Borrelli, 2006)

HEALTH BEHAVIOURS	IN PRACTICE
• smoking cessation • dietary change, exercise • medication adherence • HIV risk reduction • alcohol, drug abuse • gambling • eating disorders • treatment compliance • hypertension, obesity, diabetes	• use selected techniques - o doctor's style - o patient needs • during examination (taking BP) • during procedure (IV injection) • multiple messages • multiple providers • better communication can shorten time of consultation

Conclusion

Health promotion in family medicine may be facilitated through the provision of practical guidelines and handouts of health promotion activities to family doctors, and the reduction of doctors' workload through patient registration and an appointment system. All health promotion activities should be recorded in the patient's medical file to facilitate reimbursement. As doctors seem to prefer ordering investigations to giving verbal advice, the latter could be provided by other healthcare professionals. A patient-centred approach such as motivational interviewing would help patients resolve ambivalence about health behaviour change and build motivation for change. Last but not least, GPs should set an example to their patients by adopting a healthy lifestyle to reinforce their advice re health promotion.

REFERENCES

- Borrelli B (2006). Using Motivational Interviewing to Promote Patient Behavior Change and Enhance Health. <http://www.medscape.com/>.
- Brotans C, Björkelund C, Bulc M, et al and on behalf of the EUROPREV network (2005). Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine*; 40 (5): 595–601.
- DHPP-Malta - Department of Health Policy and Planning (1995). *Health Vision 2000: a national health policy*. Valletta, Malta: Health Division.
- Glynn TJ, Manley MW (1990). How to help your patients stop smoking. A National Cancer Institute Manual for Physicians. Bethesda, Md: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 1990. NIH publication No. 90-3064.
- Health Education Resource Exchange (1998). <http://www3.doh.wa.gov/here/>.
- McWhinney IR (1997). *A Textbook of Family Medicine (2nd Edition)*. New York: Oxford University Press.

Sammut MR (2006). Family doctors and health promotion: do we practice what we preach? *Malta Medical Journal*; 18(1): 26-31.

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva.

WHO (1999). *Healthy living. What is a healthy lifestyle?* <http://www.euro.who.int/Document/E66134.pdf>.

WONCA Europe (2002). *The European Definition of General Practice/Family Medicine*. <http://www.woncaeurope.org>.

Giriş

Sağlığın teşviki, insanları sağlıklarını daha fazla kontrol altında tutmaya ve iyileştirmeye yetkin kılma sürecidir (WHO,1986). Sağlığın teşvikine, sağlık eğitimine, hastalığın ve sağlıksızlığın önlenmesine doğru bir yönelim temel sağlık hizmetlerinin ana amacı olmalıdır (DHPP – Malta, 1995).

Aile Hekimliği hizmetleri, tıbbi bakım ihtiyacı olan her bireye, yaşı, cinsiyeti ve hastalığı ne olursa olsun, kapsamlı ve sürekli bakım sağlamaktan sorumlu, eğitilmiş uzman hekimler tarafından verilir (WONCA Avrupa, 2002 tanıtım girişi). Her hastanın aile hekimini yılda ortalama dört defa gördüğünden hareketle, hekimin günlük çalışmalarında koruyucu hekimlik uygulama fırsatı bulunmaktadır (McWhinney, 1997). Esasen, aile hekiminin temel yetkilerinden biri, uygun stratejilerin hayata geçirilmesiyle sağlığın ve refahın teşvikidir (WONCA Avrupa,2002).

Sağlıklı Yaşam Tarzı

Sağlıklı yaşam tarzı, ağır hasta olma ya da erken yaşta ölme riskini azaltan yaşama biçimidir. Tüm hastalıklar önlenemez değildir; ancak özellikle kalp hastalıkları ve akciğer kanserine bağlı olanlar olmak üzere ölümlerin büyük kısmından kaçınılabilir. Belli davranış tipleri bulaşıcı olmayan hastalıkların ve erken ölümün meydana gelmesine katkı yapar. Sağlık yalnızca hastalığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan iyilik halidir. Sağlıklı bir yaşam tarzı, diğer insanlar, özellikle çocuklar için olumlu rol modeli teşkil eder (WHO, 1999).

Farklı önleme türleri vardır. Birincil önleme, sebebi (sigara içmek vs.) ortadan kaldırarak kişinin hastalıktan kaçınma yetisini artırır. İkincil önleme, hastalığın ya da prekürsörlerinin pre-septomatik düzeydeyken tanısını gerektirir ve böylece tedavisi geri dönülmez bir tahribat meydana gelmeden başlatılır (yüksek tansiyon vs.). Üçüncül önleme, komplikasyonları önlemek ve sakatlığı asgariye indirmek amacıyla hastalığın yönetimini içerir (diyabet vs.). (McWhinney, 199)

Sağlıklı yaşam tarzı dört farklı düzeyde teşvik edilebilir. Ulusal düzeyde önleme bağışıklama, mesleki tehlikelere karşı koruma, emniyet kemeri/kask kullanımı gibi önlemleri içerir. Yerel düzeyde, yerel mevzuat, düzenleme ve teşvikler uygulanır. Uygulama içinde, özel klinikler, tarama ve fırsatçı vaka bulguları sağlıklı yaşam tarzına katkı sağlar; ama aile hekiminin en önemli girdiyi sağladığı nokta hasta muayenesidir.

Muayene sırasında, hekim bir takım hususları hatırlayarak hastanın yaşam tarzını geliştirebilir. Bir semptom, işaret ya da hastalıkla ilgili tavsiye vermeyi içeren fırsatçı yaklaşım hayatidir. Hastalara belli yaşam tarzlarının olumlu ve olumsuz yönleri tam olarak anlatılmalıdır ve bu yapılırken hastaların zihinsel durumları da göz önüne alınmalıdır. Çünkü tam o anda canlarının sıkılmasını istemiyor olabilirler. En önemlisi, hekim korkutmaya dayalı otoriter veya tepeden bakan bir üsluptan kaçınmalıdır. Aksine hasta kendi yaşam tarzı tercihini kendisi yapmalıdır. Bu tercih hekim tarafından bütünsel bir yaklaşımla kolaylaştırılmalıdır.

Sağlık Davranışı Modelleri

Davranış değişimini anlamak ve akabinde başarılı müdahaleler tasarlamak için farklı modeller önerilmektedir. Sık kullanılan üç model, Bandura'nın Sosyal Bilişsel Teorisi (1977), Becker'in Sağlık İnancı Modeli (1974) Prochaska'nın 1979 tarihli Değişimin Aşamaları ya da Transteorik modelidir (Sağlık Eğitimi Kaynak Takası, 1998).

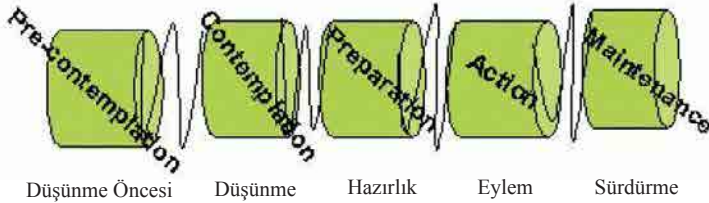
Sosyal Bilişsel Teori sağlık eğitimi veren kişinin, birey ve çevre arasındaki kompleks ilişkileri anlamasına yardımcı olur: eylemler ve koşullar değişimi nasıl tetikler veya engeller; değişime inanmanın ve nasıl değişeceğini bilmenin önemi nedir? Sağlık İnancı Modeli, insanların sağlık kararlarını ne sebeple aldığını anlamamızı sağlar ve değişimi teşvik edecek süreçler oluşturur. Sağlık eğitimi programlarının ve ikna edici mesajların tasarlanmasında faydalıdır.

Prochaska'nın Değişimin Aşamaları Modeli değişimin beş aşaması olduğunu öngörür:

1. Düşünme öncesi: davranış değişimi düşünülmez;
2. Düşünme: yakın gelecekte davranış değişimi düşünülür;
3. Hazırlık: davranış değiştirmek için plan yapılır;
4. Eylem: davranış değiştirme planı uygulanır;
5. Sürdürme: davranış değişimi devam eder.

Bu model davranış değişimini, her bireyin farklı hazır bulunma düzeyinde olduğu bir süreç olarak görür ve herkesin davranışını değiştirmeye hazır olmayabileceğini kabul eder. Dolayısıyla, bu teori her bir değişim aşamasına özgü sağlık programları tasarlamada ya da bireyleri Resim 1'de gösterilen spiralin farklı aşamalarından geçirmede faydalı olur. Esasen, Değişimin Aşamaları modeli doğrusal değildir; insanlar herhangi bir noktadan girip çıkabilir veya bir aşamada takılıp kalabilirler.

Resim 1: Kişisel davranış değişimi spirali (AFAO, 1996)



1990'da, Glynn & Manley, Değişimin Aşamaları modeline dayalı olarak, sigarayı bıraktırmak için aşağıdaki tekniği (5A tekniği) önermiştir.

- Her fırsatta sağlık davranışını SOR.
- Değişime hazır bulunma düzeyini DEĞERLENDİR.
- Davranış değişimini TAVSİYE ET.
- Hastanın değişmesine YARDIM ET.
- Değişimin durumunu TAKİP ET.

Bu sağlığın teşviki aracı, diğer sağlıksız davranışları sergileyen hastalara yardım etmek için de uygulanabilir.

Aile Hekimleri ve sağlığın teşviki

2000'de, Avrupalı Pratisyen Hekimlerin klinik uygulamada önleme ve sağlığın teşvikiyle ilgili görüşlerini araştırmak üzere 11 Avrupa ülkesinde (Hırvatistan, Estonya, Gürcistan, Yunanistan, İrlanda, Malta, Polonya, Slovakya, Slovenya, İspanya ve İsveç)

2082 pratisyen hekime bir anket uygulanmıştır (Brotons et al, 2005). Anketi EUROPREV ağı (Aile Hekimliğinde Önleme ve Sağlığın Teşviki Avrupa Ağı-www.europrev.org) koordine etmiştir. Bu ağ, WONCA Avrupa Bölgesi – Avrupa Aile Hekimliği Derneği çatısı altındadır.

Ankete katılan Pratisyen Hekimlerin % 56'sı önleme ve sağlığın teşviki faaliyetlerini yürütmenin zor olduğu görüşündeydi. Hastalara, tütün kullanımını azaltma ve düzenli fiziksel egzersiz yapma (her iki durum için de % 53), normal kiloya ulaşma ve bu kiloyu koruma (% 58), ve alkol tüketimini azaltma (% 64) konularında yardım etmede kendilerini etkisiz ya da az etkili buluyorlardı. Bu hekimlerin algıladığı, sağlığın teşviki ve önleme faaliyetlerinin uygulanmasını engelleyen hususlar Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1: Avrupalı pratisyen hekimlerin algıladığı, sağlığın teşviki ve önleme faaliyetlerinin uygulanmasının önündeki engeller (Brotons et al, 2005)

Sağlığın teşvikinin engelleri	Yüzde
Ağır iş yükü ve zamansızlık	68%
Ücret ödenmemesi	40%
Hastalara erişememe	31%
Uzlaşma yokluğu/tavsiyelerin farklılık göstermesi	27%
Hastaların etkinlik konusunda şüpheleri	25%
Hangi temel sağlık profesyonelinin sorumlu olduğunun açık olmaması	20%
Önleme ve sağlığın teşviki alanında yetersiz eğitim	19%

2000 EUROPREV anketinin veri analizi, aile hekimlerinin tavsiye verme ya da öngöründe bulunmayı muayene ve tetkike oranla on kat daha zor bulduğunu ortaya koymuştur. Pratisyen hekimlerin önleme ve sağlığın teşviki inançları ile kendi kişisel davranışları arasında da tutarsızlık tespit edilmiştir. Hekimlerin % 63'ü hiç egzersiz yapmamakta ya da nadiren yapmakta, sadece yarısı yılda ya da iki yılda bir kolesterolünü kontrol ettirmektedir; erkeklerde 27 olan beden kitle indeksi aşırı kilo problemine işaret etmektedir (Samut, 2006).

Son olarak, Avrupalı pratisyen hekimlerin kişisel sağlık davranışları ile sağlığın teşviki tutumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Sigara içen hekimler içmeyenlere göre, hastalara tütün tüketimini azaltmaya yardımcı olmada daha etkisiz hissetmektedir (%48'e karşı %39, $p<0.01$); egzersiz yapan hekimler yapmayanlara göre hastalara düzenli egzersiz konusunda yardımcı olmada daha etkili hissetmektedirler (%50'ye karşı %59, $p<0.01$) (Brotons et al, 2005).

Uygulamadaki Sorunlarla Başa Çıkmak

Aile hekimlerinin üçte ikisinin tespitine göre, sağlığın teşviki uygulamasının önündeki en büyük engel (Tablo 1 – Brotons et al, 2005) ağır iş yükü ve zamansızlıktır. Aile hekimine doğru hasta akışını düzenlemek üzere hasta kayıt ve randevu sistemi kullanılırsa bu sorun hafifletilebilir. Bununla beraber acil vakaların vakit kaybetmeden hekime ulaşması da sağlanmalıdır. Çalışmanın karşılığını alamama sorununu (ikinci en önemli sorun) ortadan kaldırmak için, hekimin yaptığı tüm önleme ve sağlığın teşviki aktiviteleri hastanın tıbbi dosyasına kaydedilmelidir. Temel sağlık hizmetleri ekibi içinde, diğer sağlık çalışanlarının (konuda eğitim almış hemşireler vs.) önleme/sağlığın teşviki faaliyetlerinden sorumlu olması konusunda bir anlaşmaya varılırsa, hastaya bu hizmeti kimin vermesi gerektiği noktasındaki belirsizlik de ortadan kalkacaktır.

Sağlığın teşviki tavsiyeleri konusundaki fikir ayrılıklarını ve uzlaşma yokluğunu engellemek üzere, yoğun çalışan hekimlere, özel olarak hazırlanmış kısa ve öz kılavuzlar ve hastalara dağıtılacak belgeler gönderilebilir. Bunlara örnek olarak, EUROPREV'in hazırladığı sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konusundaki kanıta dayalı kılavuzlar verilebilir (www.europrev.org adresinde mevcuttur). Ayrıca, aile hekimleri sağlıklı davranışlar sergilerse, bu sağlığın teşviki tavsiyelerinin etkinliği konusunda hastaların şüphelerini giderecek ve sağlığın teşviki faaliyetleri üstünde olumlu bir etki yaratacaktır.

Son olarak, hastalara ulaşmak ve hastaların hekimin tavsiyelerini uygulaması konusunda bir sorun söz konusudur. Hastalar, ne yapmaları gerektiğini bilmelerine ve hekimin tavsiyelerine uymamanın sonuçlarını anlamalarına rağmen, ne yapacaklarının kendilerine söylenmesinden usanabilirler. Hastaların uyumunu sağlamak için, uygulayıcılar hastanın değişim için motivasyonunu nasıl arttıracakları konusunda eğitilmelidir. Hastaların kendi sağlık davranışlarını değiştirmelerini sağlamanın yollarından biri, Motivasyonel Görüşme metodudur.

Motivasyonel Görüşme

Hastaların hekimin tavsiyelerini dinlememesi istisnadan ziyade normdur. Hastaları eğitmeden ya da değişimin önündeki engellerle uğraşmadan önce, davranış değiştirmek ve tedaviyi kabul etmek üzere motivasyon geliştirmelerine yardımcı olmak şarttır. Değişime hazır olmayan birini eğitmek, motivasyonu azaltarak hastanın değişime karşı çıkmasına sebep olabilir (Borrelli, 2006).

Motivasyonel görüşme, karşıdaki konuyu netleştirmesine ve anlamasına yardımcı olmak üzere, (sadece “ders vermektan” ziyade) yansıtıcı dinleme ve stratejik soru sorma tekniklerinin kullanılması anlamına gelir. Yargılayıcı olmayan, gerçekçi ve tarafsız bir tavır takınılması, değişim konusundaki olası kararsızlıktan kurtulmada hastaya yardımcı olur. İnsanlar konuşarak değişimden cayılabilecekleri gibi, konuşarak değişime ikna da olabilirler. Dolayısıyla, hastaların kendi “değişim sözlerini” (değişim konusunda olumlu ifadeler) ve değişmek için gerekçelerini ve tezlerini kendilerine söyletmek amaçlanmalıdır (Borrelli, 2006).

Değişimin Aşamaları modeli davranış değişimini, her bireyin farklı hazır bulunma düzeyinde olduğu bir süreç olarak görür. Motivasyonel görüşme, kararsızlığı değişimin doğal sürecinin bir parçası olarak görür; ve uygulayıcının hastanın kararsızlığıyla empati kurmasını ve bunu çözmesine yardım etmesini gerektirir. Değişimin her aşaması için farklı danışmanlık yaklaşımları gerekir. Erken aşamalarda, hastanın değişim için motivasyon ve güven oluşturmaları; sonraki aşamalardaysa değişimi nasıl gerçekleştireceği ve geri dönüşü nasıl önleyeceği konusunda eğitilmesi gerekir. Hastayla görüşürken, uygulayıcının “standart” iletişim tarzlarından kaçınması ve “motivasyonel” tarzlara odaklanması lazımdır (bakınız Tablo 2). (Borrelli, 2006)

Her ikisi de Değişimin Aşamaları modeline dayalı olduğu için, Motivasyonel Görüşme, 5A tekniğine kolayca uygulanabilir (Borrelli, 2006):

1. Sor

Hastayla hem sözlü hem sözsüz iletişim düzeyinde bağ kurulur. Öncelikle hastanın kaygılarına odaklanmak esastır – bu katılımı artırır. Örneğin, diyabetli bir hasta karşısında uygulayıcı şunu sorabilir: “Bugün ne konuda konuşmak istersiniz? Kan şekerinizin izlenmesi, sağlıklı beslenme, egzersiz ya da ilaçlarınızın alınması

konularından bahsedebiliriz. En çok hangi konuda kaygılısınız? Bunların dışında konuşmak istediğiniz bir konu var mı?”

Tablo 2: İletişim tarzları (Borrelli, 2006’dan uyarlama)

STANDARD	MOTİVASYONEL
Odak sabittir.	Odak muhatapın kaygıları
Paternalist (himayeci) ilişki	Eşit ortaklık
Hastanın motive olduğunu varsayar.	Müdahaleyi hastanın düzeyine uydurur.
Tavsiye eder, uyarır ikna eder.	Muhatabın seçimini vurgular.
Amaçlar önceden belirlenmiştir.	Amaçlar beraber belirlenir.
Direnç karşısında tartışma ve düzeltme	Direnç keşfedilir ve etkileşimli olarak tartışılır.

2. Değerlendir

Riskli bir davranış varsa, yansıtıcı açık uçlu bir soruyla başlayarak yargılayıcı olmayan bir tavırla değerlendirilir: “Sıradan bir gününüzü başından sonuna anlatır mısınız; (sigara içme, beslenme, egzersiz) günün hangi bölümünde yer alır?” Hedef davranış belirlendiğinde, hastanın değişime ne kadar hazır olduğu değerlendirilir: “şu anda (sigara içme, beslenme, egzersiz) davranışınızı değiştirmek için ne kadar motive/güvenli hissediyorsunuz?” Son olarak, uygulayıcı hedef davranışın iyi ve daha az iyi yönlerinin ne olduğunu sorar, özetler ve şunu söyler: “Zor bir durumda olmalısınız – bu andan sonra ne yapmak istiyorsunuz?”

3. Tavsiye et

Hastanın kaygıları vurgulanırken, açık ve hasta merkezli tavsiyeler verilir. “Öğren – Bilgi ver- Öğren” süreci kullanılır.

- Öğren: “Sigara içmeniz ve hastalığınız arasında bir bağlantı görüyor musunuz? Bu konuda bilgi almak ister misiniz?”

- Bilgi ver: “Sağlık durumunuz bazı durumlarda sigara içmeye bağlıdır (sigara içmek bu hastalığa sebep olur ya da ağırlaştırır). Bazı insanların şunları yaşar...”

- Öğren: “Sizin de bunu yaşayıp yaşamadığınız hakkında konuşabilir miyiz? Bu bilgidен nasıl bir sonuç çıkarıyorsunuz?”

Verilen tüm tavsiyeler beş motivasyonel bileşeni içermelidir. Bu bileşenlerin İngilizce adlarının baş harfleri RAISE (yükselt) kelimesini oluşturur: Hastayla ilişkiye dayalı olarak, değişim tavsiyeleri, “ben” ifadeleri kullanılarak verilir (Ben değişmeniz için baskı yapmayacağım). Hastanın karar verme özgürlüğüne destek verilirken, hastayla empati kurulur. Örneğin: “Diyabetiniz için şu anda yapabileceğiniz en iyi şey sigarayı bırakmaktır. Bırakmanız için size baskı yapmayacağım. Bırakıp bırakmama kararını siz vereceksiniz. Bu kararları vermenin çok zor olabildiğini biliyorum.”

4. Yardım Et

Durumu özetledikten sonra, uygulayıcı hastanın söz konusu davranışla ilgili ne yapmak istediğini sorar ve hastanın isteğine uygun yardım sağlar.

5. Takip et

Takip çeşitli biçimler alabilir: ilk görüşmeden sonraki 2-4 hafta içinde 3-5 dakika süren telefonla ya da yüz yüze görüşmeler, hastaya göre hazırlanmış hatırlatıcı postalar, ya da yoğun tedavi için özel kliniklere sevk.

Borrelli (2006) çeşitli sağlık davranışları ile temel sağlık hizmetlerinde motivasyonel görüşmenin uygulanabileceği fırsatları göstermiştir. Bunları Tablo 3'te bulabilirsiniz.

Tablo 3: Temel sağlık hizmetlerinde Motivasyonel Görüşme Uygulamaları (Borrelli, 2006)

SAĞLIK DAVRANIŞI	UYGULAMADA
• Sigarayı bırakma • Beslenmede değişiklik, egzersiz • Düzenli ilaç kullanma • HIV riskini azaltma • Alkol-uyuşturucu kullanımı • Kumar • Yeme bozuklukları • Tedavide işbirliği • Hipertansiyon, obezite, diyabet	• Seçilmiş teknikleri kullanın ◦ Hekimin tarzı ◦ Hastanın ihtiyaçları • Muayene sırasında (tansiyon ölçümü) • İşlem sırasında (IV. enjeksiyonu) • Çoklu mesaj • Çoklu hizmet sağlayıcı • Daha iyi iletişim muayene süresini kısaltabilir.

Sonuç

Aile hekimliğinde sağlığın teşviki, aile hekimlerine pratik kılavuzların ve sağlığın teşviki aktiviteleri broşürlerinin dağıtılması ve hasta kayıt - randevu sistemi yoluyla hekimlerin iş yükünün azaltılmasıyla kolaylaştırılabilir. Tüm sağlığın teşviki aktiviteleri ödemeyi kolaylaştırmak için hasta dosyasına kaydedilmelidir. Hekimler sözlü tavsiye vermekten ziyade tetkik talep etmeyi tercih ettikleri için, tavsiye işi diğer sağlık çalışanlarına bırakılabilir. Motivasyonel görüşme gibi hasta merkezli bir yaklaşım, hastanın sağlık davranışı değiştirme konusundaki kararsızlığı yenmesine yardımcı olacak ve değişim için motivasyon sağlayacaktır. Son olarak, hekimler sağlığın teşviki tavsiyelerini pekiştirmek için, sağlıklı bir yaşam tarzı benimseyerek hastalarına örnek olmalıdır.

KAYNAKLAR

- Borrelli B (2006), Hastada Davranış Değişikliğini Teşvik Etmek Ve Sağlığı Geliştirmek İçin Motivasyonel Görüşme Tekniği Kullanmak, <http://www.medscape.com/>.
- Brotons C, Björkelund C, Bulc M, et al ve EUROPREV ağı adına (2005), Klinik uygulamada önleme ve sağlığın teşviki: Avrupa'daki pratisyen hekimlerin görüşleri, *Preventive Medicine*; 40 (5): 595–601.
- DHPP-Malta-Sağlık Politikası ve Planlama Dairesi (1995), Sağlık Vizyonu 2000: Ulusal Sağlık Politikası, Valletta, Malta: Sağlık Bölümü.
- Glynn TJ, Manley MW (1990), Hastalarınızın sigarayı bırakmasına nasıl yardım edersiniz? Ulusal Kanser Enstitüsü Hekimler için El Kitabı, Bethesda MD: ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı, Halk Sağlığı Servisi, Ulusal Sağlık Enstitüleri, Ulusal Kanser Enstitüsü NIH Yayın No. 90-3064.
- Sağlık Eğitimi Kaynak Takası (1998), <http://www3.doh.wa.gov/here/>.
- McWhinney IR (1997), Aile Hekimliği Ders Kitabı (2. Baskı), New York: Oxford University Press.
- Sammuto MR (2006), Aile hekimleri ve sağlığın teşviki: vaaz ettiğimizi uyguluyor muyuz? *Malta Medical Journal*; 18(1): 26-31.
- WHO (1986), Ottawa Sağlığın Teşviki Şartı, Geneva.
- WHO (1999), Sağlıklı yaşam: Sağlıklı yaşam tarzı nedir? <http://www.euro.who.int/Document/E66134.pdf>.
- WONCA Europe (2002), Aile Hekimliğinin Avrupa'da Tanımı, <http://www.woncaeurope.org>.



KÜRESELLEŞME, YOKSULLUK VE SAĞLIK

Prof. Dr. Osman HAYRAN
Yeditepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı



Çok farklı açılardan ele alınmakla birlikte, kavram olarak küreselleşme, ***bilginin, malların, sermayenin ve insanların hiçbir politik ve ekonomik sınır tanımaksızın dolaşması, yayılması*** anlamına gelmektedir (Daulaire,1999). Başka bir tanıma göre küreselleşme, zaman, mekan ve düşünce açısından var olan sınırların kalkması ile günlük hayatın her alanında insan ilişki ve etkileşimlerinin yoğunlaşması sürecidir (Lee, 2003).

Yirminci yüzyılın son çeyreğinde ortaya çıkan bu kavram, Sovyetler Birliği'nin dağılması, Uzakdoğu ekonomilerinin akıl almaz gelişmeleri ve Avrupa'nın bütünleşme sürecine denk düşmektedir. Bu süreçler sonucu uluslar arası ticaret ve ekonomik olaylar şekil değiştirmeye başlamış, gene aynı dönemde, bilgi teknolojilerinde ve iletişimde ortaya çıkan hızlı gelişmeler insanlar ve ülkeler arası sınırları zorlamaya başlamıştır. Yani bir yandan sermaye, mallar ve insanlar sınır tanımaksızın dolaşmaya başlarken diğer yandan da bilgiler, düşünceler, değerler arasındaki sınırlar kalkmaya başlamıştır.

Küreselleşmenin sağlık üzerindeki etkilerini farklı açılardan ele almak gerekir.

• Ekonomide küreselleşme ve eşitsizlikler

Son yıllarda Uluslar arası Para Fonu (İMF) ve Dünya Bankası (DB) önerilerine uygun olarak, özellikle gelişmekte olan ülke ekonomilerinde izlenen liberalleşme politikaları sonucunda, uluslar arası ticaret konusundaki engeller azalmış, sermayenin sınırlar ötesi hareketliliği hız kazanmıştır. Sadece 1990-1999 yılları arasında uluslar arası ticaret hacmi her yıl ortalama %8.6 oranında büyümüştür (Woodward, Drager ve diğ., 2001). Daha ziyade şirket satın

almalar, özelleştirmeler ve emek yoğun iş kollarının ihracı şeklinde gelişen bu büyümenin, gerek ülkeler arasındaki, gerekse ülkelerin kendi içindeki gelir dağılımına olumlu katkı yapması beklenmişse de bunun gerçekleştiğini söylemek mümkün değildir. Son yirmi yılda ekonomide liberalleşme programı uygulayan ülkelerden özellikle eski Sovyet Cumhuriyetleri, Latin Amerika ülkeleri, Güney ve Güney-doğu Asya ülkelerinin çoğunda gelir dağılımı bozulmuş ve toplum içerisindeki ekonomik eşitsizlikler artmıştır (Taylor, 2000; Cornia, 2001).

Neoliberal ekonomi politikalarının temelinde yatan mantığa göre ekonomideki sorunların, enflasyonun, verimsizliğin başlıca nedeni devletin aşırı müdahaleciliğidir ve verimlilik ile büyümenin gerçekleşmesi için **ekonomide pazar mekanizmasının “görünmez eli” hakim kılınmalıdır** (Smith, 1999). Bu mantık, özelleştirme, devletin küçülmesi, yabancı sermayenin öneminin artması sonucunu doğurmaktadır. Nitekim gelişmekte olan diğer ülkelerde olduğu gibi bizim ülkemizde de son yıllarda yoğun bir özelleştirme, devletin küçültülmesi ve yabancı sermayeyi davet çabaları sürmektedir.

Devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün azalması, koruyucu hizmetlerin sahipsiz kalmasına, özel sektöre bırakılan tedavi edici hizmetlerin bedelinin artması sonucuna yol açmakta, bundan da en çok toplumun yoksul kesimleri zarar görmektedir. Üstelik ekonomideki küreselleşme nedeniyle işsizliğin, dolayısıyla yoksulluğun artması da söz konusudur. Zaten her türlü sağlık sorunu açısından risk altında olan yoksullar, ülkedeki zenginlerin uluslar arası kalitede hizmete ulaşması uğruna daha da sağlıksız olma riski ile karşı karşıyadır. Öte yandan çok uluslu ilaç şirketleri ile tüm ülkelerde egemen olan batı tıbbi uygulamalar, sağlığın popüler ve folklorik sektörünü ortadan kaldırmakta, yerine yeni bir seçenek de sunmamaktadır.

Küreselleşme ile zengin-yoksul arasındaki fark hızla açılmakta uçuruma dönüşmektedir. Dünya nüfusunun en zengin %20'sinin gelirinin en yoksul %20'ye olan oranı 1827 yılında 3 iken, 1960 yılında 30, 1990 yılında 60, 1997 yılında 76 kata çıkmıştır ve bu şekilde giderse 2020 yılında 120 kata çıkacaktır (Bezruchka, 2000). Bu dengesizlik zengin ve yoksul ülkeler arasında olduğu gibi aynı ülkenin zengin ve yoksul kesimleri arasında da söz konusudur.

Yoksulluk ile sağlık arasındaki ilişki çok iyi bilinen bir ilişkidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ-WHO) 2004 yılı Dünya Sağlık Raporuna göre Sahra-altı Afrika ülkelerindeki 5 yaş altı ölüm hızları sanayileşmiş ülkelerdekisinin 1960 yılında 6.7 katı iken, 1990 yılında 18 katına, 2002 yılında ise 24.9 kata çıkmıştır. Gene Afrika'daki ana ölümleri Avrupa'nın 16 katıdır. Afrika'da 15-59 yaş grubundaki ölümler bile Avrupa'dakinin 4.5 katıdır (WHO, 2004). Kıtalar arasındaki bu eşitsizlik bir ülkenin içindeki farklı gelir grupları için de söz konusudur. Örneğin, ölüm oranlarının çok yüksek olduğu Afrika ülkelerinde de, düşük olduğu Latin Amerika ülkelerinde de, **yoksullar zenginlerden daha yüksek oranda ölmektedir** (WHO, 2000:5).

Son yıllarda bireysel risk faktörlerinden bağımsız olarak en zengin kesim ile en yoksul kesim arasındaki ekonomik farkın önemli bir toplum sağlığı göstergesi olarak kullanılıp kullanılamayacağı tartışılmaktadır. Gelir dağılımındaki dengesizliklerin sağlık düzeyine olumsuz etkileri olduğu görüşü yaygın şekilde kabul gören bir görüş olmasına rağmen (Berzchuska, 2002), bu görüşü bilimsel açıdan yeterli bulmayan, gelir düzeyinden çok eğitim düzeyinin etkili olduğunu savunan görüşler de vardır (Mackenbach, 2002).

• **Bulaşıcı hastalıklar: Güneyden Kuzeye, Doğudan Batıya yayılan tehlike**

Son yirmibeş yılda, daha önce kontrol altına alındığı sanılan ve genellikle yoksul kesimlerin hastalığı oldukları için sürekli ihmal edilen Tüberküloz, Sıtma, Kolera başta olmak üzere pek çok bulaşıcı hastalıkta aşırı bir artış söz konusudur. Bunların yanı sıra aynı dönemde, daha önce bilinmeyen AIDS, Ebola, Hepatit C, SARS, Kuş Gribi gibi yeni bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkmıştır. Üstelik yeniden hortlayan Tüberküloz ve Sıtma etkenleri ilaçlara karşı dirençli etkenlerdir. Artan insan trafiği ve hızlı ulaşım ile bunların sınır tanımadan yayılması söz konusudur. Örneğin, insanlık tarihinde grip salgınları hiç son yıllardaki kadar önemli hale gelmemiştir. Etkenin ilk izole edildiği yer ile anılan bu salgınlar (Şanghay, Hong-Kong, Sidney, gibi) Asya'nın bir köşesinde ortaya çıktıktan kısa süre sonra dünyanın geri kalan kısmına yayılabilmektedir.

Yakın dönemde önce uzak doğudaki kanatlı hayvanlarda öldürücü salgınlar yapan ve insana da geçen “kuş gribi” kısa sürede göçmen kuşların yolu üzerindeki tüm ülkelere yayılmış ve insanlar arasında yayılma olasılığı tartışılmaya başlanmıştır. Alınan önlemlerle hastalık her yerde kısa sürede kontrol altına alınmış ve insanlar arasında olası bir pandemi şimdilik önlenmiştir. Bulaşıcı hastalıkların yayılmasında gelişen küresel ilişkilerin rolü fazla olmakla birlikte, aynı nedenle kontrol altına alınmaları çok daha olanaklı hale gelmiştir. Dünyanın herhangi bir yerinde ortaya çıkan yeni bir hastalık kısa sürede saptanarak, gelişmiş bilgi ve iletişim teknolojileri ile tüm ülkelere duyurulabilmekte, edinilen bilgi ve deneyimler aynı yolla hızlı bir biçimde paylaşılabilmektedir.

Son yıllarda bazı bulaşıcı hastalıklardan ölümler ile bu hastalıkların topluma getirdiği yükteki artış Tablo 1’de görüldüğü gibidir. Tabloda yer alan yüzdelerdeki artışlar küçük gibi görünse de “n”ler dikkate alındığında artışın hayli önemli olduğu ortaya çıkacaktır.

Tablo:1 Çeşitli bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranları ve bu hastalıkların topluma getirdiği yük (WHO, 2004; WHO, 1999)

Hastalık	Mortalite (Toplam içinde %)		DALY* (Toplam içinde %)	
	1998 (n=53 929 000)	2002 (n=57 029 000)	1998 (n=1 382 564 000)	2002 (n=1 490 126 000)
Tüberküloz	2.8	2.7	2.0	2.3
HIV/AIDS	4.2	4.9	5.1	5.7
Sıtma	2.1	2.2	2.8	3.1
Solunum yolu enfeksiyonları	6.5	6.9	6.2	6.3

* : Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Ayarlanmış Hayat Yılları)

• **Bulaşıcı olmayan hastalıklar: Kuzeyden Güneye, Batıdan Doğuya yayılan tehlike**

Küreselleşme ile birlikte yaygınlaşan batılı yaşam şekli, beslenme biçimi, alkol-sigara ve uyuşturucu kullanımı, beslenme ve endokrin sistemi bozukluklarına, depresyon başta olmak üzere bazı nöropsikiyatrik hastalıklara, diabete ve siddete bağlı yaralanma ve ölümlerde artışa neden olmaktadır.

Örneğin, küresel endüstri için tipik bir örnek olan tütün endüstrisinin yıllık cirosu 400 milyar ABD doları olup tüm ülkeleri ekonomik açıdan etkileyecek güçte ve denetimi çok uluslu birkaç şirketin elindedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada en az bir milyar kişi sigara içmektedir ve bunların da en az yarısı bu alışkanlığı yüzünden ölecektir. Halen yılda 3.5 milyon ölümden sorumlu tutulan sigaranın 2030 yılında 10 milyon ölüme neden olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 1998).

Otuz yedi ülkeyi kapsayan bir araştırmanın sonuçlarına göre **sigaranın bu ülkelerde neden olduğu ölümler, uluslar arası terörizmin neden olduğu ölümlerin 5700 katıdır**. Başka bir hesaba göre, sigara, bu ülkelerde her 14 saatte bir 11 Eylüldeki ikiz kuleler saldırısının sonuçlarına benzer katliama neden olmaktadır (Thomson ve Wilson, 2005). Sigara karşıtı kampanyalara ve yasal düzenlemelere rağmen bu küresel salgın sürmekte, hedef gruplara ulaşmak için çeşitli küresel faaliyetler reklam aracı olarak kullanılmaktadır. Bu salgın az gelişmiş ülkeler ile toplumların yoksul kesimlerinde daha hızla yayılmakta, zaten sağlıkları risk altında olan yoksulları daha çok tehdit etmektedir.

Atıştırma (fast-food) şeklindeki yeme biçiminin yaygınlaşması, yağdan ve şekerden zengin, bol katkı maddeli yiyecek maddeleri tüketiminin artması ve insanların evlerinde yüzlerce TV kanalı karşısında hareketsiz bir hayata alışması sonucunda, başta **kalp-damar hastalıkları ve diyabet açısından önemli bir risk faktörü olan obesite hızla artmaktadır**.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar halen gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %60'ı, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin ise %30'undan sorumlu olup, özellikle gelişmekte olan ülkelerde hızlı bir artış söz konusudur (Lee, 2001). Bulaşıcı olmayan bazı hastalıklardan ölümler ile hastalıkların topluma getirdiği yükteki artışa ilişkin 1998, 2002 yıllarına ilişkin bazı istatistikler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo :2 Çeşitli bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölüm oranları ve bu hastalıkların topluma getirdiği yük (WHO, 2004;WHO, 1999)

Hastalık	Mortalite (Toplam içinde %)		DALY* (Toplam içinde %)	
	1998 (n=53 929 000)	2002 (n=57 029 000)	1998 (n=1 382 564 000)	2002 (n= 1 490 126 000)
Diabetes mellitus	1.1	1.7	0.8	1.1
Beslenme/endokrin bozukluklar	0.3	0.4	0.4	0.5
Nöropsikiyatrik bozukluklar	1.3	1.9	11.5	13.0
Tüm bulaşıcı olmayan hastalıklar	58.8	58.8	43.1	46.8

* : Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Ayarlanmış Hayat Yılları)

• Çevrenin kirlenmesi

Ekonomik küreselleşmenin en önemli sonuçlarından birisi tüketimin artmasıdır. Tüketimin teşvik edilmesi ile birlikte doğal kaynaklar hızla azalmakta, atıkların saklanması ve yok edilmesi önemli bir sorun haline gelmektedir.

İnsanlar son 30 yılda doğal hayatın %33'ünü tahrip etmişlerdir. Bu süre içerisinde tatlı sulardaki canlı türlerinde %50, tuzlu sulardaki canlı türlerinde %35, ormanlık alanlardaki canlı türlerinde %12 kayıp oluşmuştur (World Wildlife Fund, 2000). Klorlu fluoro karbonların denetimsiz kullanımı nedeniyle ozon tabakası incelmıştır. Buna bağlı olarak özellikle kentsel kesimlerde akciğer enfeksiyonlarının, cilt kanserleri ve kataraktın artması söz konusudur.

Atmosfere yayılan gazlar ve kirlilik nedeniyle önümüzdeki yüzyılda küresel sıcaklıkta 1-3 derecelik artış beklenmektedir (McMichael, 1995). Bunun sonucunda iklimin değişmesi, başta sıtma olmak üzere bazı tropikal hastalıkların daha geniş coğrafi alanlara yayılması söz konusu olacaktır. Nehirlere ve su havzalarına kontrolsüzce atılan toksik maddeler nedeniyle temiz su kaynaklarının azalıyor olması, bulaşıcı hastalıkları tehdit haline getiren bir başka küresel çevre sağlığı sorunudur.

• Besin ve su güvenliği

Bir yandan bilimsel ve teknolojik gelişmeler, diğer yandan uluslar arası ticaretin serbestleşmesi ve yaygınlaşmasına bağlı olarak besin çeşitliliği ve her türlü besine ulaşılabilir olanağı artmıştır. Artık mevsim ne olursa olsun her türlü sebze ve meyveyi pazarda her an bulmak mümkündür. Dünyanın herhangi bir yerinde üretilen besin maddelerini en taze haliyle dev süpermarketlerde bulmak kolaylaşmıştır. Serbest ticaret ve **besin endüstrisinin küreselleşmesi**

bir yandan besin çeşitliliğini arttırırken bir yandan da ülkelerin birbirine bağımlılığını pekiştirmekte, kendi kendine yetebilme yeteneğini geri plana itmektedir.

Daha az araziden daha fazla tarım ürünü elde etmek, elde edilen ürünü bozulmadan, en iyi koşullarda tüketiciye ulaştırmak, ihtiyaç fazlası ürünü işleyerek değerlendirmek, uygun koşullarda saklamak amacıyla geliştirilen ve toplum beslenmesi açısından yararlı olan yeni yöntemler, yeni besin güvenliği sorunlarına neden olmaktadır. Besinlere üretim aşamasında karışan pestisitler, sentetik gübreler, besinlerin bozulmalarını önleyici, kıvamlarını arttırıcı, koku ve renk verici çeşitli kimyasal maddeler, genetik yapısı ile oynanmış besinler, etkili bir denetim olmadığı takdirde insan sağlığını ciddi biçimde tehdit eder hale gelmiştir. Öte yandan dünyanın gelişmiş bölgelerindeki insanlar bu tür besin güvenliği sorunlarını tartışırken, **Sahra Altı Afrika gibi dünyanın adeta unutulmuş olan başka yerlerindeki insanların da açlıktan ölüyor olması küreselleşmenin en önemli çelişkilerinden biridir.**

İnsan hayatı ve sağlığı için vazgeçilmez temel madde olan suyun yeterliliği ve güvenliği giderek daha fazla tartışılan konulardan biridir. Neoliberal ekonomik politikalar suların özelleşmesini, rekabet sayesinde daha ucuz ve daha kaliteli suya ulaşma imkanlarının artacağını öngörmekle birlikte, su güvenliği konusunun serbest piyasa koşullarına terk edilemeyecek kadar hayati önem taşıdığı da vurgulanmaktadır (Gleick, 2002). Öte yandan, küresel ilişkilerin ve ticaretin artması, **“suların sanal ticareti”** kavramını ortaya çıkarmıştır. Bir besin maddesinin tüketime hazır hale getirilene kadar değişik aşamalarda neden olduğu su tüketimi, şeklinde özetlenebilecek olan bu kavram giderek önem kazanmaktadır. Ülkeler arasındaki tarım ve hayvancılık alanında yapılan ticaretin kapsadığı “sanal su ticareti”nin boyutunun yılda 1400 milyar metreküpün üzerinde olduğu ifade edilmektedir (Hoekstra, 2004). Hızlı nüfus artışı, çevre sorunlarının fazlalığı dikkate alındığında suyun yakın bir gelecekte önemli bir stratejik madde haline geleceği sanılmaktadır.

- **İlaç endüstrisinin küreselleşmesi**

Neredeyse tamamen gelişmiş ülkelerin tekelinde olan ilaç endüstrisi araştırma-geliştirme faaliyetleri için büyük yatırımların yapıldığı bir endüstridir. Bunun doğal sonucu olarak yeni geliştirilen ilaçlar konusunda patent hakkının sıkı denetimi gündeme gelmektedir. Uluslar arası patent haklarını koruyan yasalara göre yeni geliştirilen bir ilacın üretim hakkı 20 yıl süre ile patent sahibine ait olmakta ve bu süre boyunca tekel konumuna gelmesine olanak tanımaktadır. Bu durum, ekonomilerinin ve yerli ilaç endüstrilerinin güçsüzlüğü nedeniyle zaten araştırma-geliştirme çalışması yapamayan yoksul ülkelerin ilaç konusunda zenginlere daha çok bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır.

İlaç endüstrisindeki gelişmeler ve küreselleşme gelişmiş ülke insanlarına daha etkin ve daha güvenilir yeni ilaçları sunarken, yoksul ülke insanların yetersiz kaynakları nedeniyle temel ilaçlardan mahrum kalması söz ko-

nusudur. Örneğin, sıtma nedeniyle her 30 saniyede bir Afrikalı çocuk ölmekte iken, bu hastalıkla mücadele için kullanılan temel ilaç (chloroquine) 1934 yılında geliştirilmiş bir ilaç olup o günden beri bu alanda önemli bir gelişme sağlanmamıştır. İlaç endüstrisinin 1975-2004 yılları arasında yeni geliştirdiği 1556 ilaçtan sadece 21'i yoksul ülkelerde milyonlarca kişinin ölümüne neden olan sıtma, tüberküloz gibi hastalıklar içindir (Chirac ve Torreele, 2006) ve sağlıkla ilgili olarak yapılan tüm araştırma-geliştirme harcamalarının %10'undan daha azı nüfusun %90'ının yaşadığı gelişmekte olan ülke insanlarını tehdit eden sağlık sorunlarına yöneliktir (Owen ve Roberts, 2005). Nitekim daha şimdiden, temel ilaçların sağlanması konusunda uluslar arası gönüllü kuruluşlar ile bazı ilaç firmaları tarafından yoksul ülkelere düzenli yardımlar yapılmaktadır. Ancak bunun sonsuza kadar süreceğini söylemek de pek gerçekçi değildir.

• Silahlı çatışmalar, şiddet

Küreselleşmenin en belirgin sonuçlarından birisi “ulus devlet” kavramının ortadan kalkıyor olmasıdır. Bu durum yerel etnik gruplar arasında milliyetçilik hareketlerinin artışı ile paralel gitmektedir. Başka bir deyişle bir yandan coğrafi ve politik sınırlar ortadan kalkarken, bir yandan da yerel etnik grupların kimlik arayışı ve bağımsızlık talepleri gündeme gelmektedir. Bunun doğal sonucu olarak son yıllarda Balkanlar, Kafkaslar ve Ortadoğu başta olmak üzere çok sayıda silahlı çatışma yaşanmıştır ve yaşanmaktadır.

Diğer yandan “terör” ve terörle mücadele şekil değiştirmektedir. Özellikle New York'taki ikiz kuleler saldırısından sonra Afganistan ve Irak'a yapılan müdahaleler ve çeşitli ülkelerde ortaya çıkan bombalama eylemleri adeta yeni bir savaş türünü başlatmıştır. Yeni savaşın teröristleri, başta bilgi ve iletişim teknolojileri olmak üzere, küreselleşmenin araçlarından sonuna kadar yararlanmakta, hangi ülkeye ait olduğu bile belli olmayan yeni küresel terör örgütleri dünyanın her yerinde terör estirilebileceğinin örneklerini sergilemektedir. Buna tepki gösteren ya da bunu fırsat bilen çeşitli devletler ise, güç alanlarını genişletmek için başka ülkeleri işgal edebilmekte, her türlü insan hak ve özgürlüklerini bir çırpıda askıya alabilmektedir.

Halen milyonlarca insan savaş ve silahlı çatışmalar nedeniyle göçmen konumundadır. Bunların sağlık sorunları yerleşik insanlara kıyasla çok daha büyük boyutlarda olup, bu gidişle artmaya da devam edecektir.

• Tıp teknolojisinde ve tıp bilgilerinde gelişmeler

Bilgi teknolojilerinin, internetin tıpta kullanımının artması ile birlikte, gerek profesyonellerin, gerekse sıradan insanların sağlıkla ilgili yeni bilgilere ve hizmetlere ulaşması kolaylaşmıştır. Bu durumun olumlu ve olumsuz bir dizi sonuca yol açması söz konusudur. Teletıp ve robotik tıp uygulamaları gibi gelişmeler ile gelişmemiş bir bölgeye en gelişmiş bilgi ve uygulamaları ulaştırmak olanaklı hale gelmiş, uzaktan eğitim ve konsultasyon giderek daha yoğun bir şekilde kullanılmaya başlamıştır.

İnternet sayesinde kendi kendine bakım, evde bakım uygulamalarının artması söz konusudur. Ancak, gene internet sayesinde, şarlatanlık kabul edilen tıp dışı uygulamaların yaygınlaşması, yasadışı denetimsiz ilaç satışlarının artması da mümkün hale gelmektedir. Batı tıbbi uygulamalarının yaygınlaşması zaman içerisinde geleneksel uygulamaları ortadan kaldırarak toplumların sağlık kültürünü önemli ölçüde değiştirmektedir. Olumlu gibi görünen bu sonuç, özellikle az gelişmiş bölge ve toplumlarda geleneksel uygulamaların yerine, ulaşılabilir ve etkin bir sağlık hizmetinin konulmaması halinde, yoksulların hastalık karşısındaki çaresizliklerini bir kat daha arttıracaktır.

Genetik teknolojilerdeki hızlı gelişmeler sayesinde insanlık lehine çok önemli bazı yararlar sağlanmış gibi görünse de, elde edilen bu küresel gelişmeden gelişmiş ülkeler ile toplumların zengin kesimlerinin daha fazla yararlandığı ve eşitsizliklerin artmakta olduğu ortadadır. Bazı hastalıklara ilişkin olarak elde edilen genetik bilgilerin patentinin alınması ve çok uluslu şirketlerin denetimine geçmesi bunun tipik bir göstergesidir.

Tıp teknolojisinde ve bilgidaki tüm bu küresel gelişmeler birlikte ele alındığında, **bir yandan bilgiye ve teknolojiye ulaşmak kolaylaşırken bir yandan da bilgi ve sağlık teknolojisinin hiçbir dönemde olmadığı kadar tekelleşmekte olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.** Ve tüm bu değişimler bilginin ve teknolojinin kullanımı konusunda yeni düzenlemeleri zorunlu kılmaktadır.

- **Sağlık politikalarının ve hizmetlerinin küreselleşmesi**

Neoliberal ekonomik politikalara uygun olarak devletin sağlık hizmetleri sunumundaki rolü giderek azalmakta, hizmet sunumu ve finansmanından ziyade düzenleyici rolü ön plana çıkmaktadır. Sağlık alanında kamu-özel sektör işbirliği hızla gelişmekte, pek çok sağlık hizmeti tamamen özel sektöre ve piyasa dinamiklerine bırakılmaktadır. **Halk sağlığı alanında uluslar arası düzenlemeler yapılırken artık Dünya Bankası, IMF ve Dünya Ticaret Örgütü'nün, Dünya Sağlık Örgütü'nden daha belirleyici olduğu dikkati çekmektedir (Fidler, 2002).** Gelişmiş ülkelerde demografik yapının değişerek yaşlı nüfusun artması, hasta beklentilerinin değişmesi, yeni tıp teknolojilerinin kullanıma girmesi gibi nedenlerle sağlık sektörü sürekli büyümekte ve sağlık harcamaları hızla artmaktadır. İnsan hareketliliğinin artması ile birlikte, bireylere sağlanan sağlık güvencesi ve sunulacak sağlık hizmetinin dünyanın her yerinde geçerli olması gündeme gelmektedir. Hizmetlerde verimlilik, kalite ve rekabeti hedef alan yeni tür sağlık hizmetlerinde, devletin yerini özel sektör kuruluşları ile sigorta şirketlerinin aldığı görülmektedir.

Tüm dünyada doğumda yaşam beklentisinin ortalama olarak artıyor olması, eskiden tedavi edilemeyen bazı hastalıkların tedavi edilebilir hale gelmesi küreselleşme sürecinde gözlenen bazı olumlu gelişmelerdir. Ancak, dünya nüfusunun büyük bir kısmı hala açlıkla ve yetersiz beslenme sorunlarıyla boğuşmakta, temel sağlık hizmetleri ile önlenebilecek bulaşıcı hastalıklardan

dolayı pisi pisine ölmektedir. Tüm ülkelerin sağlık piyasasında yavaş yavaş **devletin yerini alan özel kuruluşlar ve sigorta şirketleri, insanların ihtiyaçlarına göre değil, ödedikleri primlere ve harcadıkları paraya göre hizmet verdiğinden sağlık alanında eşitsizlikler hızla artmaktadır.**

- **Toplumsal ve kültürel değişimler**

Uluslar arası sermaye ve küresel yatırımlar ucuz işgücü aramaktadır. Bu nedenle de, gelişmiş ülkeler, özellikle yoğun emek gerektiren üretim işleri için az gelişmiş ülkeleri tercih etmektedirler. Buralara yapılan yatırımlar kırdan kente göçü hızlandırmakta, mega-kentler ortaya çıkmaktadır. Genellikle altyapı hizmetlerinin yetersiz olduğu mega-kentlerde fiziksel çevrenin kirliliğinden kaynaklanan her türlü sağlık riskinin yanı sıra, kültürel kirlenme de söz konusu olmaktadır. Köyden kente gelen kişi geleneksel aile yapısını ve toplumsal değerlerini terketmekte, ancak bu değerlerin yerine yenilerini kısa sürede koyamadığından yozlaşma ve yalnızlıkla başbaşa kalmaktadır.

Ülkemizdeki büyük kentlerin varoşlarında ortaya çıkan arabesk kültür ile tinerci gençler sorunu bu değişimin tipik örnekleridir. Bu yozlaşma, gençlerin çocuk denecek yaşta uyuşturucu ve madde bağımlılığına, seks ticaretine yönelmesine neden olmaktadır. Tüm bunların doğal sonucu olarak ta, bir yandan olumsuz konut ve beslenme koşullarından kaynaklanan bulaşıcı hastalıklar, bir yandan da alkol-madde bağımlılığı, ruhsal sorunlar ve cinsel temasla bulaşan hastalıklarda artış olması kaçınılmazdır ve öyle olmaktadır.

Küreselleşmenin, toplumlar içindeki bu etkilerinin yanı sıra toplumlar ve kültürler arası etkileri de söz konusudur. Savaşlar ve ekonomik nedenlerle kendi ülkesi dışında “göçmen” olarak yaşamak zorunda olan çok sayıda insana ek olarak, her gün yüz binlerce insan ülke sınırlarını geçerek seyahat etmektedir. Ağırlıklı olarak turizm, eğitim, ticaret ve kültürel amaçlı olan bu hareketlilik, bir yandan bulaşıcı hastalıkların yayılımını kolaylaştırırken bir yandan da kültürel alış veriş, sosyal etkileşimi ve toplumsal değişimi hızlandırmaktadır. Hareketlilikten uzak olan, evinde oturanların bile sayısız TV kanalı ile kültürel açıdan oturdukları yerde kanalize edilmeleri olanaklı hale gelmiştir.

Sonuç olarak;

Küreselleşme, sağlık alanında yeni riskler ve fırsatlar getirmektedir. Toplumsal hayatın her alanına olan olumsuz etkileri nedeniyle küreselleşme karşıtı gruplar olduğu gibi, olumlu ve kaçınılmaz sonuçları nedeniyle küreselleşmenin savunucusu kesimler de bulunmaktadır.

Küreselleşme karşıtlarına göre bu kavram, modası geçmiş olan sömürgecilik ve emperyalist kavramların yerine kullanılan bir kavramdır ve en kısa tanımı ile **“dünyanın koka kolanizasyonu”**dur (Loeb, 1997). Küreselleşme sayesinde sanayileşmiş ülkeler ve uluslar arası sermaye bir yandan yeni sömürü düzenini kurarken bir yandan da mal ve insan hareketleri ile, başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere, toksik atıklar, her türlü çevresel risklerin (küresel ısınma, ozon

tabakasının delinmesi gibi), tütün ve uyuşturucu kullanımı gibi sağlıklı olumsuz yönde etkileyen zararlı etkenlerin sınırlar ötesi yayılımına hız kazandırmakta, sağlık alanında eşitsizliklerin artmasına ve keskinleşmesine neden olmaktadır. Daha önceleri az gelişmiş güney ve doğu ülkelerinin öncelikli sorunları sayılan bulaşıcı hastalıklar artık kuzey ve batı için de tehdit oluşturmakta, kronik hastalıklar ve çevre sorunları ise tam tersine bir yayılım izlemektedir.

Küreselleşmeyi savunanlara göre bu olgu kaçınılmaz olup, Margaret Thatcher'in deyişi ile **“başka alternatif yok”**tur. Özellikle serbest piyasa kavramının ortaya çıkışı ve uluslar arası ticaretin serbestleşmesi ekonomide hızlı değişimlere yol açmıştır. Dünya Ticaret Örgütü'nün verilerine göre 1950 ile 1997 yılları arasında uluslar arası ticaret 14 kat artmıştır (WTO, 2003). Üstelik, sadece mal ve ürünlerin değil, hizmetlerin ticareti de yaygınlaşmıştır. Malların, sermayenin ve hizmetlerin sınır tanımadan hızlı dolaşımı, bundan yararlanmak isteyen toplumlara yeni olanaklar sunmaktadır. Bilgi teknolojilerindeki akıl almaz gelişmeler sonucu, bilgi alışverişi, teknoloji transferi, rekabet gibi nedenlerle sağlık alanında olumlu gelişmeler kaydedilmektedir. Günümüzde bilgi, tarihin hiç bir döneminde olmadığı kadar kolay ulaşılır ve paylaşılr hale gelmiştir. Uluslar arası baskı ve dağıtım yapan kitap evleri, uzaktan eğitim veren kurumlar, sanal üniversiteler, elektronik kütüphaneler, internetteki arama motorları, cep telefonları sayesinde eğitim ve bilgi hızla küreselleşmektedir. Önemli olan bu değişimleri zamanında fark edip, sağlayabileceği avantajlardan yeterince yararlanabilmektir.

Önem alınmadığı takdirde, devletin sağlık hizmetlerinden elini çekmeye başlaması ile, pek çok ülkede sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda zaten sıkıntısı olan yoksul kesimlerin özelleştirilen sağlık hizmetlerinden daha az yararlanması, işsizlik ve yoksulluğun artışına paralel olarak yaşam koşullarının bozulması ve tüm bunların sonucu olarak çeşitli sağlık sorunlarında artış olması kaçınılmazdır. Öte yandan, sahneden çekilmekte olan devletin yerini, hızla gelişen gönüllü kuruluşlarının, sivil toplum örgütlerinin almaya başlaması ve örneğin, çevre konusunda duyarlı sivil toplum örgütlerinin çıkışları sayesinde çevresel risklerin daha kontrol edilebilir hale gelmiş olması ya da AIDS eylemcisi grupların baskısı ile ilaç fiyatlarında indirimin sağlanmış olması, umut verici gelişmelerdir.

İnsanlar arası eşitsizliklerin her zaman çatışma ve savaşlar ile sonuçlandığı, her olgunun kendi karşıtını doğurması nedeniyle küreselleşmenin de zaman içerisinde kendi karşıtını doğuracağı ve küreselleşme ne kadar “kaçınılmaz” ise, tüm diğer gelişim ile değişimlerin de o derece “kaçınılmaz” olduğu ortadadır.

KAYNAKLAR

Bezruchka S. (2000) Is globalization dangerous to our health? West J Med, 172:332-4.

Bezruchka S. (2002) Hierarchy and health are related. BMJ, 324:978.

- Chirac P, Torreele E. (2006) Global framework on essential health R&D. *Lancet*, 367:1560-1561.
- Cornia GA. (2001) Globalization and health: results and options. *Bulletin of the World Health Organization*, 79:834-841.
- Daulaire N.(1999) Globalization and health. *Development*, 42(4): 22-24.
- Fidler D. (2002) Global health governance: overview of the role of international law in protecting and promoting global public health. London, Centre on Global Change and Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Gleick PH.(2002) The world's water 2002-2003: the biennial report on fresh water resources. Washington, D.C., Island Press.
- Hoekstra AY. (2004) Globalisation of water.Presented at Aqua: European citizenship through water. Collegno, Italy, June 9.
- Lee K. (2003) Globalization and health: an introduction. Palgrave MacMillan: London.
- Lee K. (2000) Globalization and health policy: a review of the literature and proposed research and policy agenda In: *Health Development in the New Global Economy PAHO:Washington*.
- Lee K. (2001) An Overview of Global Health and Environmental Risks. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/health2/global>.
- Loeb K. (1997) Globalization. <http://www.mirror.org/kurt.loeb/globalization.html>.
- Mackenbach JP. (2002) Income inequality and population health. *BMJ*; 324: 1-2.
- McMichael AJ. (1999) Globalization and Health: The Environment. Background paper for WHO Geneva Workshop on Globalization and Health.
- Owen JW, Roberts O. (2005) Globalisation, health and foreign policy: emerging linkages and interests. *Global Health*; 1: 12.
- Smith D. (1999) What Does Globalization Mean for Health. <http://mai.flora.org/forum/12030>.
- Taylor L. (2000) External liberalisation, economic performance and distribution in Latin America and elsewhere. Helsinki, World Institute for Development Economics Research, 2000 (UNU/WIDER Working Paper No.215).
- Thomson G, Wilson N. (2005) Policy lessons from comparing mortality from two global forces: international terrorism and tobacco. *Globalization and Health*, 1:18 doi:10.1186/1744-8603-1-18.
- Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D. (2001) Globalization and health: a framework for analysis and action. *Bulletin of the World Health Organization*, 79:875-881.
- World Health Organization. (2004) *The World Health Report-2004*, Geneva.
- World Health Organization. (2000) *The World Health Report-2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva.
- World Health Organization. (1999) *The World Health Report-1999: Making a Difference*. Geneva.

World Health Organization. (1998) Tobacco Free Initiative:Rationale, Update and Progress, Tobacco Free Initiative, Geneva.

World Wildlife Fund. (2000) The Living Planet Index.

World Trade Organization. (2003) The World Trade Organization in brief. Geneva.



Küreselleşmenin Sağlık Açısından Yönetimi



Safir SÜMER MSc.
Dünya Bankası Ankara Ofisi

Synopsis

Globalization presents special challenges for managing risk factors for NCDs. On the one hand, globalization is promoting easier access to unhealthy foods in low and middle income countries, promoting greater television viewing and giving way to a different lifestyle. In many low-income and middle income countries, particular “at risk groups” (children) are learning about “images” and “brands” and adopting different behaviors (The McDonald’s generation). While this is the negative dimension, these problems also present an opportunity for Government to use big business and private sector to promote good health. For example, the private sector can be mobilized to support health promotion campaigns (breastcancer awareness in the US etc).

The presentation will give an overview of emerging challenges vis-à-vis globalization and identify some policy options and directions for countries such as a stronger role for Government regulation, public-private partnerships, etc.

Özet

Küreselleşme, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların risk faktörlerinin yönetilmesinde zorluklar ortaya koymaktadır. Bir taraftan, küreselleşme düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde sağlıksız gıdalara erişimi kolaylaştırmakta, daha fazla televizyon seyredilmesini teşvik etmekte ve farklı bir yaşam tarzına yol açmaktadır. Düşük ve orta gelir düzeyine sahip birçok ülkede, özellikle “risk grupları” (çocuklar) “imaj” ve “marka” kavramlarını öğrenmekte ve farklı

davranışlar benimsemektedir (McDonald's nesli). Bu olumsuz boyutun yanı sıra, söz konusu problemler Hükümet'e büyük şirketleri ve özel sektörü sağlığın teşvikinde kullanma fırsatını da sunmaktadır. Örneğin, özel sektör sağlığın teşviki kampanyalarını desteklemek üzere harekete geçirilebilir (ABD'deki meme kanseri bilinçlendirme kampanyası gibi).

Sunum, küreselleşmenin getirdiği zorluklar hakkında bilgi verecek, hükümet düzenlemelerinin güçlendirilmesi ve kamu sektörü – özel sektör ortaklığı gibi bazı politika seçenekleri ve yönelimlere işaret edecektir.



Sağlık İnsan Gücü Planlaması

Dr. Ali Sait SEPTİOĞLU
*Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
Genel Müdür Yardımcısı*



Anayasamızda bir hak olarak tanımlanan sağlıklı yaşama şartlarını oluşturmak Devletin sorumluluğuna tevdi edilen bir görevdir. Sağlık hizmetleri, ertelenemez ve vazgeçilemez özelliktedir.

Sağlık hizmetleri sunumunda temel unsur, insandır. Daha etkili bir sağlık hizmeti sunabilmek için fiziki mekânlara ve iyi bir donanıma ihtiyaç vardır. Fakat bunlardan çok daha önemlisi bunları kullanacak insan gücüne ihtiyaç vardır.

Sağlık insan gücü, kamu ya da özel tüm sağlık kuruluşlarında toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personeldir. Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlık insan gücü marifetiyle sunulmaktadır.

Topluma bugün ve gelecekte sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirebilecek sağlık çalışanlarının yeterli sayıda, yüksek nitelikte, zamanında ve doğru şekilde istihdam edilmesi, sağlık insan gücü planlaması olarak adlandırılmaktadır.

Bu insan gücünün çağdaş sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi ve becerilerle donatılmış olarak yetiştirilmesi, üretken bir şekilde değerlendirilmesi ve ülke çapında aldıkları eğitime uygun ve dengeli bir şekilde istihdam edilmesi gerekmektedir.

Rekabet gücünün ana unsurlarından olan insan gücü, doğru bir şekilde planlanmalı ve niteliği hızla geliştirilmelidir. Bununla beraber iş hayatı paralelinde sürekli eğitim imkanları güçlendirilmelidir.

Neden Sağlık İnsan Gücünü Planlıyoruz?

Kaynakların etkili ve verimli kullanılması, kaynak israfının önlenmesi, tekrarların önüne geçilmesi, sunulacak sağlık hizmetinin ihtiyacı karşılar nitelikte olabilmesi için ve kaliteden ödün verilmemesi için insan gücü planlamasına ihtiyaç vardır.

- Dünyada ve ülkemizde rasyonel bir insan gücü planlamasının yapıldığını söyleyebilmek pek de mümkün değildir.

- Ülkemizde yapılmış birçok çalışma olmasına rağmen, çeşitli sebeplerden dolayı net bir sonuç alınamamıştır.

Dünyada da birçok ülke, sağlık insan gücü planlaması çabası içinde olmuştur. Bu planlama çalışmaları, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının, kamu kaynakları ile yetiştirilip, devlet imkanları dahilinde istihdam edilmesi nedeniyle kamu tarafından yapılmıştır.

Bu yapılan çalışmalar, kimi zaman sonuçlandırılmamış ya da sonuçlandırılmasına rağmen iyi uygulanamamıştır.

Bugün sahip olduğumuz iş gücü, geçtiğimiz yıllarda pek çok kişi ya da kuruluşça alınan, büyük veya küçük ölçüdeki kararların doğrultusunda oluşmuştur.

Sağlık insan gücü planlamasında, eğitim ve sağlık otoritelerinden, hangi nitelikte ve hangi sayıda çalışana ihtiyaç duyulduğu ve bu personelin hangi yıllarda sisteme dahil olacağı konusunda akılcı ve bilimsel kararlar almaları beklenmektedir.

Veriye ve kanıta dayanmayan kararlarla yeterli nitelik ve sayıda insan gücünden mahrum olunması sağlık sisteminin işleyişini sekteye uğratmakta, insan sağlığını tehlikeye düşürmekte ve kaynak israfına yol açmaktadır. Tüm bunların sonucunda toplumun ihtiyaç duyduğu yerde, zamanda ve hak ettiği nitelikte sağlık hizmetini alması güçleşmektedir.

İnsan gücü planlaması, bu kararların doğru alınmasını, zamanında ve olması gereken şekilde gerçekleşmesini sağlamalıdır.

Sağlık İnsan Gücü Planlamasında Nelere Dikkat Etmeliyiz?

- Öncelikle, planlamada kullanılabilecek, sağlıklı verilere ihtiyaç vardır. Fakat ülkemizde pek çok alanda veri toplanmasında problemler yaşanmaktadır.

- Teknolojinin ve enformasyonun etkin bir şekilde kullanımıyla bu problem aşılabacaktır.

İnsan gücü planlamasında, DSÖ'nün de belirlediği formüller kullanılmaktadır.

Bugüne Kadar Yapılan İnsan Gücü Planlamalarının Başarısızlık Nedenleri

- Makro planlarla, mikro planların örtüşmemesi.
- İnsan gücü arzı, kayıpları, özel sektör dağılımı, hizmet çıktıları gibi birtakım verilerin sağlıklı olmaması.

- Planlamaların kısa süreli ve krizleri atlatma çabasıyla yapılması, krizin geçmesiyle planlamayla ilgili destek ve kaynakların ortadan kalkması.

- Hükümetlerin kısa sürede değişimleri ve buna bağlı önceliklerin değişmesi.

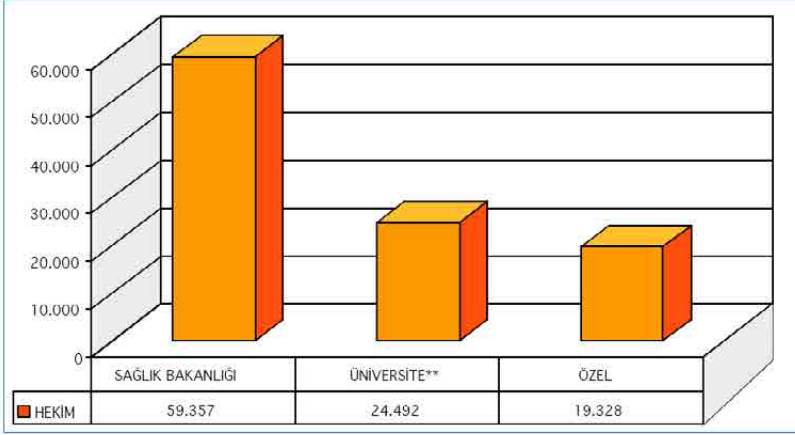
- Enflasyon dalgalanmaları ve ekonomik krizlere bağlı bütçe kısıtlamaları ve bunun istihdama yansımaları.

- Plan dokümanı ile plan süreci arasında sağlıklı bir dengenin kurulamaması.

- Sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları ile istihdam noktasındaki karar

organları arasındaki bağlantının zayıflığı

BAZI SAĞLIK GÖSTERGELERİ Aktif Çalışan Hekimlerin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı*



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008

* Bu sayılara asistanlar dahildir.

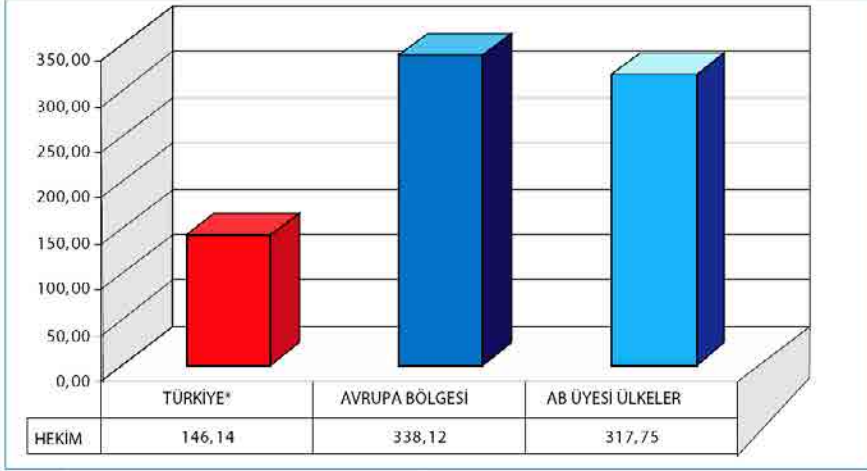
Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de 100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı

ÖĞRETİM YILI	TIP EĞİTİMİ VEREN FAKÜLTE SAYISI	ÖĞRENCİ SAYISI			ÖĞRETİM ÜYESİ SAYISI	ÖĞRENCİ / ÖĞRETİM ÜYESİ
		YENİ KAYIT	TOPLAM ÖĞRENCİ	MEZUN		
1986-1987	21	5.099	29.759	2.991	2.007	14,8
1987-1988	27	5.066	32.239	3.372	2.465	13,1
1988-1989	24	5.148	33.686	4.138	2.560	13,2
1989-1990	24	4.154	33.582	4.573	2.871	11,7
1990-1991	24	4.825	33.566	4.696	3.029	11,1
1991-1992	24	4.854	33.500	5.007	3.236	10,4
1992-1993	25	4.979	33.254	4.888	3.496	9,5
1993-1994	26	5.113	33.143	4.792	3.798	8,7
1994-1995	26	5.232	33.191	4.191	3.881	8,6
1995-1996	30	5.155	34.065	4.264	4.293	7,9
1996-1997	32	4.796	34.162	4.408	4.528	7,5
1997-1998	33	4.479	34.185	4.467	4.724	7,2
1998-1999	38	4.698	34.317	5.105	5.036	6,8
1999-2000	39	4.648	32.957	5.174	5.748	5,7
2000-2001	40	4.749	32.250	4.925	6.284	5,1
2001-2002	40	4.801	31.786	4.755	6.798	4,7
2002-2003	44	4.945	31.719	4.380	7.172	4,4
2003-2004	46	5.130	32.116	4.487	7.794	4,1
2004-2005	46	5.090	32.552	4.494	7.881	4,1
2005-2006	46	4.957	32.985	4.532	8.077	4,1
2006-2007	47	5.117	33.537	4.899	8.512	3,9

Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (1986-2007), ÖSYM Yayınları; YOK verileri.

* Öğretim üyesi sayıları profesör, doçent ve yardımcı doçent sayılarından oluşmaktadır. Bu sayılara araştırma görevlileri dahil değildir. Bu sayılar tüm tıp fakültelerindeki öğretim üyesi sayılarından oluşmaktadır.

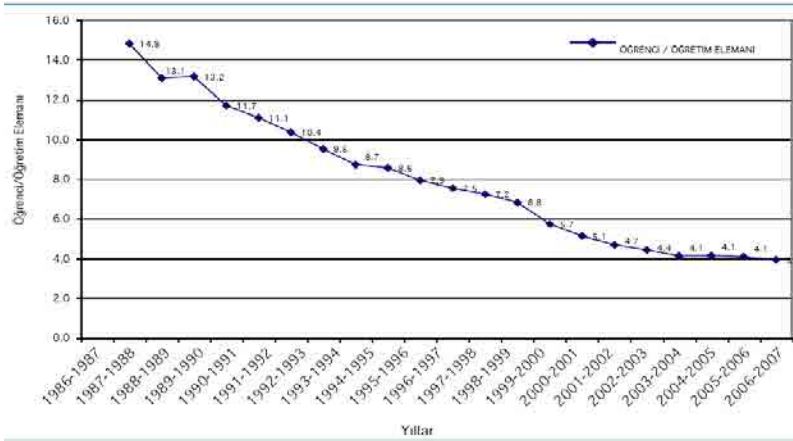
Yıllara Göre Türkiye’de Mevcut Tıp Fakülteleri ile Bu Fakültelerdeki Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayılarındaki Gelişme



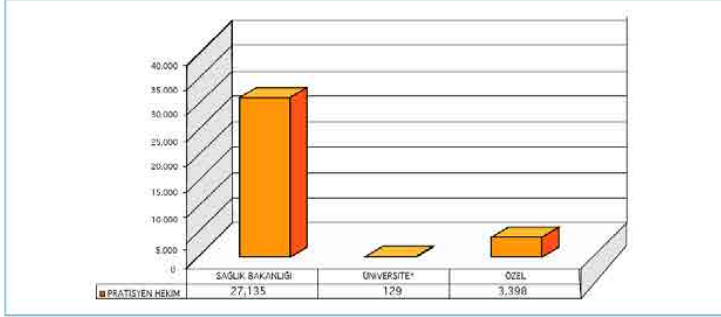
Kaynak:WHO/europe, European HFA Database, January 2007

*Türkiye ile ilgili verilerde 01.03.2008 tarihli rakamlar esas alınmıştır.

Türkiye’de 1983-2006 Yılları Arasında Tıp Fakültelerinde Bir Öğretim Üyesine Düşen Öğrenci Sayılarındaki Gelişme



Aktif Çalışan Pratisyen Hekimlerin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Personel İstatistikleri, 01.03.2008

* YÖK verileri.

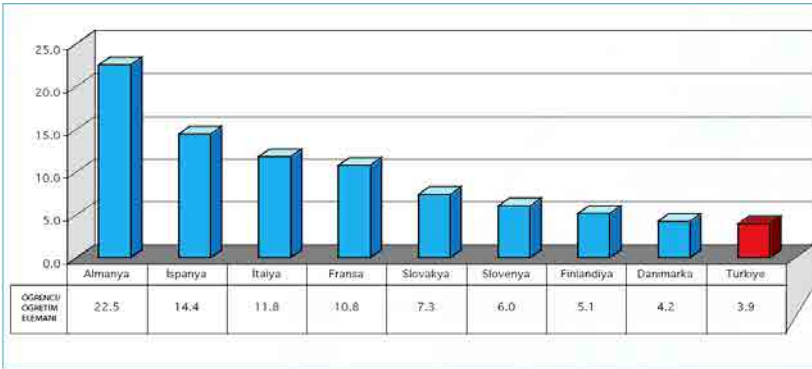
Bazı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi ve Öğrenci Sayıları ile Öğretim Üyesi Başına Düşen Öğrenci Sayıları

ÜLKE	ÜLKE NÜFUSU	TIP FAKÜLTESİ	ÖĞRETİM ÜYESİ	ÖĞRENCİ	ÖĞRENCİ/ÖĞRETİM ÜYESİ
Almanya	82,633,200	36	3,550	79,866	22.5
İspanya	41,895,600	28	2,500	36,049	14.4
İtalya	57,987,100	39	12,583	148,157	11.8
Fransa	60,011,200	44	5,847	62,921	10.8
Slovakya	5,381,200	3	893	6,561	7.3
Slovenya	1,954,500	1	285	1,717	6.0
Finlandiya	5,231,900	5	698	3,583	5.1
Danimarka	5,397,600	3	1,570	6,598	4.2
Türkiye	70,586,256	49	8,573	33,537	3.9

Kaynak: Dış İşleri Bakanlığından temin edilen bilgi; Yükseköğretim İstatistikleri (2006-2007), ÖSYM Yayınları;

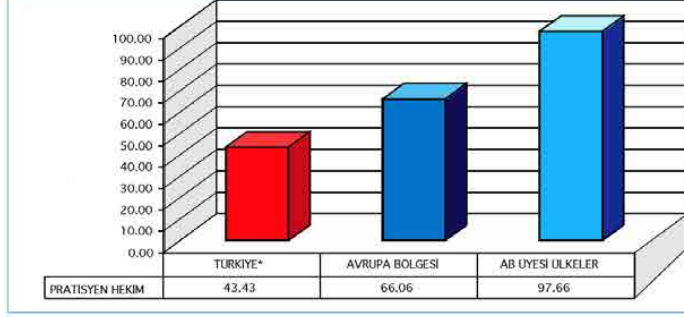
*Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine göre Türkiye'nin nüfusu 70.586.256 olarak alınmıştır.

Bazı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Öğretim Üyesi Başına Düşen Öğrenci Sayıları



Kaynak: Dış İşleri Bakanlığından temin edilen bilgi; Yükseköğretim İstatistikleri (2006-2007), ÖSYM Yayınları.

Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de 100.000 Kişiyeye Düşen Pratisyen Hekim Sayıları



Kaynak:WHO/europe, European HFA Database, January 2007

*Türkiye ile ilgili verilerde 01.03.2008 tarihli rakamlar esas alınmıştır.

1999-2007 Yılları Arasında Tıpta Uzmanlık Eğitimi İçin TUS Sınavında Ayrılan Kontenjanların Kurumlara ve Yıllara Göre Dağılımı

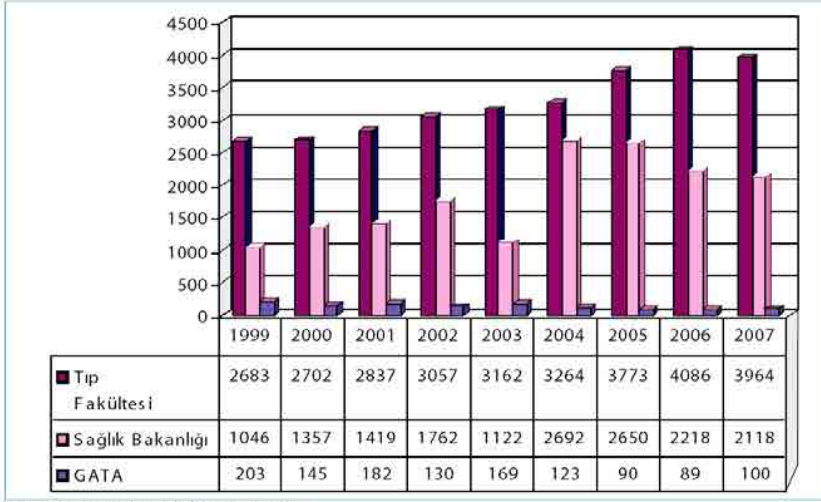
Yıl	Dönem	Tıp Fakültesi	SB Eğitim Hastaneleri	Adli Tıp** Kurumu	GATA	Dönem Toplamı	Yıl Toplamı
1999*	Nisan	1.329	442		153	1.924	3.932
	Eylül	1.354	604		50	2.008	
2000*	Nisan	1.286	690		116	2.092	4.204
	Eylül	1.416	667		29	2.112	
2001*	Eylül	1.457	935		38	2.430	4.438
	Nisan	1.380	484		144	2.008	
2002*	Nisan	1.389	781		118	2.288	4.949
	Eylül	1.668	981		12	2.661	
2003*	Nisan	1.452	1.281		143	1.876	4.453
	Eylül	1.710	841		26	2.577	
2004	Nisan	1.478	1.806		112	3.396	6.077
	Eylül	1.784	886		11	2.681	
2005	Nisan	1.696	937	25	88	2.746	6.513
	Eylül	2.077	1.663	25	2	3.767	
2006	Nisan	2.012	1.007	5	85	3.109	6.386
	Eylül	2.075	1.185	13	4	3.277	
2007	Nisan	1.858	752	20	100	2.730	6.065
	Eylül	2.106	1.214	15	0	3.335	
TOPLAM		29.527	16.156	103	1.231	47.017	

Kaynak: ÖSYM, Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı TUS (1999-2007 Yılı Kılavuzları)

* Sağlık Bakanlığınca eğitim yetkisi verilen hastahaneler (SSK, PTT, vb) dahildir.

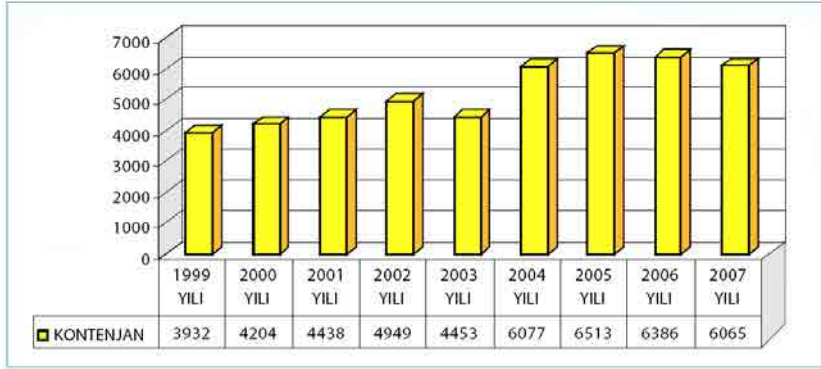
** 2005 yılından itibaren Adli Tıp Kurumu'na TUS'la asistan alınmaya başlanmıştır. Daha önce kurum kendisi sınav yapmaktaydı.

1999-2007 Yılları Arasında Ayrılan Toplam TUS Kontenjanlarındaki Sayısal Gelişme



Kaynak: ÖSYM TUS Kılavuzları, 1999-2007

1999-2006 Yılları Arasında Ayrılan TUS Kontenjanlarının Yıllara ve Kurumlara Göre Dağılımı



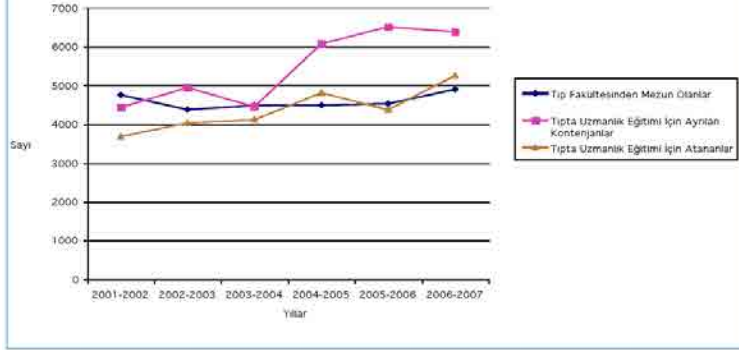
Kaynak: ÖSYM, Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı TUS (1999-2007 Yılı Kılavuzları)

Tıpta Uzmanlık Eğitimi İçin Atananlar ile Bir Önceki Yıl Tıp Fakültelerinden Mezun Olanların Yıllara Göre Sayısal Dağılımı

YILLAR	Tıp Fakültesinden Mezun Olanlar	Tıpta Uzmanlık Eğitimi İçin Kontenjanlar	Tıpta Uzmanlık Eğitimi İçin Atananlar
2001-2002	4.755	4.438	3.689
2002-2003	4.380	4.949	4.035
2003-2004	4.487	4.453	4.117
2004-2005	4.494	6.077	4.810
2005-2006	4.532	6.513	4.376
2006-2007	4.899	6.386	5.262

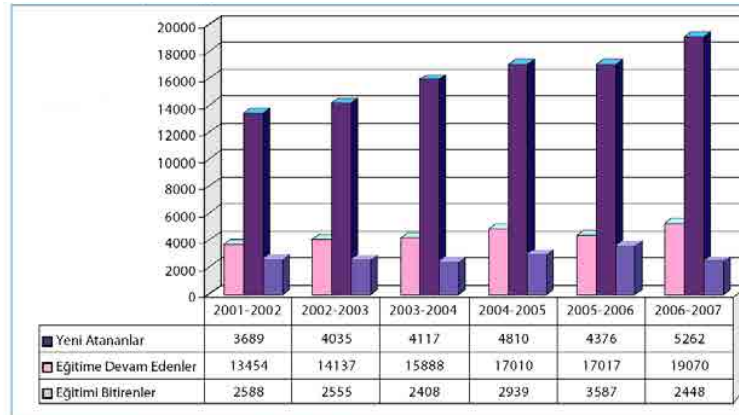
Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (2001-2007), ÖSYM Yayınları

Tıpta Uzmanlık Eğitimi İçin Atananlar ile Tıp Fakültelerinden Mezun Olanların Yıllara Göre Sayısal Dağılımı



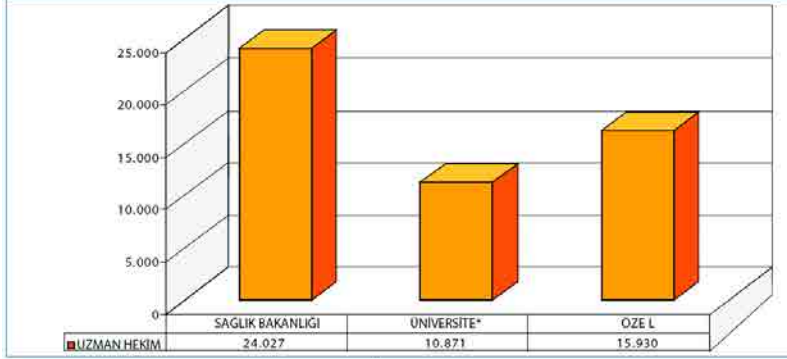
Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (2001-2007), ÖSYM Yayınları

Tıpta Uzmanlık Eğitimi için Atananlar ve Eğitime Devam Edenler ile Bir Önceki Yıl Mezun Olanların Sayısal Dağılımı



Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (2001-2007), ÖSYM Yayınları

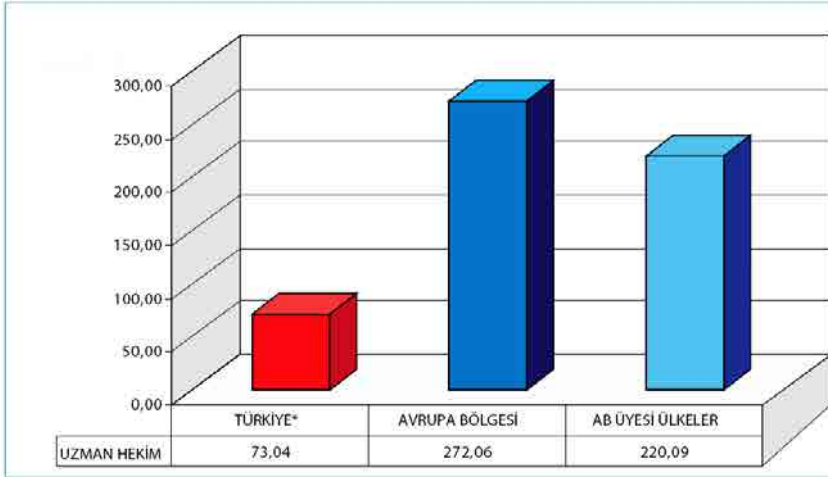
Türkiye’de Aktif Çalışan Uzman Hekimlerin Kurum ve Kuruluşlara Göre Sayısal Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı ,Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008

* Öğretim üyeleri dahil.

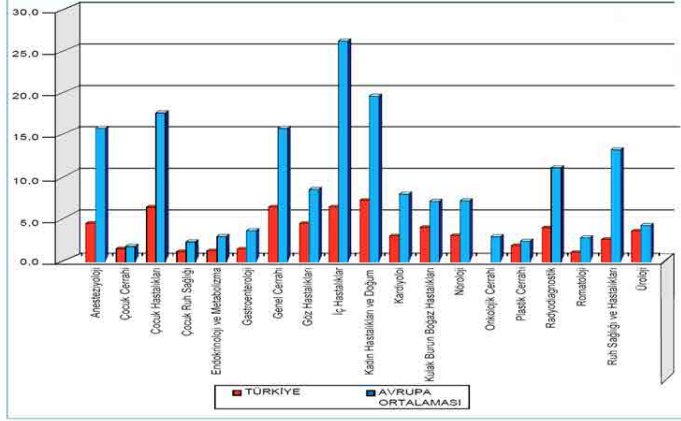
Türkiye’de, Avrupa Bölgesi Ülkelerinde ve AB Üyesi Ülkelerde 100.000 Kişie Düşen Aktif Çalışan Uzman Doktor Sayıları



Kaynak:WHO/europe, European HFA Database, January 2007

*Türkiye ile ilgili verilerde 01.03.2008 tarihli rakamlar esas alınmıştır.

22 AB Ülkesinde ve Türkiye’de 19 Branşta 100.000 Kişiyi Düşen Uzman Doktor Sayıları



(1) Kaynak: Eurostat (New cronos Database)
(2) 01.03.2008 yılı aktif personel sayıları esas alınmıştır

Yıllara Göre Türkiye’de Mevcut Dış Hekimliği Fakülteleri ile Bu Fakültelerdeki Öğrenci, Öğretim Üyesi Sayılarındaki Gelişme

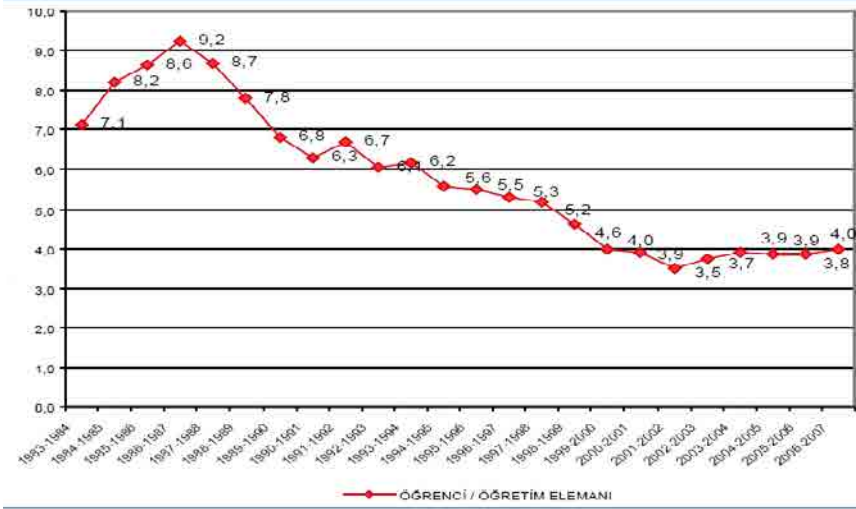
ÖĞRETİM YILI	FAKÜLTE SAYISI	ÖĞRENCİ SAYISI			ÖĞRETİM ÜYESİ	ÖĞRENCİ / ÖĞRETİM ÜYESİ
		YENİ KAYIT	TOPLAM ÖĞRENCİ	MEZUN		
1983-1984	8	860	3.398	596	504	7,1
1984-1985	8	876	4.109	550	501	8,2
1985-1986	8	871	4.409	485	510	8,6
1986-1987	8	846	4.504	521	488	9,2
1987-1988	8	838	4.633	604	534	8,7
1988-1989	9	886	4.725	690	604	7,8
1989-1990	9	909	4.929	736	724	6,8
1990-1991	9	880	5.077	728	804	6,3
1991-1992	9	885	5.190	706	777	6,7
1992-1993	9	878	5.228	738	863	6,1
1993-1994	10	934	5.384	751	874	6,2
1994-1995	10	943	5.387	821	966	5,6
1995-1996	12	949	5.633	683	1.026	5,5
1996-1997	14	878	5.525	854	1.044	5,3
1997-1998	14	844	5.529	832	1.064	5,2
1998-1999	14	918	5.469	909	1.181	4,6
1999-2000	14	909	5.227	964	1.308	4,0
2000-2001	14	959	5.222	890	1.338	3,9
2001-2002	14	971	5.167	1.001	1.476	3,3
2002-2003	14	975	5.256	813	1.410	3,7
2003-2004	14	996	5.343	856	1.372	3,9
2004-2005	14	994	5.422	849	1.397	3,9
2005-2006	15	1.030	5.609	855	1.458	3,8
2006-2007	18	1.078	5.873	763	1.480	4,0

(1) Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (1983-2007), ÖSYM Yayınları

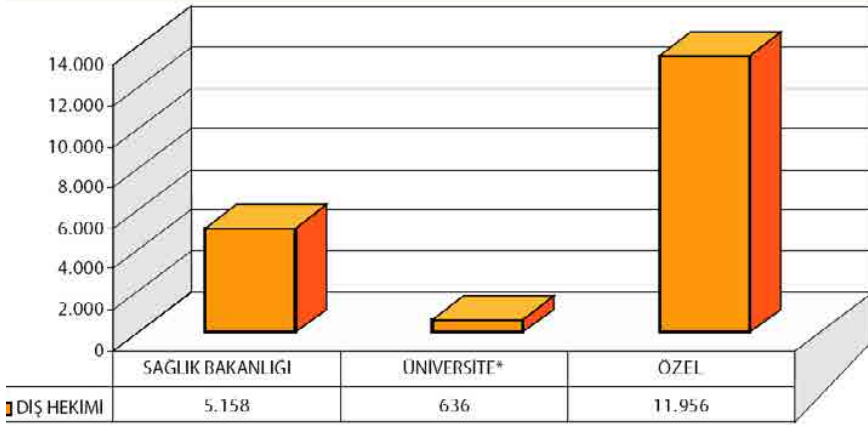
(2) Öğretim üyesi sayıları profesör, doçent, yardımcı doçent ve uzman sayılarıdır. Araştırma görevlileri dahil edilmemiştir.

(3) Sadece 17 Dış Hekimliği Fakültesinde öğretim üyesi ve öğrenci aktif olarak mevcuttur.

Türkiye’de 1983-2007 Yılları Arasında Diş Hekimliği Fakültelerinde Bir Öğretim Üyesine Düşen Öğrenci Sayılarındaki Gelişme



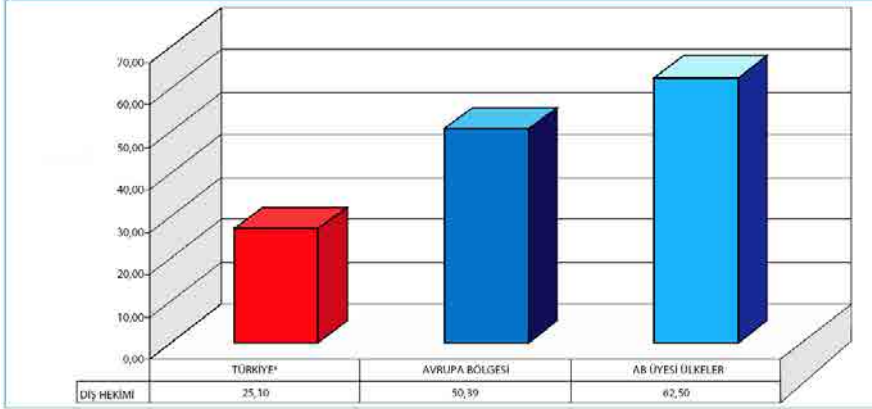
Aktif Çalışan Diş Hekimlerinin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı



Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008

üyeleri dahil değil doktora öğrencileri dahildir.

Avrupa Ülkelerinde 100.000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayıları

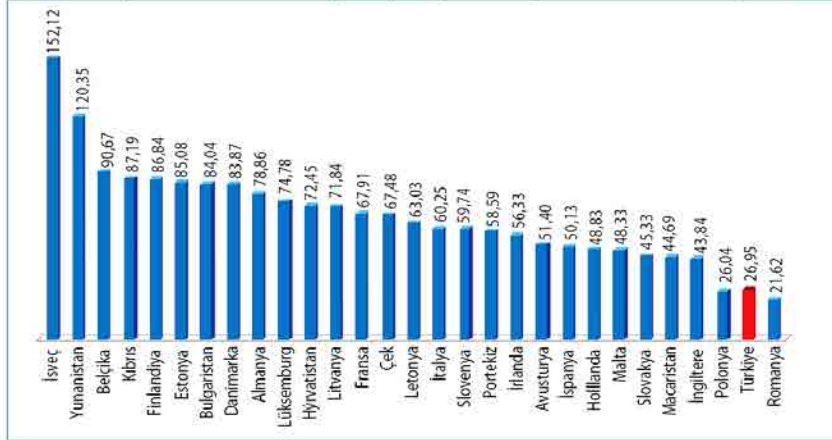


Kaynak:WHO/Europe, European HFA Database, May 2007

*Türkiye ile ilgili verilerde 01.03.2008 tarihli rakamlar esas alınmıştır.

Avrupa Ülkelerinde 100.000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayılarındaki Gelişme

Gratik 17: Avrupa Ülkelerinde 100.000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayılarının Ülkelere Göre Dağılımı

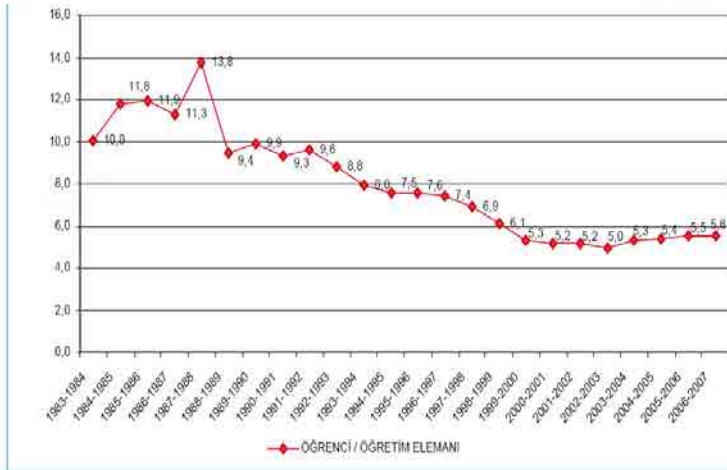


Kaynak:WHO/Europe, European HFA Database, May 2007; Türkiye için: Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008 tarihli veriler esas alınmıştır.

Yıllara Göre Türkiye’de Mevcut Eczacılık Fakülteleri ile Bu Fakültelerdeki Öğrenci, Öğretim Üyesi Sayılarındaki Gelişme

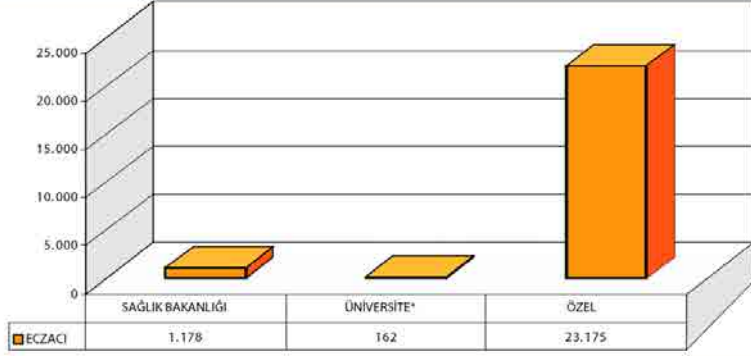
ÖĞRETİM YILI	FAKÜLTE SAYISI	ÖĞRENCİ SAYISI			ÖĞRETİM ÜYESİ SAYISI	ÖĞRENCİ / ÖĞRETİM ORANI
		YENİ KAYIT	TOPLAM ÖĞRENCİ	MEZUN		
1983-1984	7	883	3.667	741	366	10,0
1984-1985	7	912	4.244	619	361	11,8
1985-1986	7	886	4.334	700	364	11,9
1987-1988	7	915	4.243	741	376	11,3
1988-1989	7	889	4.244	645	308	13,8
1989-1990	7	902	4.344	700	461	9,4
1990-1991	7	932	4.627	704	468	9,9
1991-1992	7	870	4.726	743	508	9,3
1992-1993	7	884	4.771	795	497	9,6
1993-1994	7	871	4.751	826	539	8,8
1994-1995	7	918	4.787	845	602	8,0
1995-1996	7	945	4.739	900	629	7,5
1996-1997	7	910	4.727	938	625	7,6
1997-1998	7	870	4.737	846	640	7,4
1998-1999	7	819	4.582	954	665	6,9
1999-2000	8	807	4.475	885	731	6,1
2000-2001	8	825	4.148	915	779	5,3
2001-2002	8	842	4.025	804	778	5,2
2002-2003	9	855	4.149	695	803	5,2
2003-2004	11	939	4.120	919	829	5,0
2004-2005	11	967	4.266	792	804	5,3
2005-2006	11	973	4.324	885	800	5,4
2006-2007	12	995	4.572	785	824	5,5

Türkiye’de 1983 -2007 Yılları Arasında Eczacılık Fakültelerinde Bir Öğretim Üyesine Düşen Öğrenci Sayılarındaki Gelişme



Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (1983-2007), ÖSYM Yayınları

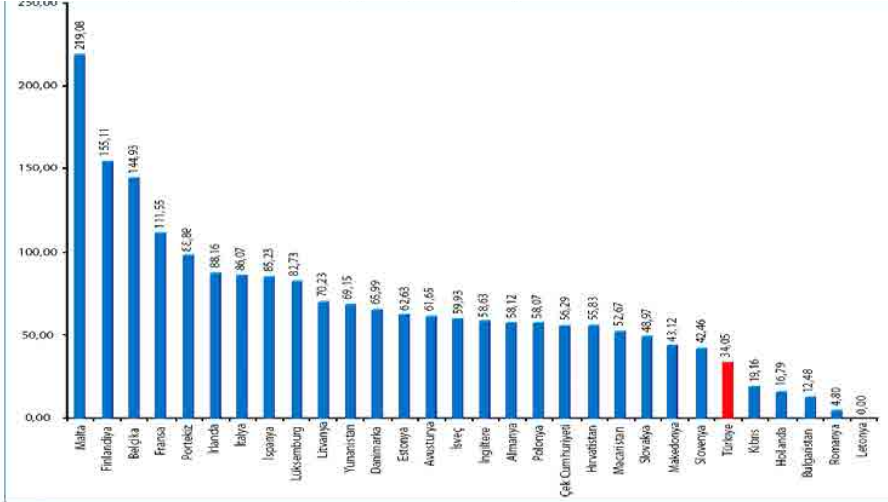
Aktif Çalışan Eczacıların Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı



nak: Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008

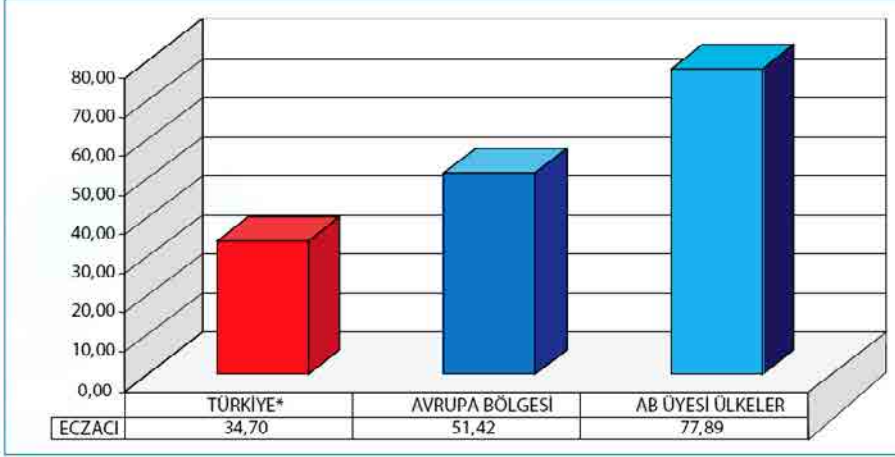
ğretim üyeleri dahil değildir.

Avrupa Ülkelerinde 100.000 Kişiye Düşen Eczacı Sayıları



Kaynak: WHO/Europe, European HFA Database; Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008 tarihli veriler esas alınmıştır.

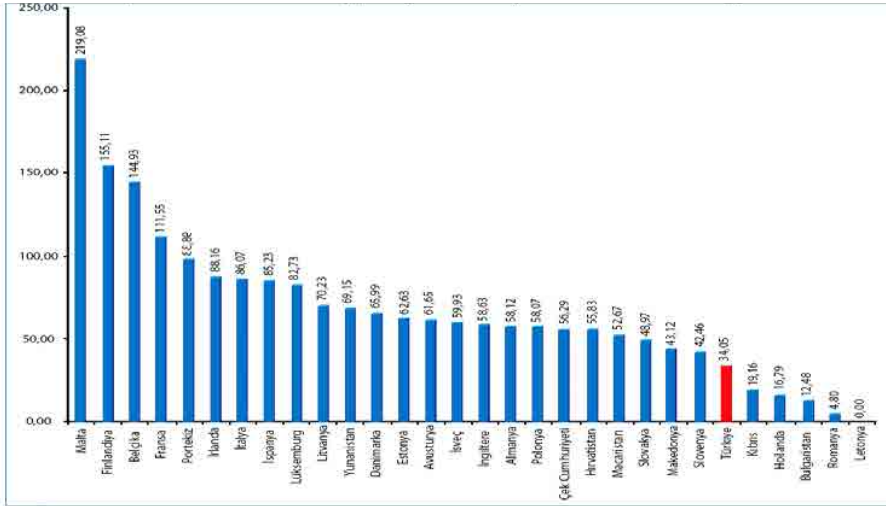
Avrupa Ülkelerinde 100.000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayıları



Kaynak: WHO/europe, European HFA Database, January 2006

*Türkiye ile ilgili verilerde 01.03.2008 tarihli rakamlar esas alınmıştır.

Avrupa Ülkelerinde 100.000 Kişiye Düşen Eczacı Sayılarının Ükelere Göre Dağılımı



Kaynak: WHO/Europe, European HFA Database; Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008 tarihli veriler esas alınmıştır.

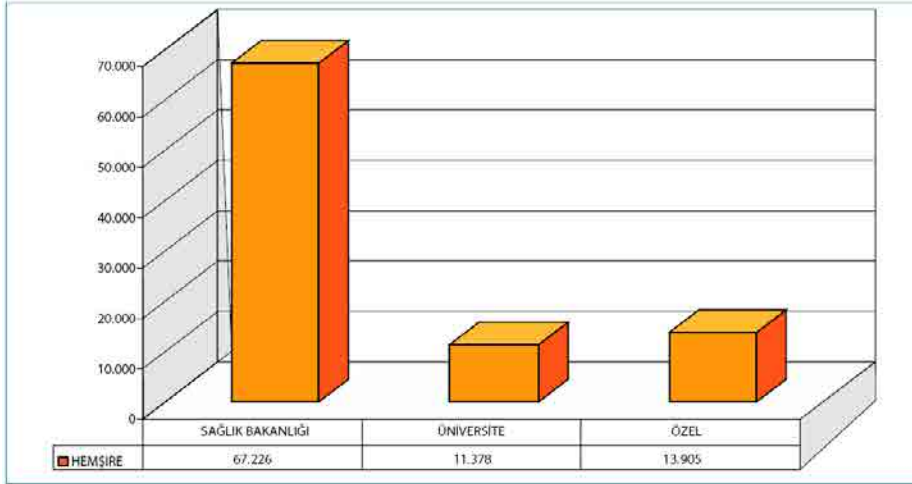
Yıllara Göre Türkiye’de Hemşire Yetiştiren Hemşirelik Yüksekokulları ile Bu Yüksekokullardaki Öğrenci, Öğretim Üyesi Sayılarındaki Gelişme

ÖĞRETİM YILI	EĞİTİM KURULUŞU SAYISI	ÖĞRENCİ SAYISI			ÖĞRETİM ÜYESİ SAYISI	ÖĞRENCİ / ÖĞRETİM ÜYESİ
		YENİ KAYIT(*)	TOPLAM ÖĞRENCİ	MEZUN		
1983-1984	4	422	1256	142	80	15,7
1984-1985	4	447	1526	95	83	18,4
1985-1986	4	589	1939	144	84	23,1
1986-1987	4	832	2281	333	89	25,6
1987-1988	5	886	2662	479	129	20,6
1988-1989	6	1082	3073	580	239	12,9
1989-1990	6	1289	3638	674	246	14,8
1990-1991	6	1330	3873	621	276	14,0
1991-1992	6	1625	4490	936	185	24,3
1992-1993	6	2414	5626	935	287	19,6
1993-1994	7	3349	7312	1137	245	29,8
1994-1995	9	3953	9277	1808	249	37,3
1995-1996	9	3922	9958	2885	344	28,9
1996-1997	10	3528	9705	2707	382	25,4
1997-1998	11	3871	9486	2708	361	26,3
1998-1999	11	2990	10224	2523	393	26,0
1999-2000	13	3728	11974	2105	386	31,0
2000-2001	11	3753	13697	1693	439	31,7
2001-2002	11	3883	15287	2289	560	27,3
2002-2003	11	3940	16423	2586	427	38,5
2003-2004	10	4053	17320	3002	416	41,6
2004-2005	10	4091	17887	3285	409	43,7
2005-2006	12	4035	18093	3648	650	27,8
2006-2007	12	4361	18630	3782	709	26,3

Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (1983-2006), ÖSYM Yayınları

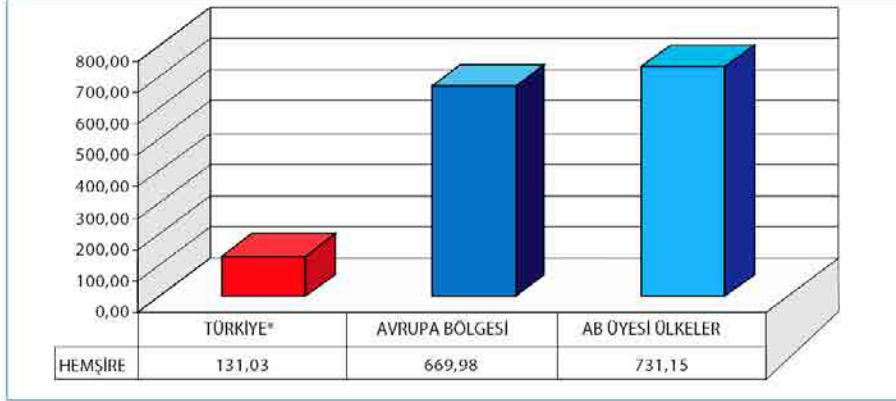
(*) Bu Öğrenciler 12 HYO ile 68 Hemşirelik Programına kayıtlıdır.

Aktif Çalışan Hemşirelerin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008

Avrupa Ülkelerinde 100.000 Kişiye Düşen Hemşire Sayıları



Kaynak: WHO/europe, European HFA Database, January 2006

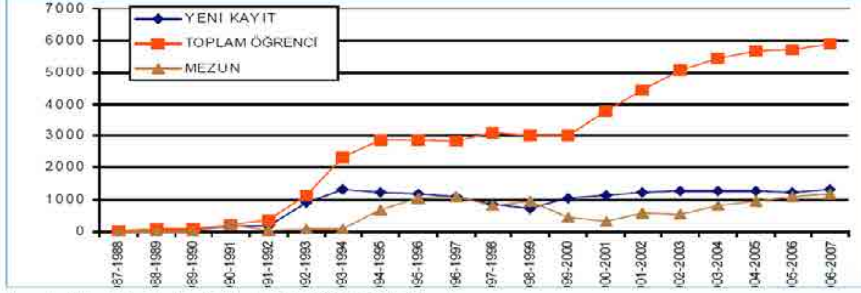
*Türkiye ile ilgili verilerde 01.03.2008 tarihli rakamlar esas alınmıştır.

Türkiye’de Yüksek Öğrenim Düzeyinde Ebelik Eğitimi Gören Öğrencilerin Yıllara Göre Sayısal Dağılımı

ÖĞRETİM YILI	ÖĞRENCİ SAYISI		
	YENİ KAYIT	TOPLAM ÖĞRENCİ	MEZUN
1985-1986	25	25	-
1986-1987	31	51	-
1987-1988	31	59	20
1988-1989	42	77	22
1989-1990	57	111	11
1990-1991	173	244	222
1991-1992	197	383	45
1992-1993	895	1140	104
1993-1994	1330	2326	111
1994-1995	1255	2860	685
1995-1996	1201	2886	1057
1996-1997	1115	2845	1081
1997-1998	889	3114	815
1998-1999	752	3039	974
1999-2000	1048	3003	439
2000-2001	1157	3809	327
2001-2002	1244	4421	590
2002-2003	1270	5087	540
2003-2004	1286	5432	842
2004-2005	1293	5653	979
2005-2006	1214	5719	1101
2006-2007	1338	5906	1169

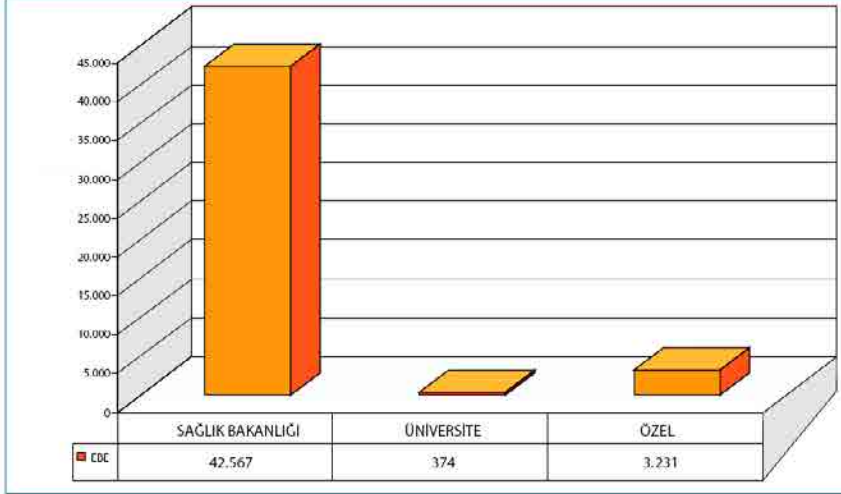
Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (1985-2007), ÖSYM Yayınları. (Ebelik eğitimde üniversitelerimizin kurumsal dağılımı belirtilmediğinden tabloya herhangi bir bilgi kaydedilememiştir.)

Yıllara Göre Yüksek Öğretim Düzeyinde Ebelik Eğitimi Alan Öğrenci Sayılarındaki Gelişme



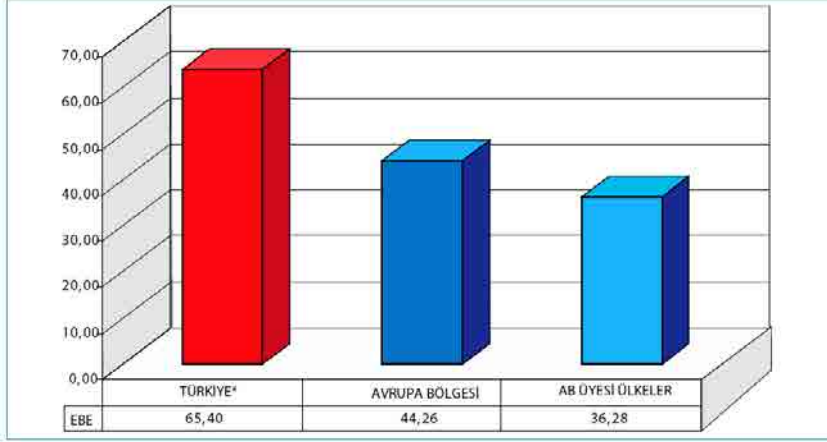
Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (1987-2006), ÖSYM Yayınları

Aktif Çalışan Ebelerin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008

Avrupa Ülkelerinde 100.000 Kişiyeye Düşen Ebe Sayıları



Kaynak: WHO/europe, European HFA Database, January 2007

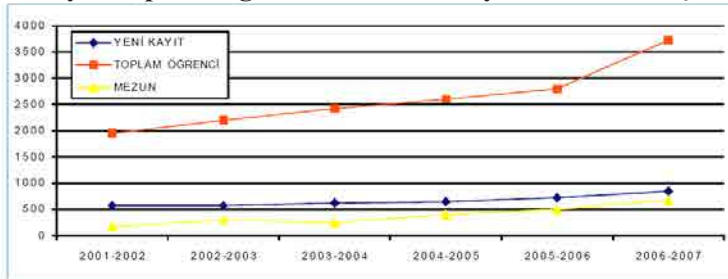
*Türkiye ile ilgili verilerde 01.03.2008 tarihli rakamlar esas alınmıştır.

Türkiye’de Yükseköğretim Düzeyinde Sağlık Memurluğu Eğitimi Gören Öğrencilerin Yıllara Göre Sayısal Dağılımı (2001-2007)

ÖĞRETİM YILI	ÖĞRENCİ SAYISI		
	YENİ KAYIT	TOPLAM ÖĞRENCİ	MEZUN
2001-2002	579	1948	186
2002-2003	581	2192	293
2003-2004	630	2421	257
2004-2005	648	2602	404
2005-2006	729	2811	504
2006-2007	851	3733	670

Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (2001-2007), ÖSYM Yayınları

Sağlık Memurluğu Alanında Yüksek Öğrenim Gören Öğrencilerle İlgili Yeni Kayıt, Toplam Öğrenci ve Mezun Sayılarındaki Gelişme



Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (2001-2007), ÖSYM Yayınları

Sağlık Meslek Liselerinin 1968 Yılından 2007 Yılına Kadar Verdiği Mezunların Yıllara ve Bölümlere Göre Sayısal Dağılımı

YILLAR	BÖLÜMLER											TOPLAM
	Ebe	Hemşire	Sağlık Memuru	Çevre Sağlığı Teknis-Yenliği	Radyoloji Teknis-Yenliği	Labora-Tuvaz Teknis-Yenliği	Ortopedi Teknis-Yenliği	Anestezi Teknis-Yenliği	Diş Teknis-Yenliği	İlk Yardım Teknis-Yenliği	Tıbbi Sekre-Terlik	
1968-1969	106	268	324	48	35	43	-	-	-	-	-	844
1969-1970	128	320	358	44	17	33	-	-	-	-	-	900
1970-1971	135	412	328	34	23	76	-	-	-	-	-	1008
1971-1972	174	598	311	41	29	32	-	-	-	-	-	1185
1972-1973	190	867	230	47	76	46	-	-	-	-	-	1406
1973-1974	207	980	226	46	22	64	-	-	-	-	-	1545
1974-1975	212	1136	161	72	37	80	-	-	-	-	-	1698
1975-1976	243	1145	143	70	44	110	-	-	-	-	-	1755
1976-1977	199	1085	154	79	36	84	-	-	-	-	-	1637
1977-1978	154	985	131	46	25	56	-	-	-	-	-	1397
1978-1979	241	1325	155	41	41	55	-	-	-	-	-	2068
1979-1980	343	2233	172	79	30	89	-	-	-	-	-	2946
1980-1981	407	2243	302	58	54	185	-	-	-	-	-	3249
1981-1982	765	2822	117	105	53	142	-	-	-	-	-	4004
1982-1983	998	2517	81	125	13	63	-	-	-	-	-	3797
1983-1984	1317	1001	56	36	28	35	-	-	-	-	-	2473
1984-1985	2290	1183	107	102	48	52	-	-	-	-	-	3782
1985-1986	1609	216	91	121	52	62	20	-	-	-	-	2671
1986-1987	3619	780	175	136	50	42	10	-	-	-	-	4812
1987-1988	1906	1207	371	207	83	140	-	28	-	-	-	3942
1988-1989	2310	1300	271	176	47	90	-	28	-	-	-	4172
1989-1990	2843	1422	267	152	92	128	-	33	-	-	-	4937
1990-1991	3191	1930	237	129	49	68	-	28	-	-	-	5632
1991-1992	2544	1602	272	199	81	120	-	34	43	-	-	4895
1992-1993	2128	3642	1526	122	49	53	19	21	32	-	-	7592
1993-1994	2836	6138	3894	21	245	367	-	38	12	-	-	13551
1994-1995	3069	6342	3895	76	181	345	20	25	11	-	-	13964
1995-1996	2144	6884	4518	108	138	251	-	12	45	-	-	14100
1996-1997	2770	8550	5052	190	136	229	12	47	46	-	-	17032
1997-1998	1918	5639	3169	108	68	158	5	-	61	-	529	11655
1998-1999	2243	5615	2587	87	74	260	46	68	33	-	1058	12071
1999-2000	706	236	227	1053	964	1227	72	811	198	4844	5406	15744
2000-2001	33	35	38	667	672	699	38	525	105	3503	3825	10140
2001-2002	10	1	254	823	632	596	54	416	183	4758	5346	13073
2002-2003	1	0	0	753	503	605	42	445	105	4201	3341	9996
2003-2004	0	0	1	327	504	592	39	400	74	3967	1737	7641
2004-2005	1539	896	124	195	124	236	14	372	31	2529	1201	7261
2005-2006	1921	1738	233	221	509	-	18	628	44	2578	1136	9026
2006-2007	1129	1927	199	153	324	345	25	423	52	1737	809	7123
TOPLAM	48578	77970	30757	7047	6138	7858	434	4382	1075	28117	24390	236746

Sağlık Alanında Yüksek Öğrenim Düzeyinde Öğrenim Gören Diğer Personelle İlgili Mezunlardaki Gelişme

BÖLÜMLER	ÖĞRETİM YILLARI					
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Tıbbi Laboratuvar (*)	861	1069	1193	906	1056	845
Radyoloji (*)	534	550	653	437	560	490
Anestezi (*)	339	415	378	313	271	224
Acil Bakım ve İlk Yardım(*)			67	90		0
Ambulans ve Acil Bakım					213	249
Ameliyathane					22	31
Ağız ve Diş Sağlığı		21		59	41	44
Diş Protez (*)		174		113	131	92
Cerrahi						10
Çocuk Gelişimi						
Diş Teknik Sekreterliği						
Elektronörofizyoloji					8	9
Elektrofizyoloji						
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	100	129	97		12	22
Hastane Yönetim ve Organizasyonu						59
Hidroterapi					18	33
Ortez Protez (*)	100	129	97	80	87	104
Radyoterapi	37	29	34	44	39	41
Optometri	53	86	78	110	101	96
Odyometri	79	106	72	75	87	102
Çevre Sağlığı (*)			67	53		31
İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği	12	19	32	39	30	75
İş ve Uğraşı Terapisi				11	14	16
Sağlık İdaresi			28	34	67	50
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik(*)	804	935	999	866	887	986
Biyomedikal					229	349
Optisyen/Gözlükçü						
Odyolog/ Odyometrist						
Dializ	24	29	33	33	36	33
Sağlık Teknolojisi	157	217				1
Tıbbi İstatistik ve Bilgisayar		28	70	82		
TOPLAM MEZUN SAYISI	3100	3936	3898	3345	3909	3992

Kaynak: Yükseköğretim İstatistikleri (2000-2006); ÖSYM Yayınları

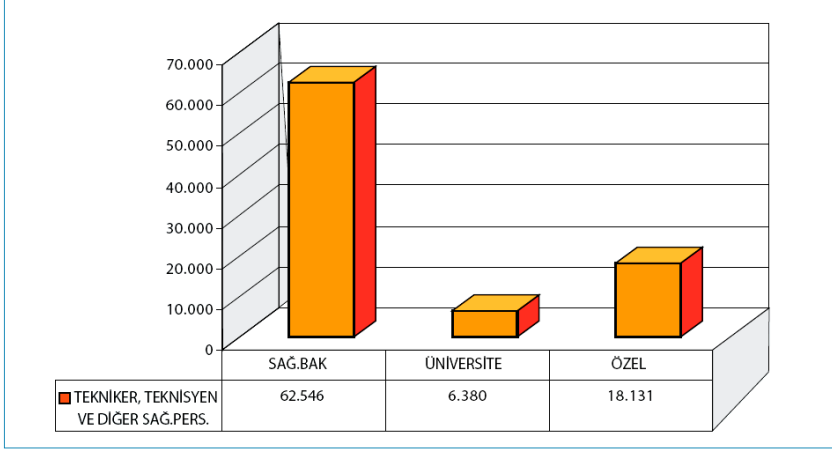
(*) Bu alanlarda sağlık meslek lisesi düzeyinde de eğitim verilmektedir.

Diğer Sağlık Personelinin Branşlar ve Kurumlar İtibariyle Sayısal Dağılımı

Branşlar		Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Yüzbin Kişiye Düşen Toplam
Tekniker	Odyometri Teknikeri	138	19	35	192	0,27
	İlk Ve Acil Yardım Teknikeri	1.069	46	397	1.512	2,14
	Laboratuvar Teknikeri	529	204	556	1.289	1,83
	Sağlık Teknikeri	690	894	170	1.754	2,48
	Toplam	2.426	1.163	1.158	4.747	6,72
Teknisyen	Ameliyat Teknisyeni	0	103	177	280	0,40
	Anestezi Teknisyeni	4.279	186	1.128	5.593	7,92
	Çevre Sağlığı Teknisyeni	3.172	17	23	3.212	4,55
	Diş Protez Teknisyeni	1.048	22	1.785	2.855	4,04
	Diş Teknisyeni	660	23	330	1.013	1,43
	Fizik Tedavi Teknisyeni	22	24	10	56	0,08
	İlk Ve Acil Yardım Teknisyeni	8.771	207	4.783	13.761	19,49
	Kalp Akciğer Pompa Çalışma Tek.	3	1	16	20	0,03
	Laboratuvar Teknisyeni	10.911	679	1.651	13.241	18,75
	Odyometri Teknisyeni	209	8	40	257	0,36
	Ortopedi Teknisyeni	185	15	85	285	0,40
	Patolojik Anatomi Teknisyeni	6	6	4	16	0,02
	Perfüzyonik Pompa Teknisyeni	0	15	35	50	0,07
	Protez Teknisyeni	12	7	21	40	0,06
	Röntgen Teknisyeni	7.984	686	1.524	10.194	14,44
	Sağlık Teknisyeni	138	1.277	1.019	2.434	3,45
	Toplam	37.400	3.276	12.631	53.307	75,51
Diğer Sağ. Pers.	Biyolog	622	491	409	1.522	2,16
	Çocuk Gelişimcisi	102	12	6	120	0,17
	Diyetisyen	564	185	443	1.192	1,69
	Fizikoterapist	7	5	29	41	0,06
	Fizyoterapist	669	205	804	1.678	2,38
	Hemşire Yrd.	11	120	32	163	0,23
	Odyolog	1	13	21	35	0,05
	Psikolog	641	93	261	995	1,41
	Sağlık Fizikçisi	16	17	2	35	0,05
	Sağlık Savaş Memuru	16	1	3	20	0,03
	Sitopatoloji	0	90	0	90	0,13
	Sosyal Çalışmacı	374	52	116	542	0,77
	Tıbbi Sekreter	3.748	542	998	5.288	7,49
	Tıbbi Teknolog	1.174	5	11	1.190	1,69
	Toplum Sağlığı Teknisyeni	14.765	100	1.122	15.987	22,64
	Veteriner	10	10	85	105	0,15
	Toplam	22.720	1.941	4.342	29.003	41,08
GENEL TOPLAM		62.546	6.380	18.131	87.057	123,31

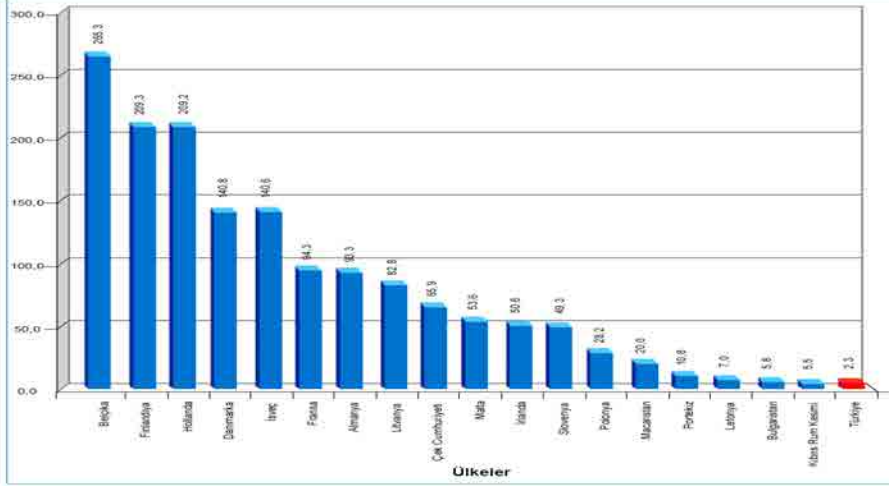
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008

Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni ve Diğer Sağlık Personelinin Kurumlar İtibariyle Sayısal Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008

Bazı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de 100.000 Kişiyi Düşen Fizyoterapist Sayıları



Kaynak: Eurostat, 2003 verileri; Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 01.03.2008

Ülkemizin geleceğe güvenle bakması için sağlık sektöründeki tüm paydaşların, akılcı insan gücü planlaması çalışmalarında bir araya gelerek ülke ihtiyaçlarını karşılayacak sorunlara çözüm olacak rasyonel bir planlama dokümanı ortaya çıkarmaları gerekmektedir.

Konuyla ilgili olarak atılacak adımların yıllar sonra sonuç vereceği de göz önünde bulundurularak en kısa sürede harekete geçilmesi gerekmektedir.



Sağlığı Geliştirme Açısından Toplumsal Kapasite Oluşturulması



Doç. Dr. Birgül PİYAL
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sağlık Eğitimi Bölümü

GİRİŞ

Öncelikle “sağlığı geliştirme” kavramının tanımı konusunda bir uzlaşma olmadığının ve toplum(communitiy)sözcüğünün de farklı anlamlarda kullanıldığının vurgulanması gerekir. Aile, işyeri, okul, kurum ve hatta devlet sözcüklerinin mantıklıca belirlenmiş sınırları vardır, “toplum” için böyle bir kesinlik yoktur. Sosyal teoride, bu terim bazen birey ile toplum arasındaki görece geniş aralığa düşen herhangi bir şeyi tanımlamak için kullanılır (Lyon, 1989). Bu tanımsal alan aileleri, arkadaşlık ağlarını, komşuları, politik bölünmeleri (kasaba, kent gibi), çıkar gruplarını ve resmi hükümet ve hükümet dışı kuruluşları kapsar. Daha da ötesinde toplum deneyimi insanların etkileştikleri fiziksel çevre ile ilgili olmaktan çok insanlar arasındaki ilişkilerin örüntüsü ve doğası ile ilgilidir (Lyon, 1989).

SAĞLIĞI GELİŞTİRME AÇISINDAN TOPLUMUN ÖNEM KAZANMASI

Sağlık sektöründe en azından yetmişli yıllarda “toplum” politika ve uygulama açısından önem kazandı. Alma Ata Bildirgesi, bir yerinde sağlık bakımında toplum katılımını “insanların sağlık bakımlarının planlanmasına ve uygulamasına bireysel ve toplu olarak katılma hakkı ve yükümlülüğü vardır” saptaması ile tartışır (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1978, p.20). Birinci dünya ülkelerinin çoğunda hükümetler (örneğin Lalonde, 1974) bu hakları ve yükümlülükleri sağlık bakımının yanında sağlığı biyotıp’tan ayırarak davranışsal risk etmenlerinin morbiditeye ve prematür mortaliteye etkisini de değerlendirerek genişlettiler. Bu raporlar kalp hastalıkları, kanser ve diğer kronik hastalıkların risk etmenlerini azaltmaya yönelik sosyal pazarlama, eğitim, toplumu harekete geçirme ve politika stratejileri de içeren çok sayıda topluma-

dayalı müdahaleye yol açtı. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi sağlığın öncelikle konut, ulaşım ve gıda dağılımını kapsayan sağlık-dışı politika alanlarından etkilendiği tartışması ile risk etmenleri zarfını genişletti (DSÖ, 1984). DSÖ, okullar, işyerleri ve hükümetler arasında optimal bir sağlık düzeyi için gerekli olan koşulların yaratılması ya da geliştirilmesi için bir intersektörel toplum kalkınması modeli çağrısı yaptı. Bu yaklaşım 1986'da DSÖ destekleyiciliğinde başlatılan, kapsamlı bir sağlık belirleyicileri temelinde yurttaşların ve yerel yönetimlerin planlama ve eylemleriyle şekillenen Sağlıklı Kentler Projesi için kavramsal temel oluşturdu (Ashton, Grey, & Barnard, 1986).

Ottawa Sözleşmesi'nin (DSÖ, 1986) 1986'da yayınlanması bir sağlığı geliştirme stratejisi olarak toplum kalkınmasının yasallığını daha da öteye götürdü. Ottawa Sözleşmesi, geleneksel halk sağlığı programlarında kullanılan, profesyonellerin girişimlerinden edilgin bir şekilde yararlanma anlamına gelen toplum katılımını reddeder (Terris, 1992). Kamu için, daha iyi sağlığı gerçekleştirmek açısından; sağlık öncelikleri belirlemede, karar oluşturmada, planlama stratejilerinde ve onları uygulamada toplumun tam ve etkili eylemi ile etkin bir işlev çağrısı yapar; "İnsanlar, sağlıklarını belirleyen bu konularda denetimi ele almadıkça gizil sağlıklarını tam olarak gerçekleştiremezler (DSÖ, 1986, p.1). Ottawa Sözleşmesi, katı tıbbi ve davranışsal sağlık belirleyicilerinden, psikolojik, sosyal, çevresel ve politik terimlerle tanımlanan sağlık belirleyicilerine doğru bir yol ayrımına işaret eder (Labonte, 1993a; Minkler, 1990). Toplumların denetim ve sahiplenmesi için kendi girişimlerini ve kaderlerini güçlendirmesi (DSÖ, 1986, p.ii) bu "yeni" sağlığı geliştirme çabalarının merkezinde yer alır ya da Minkler'in (1990) belirttiği gibi, ortak halk sağlığı sorunlarına yönelik olarak toplumları amaçlar belirlemede, kaynakları harekete geçirmede ve eylem planları geliştirmede destekleme sürecidir.

Baum (1990, 1993) sağlığı geliştirmenin, 1980'lerde kendini temelde bireyselliğe, ekonomik akılcılığa ve kapitalist ekonominin, devletin ve kısıtlılığa yol açan mesleklerin (Illich, 1975) üst-güç eğilimlerine karşı bir eleştiri olarak tanımladığını vurgular. Sağlığı geliştirme hem bir dizi programlı karışmadır; hem de toplumsal iyiliğe holistik, toplumcu yaklaşımlar öneren egemen karşıtı düşünyapıdır (ideolojidir) (Pederson & Signal, 1994). Aynı zamanda feminizm, çevrecilik, sosyal adalet ve ırkçılık karşıtlığı gibi toplumsal hareketlerin bilgi sorgulamalarına bir devlet yanıtıdır (Labonte, 1994; O'Neill & Pederson, 1994). Bu nedenle sağlığı geliştirmenin devlet yapısı içerisindeki primer yeri, aykırı düşünyapıları uygulamaya koymayı zora sokar (Stevenson & Burke, 1991). Olanaksız olmadığı halde (Labonte, 1996), zorluk-güçlük sorunsal olmayan "toplum"un kullanılmasıyla örtülür; saklanır.

Sağlığı geliştirme yaklaşımında "toplumları güçlendirme" ye yapılan vurgu (WHO, 1986, p.ii) ve uygulayıcıların devlet yapılanmasında, devlet sağlık kuruluşları içindeki primer yerleşimi uygulamayı temel bir soruya dönüştürür. Sağlığı geliştirme çalışanları tarafından uzlaştırılan hükümet sağlık kuruluşları ve toplum grupları arasındaki ilişkiler, en azından ilgili sağlık konuları açısından toplum grupları için nasıl daha güçlendirici hale getirilebilir? Güçlendirme, örneğin bireylerin, grupların, kurumların güçle ilişkilerinde bir yön değiştirme süreci deneyimi tanımlar (Labonte, 1996). Bu yön değiştirme bazı bakımlardan

psikolojiktir ve bir kişinin öz-yeterlilik ve öz-güvenindeki gelişmeleri ve benzerlerini içerir (Wallerstein, 1992). Bazı yönler ise; otoritenin, statünün, gönencin ve bireyler ve gruplar arasındaki etkinin dağılımında daha fazla hakkaniyet gibi; politikalarda, inançlarda ve siyasi yönetişimde daha geniş sosyal değişimleri tanımlar (Labonte, 1993a). Ancak diğer yönler grup dinamiklerine ve gelişmiş iletişim becerilerine, saygı göstermeye, çözümlemeye ve birlikte hareket etmeye ilişkindir (Wallerstein, 1992). Daha da ötesinde bu güçlendirme süreci hem kendi içinde sağlığı geliştirmedir ve grupların ve kurumların özgün sağlık sorunlarına karşı eyleme geçme yeterliliğini geliştirir (Labonte, 1993a; Wallerstein, 1992). Son olarak, Ottawa Sözleşmesi ile duyurulan savunulması gereken sağlık konularının kapsamı (barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, dengeli ekosistem, sosyal adalet, ve hakkaniyet gibi) daha önceki davranışsal terimlerle tanımlanan kısıtlı sağlık sorunlarına yönelik sağlığı geliştirme uygulamalarına meydan okur.

Günümüzde biri daha biyomedikal ve hastalık önleyici yaklaşım, diğeri daha olaybilimsel (fenomenolojik) ve toplumsal eleştirel sosyal-çevresel yaklaşım olmak üzere iki farklı toplum-uyumlu sağlığı geliştirme uygulaması vardır (Labonte, 1993a). Birinci durumda toplum sağlık davranışı modelleri alanı haline gelir. İkinci durumda, toplum daha geniş kamusal ve özel sosyoekonomik politikalara ve uygulamalara yönelen örgütlü çabaların odağı haline gelir. Hatta Sağlıklı Kentler/ Sağlıklı Toplumlar projelerini de kapsayan pek çok sağlığı geliştirme programı bu uygulamaların birine ya da her ikisine de uyum gösterme eğilimindedir. Bu farklılıklar Felix, Chavis, ve Florin (1989) tarafından “topluma-dayalı” ve “toplum kalkınması” olarak özetlenmiştir.

TOPLUMU ÖRGÜTLEME ÖRNEKLERİ

Toplumu örgütleme örneklerinden sosyal planlama (Rothman & Tropman, 1987); devletle toplum grupları arasındaki ilişkileri kaynak ve hizmet boyutunda tanımlar. Toplum üyelerinin birey olarak katılımını, aşağıdan–yukarı katılımından çok yukardan–aşağı danışmanlık olarak vurgular. Bu durumda toplum, insanların oluşturdukları kendi grup kimlikleriyle her zaman örtüşmeyebilen geniş demografik terimlerle belirtilir (yoksul, kadın, belli bir etnik–ırksal kökeni olanlar, sigara içenler, fit olmayanlar, gizli yüksek tansiyonlular, hatta bütün “toplum”). Hizmet sektörü terimlerinde toplumlar için genellikle sorunlar (konutsuzluk, sağlık bakımından yoksun olma, gıdasızlık gibi) ya da hastalığa–özgü terimler (kalp sağlığı, kanserin önlenmesi gibi- önceden topluma–dayalı programlama dediğimiz şeyler) kullanılır. Özel bir sorunun tanımlanması yaygın olgu toplamaya ve ağırlıklı olarak niteliksel verilerle yapılan resmi gereksinim değerlendirmesine dayalıdır. Aynı zamanda sosyal planlama modeli pazar ilişkileri sürecine yatkındır, pazar ilişkileri kalıbında olmaya eğilimlidir. Toplumun devlet öncülüğünde davranış değişikliği programlarına katılması, sorumluluk üstlenmesi beklendiği halde sivil toplum tüketen, devletse sunar. Toplum kalkındırmacılar sosyal pazarlamacılar, halkla ilişkiler görevlileri, ya da teknik uzmanlar gibi işleri tüketici tercihlerini kesinleştirmek ve tüketicinin yatırımının “karşılığını” garantilemek (Warner, 1989) olan farklı pazar çözümleyicileridir. Her şeyin ötesinde süreç profesyonel olarak ve bürokratik olarak yönlendirilme eğilimindedir (Fawcett ve ark., 1995; Rosenau, 1994).

Bu süreçte uygulayıcılar hizmet ve eğitim gereksinimlerini karşılamak için topluma hem içsel, hem de dışsal kaynakları harekete geçirmede geniş bir özel bilgi ve beceriler çeşitliliği ile teknik asistanlık yapar. Bu beceriler ve bilgi; bağış isteme, program planlaması ve yönetimi, bütçeleme ve muhasebe, dış kaynakların nereden ve nasıl toplanacağı bilgisi ve program değerlendirmesi ve onaylanmasını içerebilir. Toplum teorisyenleri bazen toplum grupları arasındaki yatay ve dikey ilişkilere değinirler (Lyon, 1989). Yatay ilişkiler daha çok sürece yönelik, içe dönük ve duygusal bağlara odaklı iken diğeri; daha göreve yönelik, dışa dönük ve dış çevrede yapılması gereken değişikliklere odaklıdır. Sosyal planlama gruplar ve kurumlar arasında dikey ilişkilere vurgu yapar.

Yöresel kalkınma modeli (Rothman & Tropman, 1987), kendi-kendine yardım ve arkadaşlık yardımı gibi idealize ya da romantize edilmiş toplumların uygulamalarını yapılandırır. Örneğin arkadaşlar birbirlerini destekler, yerel iş çevreleri toplum projelerini destekler. Bu modeli yürüten uygulayıcılar genelde paylaşılan sorunları olan insanlardan geniş bir kesimi bir araya getirmeye çalışırlar. Karar vermede uzlaşma yaklaşımlarına vurgu yaparlar ve güç kurumları arasında işbirliği ararlar. Ek olarak bu modelde görev alan uygulayıcılar yerel yerleşimleri kendilerini ilgilendirenleri ve bu sorunların üstesinden nasıl geleceklerini tanımlamaları için desteklerler. Grup oluşturma sürecinde uygulayıcı işlevi öncelikle yetişkin eğitimciliği ve grup yönlendiriciliğidir. Görev lideri, toplumun eyleme yönelik amaçlarını tanımlamada en önemli işlevi gerçekleştiren kişi, o bölgede yaşayan biri olmalıdır. Yöresel kalkınma modeli yatay ilişkiler oluşturulmasına vurgu yapar. İnsanlar bir ölçüde kendi sosyal destek sistemlerini ve kişiler arası ilişkilerini güçlendirerek, kendi güçlerine ilişkin büyük bir farkındalık kazanırlar (Wallerstein, 1992). Bazı Sağlıklı Kentler/ Sağlıklı Toplumlar uygulamaları açıkça ya da örtülü olarak yöresel kalkınma modeline bağlanmıştı; ancak pek çok toplum kalkındırmacı gibi, pek çok diğeri toplum geliştirmeden söz eder ama sosyal planlama modeli uygular.

Rothman ve Tropman (1987) toplumsal örgütlenmede sosyal eylem modeli için bir örgütlenme biçimi olarak çatışma ve karşı karşıya gelmeyi kullanır, sosyal güç ilişkilerinde sapmalarla tanımlanır vurgusu yaparlar. Bu model için çalışan uygulayıcılar genel olarak dışsal hedef eylemleri olarak görece güçlü özel ya da kamu kurumları adına belirli komşu yerleşimlerde daha küçük yerel toplum gruplarında çalışırlar. Bu model verili eşitsizlik koşullarına karşı ortak kavgalar yaratma yoluyla toplumları örgütler (Russell-Erich & Rivera, 1987). Bu konuların kendileri eşitsizlik ve güç boyutunda sıklıkla özgün, yerel ve ivedidir. Başka yazarlar sosyal eylem örgütlemesi açısından uygulayıcının sorumluluğunun toplum kalkınmasına politik bir bakış getirmesi ve yerel toplumlarda değişim için bir program başlatması ile bağlı olduğunu tartışırırlar (Örneğin; Mondros & Wilson, 1994; Russell-Erich & Rivera, 1987; Ward, 1987). İnsanların kendi yaşamlarına ve durumlarına ilişkin güçlü “geleneksel” bilgileri, örgütleyicilerin politik bilgisiyle birleştirilir (Kling & Posner, 1990). Bu modelde, devlet (toplum örgütleyicilerin en büyük işvereni olarak) daha temel ve paylaşılan bir gündem geliştirmek için toplum grupları ile pazarlık eder. Sosyal planlama modelinden farkı, devletin daha önceden belirlenmiş bir gündeme onları katmak yerine, toplum grupları ile gündem konusunda tartışmayı kabul etmesidir.

ÖRNEK OLAYLAR

Sosyal Planlama

Finlandiya, Kuzey Karelia Projesi. Stanford çalışmasıyla birlikte (Puska ve ark.). Kuzey Karelia Projesi, bilimsel bilginin ulusal ölçekte girişimlere uygulanması çabalarının öncüsü kabul edilir. Dünyanın kardiyovasküler hastalıklara (KVH) bağlı en yüksek hastalık ve ölüm hızlarına sahip oldukları belirlendiğinden, Fin hükümeti hareket etmesi için yurttaşlar tarafından zorlandı ve Kuzey Karelia Projesi 1971’de başladı. Puska ve arkadaşları (1985) projenin araştırma girişimi olarak başlamadığını, “yarı deneysel düzenekte” topluma dayalı bir program olduğunu bildirmektedirler. Özgün amaçlar sigara içme, serum kolesterolü ve kan basıncı gibi risk etmenlerini azaltarak kalp hastalıklarının hem önlenmesi hem de tedavisi idi. Koruyucu hizmetlerle birlikte stratejiler eğitim, davranış değişikliği programları, beceri eğitimi, sosyal destek, çevresel değişiklik ve “toplum örgütlenmesi” (bu durumda toplum örgütlenmesi yerel resmi olmayan liderlerin diğerleri için rol model olarak davrandığı hafta sonu eğitimleri oluşturulması, olarak rapor edilmektedir) (McAlister, Puska, Salonen, Tuomilehto, & Koskela, 1982). Toplumu harekete geçirme programı toplumsal pişirme dersleri ve akşam yemekleri, kalp için sağlıklı gıdalara daha fazla erişim, broşür dağıtılması, ve poster kampanyaları (Farquhar ve ark., 1977; McAlister ve ark., 1982). Sonrasında on yıllık değerlendirme kadınlar da benzer eğrilerle erkekler arasında KVH için temel biyolojik risk etmenlerinde esaslı azalma gösterdi (Puska ve ark., 1985).

Kuzey Karelia Projesinin araştırma bileşeni “birleştirici bir teorinin olmaması” nedeniyle hüsrana uğramış program planlayıcılarına/uygulayıcılarına bir katkı yapmak niyetiyle oluşturulmuştu (Puska ve ark., 1985, p. 158). Ancak, araştırmacılar değişimin neden ya da nasıl olduğunu söyleyemediler; yalnızca değişim olduğunu söyleyebildiler (Puska ve ark., 1985). Sağlıktaki değişimlerin artan sağlık bilgisi ya da tutum değişikliğine bağlı olacağı öngörülerinin tersine proje değişimin toplum örgütlenmesi ile birlikte olduğunu bulmuştur. Davranış değişikliğine yönelik başarılı ikna ve eğitim olgularında anahtar bileşenin içerikten çok bilgi kaynağının inandırıcılığı olduğu bulundu (Puska ve ark., 1985). Bu bulgu araştırmacıları, Kuzey Karelia modelinin geniş bir biçimde yaygınlaştırılmasının gerçekleştirilmesinde yerel kültürel engellerin ele alınması gerektiği yorumuna götürdü (Shea & Basch, 1990a, 1990b). Değişimi etkileyen sosyal etmenlerin yerel doğasının önemi aynı zamanda klasik sosyal planlama modeli bir gündem dayattığında (tartışmak, pazarlık etmek yerine) yerel ince ayrımlara duyarlı olmaması ve mizacı, güç eşitsizliğini artırabilir ve sağlığı geliştirmecilerle hizmet sunulan gruplar arasında gerilime yol açabilir.

Kuzey Karelia modeli o zamandan bu yana uluslararası ölçekte yeniden uygulanmıştır; çoğaltılmıştır (Örneğin, Minnesota, Stanford ve Pawtucket; Shea & Basch, 1990a, 1990b) ve sağlığı geliştirme uygulamasında, toplumun harekete geçirilmesi kavrayışına genellenmiştir (Kanada Sağlık ve Gönenc, 1992). Birleşik Devletler ve Kanada’daki uluslararası kalp sağlığı programları, TSYPE (Toplum Sağlığına Yönelik Planlı Eylem) programları ve dünyanın değişik yerlerindeki, çeşitli sigara karşıtı ve kronik hastalıkları önleme programları toplum örgütlenmesi açısından sosyal planlamaya benzer kabullerle yaklaşır.

Bunlar arasında epidemiyolojik ya da risk etmeni araştırması verilerine dayalı ölçülebilir hedefler ve “kanıta-dayalı” sağlık önceliklerine ilişkin eylemleri planlamak ve uygulamak için geniş toplum /kurum koalisyonu oluşturulması vardır. Bu tür toplum sağlığı geliştirme uygulamalarının yönetimi açısından önemli pratik sorunlar olduğu halde (Francisco, Paine, & Fawcett, 1993) bu yaklaşıma ilgi “önemli” sağlık sorunları ve bunların toplum/kurum güç ilişkilerine etkisi açısından dır.

Birincisi, araştırma verilerinin güvenilirliği (reliance), hangi sağlık konuları ya da alanları çalışılacak (ve nasıl) tartışmasına toplum üyelerinin baştan katılmamasına ilişkin eleştirel tartışma, öncelikle sağlık kuruluşlarının belirlediklerinin önemli sağlık konusu olarak tanımlanması (Labonte & Robertson, 1996). Bu konular genellikle sağlık davranışı terimleriyle tanımlanır ve Ottawa Sözleşmesi ile belirlenen daha derin-geniş sağlık belirleyicileri ile ya çok az ilişkilidir ya da hiç ilişkili değildir. Bu davranışsal konular toplum üyeleri tarafından paylaşıldığında bu durum bir uygulama ya da güç sorunu oluşturmaz; Kuzey Karelia olgusu belki de böyle idi. Ancak Kuzey Karelia modelinin yeniden uygulandığı toplumların pek çoğunda durum böyle değildir (Goodman, Stecker, Hoover, & Schwartz, 1993; Labonte, 1995; Poland, Taylor, Eyles, & White, 1995). İkincisi, güç, yurttaşlar ve toplum grupları yerine daha çok sağlık profesyonelleri ve kurumlarında kalır. Sağlığı geliştirmeciler bazı program stratejilerini seçip katılmaları için (genellikle küçük bağışlarla) destekleyerek toplum üyelerini programa “katmaya” ve programı sahiplendirmeye çabalarlar. Bazı durumlarda teknik olarak karmaşık gereksinim belirleme araştırmaları sağlık profesyonellerinin uzmanlığını ve otoritesini güçlendirerek toplum üyelerini bastırır (Goodman ve ark., 1993). Bu tür araştırmalar aynı zamanda toplum katılımcılarını kötü konut, ırkçılık, ya da şiddetin sağlık etkilerine ilişkin konuların, “görüş”, araştırma bulgularının dökümanete ettiği sağlık davranışları ve hastalık hızlarının “gerçekler” olduğuna ikna etmek için kullanılır. Kalp ya da kanser vakıfları, akciğer dernekleri gibi diğer sağlık kurumlarından gönüllülere toplumdan katılımının sıklıkla az olması şaşırtıcı değildir.

İnsanlar bazı hastalıkların bazı komşu yerleşimlerde ya da grup üyelerinde etkilerini kavramayabildiği halde ve Kuzey Karelia’da görüldüğü gibi, yoksulluk, işsizlik, ilaçlar, şiddet, ırkçılık ve benzerlerinin daha önemli-öncelikli ve sistemik sağlık sorunları olabildiği bilgisi bir “uyandırma çağrısı” işlevi görebilir. Toplum liderlerini kalp hastalıkları ya da kanseri önleme etrafında harekete geçirmeye çabalama bu konuları toplum liderlerinin “gündeminde”(Shea, Basch, Lantigua, & Wechsler, 1992) üst sıraya taşıma, (sağlık kurumlarının yasal sağlık konuları kabul etmeleri ve liderlerin ilgilerini daha çok sağlıksız yaşam koşullarının altta yatan nedenlerine çekmeleri söz konusu olmadığında) politik örgütlenmenin yerel formlarını güçsüzeleştirebilir (Labonte & Robertson, 1996). Sosyal planlama /topluma-dayalı yaklaşımda karşılaşılan bu sorunlarla başa çıkılabilir; ancak bunun için sağlığı geliştirmecilerin ve onların kurumlarının hastalık önleme/risk etmeni “kulelerinden” çıkmaları, toplum çalışmasına başlamaları, katılımcılar için önemli olan diğer toplumsal konularda eylemleri desteklemek için esnekliği ve isteği geliştirmeleri gerekir. Bu aslında, araştırma bilgilerine yeni yaklaşımlarla bakmayı kabul etmeyi gerektirir (örneğin; katılım eylemi

araştırması) ve projenin finansmanında toplum gruplarının sorumluluk üstleniş biçimi açısından daha esnek olması (Labonte & Robertson, 1996).

Yöresel Kalkınma Modeli

Tenderloin Yaşlı Örgütlenme Projesi (TYÖP): San Francisco'nun Tenderloin bölgesinin bu projesi toplum sağlığını geliştirmede genellikle çok sık atıfta bulunulan bir yöresel kalkınma yaklaşımıdır. Minkler (1990), üç toplum örgütlenmesi modelinin değişik yanlarının projeyi etkilediğini ve farklı zamanlarda dinamiklerini tanımladığını belirttiği halde; özgün bir çevreden köken alması ve yerel gündem oluşturmaya ve karar vermeye yaptığı vurgu karakteristik ideal yöresel kalkınma örneğidir. Bölgedeki tek odalı otellerde yaşayan düşük gelirli yaşlı nüfusun sağlıklarının kötü olduğunu, sosyal yalıtımlarını ve güçsüzlüklerini kavrayarak, bir grup sağlık eğitimci ve gönüllü yüksek lisans öğrencileri yaşlıların yaşadıkları yerler arasında bir sosyal destek ve sosyal eylem iklimi geliştirmeye çalıştılar (Minkler, 1990). Örgütleyenler öncülük ettikleri ve ayrıntılı olarak belirtilmiş amaçlar olduğu halde (sağlığı geliştirmeye yöresel kalkınma yaklaşımlarında sıklıkla sağlık konuları etrafında gruplar kendiliğinden örgütlenirler) bu yaklaşımı sosyal planlama modelinden ayıran, örgütleyenlerin gündemlerini yerel toplum üyelerine uyarılma ve onlarla irdeleme çabalarıdır. Bu insanlar artık "hedef gruplar" değildirler, az ya da çok sistematik olarak politik güce katılırlar. TYÖP'nin iki temel amacı: Sosyal yalıtımı azaltarak ve uygun sağlık eğitimini diyalog ve katılımı kolaylaştırarak sunma yoluyla fiziksel ve mental sağlığı geliştirmektir. Bu süreçte o bölgede yaşayanlar ortak sorunları saptamak ve paylaşılan sorunlara ve konulara çözüm aramak için birlikte çalışmak için güçlendirilirler (Minkler, 1990, p.275).

Gönüllü öğrenciler bir otelde başladılar ve haftada bir toplanan bir çekirdek grup oluşturarak otelde yaşayanların karşılıklı etkileşimini artırdılar. Güven ve ilişki geliştikçe grup üyeleri suç, yalnızlık, kira artışları ve güçsüzlük gibi konular üzerinde tartışmaya başladılar. Öğrenciler Freirian'ın sorun-oluşturma yöntemlerini, sağlık eğitimi yöntemlerini ve Alinsky'nin verili koşulları yeterli bulmama ve kızgınlığı eyleme yöneltme yöntemlerini kullandılar. Sosyal destek teorisi sosyal gereksinimlere yönelik sosyal etkileşim olanaklarını geliştirdi (Minkler, 1990). Sonradan benzer tekniklerin kullanılması ile yedi grup daha oluşturuldu. Gruplar geliştikçe ortak sorunlar için diğer gruplarla birlikte çalışmak istediler. Böylece bir koalisyon oluşturuldu ve üyeler 48 komşu yerleşimdeki işletme ve kuruluşların acil durumlarda yaşlıların yaşadığı yerlere yardım etmeyi önerdiği Güvenli Ev Projesini geliştirdiler. Koalisyonun diğer etkinlikleri; seçim yılında belediye başkanına bölgede polis sayısının artırılması, küçük bakkalların açılması, ortak kahvaltı programı, yemek salonun yenilenmesi, liderlik eğitimi kursları için lobi yapmayı da kapsıyordu.

Büyük ve Küçük İçin Öğüt (BKÖ): Bu proje bir grup yalıtılmış annenin Toronto'da başlattığı çok kültürlü konut projesidir. BKÖ, kendilerinin ve diğer annelerin yalıtılmışlığını azaltarak çocuk istismarı riskini en aza indirebileceklerini kendi aralarındaki tartışmalar yoluyla kavrayan anneler tarafından geliştirilmiştir. Hiç profesyonel destek alınmadı denilemese de çok az profesyonel destek kabul edilmiştir. Ekonomik olarak hükümetçe desteklenmiştir. Anneler ev-ziyaretçisi

olarak eğitilmişlerdir. Ebeveynden-ebeveyne yardım yaklaşımı temeldir. Daha eşitlikçi, yatay bir çalışmadır.

Sosyal Eylem

Daha önce de belirtildiği gibi sağlığı geliştirmede sosyal eylem, devlet politikalarını ve uygulamalarını hedefler. Kanada, Ontario, Toronto’da, toplum tarafından yürütülen evsiz ya da uygun konutu olmayanlara birinci basamak sağlık hizmeti sunan “Sokak Sağlığı” projesinin sosyal eylem yaklaşımı vardır. Öncelikle uygun konutu olmayanlara yönelik ayrımcı ve güçsüzleştirici sağlık bakımı uygulamalarına karşı geliştirilmiştir.

TARTIŞMA: GÜÇ VE UYGULAMA

Sağlığı geliştirmenin iki ideal biçiminin topluma-dayalı ve toplum kalkınması olduğu ve toplumsal örgütlemenin sosyal planlama, yöresel kalkınma ve sosyal eylem olmak üzere üç modeli olduğu bir kez daha belirtilebilir. Toronto Halk Sağlığı Bölümünün ayrıntılı olgu-çalışması, toplum kalkınması sağlığı geliştirme etkinlikleri açısından gerekli mesleksi ve kurumsal nitelikleri aşağıdaki gibi sıralamaktadır:

- İletişim, sosyal çözümleme ve eleştirel düşünme becerileri olan uygulayıcılar,
- Destekleyici meslektaş ilişkileri ve kurumsal normlar,
- Toplum-kalkınması yönelimli yöneticiler,
- Güç veren kurum içi politikalar,
- Kapsayıcı ve yasal bir söylem.

SONUÇ

Bir sağlığı geliştirme ortamı olarak toplum, sağlığı hem belirleyen, hem de geliştiren bir dizi karmaşık ilişki içermektedir. Bir toplum yerleşiminde uygulama hem sağlığın belirleyicilerine, hem de meslek / kurum ve birey / toplum gruplarına ilişkin güç dengesizlikleri ve eşitlik konularıyla karşılaşacaktır.

Günümüzde “gönenc devleti” neoliberal ve neokonservatif bir saldırı ve küçülme döneminde olduğu halde, yakın gelecekte ortadan kaybolmayacaktır; güçlü olmayı ve pek çok insana güç-aktarmayı sürdürecektir. Bu güç-aktarıcı işlev, toplumu sağlığı geliştiren bir ortam olarak görmenin özünü oluşturmaktadır.

Temel koruma yaklaşımını merkeze almayan sağlığı geliştirme uygulamalarının etkilerinin sınırlı olduğu anımsanmalıdır. Toplumsal kapasite oluşturulması çabalarında Ottawa Sözleşmesi’nin bir sağlığı geliştirme stratejisi olarak toplum kalkınmasının yasallığını pekiştirdiği iyi kavranmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1) Boutilier, M., Cleverly, S., Labonte, R.: Community as a Setting for Health Promotion: Poland, B.D., Green, L.W., Rootman, I.: Settings for Health Promotion, Linking Theory and Practice. Sage Publications 2000.
- 2) Bunton, R., Nettleton, S., Burrows, R.: The Sociology of Health Promotion, Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk. Routledge 1995.
- 3) Baric, L. : Health Promotion and Health Education in Practice, Module 2, The Organizational Model. Barns Publications 1994.



Sağlığın Geliştirilmesi Çalışmalarının Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu

Prof. Dr. Zafer ÖZTEK
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D.



GİRİŞ

Sağlık yaşamın bir amacı değil, kişilerin fiziksel ve ruhsal kapasitelerinin gelişmesine katkı yapan, onların özlem ve arzularını gerçekleştirmeleri ve mutlu olabilmeleri için gereken bir koşuldur. Sağlık olmadan mutluluk olamaz. Sağlık, kişiler ve toplumlar için çok değerlidir ve toplumların mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine erişebilmeleri yaşamı kolaylaştıracak, güzelleştirecek ve anlamlı yapacaktır. O halde, sağlık yaşamın bir amacı değildir, ama, sağlıklı olma ve sağlığın geliştirilmesi yaşamın vazgeçilemez öğelerinin başında gelir. Bu husus, hem “herkese sağlık” (*health for all*) hem de “temel sağlık hizmetleri” (*primary health care*) kavramlarında açıkça ifade edilmiştir.

Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi (Almaty, 1978), “sağlığın geliştirilmesi” için hükümetlere, sivil toplum kuruluşlarına ve uluslar arası kuruluşlara sorumluluklar düştüğünü belirtmektedir. Bu çerçevede ve Dünya Sağlık Örgütü’nün önderliğinde 1986 yılında Ottawa’da toplanan “Birinci Uluslar Arası Sağlığı Geliştirme Konferansı”nda bu konu bütün yönleri ile ele alınmış ve bazı ilkeler belirlenmiştir.

Ottawa Bildirge’sinde sağlığın geliştirilmesi (*health promotion*), “toplumların kendi sağlıklarını bozan faktörleri kontrol edebilmeleri ve böylece gerçekleştirilen sağlık düzeylerini iyileştirici eylemlerin tümü” olarak ifade edilmiştir. Sağlığın geliştirilmesi, sağlığın ötesinde bir kavramdır. Sağlığı etkileyen faktörler çok ve çeşitli oldukları için, sağlığı geliştirmeye yönelik stratejiler ve eylemler de çok ve çeşitlidir. O nedenle, sağlığın geliştirilmesi konusu, yalnızca sağlık sektörünü değil, birçok sektörü ilgilendirir.

Sağlığın Geliştirilmesinde Temel İlkeler

Sağlığın geliştirilmesindeki temel ilke, toplumların kendi sağlıklarından sorumlu olmaları için gereken kapasiteye ve güce sahip olduklarını kabul etmek ve onlara sağlığın gelişmesi için yapılacak işleri düzenleyip kontrol edebilmeleri için gerekli ortamı hazırlamaktır. Bunun yolu, toplumun sağlık hizmetlerinin planlanmasına ve yürütülmesine fikren ve uygulayıcı olarak katılmalarını sağlamaktır.

Sağlığın geliştirilmesindeki bir diğer ilke, sağlık hizmetlerinin yalnızca tedavi hizmetleri olmadığını, sağlığın çok daha geniş bir alanı kapsadığıdır. Bu görüşten hareketle, sağlığı geliştirme çalışmalarında kişilerin sosyal çevrelerine yönelik iyileştirici eylemler öncelik alır. Çevre, sağlığı olumlu yönde etkileyecek biçimde geliştirilmelidir.

Sağlığın geliştirilmesinde sosyal eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve sektörler arası işbirliği de önemli ilkelerdendir. Toplumdaki herkes, sağlıklı bir çevre içinde yaşamaya ve çalışma hakkına sahip olmalıdır. Bireylerin bu haklara eşit derecede sahip olmadıkları toplumlarda sağlığın geliştirilmesi çalışmalarından söz edilemez. Bunu sağlamak, bir çok sektörün ortak çabaları ile olabilir.

Sağlığın Geliştirilmesinde Yaklaşımlar

Sağlığı geliştirilmesinde üç yaklaşımdan söz edilebilir:

Tıbbi yaklaşım: Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici (rehabilitasyon) hizmetlerden oluşur. Kuşkusuz, bu hizmetlerin verilmesi toplumun sağlık düzeyinin gelişmesine katkı yapar. Özellikle, birincil, ikincil ve üçüncül koruyucu hizmetlerin başarısı toplumların yaşam kalitelerini yükseltir; yaşam süresini uzatır. Bu yönüyle koruyucu hizmetler sağlığı geliştirici işlerdendir. Ancak, sağlığı geliştirme kavramı koruyucu hizmetlerin ötesinde bir anlayıştır. Burada esas olan nokta, sağlık hizmetlerini verirken yukarıda açıklanan temel ilkere uyulmasıdır. Yani, kişiler ve toplum kendi sağlıklarına sahip çıkmalı, bu konuda yapılması gerekenleri kontrol edebilmeli ve böylece kendilerinin en değerli varlığı olan sağlıkları konusunda başkalarına bağımlı olmaktan çıkmalıdır. Bu noktada sağlık çalışanlarına düşen sorumluluk ve görev, sağlık eğitimi yolu ile kişileri kendi sağlıklarından sorumlu olacak (*self responsibility*) şekilde bilinçlendirmek, öz bakım (*self care*) konusunda eğitmek, kişileri (sağlam ve hasta) sosyal çevreleri ile bir bütün olarak ele almak ve onları bu çevrenin iyileşmesi yönünde güdüleyerek kendi sağlıklarına olan olumsuzlukları yok etmelerine destek vermektir.

Yaşam tarzı / davranışsal yaklaşım: 1950’li yıllardan başlayarak yapılan epidemiyolojik araştırmalar bazı hastalıkların temelinde kişilerin yaşam tarzların bulunduğunu kanıtladı. Bunlar arasında tütün ve alkol kullanımı, yüksek yağlı diyet alışkanlığı ve yetersiz fizik aktivite başta geliyordu. Bu davranışlar kişilerin kendi tercihleri idi ve bu faktörlerin sağlık üzerine olan olumsuz etkileri de ancak

kişilerin tercihlerini değiştirmeleri ile sağlanabilirdi. Bu yaklaşım özellikle 1970’li yıllarda güç kazandı. Böylece, özellikle bazı kronik hastalıklar için yüksek risk niteliğindeki bu davranışların değiştirilmesi yönünde programlar başlatıldı. Bu programlara, söz konusu hastalıkların tedavilerinin yüksek maliyetli olmaları nedeniyle ekonomistler de destek verdiler. Bu programların temel ilkesi, tek tek kişilerin bu davranışlarını değiştirmeleri değil, bu davranışların toplumun tümü tarafından benimsenen bir yaşam tarzı olmasına çalışmaktır. Yani, kişisel yaklaşımdan çok toplumsal yaklaşım gerekir. Söz gelimi, “sağlığın geliştirilmesi” yaklaşımına göre sigara içen bir kişinin sigarayı bırakması için çabalamak yetmez; o toplumun sigara içmeye karşı tutum almasının sağlanması ve normal sosyal davranışın sigara içmemek olduğunun benimsetilmesi gerekir. Bu programlar içinde bir çok sektörünün ve meslek grubunun rolü vardır. Bunlar arasında sağlık çalışanlarının rolü yadsınamayacak kadar önemlidir.

Sosyal çevre yaklaşımı: Toplumların tam iyilik halinde olabilmeleri bazı koşulların ve kaynakların var olmasına bağlıdır. Sağlığın geliştirilmesinin önkoşulları ve hatta amacı da bu faktörlerin var edilmesi ve iyileştirilmesidir. Ottawa Bildirgesi’ne göre sağlığın önkoşulları şunlardır: Barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, sürekli bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyet.

Görüldüğü gibi, bu faktörlerin çoğu, sağlık sektörü dışında kalan sektörlerin ilgi alanlarına girmektedir. Barışı sağlamak, dengeli ve hakça bir gelir dağılımını gerçekleştirmek, toplumun, özellikle kadınların eğitim düzeylerini yükseltmek, ekosistemi korumak gibi işler bir çok sektörün ortaklaşa başatabilecekleri hedeflerdir.

Sağlığın Geliştirilmesinde Stratejiler

Yukarıda belirtilen yaklaşımların uygulanmasında izlenecek stratejiler toplumların sosyal, kültürel, ekonomik, coğrafik ve hizmet örgütlenmelerine göre farklılıklar gösterir. Dolayısıyla, her ülke ve toplum başarıya ulaşmak için farklı yollar izleyebilir. Ancak, uygulamadaki farklılıklar biryana bırakılırsa, sağlığın geliştirilmesi çerçevesinde bütün toplumlarda uygulanacak ortak stratejiler şunlar olabilir:

Sağlık eğitimi: Sağlığı geliştirme çalışmalarında davranışların olumlu hale getirilmesi bu davranışların toplum tarafından benimsenip süreklilik kazanması esas stratejidir.

Sosyal pazarlama: Toplumların davranışlarını değiştirmede çok önemli bir strateji o toplumun kültürüne uygun bir şekilde yürütülen “sosyal pazarlama” çalışmalarıdır. Bu strateji, politikacılardan, medya kuruluşlarına kadar birçok kişi ve sektörün işbirliğini gerektirir.

Müdahale çalışmaları: Toplumlara yeni davranışlar kazandırmanın etkili yollarından birisi onlara örnek modeller sunmaktır. Örneğin, sigarayı bırakabileceklerini kanıtlayan bir müdahale çalışması sigarasız yaşam davranışışı için önemli bir örnek olabilir.

Yardımlaşma (*Self help and mutual aid*) : Toplumun kendi sorunlarına sahip çıkmasını teşvik etmenin bir yolu, sorunları yaşamış olan kişilerin bu deneyimlerini toplumun diğer bireyleri ile paylaşmaları ve onları olumlu davranışlar için etkilemeleridir. Bir zamanlar alkol bağımlısı olan kişilerin bu deneyimlerini ve yaşadıkları sorunları topluma aktarmaları bu stratejiye güzel bir örnektir.

Öz bakım: Öz bakım, kişilerin kendi sağlıklarını ve ailelerinin sağlığını geliştirmek için kendi kararlarını verip kendi yollarını bulmalarıdır. Bu stratejideki temel ilke, kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarıdır. Elbette, kişiler bu kararlarını verirken, sağlık eğitimi programlarından, çevrelerindeki kişilerin tutumlarından ve sağlık çalışanlarının hizmetlerinden etkilenirler (kültürlenme).

Destekleyici politikalar: Sağlığı geliştirme çalışmaları örgütlenme, vergilendirme, gelir dağılımının iyileştirilmesi, barınma, eğitim, ekosistemin korunması gibi alanlarda hükümetlerin çıkartacakları mevzuatla desteklenmelidir.

Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Sektörü

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları içinde yer alan bir çok eylem ya doğrudan sağlık sektörü tarafından yapılacak işlerdir ya da sağlık sektörü bu işlerin gerçekleştirilmesinde dolaylı olarak katkı yapar. O nedenle, sağlığın geliştirilmesindeki asıl pay ve sorumluluk sağlık sektöründedir. Zaten, sağlığın geliştirilmesi kavramı da sağlık sektörü tarafından öngörülmüş ve savunulmuş bir kavramdır. Bu nedenle, sorulması gereken daha önemli soru, sağlığın geliştirilmesi çalışmalarının diğer sektörlerin çalışmalarına nasıl entegre edilmesi gerektiği olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin her kademesine ve her sağlık kuruluşuna sağlığın geliştirilmesine yönelik sorumluluklar düşer. Bu sorumluluklar ve işler arasında mevzuat hazırlanması, personelin sağlığın geliştirilmesi yönünde eğitilmeleri (mezuniyet öncesi ve hizmet içi), halkın sağlık eğitimi, müdahale çalışmaları ve özellikle toplumun sağlık hizmetlerine katılmalarının sağlanması gibi işler sayılabilir.

Sağlık sektörü, doğrudan yapacağı bu işler yanı sıra, toplum kalkınmasında rol alma, sağlıklı kentelerin oluşturulmasına katkı, okul çevrelerinin sağlığı geliştirme ilkelerine uygun duruma getirilmesinde eğitim sektörünü destekleme, endüstriyel ürünlerin sağlığa uygun olmalarının denetimi, diğer sektörlerle danışmanlık ve rehberlik gibi dolaylı hizmetler ile de sağlığın gelişmesi çalışmalarına katkıda bulunabilir.

Sağlık hizmetleri o biçimde örgütlenmeli ve verilmelidir ki, sağlığın geliştirilmesine yönelik çalışmalar sağlık hizmetlerin bütününe entegre edilmiş ve günlük hizmetlerin bir parçası olmuş olmalıdır. Bu entegrasyon o şekilde olmalıdır ki, sağlığın geliştirilmesine yönelik çalışmalar sağlık hizmetleri

içinde fark edilmemeli; sırtıtmamalıdır. Sağlık çalışanları bu işleri kendilerinin doğal görevleri içinde algılamış olmalı ve bu türlü davranmayı mesleklerinin bir gereği olarak görmelidirler. Çünkü, sağlığın geliştirilmesi kavramı zaten sağlık kavramının da içinde yer alır ve sağlık hizmetlerinin başlıca amaçlarındandır. Bunun iki güzel kanıtı “halk sağlığı” ve “temel sağlık hizmetleri”nin tanımlarıdır:

Halk sağlığı: Toplumun örgütlü çabaları yoluyla sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme ve yaşamı uzatma bilim sanatı.

Temel sağlık hizmetleri: Bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmeti.

Türkiye’de Durum

Ülkemizde, sağlığın geliştirilmesi konusundaki çalışmaların 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile başladığını söylemek gerekir. Bu Kanun, “herkese sağlık” ve “temel sağlık hizmetleri” kavramlarının ortaya atılışından 17 yıl önce ve Ottawa Bildirgesinden 25 yıl önce, sağlığın geliştirilmesine ilişkin bir çok ilkeyi ülkemizde uygulanmaya koymuştur. Bunlar arasında, sağlığın geliştirilmesi kavramının en temel ilkesi olan “halkın katılımı” (*community participation*) ilkesi de vardır. Bu Kanuna göre, 1969 yılında Sağlık Ocakları Sağlık Kurulları Yönetmeliği çıkartılmıştı. Bu Yönetmelik, her sağlık ocağı bölgesinde toplum liderlerinin yer aldığı kurulların o bölgedeki sağlık hizmetlerinin planlamasını ve hatta yönetmesini öngörmektedir. Bu Yönetmelik halen yürürlükte olmakla birlikte, ne yazık ki, yaşama geçirilememiştir.

Son zamanlarda sağlığı geliştirme konusunda olumlu girişimler olmuştur. Bir çok sivil toplum kuruluşu sağlığın geliştirilmesine yönelik programlar geliştirmiş ve uygulamaya koymuştur. Bunlar arasında, kazaların önlenmesine, sağlıklı beslenme davranışı kazandırılmasına, sporun yaygınlaştırılmasına dair girişimler sayılabilir. Ülkemizde sağlığı geliştirme çalışmalarına çok güzel örneklerden birisi de tütün ve tütün mamüllerinin kontrolüne yönelik mevzuat çalışmaları olmuştur. Bu çalışmalar sonunda ülkemizde tütün kullanımının azaldığı ve toplumun tütün kullanıma karşı duyarlı hale geldiği söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Primary Health Care – Report of the International Conference on Primary Health Care, World Health Organization, Geneva, 1978.
2. Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1.
3. Birse, E., Rootman I. Implications of Health Promotion for Integrated Health Systems, Leadership in Health Services, Vol. 12, No. 1, p. 1-5, 1999.
4. A Guide to Developing Health Promotion Programmes in Primary Health Care Settings, Ministry of Health, Wellington, New Zealand, 2003.



Sağlığın Teşviki İçin Sürdürülebilir Finansman Konusu Ve Sorunları

Prof. Dr. Mehtap TATAR

*Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık
İdaresi Bölümü*

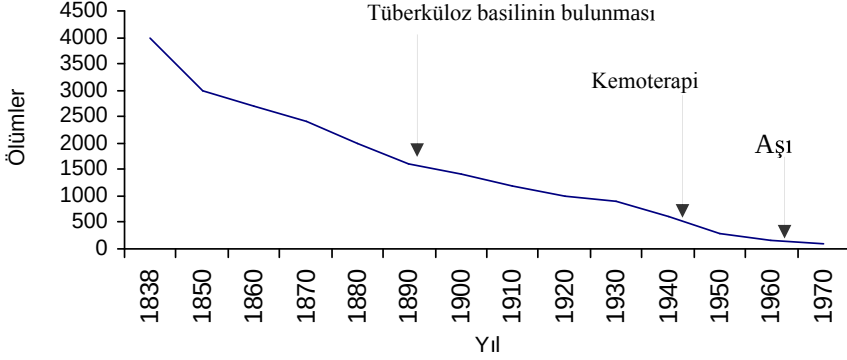


1.Giriş

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansman kaynakları, bu kaynakların ülkenin genel ekonomik göstergeleri içindeki büyüklüğü ve dağılımı sağlık politikası ve sağlık ekonomisinin en önemli konuları arasında yer almaktadır. Herhangi bir sağlık politikasının uygulanabilirliği ve başarısı birinci derecede o politika için gerekli finansman kaynaklarının var olup olmadığına bağlıdır. Kaynakların mevcut olmasının yanı sıra sürekli olması da ilgili politikanın sürdürülebilirliği için önemlidir. Finansmanın, sağlık sisteminin performansı üzerinde çok önemli bir etkisi bulunmaktadır. Finansman ile ilgili düzenlemeler temel olarak sistem için ne kadar kaynağın mevcut olduğunu, finansal yükü kimin üstlendiğini, kaynakların kim tarafından kontrol edildiğini, risklerin nasıl havuzlandığını ve maliyet artışlarının kontrol edilip edilmeyebileceğini de belirler ve etkiler. Hangi finansman yöntemi kullanılırsa kullanılsın dış yardım dışındaki tüm kaynaklar dolaylı ya da dolaysız olarak ülkenin vatandaşlarından gelmektedir. Bu nedenle bu kaynakların toplumun sağlık göstergelerini ve sağlık durumunu iyileştirecek bir şekilde kullanılması son derece önemlidir.

Sağlık ve sağlıkla ilgili kavramlar etrafındaki tartışmaların önemli bir bölümü sağlığı etkileyen faktörlerin neler olduğu üzerinde odaklanmıştır. Bu tartışmaya önemli katkılar konuyu farklı boyutlardan ele alan bilim adamlarından gelmiştir. Örneğin Thomas McKeown (1984) 17. yüzyıldan bu yana İngiltere’de tutulan ölüm ve ölüm nedenlerine ilişkin kayıtları incelediğinde çok önemli bulgulara ulaşmıştır. Bu çalışmada, İngiltere’de bulaşıcı hastalıklar ile ölümlerin gelişimi incelenmiş ve incelenen her hastalıktaki mortalite değişikliklerinin, geliştirilen teşhis ve tedavi yöntemleri ile bağlantılı olarak açıklanmasına çalışılmıştır. Aşağıdaki Şekil 1.1’de tüberküloz hastalığının 17. yüzyıldan bu yana izlediği seyir gösterilmektedir.

Şekil 1.1. Tüberkülozun Neden Olduğu Ölümün Tarihsel Gelişimi



Kaynak: McKeown, 1984

Grafikte de görüldüğü üzere, tüberkülozun nedeninin ortaya konması ve etkili bir tedavi yönteminin bulunmasına kadar geçen sürede tüberküloz ölümlerinde çok önemli düşüşler olmuş ve bu hastalığa karşı en etkili korunma yöntemi olan BCG aşısının bulunduğu dönemden çok önce İngiltere’de tüberkülozdan ölümler bir sorun olmaktan çıkmıştır. McKeown, difteri, kızamık gibi diğer bulaşıcı hastalıklar için de benzer sonuçlara ulaşmıştır. Buradan elde edilen önemli bir sonuç, sağlık hizmetlerinin ya da tıbbi bakımın bu hastalıklardan ölümlerin azalmasında sanıldığından daha az bir rol oynadığıdır. McKeown’un bulguları diğer bilim adamları tarafından yapılan tartışmaları da desteklemiştir (Illich, 1984; Dubos, 1984) ve sosyal bilimlerin sağlık alanına girip etkisini artırmasıyla birlikte sağlığın önemli belirleyicilerinin neler olduğu araştırılmaya başlanmıştır. Bu araştırmaların sonuçları bireyin üyesi olduğu sosyal sınıfın, mesleğinin, yaşam standardının, gelirinin ve eğitim düzeyinin yaşam süresini ve bu süre boyunca sahip olacağı hastalıkların türü ve şiddetini önemli ölçüde etkileyeceğini ortaya koymuştur. Bu bulgular, 1970’li yıllarda Lalonde’un Kanada’lıların sağlığı ve sağlığını etkileyen faktörler üzerine yazdığı raporla özetlenmiştir (1974) ve bu rapor etrafındaki tartışmalar DSÖ’nün 1970’li yılların sonlarında geliştirdiği yaklaşımların bel kemiğini oluşturmuştur. Lalonde raporunda, bir toplumun ya da bireyin sağlık düzeyinin en önemli belirleyicilerinin biyolojik etmenler (genetik yapı), yaşam tarzı, sağlık hizmetleri ve çevre olduğunu ortaya koymuş ve bu belirleyiciler içinde esasen göreceli olarak en az rolün sağlık hizmetlerine düştüğünü tartışmıştır. Bu tartışmaların yapıldığı dönemlerde birçok ülkede bulaşıcı hastalıklar ve bunların neden olduğu ölümler öncelikle ele alınması gereken alanlar iken içinde bulunduğumuz dönem içerisinde kronik ve önlenabilir hastalıklar ve bu hastalıklarla mücadele yolları ön plana çıkmıştır. Kronik hastalıkların, ortalama yaşam süresinin de uzaması ile birlikte bir insanın yaşam süresi boyunca etkili olma süresi uzamış, yaşam süresinin uzaması aynı zamanda bu hastalıklara yakalanan insan sayısının da artmasına neden olmuştur. Bu dönüşümün finansman açısından en önemli sonucu, bu hastalıkların tedavisi ya da kontrolü için harcanması gereken kaynakların ülkelerin ekonomik büyüklükleri içinde çok önemli yer tutması olmuştur. Bugün sağlık harcamalarındaki hızlı

artış, gelişmiş ve gelişmekte olan her ülkenin karşı karşıya kaldığı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sunumda genel olarak Türkiye’de sağlık harcamaları, bunun içinde sağlığın geliştirilmesinin payı ve mevcut sorunlar ele alınacaktır.

2. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları ile ilgili tartışmalara girmeden önce genel olarak sağlık harcamasının tanımını ve sınırlarını ortaya koymakta yarar görülmektedir. Sağlık harcamasının tanımı ve sınırları konusu ya da bir başka ifade ile hangi harcamaların sağlık harcaması sayılıp hangilerinin sayılamayacağı konusu literatürde ayrıntılı bir şekilde tartışılmıştır. Bu tartışmanın temel nedeni, bir toplumun sağlık göstergelerini etkileyen faktörler arasında yukarıda da belirtildiği gibi sadece sağlık hizmetlerinin olmaması ve sağlığın sektörler arası işbirliğini zorunlu kılan bir alan olmasıdır. Bir yerleşim yerine kanalizasyon sisteminin kurulmasının ya da temiz ve sağlıklı içme suyu sağlayacak önlemlerin alınmasının da o yerleşim yerinin sağlık göstergeleri üzerinde olumlu etkileri olacaktır. Bu harcamalar sağlık harcaması sayılacak mıdır? Ülkelerin sağlık harcamalarını tahmin ederken bu harcamalar da göz önüne alınacak mıdır? Bu konuda gerek literatürde gerekse de uluslar arası karşılaştırmalarda kullanılan Sağlık Hesapları Sisteminde varılan uzlaşmaya göre sadece “temel amacı” sağlığı geliştirmek olan faaliyetle için yapılan harcamalar sağlık harcaması sınırları içine dahil edilmektedir (Berman, 1997). Sağlık üzerinde etkisi olan diğer harcamalar, bu sınır içerisine katılmadan ayrı olarak hesaplanabilir. Bu durumda temiz içme ve kullanma suyu için yapılan harcamalar, temel amacı sağlığı geliştirmek olmadığı için sağlık harcamaları kapsamında ele alınmayacaktır.

Sağlık harcamalarının bir ülke için tahmin edilmesinin tek başına bir anlam ifade etmemesi, benzer ekonomik gelişlik düzeyine sahip ülkeler arasında sağlık harcamalarının miktarı, türü ve kaynakları açısından karşılaştırma yapmanın sağlık politikalarını belirlemede önemli rehberlik yapması ve bu karşılaştırmaların standart, herkesin aynı terminoloji ile konuştuğu bir sistem dahilinde yapılması zorunluluğu bu konuda uluslar arası adımların atılmasına neden olmuştur. Bugün için bu amaçla geliştirilmiş en gelişmiş sistem, aralarında Türkiye’nin de olduğu OECD ülkeleri için geliştirilmiş olan Sağlık Hesapları Sistemidir. Sistem sağlık harcamalarını, kaynağına (sosyal sağlık sigortası, hanehalkı, özel sağlık sigortası), harcamanın yapıldığı yere (hastane, birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları, eczane vs.) ve sağlık fonksiyonlarına (ayakta bakım, yatan hasta, rehabilite edici hizmetler, ilaç vs) göre sınıflayan tablolar ile bir ülkede yapılan sağlık harcamalarının ayrıntılı dökümünü sağlamaktadır. OECD tarafından geliştirilmiş olmakla birlikte OECD dışındaki ülkeler tarafından da kullanılmaktadır (Sri Lanka, Mısır gibi).

Türkiye’de sağlık harcamalarının büyüklüğü ve dağılımı her zaman sağlık politikasının önemli tartışma alanlarından biri olmuştur. Uluslar arası karşılaştırılabilir nitelikteki ilk sağlık harcaması verileri 1999 ve 2000 yılı harcamaları için elde edilmiş ve bu çalışmanın sonuçları, Türkiye’de sağlık harcamalarının büyüklüğü ve dağılımı konusunda daha önce elde edilen bilgilerden çok daha farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Örneğin daha önce Türkiye’nin Gayri Safi Yurtiçi Hasılasının % 5.1’inin sağlığa ayrıldığı düşünülmekteyken bu çalışma

ile bu rakamın 2000 yılı için %6.6 olduğu belirlenmiştir. Bu durumda Türkiye'nin sağlık ile ilgili sorunlarını kaynak eksikliğine atfeden bakış açısı sorgulanır hale gelmiş ve temel problemin kaynakların miktar olarak az olmasından çok iyi kullanılamaması olduğu görüşü tartışılmaya başlamıştır. Bu çalışmada ayrıca, hanehalkı cepten yapılan harcamalarının önemli boyutta olduğu, cepten yapılan harcamaların önemli bir bölümünün ilaç ve ayakta verilen sağlık hizmetleri için yapıldığı, sağlık güvencesi kapsamının öngörülenden çok daha düşük olduğu gibi sağlık politikası açısından önemli verilere ulaşılmıştır. Türkiye'nin sağlık harcamalarını OECD'ye raporlama görevinin bir parçası olarak 2000 yılından sonraki hesaplar Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yürütülmüştür. Ancak 2000 yılından sonraki hesaplamalarda özellikle özel sağlık harcamalarının hesaplanmasında bazı soru işaretleri ortaya çıkmıştır. 2003 yılından itibaren başlayan reform hareketinin de bir sonucu olarak Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim konusunda önemli bir dönüşüm yaşanmış ve bunun bir sonucu olarak da sağlık harcamalarında önemli bir artış meydana gelmiştir. Bunun temel nedenleri arasında daha önce hizmete erişimde karşılaşılan güçlükler nedeniyle karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının açığa çıkması, özel sektörün sağlık hizmetlerindeki rolünün artırılarak sağlık arzında önemli bir gelişme sağlanması ve performans dayalı ödeme modelinin benimsenmesi ile sağlık personeline verdikleri hizmetin karşılığının ödenme yönteminin değişmesi sayılabilir.

Bu noktada sağlık harcamaları ile ilgili olarak son dönemlerde yaşanan önemli bir gelişmeden söz etmekte yarar görülmektedir. Uluslar arası standart olarak sağlık harcamalarının büyüklüğü, ülkenin GSYİH'sinden aldığı pay ile ölçülmekte ve ülkeler arası karşılaştırmalarda bu temel kriter kullanılmaktadır. Bu durumda sağlık harcamasının büyüklüğünün yanı sıra formülün diğer parçasını oluşturan GSYİH'nin büyüklüğü de oranlama açısından önemlidir. Son dönemde Türkiye'de GSYİH'nin hesaplanma şekli değiştirilmiş bu da sağlık harcamalarının payına ilişkin bilgilerde önemli değişikliğe neden olmuştur. Değişikliklerden birincisi, hesaplama için temel alınan yılın 1987 yılından 1998 yılına değiştirilmesi olmuştur. İkinci olarak, serbest bölgelerdeki dış ticaret GSYİH hesaplamasına dahil edilmiş bu da ihracat hacmini artırmıştır. Bunlara ilave olarak kayıt dışı ekonominin de çeşitli yöntemlerle hesaplama içine dahil edilmesi ile birlikte Türkiye'nin GSYİH'si artmış; bu durumda da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı düşmüştür. Aşağıdaki Tablo 1.1'de bu değişim gösterilmektedir.

Tablo 1.1 Eski ve Yeni Hesaplamaya Göre Türkiye'de GSYİH ve Sağlık Harcamaları

Yıl	GSYİH Eski	GSYİH Yeni	Sağlık Harcamaları	Sağlık Harcaması/ Eski GSYİH	Sağlık Harcaması/ Yeni GSYİH
1998	52 224 945 129	70 203 147 160			
1999	77 415 272 308	104 595 915 540	5 241 000 000	6,8	5,0
2000	124 583 458 276	166 658 021 460	8 653 000 000	6,9	5,2
2001	178 412 438 500	240 224 083 050	13 337 000 000	7,5	5,6
2002	277 574 057 483	350 476 089 498	20 524 000 000	7,4	5,9
2003	359 762 925 944	454 780 659 396	27 259 000 000	7,6	6,0
2004	430 511 476 969	559 033 025 861	33 005 000 000	7,7	5,9
2005	487 202 362 279	648 931 711 812	37 013 000 000*	7,6	5,7
2006	576 322 230 865	758 390 785 210	43 197 000 000*	7,5	5,7

Kaynak: http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=57&ust_id=16

* SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007

Bu iki farklı rakam, Türkiye’de sağlık harcamalarına ilişkin birbirine zıt iki tartışmaya neden olmaktadır. Eski GSYİH rakamı benimsendiğinde Türkiye %7.5’lik bir payla kaynaklarının önemli bir bölümünü sağlığa ayırıyor görünmektedir. Bu durumda sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı Avusturya, Finlandiya, İrlanda, İspanya ve Birleşik Krallık gibi ülkelerle karşılaştırılabilir olmaktadır. Buna karşılık, yeni GSYİH rakamı benimsendiğinde Türkiye %5.7’lik rakamla kendi gelir grubundaki ülkeler ile karşılaştırıldığında sağlığa daha az kaynak ayırıyor görünmektedir. Bu noktada sağlık politikalarının belirlenmesinde doğru verilere dayanmanın ne kadar önemli olduğunun bir kez daha altının çizilmesi gerekmektedir. Bu durumda Türkiye son 8 yıldır kabul edilen yaygın inanışın aksine sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırmanın yollarını aramak zorunda kalacaktır. Yukarıdaki tablodan Türkiye’de sağlık harcamalarının artmadığı sonucu çıkarılmamalıdır. Özellikle 2003 yılından sonra uygulanmaya başlayan politikalar ile birlikte sağlık harcamalarında önemli artışlar gerçekleşmiştir. Elbette bu harcamaların büyüklüğü kadar, harcamaların nereye yapıldığı da son derece önemlidir.

3. Sağlık harcamaları ve sağlığı geliştirme

Sağlığı geliştirme kavramının teorik çerçevesi ve kapsamı bu sunumun içeriğinin dışında kalmaktadır. Sağlık harcamaları açısından bakıldığında bu hizmetler için yapılan harcamaların sınıflamasında OECD Sağlık Hesapları Sisteminde benimsenen sınıflamanın kullanılması gerekmektedir. Bu sınıflamada sağlığı geliştirme ve koruma için yapılan harcamalar HF 6 Koruma ve Halk Sağlığı Hizmetleri sınıflaması altında yapılmaktadır (OECD, 2000). Bu sınıflama altında koruma ve halk sağlığı hizmetleri, herhangi bir sağlık fonksiyonsuzluğunu tamir tedavi eden tedavi edici sağlık hizmetlerinden farklı olarak nüfusun sağlık statüsünü geliştirmek için tasarlanan hizmetlerden oluşmaktadır. Bu sınıflama içerisinde altı adet alt sınıf bulunmaktadır. Bu sınıflar ve içerdikleri sağlık harcamaları aşağıda özetlenmektedir.

HF. 6.1 Ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması ve danışmanlığı: Ana ve çocuk sağlığı, genetik danışmanlık ve doğuştan gelen anormalliklerin önlenmesi, doğum öncesi ve sonrası tıbbi bakım, bebek sağlığı hizmetleri, okul öncesi ve sonrası çocuk sağlığı ve bağışıklama gibi çok geniş kapsamlı sağlık hizmetlerini içerir.

HF 6.2 Okul sağlığı hizmetleri: Okullarda sağlanan çeşitli sağlık hizmetleri ve taraması, hastalık koruması ve sağlıklı yaşam koşulları ve yaşam tarzının geliştirilmesi için verilen hizmetlerden oluşur. Sigara, alkol ve madde bağımlılığına karşı müdahaleler de bu sınıflama kapsamındadır.

HF 6.3 Bulaşıcı hastalıklardan korunma: Bu sınıf, belirli bulaşıcı hastalıkların raporlanması ve bildirimi ve bulaşıcı hastalıklar için yapılan epidemiyolojik araştırmaları, hastalığın kaynaklarını ve olası ilişkilerini bulma çabalarını, tüberküloz tedavisi ve tüberküloz kontrolünü (yüksek risk gruplarının sistematik taraması da dahil olmak üzere), bağışıklama/aşılama programlarını içerir.

HF 6.4 Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma: Sağlık eğitimi, hastalıkların önlenmesi, sağlıklı yaşam koşullarının ve yaşam tarzının

geliştirilmesi, hastalık kontrolü ve izlemesi merkezlerince sağlanan hizmetler gibi halk sağlığı hizmetlerini, risklerin önlenmesine yönelik programları ve doğrudan bulaşıcı olmayan hastalıklara yönlendirilmese dahi ülkenin sağlığı geliştirmeye yönelik politikalarını kapsar. Sigara, alkol ve madde bağımlılığına karşı kampanyalar, toplum halk sağlığı çalışanlarının faaliyetleri, genel sağlık eğitimi ve halkın bildirilmesi, sağlık eğitimi kampanyaları, sağlıklı yaşam tarzı ve güvenlik cinsel yaşam kampanyaları için yapılan harcamalar bu kategori altında sınıflanır.

HF 6.5 Mesleki sağlık hizmetleri: İşletme içinde ya da dışında (devlet ve hanehalklarına hizmet eden kar amaçsız kurumlar dahil) verilen, çalışanların sağlığını izleme (rutin tıbbi kontroller) ve tedavi edici bakım (acil sağlık hizmetleri dahil) gibi çok geniş kapsamlı sağlık hizmetlerini içerir.

HF 6.6 Diğer tüm kamu hizmetleri: Kan ve organ bankalarının işletilmesi ve yönetimi ve başka yerlerde sınıflanamayan halk sağlığına ilişkin bilgilerin hazırlanması ve yayılması gibi çeşitli halk sağlığı hizmetlerini içerir.

2000 yılı için yapılan Ulusal Sağlık Hesapları çalışmasında toplam sağlık harcamaları içinde bu sınıf için yapılan harcamaların toplam cari sağlık harcamaları içindeki payının % 2.4 olduğu bulunmuştur. Bu sınıfın kendi içindeki dağılımına bakıldığında harcamaların büyük oranda ana ve çocuk sağlığı hizmetleri için yapıldığı bunu bulaşıcı hastalıklardan korunma için yapılan harcamaların izlediği görülmektedir. Türkiye’de ana ve çocuk sağlığı ile göstergeler halen gelişmişlik düzeyi ile orantılı bir düzeye gelmemiş olup bulaşıcı hastalıklar özellikle 0-5 yaş grubunda halen önemini korumaktadır. Ancak kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan meydana gelen ölümler Türkiye’deki toplam ölüm nedenleri arasında ilk iki sırayı almaktadır. Ulusal Sağlık Hesapları çalışmasından elde edilen bu sonuç, ülke için öncelikli hastalıkların önlenmesi konusunda sahip olduğu önem ile orantılı bir harcanmanın yapılmadığını göstermektedir. Beklendiği üzere bu harcamaların % 95.7’si kamu tarafından gerçekleştirilmektedir.

Tablo 1.2: Koruma ve Halk Sağlığı Fonksiyonlarına Göre Dağılım- Türkiye 2000

Fonksiyonel sınıflama	Yüzde
Toplam cari harcamanın yüzdesi olarak tüm halk sağlığı fonksiyonları	2,41
AÇS/AP/Danışmanlık	44,0
Okul sağlığı hizmetleri	7,5
Bulaşıcı hastalıklardan korunma	20,3
Mesleki sağlık hizmetleri	< 1
Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma	4,6
Diğer	23,0
Toplam	100,0
Kamu hizmet sunucularına göre tüm halk sağlığı hizmetlerinin payı	87,0
Özel hizmet sunuculara göre tüm halk sağlığı hizmetlerinin payı	13,0

Kaynak: SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004

Başka ülke örnekleri ile karşılaştırıldığında Türkiye için bu harcama miktarının genel eğilimlerin çok dışına çıkmadığı görülmektedir. Örneğin; Türkiye için ayrıntılı rakamların olduğu 2000 yılında ABD’de toplam sağlık harcamalarının %4.1’i, İsveç’de %2.4’ü, Portekiz’de %2.5’i, Almanya’da %3.2’si bu kategorideki hizmetler için yapılmıştır. OECD ülkeleri içinde bu kategoride en çok kaynak ayıran ülke %6.2 ile Kanada olmuştur. Elbette bu karşılaştırmaları yaparken kişi başına harcama miktarına bakmak değerlendirme açısından daha önemli sonuçlar vermektedir. Koruma ve halk sağlığı harcamalarının ülkelerarası karşılaştırması Tablo 1.3’de sunulmaktadır.

Tablo 1.3 Koruma ve halk sağlığı harcamaları- Seçilmiş ülkeler için bir karşılaştırma

Ülke	Toplam cari sağlık harcaması içindeki payı (%)	Kişi başına harcama (SGP US \$)
Kanada	6.2	148
Hollanda	5.4	119
Almanya	3.2	83
Portekiz	2.5	36
İsviçre	2.4	76
İspanya	1.8	18
İtalya	0.6	12
Türkiye	2.4	10

Kaynak: OECD, 2008

Sağlık harcamalarında hangi fonksiyon için olursa olsun bu harcamaların sürdürülebilirliği son derece önemlidir. Yapılan her sağlık harcamasının ve verilen her sağlık hizmetinin buz dağının altında kalmış bir sağlık ihtiyacını ortaya çıkaracağı ve demografik ve epidemiyolojik özellikler nedeniyle sağlık harcamalarının her zaman artacağı göz önüne alındığında sürdürülebilirlik konusunun önemi daha da artmaktadır. Sağlık harcamasında sürdürülebilirlik en genel anlamıyla belirli bir dönem dahilinde belirli bir program ya da sektörün tüm harcamalarını karşılayabilme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Bu durumda herhangi bir sağlığı geliştirme programının tasarlanması ve uygulamaya konması kadar bu programın gerektirdiği finansal kaynakların bulunması da önemlidir. Sağlık politikasını belirleyenler bu nedenle özellikle etkileri ve sonuçları uzun yıllara yayılan bu tür sağlık müdahalelerinin gerektirdiği finansman kaynağının da nereden sağlanacağı konusuna açıklık getirmek zorundadır.

4. Sonuç ve öneriler

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi her ülkenin sağlık politikalarında önemli öncelik alanlarından biri olmak durumundadır. Kamu politikaları sadece tedavi edici hizmetleri öncelemeyip sağlığı koruyucu ve geliştirici politikalara da odaklanarak sağlıklı kamu politikalarının üretilmesini sağlamalıdır. Sağlıklı kamu politikasının en önemli özelliği sağlık üzerinde etkisi olan bütün sosyal ve ekonomik politikaları kapsaması ve sağlığı politika belirleyicilerinin gündemlerinin en üst sırasına yerleştirmesidir. Ancak bu politikaların uygulanabilmesi için sürdürülebilir finansman kaynaklarının da sağlanması gereklidir. Türkiye’nin bu alandaki en önemli problemlerinden biri sağlık

harcamalarını halen sağlıklı bir şekilde analiz etmeye sağlayacak bir sistemi yerleştirmemiş olmasıdır.

KAYNAKLAR

Berman, P., (1997), “National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications”, *Health Economics*, 6(1).

Dubos, R. (1984), “Mirage of Health”, *Health and Disease. A Reader*. Black, N. (eds), Open University Press, Milton Keynes.

Illich, I. (1984), “The Epidemics of Modern Medicine”, *Health and Disease. A Reader*. Black, N. (eds), Open University Press, Milton Keynes.

Lalonde, M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians*, Department of National Health and Welfare, Ottawa.

McKeown, T. (1984), ‘Mirage of Health’, *Health and Disease. A Reader*. Black, N. (eds), Open University Press, Milton Keynes.

OECD, (2000), *System of Health Accounts*, OECD, Paris.

OECD, (2008), *OECD Health Database*.

SB, RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, (2004), *Turkey National Health Accounts 1999, 2000*. Ankara. www.hm.saglik.gov.tr.

SB, RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, (2007), *Türkiye’de Sağlığa Bakış. 2007*, Ankara, www.hm.saglik.gov.tr.

http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=57&ust_id=16.



Kronik Hastalıklarda Toplam Risk Yaklaşımı ve Riskli Grupların Belirlenmesi



Prof. Dr. Gül ERGÖR
*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D.*

Dünyada tüm ölümlerin % 30'u kardiyovasküler hastalıklar (KVH) nedeniyle olmaktadır. KVH ölümleri, enfeksiyon hastalıkları, beslenme bozuklukları, maternal-perinatal nedenlerden olan ölümlerin toplamına eşittir. 2006-2015 arasında bulaşıcı olmayan hastalık ölümlerinin %17 artacağı ve bu artışın yarısının KVH'a bağlı olacağı öngörülmektedir. Bu öngörüler dünyada başta gelişmiş ülkeler ve uluslar arası kuruluşların bu konuyu öncelikler arasına alıp stratejiler geliştirmesini sağlamıştır. 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için Küresel Stratejisini belirlemiştir. Bunun dışında tütün kullanımı, diyet ve fizik aktivite konularında da stratejiler ve öneriler belirlenmiştir. Ülkemizde de Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı dokümanı Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde meslek kuruluşlarının da geniş katılımıyla 2008 yılında yayınlanmıştır.

Kalp-damar hastalıklarının kontrolünde iki önemli yol çizilmektedir. Bunlardan biri tüm topluma yönelik koruyucu etkinlikler, diğeri de riskli gruplara yönelik koruyucu etkinliklerdir. Her iki strateji birlikte uygulanırsa daha etkili sonuçlar elde edilecektir. Bu güne kadar yapılan araştırmalarda KVH ya da onun öncüsü olan ateroskleroz için bazı risk faktörleri belirlenmiştir. Sigara, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, obezite, yüksek tansiyon, kan yağlarının yüksekliği, şeker hastalığı en önemli risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Bu risk faktörlerini toplumsal düzeyde belirlemek için de STEPS (WHO), BRFS (CDC) gibi standart surveyans sistemleri geliştirilmiştir.

KVH önlemede benimsenen yol bireylerin risk durumlarını belirleyip, hastalık oluşmadan önce harekete geçmektir. Bilinen risk faktörleri dışında

cinsiyet ve yaş da risk durumunu belirleyen önemli etmenlerdir. Bu faktörlerden özellikle hipertansiyon, diyabet ve kolesterol yüksekliği ilaçla tedavi edilebilen durumlardır. İlaç tedavileri KVH riskini üçte bir, dörtte bir oranında azaltabilir. Antihipertansif tedavi ve statinlerle, sistolik tansiyon 10-15 mmHg, diastolik 5-8 mmHg ve kolesterol % 20 azaltılırsa KVH mortalite ve morbiditesi % 50 düşürülebilir.

Yüksek risklilerde bu düşüşlerin sağlanması daha kolay sonuç vereceği için bu grubu hedef almak daha etkindir. Toplam risk yaklaşımı, yani tek tek risklerin ele alınması ve onlara yönelik önlemler yerine, bunların kombinasyonlarından oluşan risk durumunun belirlenmesi ve buna yönelik yaklaşımlar en etkin ve maliyet etkililiği en yüksek yöntemdir. Toplam riski belirlemek için birçok çalışmadan çeşitli denklemler geliştirilmiştir, bilgiler genellikle Framingham Kalp Çalışmasından gelmektedir. Bu denklemlerden on yıllık KVH riski elde edilmektedir. Risk % 20 ya da % 30'un üstünde bulunduğu yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ülkeler kaynak durumlarına göre belli bir düzeyin üzerindeki bireylerin tedavisini karşılamaktadır. Risk için eşik değeri düşürmek maliyeti arttırdığı gibi tedavinin potansiyel zararlarının da ortaya çıkması sonucunu da getirebilir. Risklerin tek tek ele alınmasında tartışmalı birer değer üzerinde zorunlu bir dikotomi yaratmak gerekmektedir. Tansiyonun ve kolesterolün riskli olarak adlandırıldığı bir kesim noktası kullanılmaktadır; oysa bir bireyin riskini bu kadar net olarak var/yok olarak ayırmak gerçekçi değildir. Tüm bu bakış açıları dikkate alındığında toplam risk yaklaşımı tercih edilmesi gereken yöntemdir.

KAYNAKLAR:

Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. World Health Organization 2007.

A Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke, CDC, 2003.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, SB, TSHGM, Yayın No:743, 2008.

STEP, Department of Chronic Diseases and Health Promotion, World Health Organization

<http://www.who.int/chp/steps>. erişim tarihi 1.9.08



Türkiye’de Gıda Güvenliği Çalışmaları

İlhami ŞAHİN

*Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Koruma ve Kontrol Genel Müdürlüğü
Gıda Kontrol Hizmetleri Daire Başkanı*



Tarım ve Köyişleri Bakanlığının gıda güvenliği politikası; Kodeks Alimentarius ve Avrupa Birliği (AB) müktesebatı ile uyumlu olarak hazırlanan mevzuat çerçevesinde, ülke genelinde “Tarladan Sofraya Gıda Güvenliği” anlayışı ile tamamlayıcı ve etkin bir gıda denetiminin sağlanması, tüketiciye güvenli gıda arzının temini, tüketici menfaatlerinin ve insan sağlığının korunması ve sektörde haksız rekabetin önlenmesidir.

Ülkemizde kayıtlı 27.703 üretim yeri, ve yaklaşık 450.000 satış ve toplu tüketim yeri bulunmaktadır. 2004 yılında yürürlüğe giren “5179 sayılı Gıdaların, Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanunu” ile AB ile uyumlu olarak ürün ve işletme riskine dayalı gıda kontrol ve denetim sistemine geçilmiştir. Gıda kontrol ve denetim hizmetleri; Bakanlığımıza bağlı 81 İl Müdürlüğü ve illere bağlı yetkilendirilmiş ilçe müdürlüklerinde görev alan 5100 Gıda Denetçisi ile yürütülmektedir.

Gıda güvenliğinin önemli bir bölümünü oluşturan gıda hijyeninin teminine yönelik yürütülen denetim ve kontroller; birincil üretim dahil, gıda zincirinin tüm aşamalarında; izleme, izlenebilirlik, gözetim, denetim ve Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol Noktaları (HACCP) tetkiki gibi farklı hizmet ve tekniklerinin tümünü içermektedir. Bu denetim ve kontrollerle, Türk Gıda Kodeksine uygun güvenli ve hijyenik gıda üretiminin sağlanması yanında gıda işyerlerinin teknik ve hijyenik normlarının geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Denetim ve kontroller; risk esasına göre uygun sıklıkta ve gıda maddesinin taşıdığı riskle orantılı olarak yapılmaktadır. Burada temel yaklaşım AB’de olduğu gibi işyeri sorumluluğu esas alınmasıdır. Riske dayalı denetim sisteminde işletmenin asgari teknik ve hijyenik şartları, önceki kontrollerden edinilen bilgi ve deneyimler ile gıda işletmecilerinin uyguladıkları otokontrol sonuçları

göz önünde bulundurulmakta olup, yıllık kontrol ve izleme programlarının yanında şüpheli, ihbar, şikayet, gözetim kapsamında denetim ve kontroller yürütülmektedir.

2007 yılında Gıda Denetçileri tarafından gıda maddeleri üreten işyerlerinde toplam 334.289 adet denetim yapılmış olup, bu denetimlerde 6050 adet idari para cezası uygulanmış ve 586 işyeri hakkında savcılığa suç duyurusunda bulunulmuştur. 2008 yılı ilk sekiz ayında Bakanlığımızca yapılan toplam denetim sayısı 225.799 adet olup, bu denetimlerde 4615 adet idari para cezası uygulanmış, 580 işyeri hakkında savcılığa suç duyurusunda bulunulmuştur.

Rutin denetimlerin yanında, 2007 yılında 27 farklı ürün ve risk bazında Denetim ve İzleme Programı uygulanmış olup 2008 yılında program kapsamı genişletilerek risk bazında 36 üründe denetim programı, 11 üründe izleme programı, 61 üründe pestisit kalıntı denetim programı, 19 üründe aflatoksin denetim programı, 12 değişik ürün sınıfında etiket denetim ve kontrol programı uygulamaya konulmuştur.

5179 sayılı Gıda Kanununun AB'nin Gıda Kanunu ile ilgili hükümlerini düzenleyen 178/2002/EC Tüzüğü ile tam uyumlu hale getirilmesi amacıyla bir teknik çalışma yürütülmüş, AB Müktesebatı ile uyumlu gıda, yem ve veterinerlik çerçeve mevzuatının benimsenmesi amacıyla "Veteriner Hizmetleri, Gıda ve Yem Kanunu" taslağı hazırlanmıştır.

Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği kapsamında 91 adet TKG Tebliği yayımlanmış olup, 65 adedi AB direktifleri ile uyumludur.

Gıda güvenliği, veterinerlik ve bitki sağlığı müktesebatının uyumlaştırılmasına ve uygulanmasına ilişkin olarak, gerekli idari ve laboratuvar kapasitelerinin kurulmasını da içeren kapsamlı bir strateji sunulması için çalışmalar yürütülmektedir.

Süt, et ve su ürünleri tesislerinin AB mevzuatına uyumunun değerlendirilmesi ile ilgili olarak 852/2004/EC, 853/2004/EC yönetmeliklerinde belirtilen kriterler ile uyumlu kontrol listeleri hazırlanmış olup, proje kapsamında çalışmalara devam edilmektedir.

Bakanlığımızca toplumda gıda güvenliği bilincinin yerleştirilmesi, toplumun değişik kesimlerince benimsenmesi ve güvenli gıda üretim ve tüketim bilincinin artırılması amacıyla düzenlenecek "Gıda Güvenliği Kampanyası" için çalışmalar devam etmektedir. "Alo Gıda Hattı" Ocak 2009 tarihi itibarıyla uygulanacaktır.

Gıda kontrol ve denetim hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla;

1. Riske dayalı denetim yöntemlerinin, kontrol planları ve işletmelerin kontrolünün ve ihracat ithalatı içeren gıda denetim rehberleri hazırlanmıştır.

2. Gıda işletmecisi, İyi Hijyen Uygulamaları (GHP) ve Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol Noktaları olarak tanımlanan HACCP prosedürlerini uygulamak ile yükümlüdür. Gıda işyerlerinin kullanımına yönelik olarak sektör temsilcileri ile işbirliği içerisinde 24 adet İyi Hijyen Uygulamaları Rehberleri hazırlanmıştır.

3. Gıda denetçilerinin teknik bilgi ve kapasitelerinin geliştirilmesi için eğitim programları düzenlenmiştir.

4. Kalite yönetimi kapsamında mevcut denetim sisteminin ve kurumunun

değerlendirilmesi ve denetim kurumunun EN 45004 göre akreditasyona hazırlık çalışmaları yapılmıştır.

5. Gıda güvenliği ve kontrolünde verilerin toplanması, değerlendirilmesi için “Gıda Güvenliği Bilgi Sistemi” kurulmuştur.

6. Risk analiz sisteminin 178/2002’ye uygun olarak kurulması için çalışma yapılmıştır.

7. Ulusal yıllık izleme planları ve ulusal kalıntı izleme planlarının veri yönetimi ve raporlama da dahil olmak üzere AB gereksinimlerine göre geliştirilmesi sağlanmıştır.

8. Gıdalarda hızlı alarm sistemi (Rapid Alert System for Food and Feed-RASFF) kurulmuştur.

9. Kriz yönetimi ve izlenebilirliğin kurulması ve işlevsel kılınması amacıyla; “Gıda ve Yem Maddeleri ile İlgili Acil Durum Planları Hazırlanması Hakkındaki Kılavuz”, “Gıda Güvenliği Konusunda Kriz Yönetim Kılavuzu” ve “Gıda ve Yem Maddelerine İlişkin Acil Eylem Planı (Ankara Tarım İl Müdürlüğü)” taslakları hazırlanmıştır.

Bu çalışmalar ile ülkemizde gıda güvenliği ve kontrolü sisteminin etkinliği artırılarak teknik ve idari altyapının güçlendirilmesi amaçlanmaktadır. Gıda güvenliği konusunda üretici ve tüketici birlikleri ve ilgili sektörlerle işbirliğinin geliştirilmesi öncelikli konular arasında yer almaktadır.

Avrupa Birliğine uyum çalışmaları çerçevesinde uygulanan projeler ile yukarıda belirtilen çalışmalar desteklenmektedir. Bu projeler;

- “Türkiye’de Gıda Güvenliği ve Kontrol Sisteminin Yeniden Yapılandırılması ve Güçlendirilmesi” AB projesi
- “Türkiye’de Gıda Güvenliği Denetiminin AB Gıda Güvenliği Yönetmelikleri ve Standartları ile Uyumlaştırılması” MATRA projesi
- “Gıda Güvenliği ve Kalitesi Sisteminin Güçlendirilmesi” FAO/TCP projesi
- “Bakanlığının Resmi Gıda Kontrol ve Denetim Sisteminin Güçlendirilmesi” MATRA projesi
- “Kayıtlı Süt Üretimi ve Sütte Gıda Güvenliğinin İyileştirilmesi” MATRA/ PSO projesi;
- “Taze Meyve ve Sebzelere Uygulanan Pazarlama Standartlarına Uygunluğun Kontrolüne İlişkin” MATRA projesi
- “Kalıntısız, güvenli örtü altı üretimi için kurumsal yapının güçlendirilmesi” MATRA/PPA04/TR/9/5 projesidir.

Uygulanan projeler ile Türkiye’de gıda güvenliğinin sağlanması, gıda kontrol sisteminde etkinliğin artırılması ve bu sistemin uygulaması amacıyla Tarım ve Köy İşleri Bakanlığının (TKB) Merkez ve Taşra Teşkilatının mevcut yapısının yasal ve yapısal kapsamda güçlendirilmesi ve özel sektör ile arasında işbirliğinin geliştirilmesi amaçlanmış ve bu şekilde AB standardında gıda güvenliği sisteminin oluşturulması için çalışmalar yapılmıştır.



Sağlık İçin Doğru Beslen Ve Hareket Et: Politikadan Eyleme

Uzm. Cengiz KESİCİ

Sağlık Bakanlığı

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanı



Ülkemiz beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye’de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyo-ekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bunun temel nedenlerinin başında gelir dağılımındaki dengesizlik gelmektedir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik, hatalı besin seçimi ile yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır.

Türkiye’de 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; beslenmeye bağlı kronik hastalıklar sık görülmektedir. Ülkemizde görülen beslenme ile ilişkili sağlık sorunları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tüm bu beslenme problemlerinin yanısıra ülkemizde fiziksel aktivite düzeyi de yeterli seviyede değildir. Bakanlığımızca yapılan Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım (SBKK) araştırmasında katılan bireylerin düzenli fiziksel aktivite yapıp yapmadıkları sorusuna verdikleri cevapların değerlendirilmesi sonucunda toplum genelinde düzenli olarak fiziksel aktivite yapanların tüm toplum için oranının %3.5 düzeyinde olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle toplumun %96.5’i düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır. Bilindiği gibi düzenli fiziksel aktivite obezite başta olmak üzere pek çok hastalıktan korunmada ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir etmendir.

Bebek Ölüm Hızı	Ülkemizde bebek ölüm hızı oranı bin canlı doğumda 29'dur (2003, TNSA).
Protein Enerji yetersizliği	5 yaşındaki çocukların yaklaşık %15'i kronik olarak yetersiz beslenmektedir. (2003, TNSA).
Demir yetersizliği anemisi	0-5 yaş grubu %50.0, okul çağı çocuklarda % 30.0, gebe ve emzikli kadınlarda % 50 (2003, DPT Raporu).
İyot yetersizliği hastalıkları	Guatr prevalansı; tüm popülasyonda % 30.5 (2003, DPT Raporu)
Raşitizm	Raşitizm görülme sıklığı % 7.9-20.0 (2003, DPT Raporu)
Diğer vitamin-mineral yetersizlikleri	Tiamin (%20.1), riboflavin (%89.9), vitamin B6 (%83.3), folik asit (%23.3), vitamin B12 (%5.9), vitamin C (%43.0), vitamin A (%11.6), β-karoten (%3.5), vitamin E (%21.8), demir (%6.1) ve çinko (%15.7) (2003, DPT Raporu)
Diş çürükleri	Bölgesel çalışmalarda prevalans 6-12 yaş grubunda %64.0-100.0'dür. (2003, DPT Raporu)
Şişmanlık (Obezite)	Bakanlığımızca yapılan Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Korumalıyım araştırmasında erkeklerde obezite oranı %21.2 iken kadınlarda % 41.5 olarak bulunmuştur.(2004, SBKK Araştırma raporu) TNSA araştırması sonuçlarına göre ise 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kiloluluk (BKİ = 25-29.9 kg/m ²) sıklığı 1998 yılında %33.4, 2003 yılında %34.2 ve obezite (BKİ ≥ 30) sıklığı ise 1998 yılında %18.8 ve 2003 yılında %22.7 olarak bulunmuştur. Bakanlığımızca yapılan bir diğer çalışmada ise ülkemizde 18 yaş ve üzeri bireylerde fazla kilolu olanların sıklığı %31.35, obezite sıklığı ise %12.02 olduğu bulunmuştur. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınların %28.93'ünü fazla kilolu, %14.49'unun obez, erkeklerin ise %33.64'ünün fazla kilolu ve %9.70'inin obez olduğu bulunmuştur. (2006,UHHA) TEKHARF, TOHTA ve TURDEP ve TOAD araştırmaları da ülkemizde obezitenin bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve giderek arttığını göstermektedir.
Kalp-damar hastalıkları	Ülkemizde tüm ölümlerin ilk sırasında % 43.0 oranında kalp damar hastalıkları yer almaktadır. Bireylerin % 9.0'unun kolesterolü (>250 mg/dL), % 17.0'sinin trigliserit değerleri (>200 mg/dL) yüksek bulunmuştur. (2003, DPT Raporu)
Hipertansiyon	Hipertansiyon prevalansı (>160/95 mgHg) %11.0-43.0 arasında saptanmıştır. (2003, DPT Raporu)
Osteoporoz	Prevalans kadınlarda % 9, erkeklerde % 0.6 olup menapoz döneminde kemiklerde kırılma oranı % 16.7 olarak bulunmuştur (2003, DPT Raporu)
Diyabet	Toplumsal % 3.5'inde görülmektedir. Son 5 yılda erkeklerde % 25.0, kadınlarda %14.0 oranında artış göstermiştir. (2003, DPT Raporu)
Kanser	Tüm ölümlerin %11.0'ini kanser türleri oluşturmaktadır. İkinci sırada ölüm nedenidir. Beslenme alışkanlıklarına bağlı nedenlerle meme, kolon, prostat ve mide kanserleri sık görülmektedir (2003, DPT Raporu)

Yukarıda belirtilen tüm bu beslenme ve/veya fiziksel aktivite yetersizliğine bağlı sorunlarının çözülmesi, bu risk faktörleri ile ilişkili hastalıklarla mücadele edilmesi için ulusal plan ve politikalarının oluşturulmasında tarım, sağlık, eğitim, ulaşım, ticaret ve sanayi kuruluşlarının, akademik kuruluşların, besin sanayinin, sivil toplum örgütlerinin işbirliği gerektirmektedir.

Daire Başkanlığımızca kurulduğu günden bugüne kadar çok sektörlü olarak çeşitli programlar ve projeler yürütülmektedir. Bunlar aşağıda sıralanmıştır:

1. Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi Programı-Beslenme Eğitimleri

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından toplumun beslenmede bilinçlendirilmesi amacıyla “Toplum Beslenmesi Hizmet İçi Eğitim Programı” uygulanmaktadır. Bu programın amacı; toplumun yeterli ve dengeli besin tüketim alışkanlıklarının geliştirilmesi, yanlış ve olumsuz beslenme alışkanlıklarının ortadan kaldırılması, besinlerin sağlığı bozucu duruma gelmesinin önlenmesi, besin kaynaklarının daha etkin ve ekonomik kullanılması konularında eğitilerek beslenme durumunun düzeltilmesidir.

Program kapsamında yeterli ve dengeli beslenme, gebelikte beslenme, bebek ve çocuk beslenmesi, özel durumlarda beslenme, obezitede ve obeziteden korunmada beslenme ilkeleri, vücut ağırlığı denetimi, sağlıklı pişirme yöntemleri gibi pek çok husus ele alınmaktadır. Program, birinci basamak sağlık personeli tarafından yürütülmektedir. Bakanlığımız tarafından sağlıklı beslenme, özel durumlarda ve risk gruplarında beslenme ile ilgili belirlenen mesajlar birinci basamak sağlık personeli aracılığı ile halkımıza ulaşmaktadır.

Bu kapsamda gerek sağlık personelimize kaynak kitap olması gerekse halkımızın bilgi düzeyinin artırılması amacıyla konusunda uzman akademisyenlerle işbirliği içinde pek çok eğitim materyali (kitap, broşür, afiş, kitap ayraçları vb.) hazırlanmış ve 81 il sağlık müdürlüklerimize dağıtılmıştır. 85 kitapçıktan oluşan Beslenme, Obezite, Fiziksel Aktivite ve Tütün Bilgi serileri ve 25 broşürden oluşan Sağlıklı Beslenme Serisi buna örnek olarak verilebilir.

Bakanlığımız ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ile hazırlanan Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi ise resmi bir rehber niteliği taşımaktadır. Söz konusu rehber yeterli ve dengeli beslenme, besinler ve besin öğeleri, besin öğelerinin vücut çalışmasındaki etkinlikleri, besin grupları, besin çeşitliliği, besin güvenliği, öğünler ve öğün örüntülerinin önemi, kahvaltının önemi, vücut ağırlığının denetimi, fiziksel aktivite ve sağlık, şeker tüketimi ve sağlık, tuz tüketimi ve sağlık, diyet yağı ve yağ asitleri, anne sütünün önemi, alkol tüketimi ve sağlık, sıvı tüketimi konularında halkımıza yönelik sağlıklı beslenme önerilerini sunmaktadır.

Ayrıca Bakanlığımız web sayfasında da beslenme ile ilgili çeşitli konularda halkımızı bilgilendirici yazılar yayımlanmaktadır. Ancak toplumun beslenme, obezite ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirilmesinde daha geniş kitlelere ulaşmak ve daha kapsamlı bilgiler sunabilmek amacıyla obezite eylem planının

tanıtımı ve beslenme ile fiziksel aktivite konularını içeren özel bir web sayfası hazırlanması çalışmaları devam etmektedir.

2. Okul Çağındaki Çocukların Obezite ile Mücadele, Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Hijyen Konularında Bilgilendirilmeleri

Pilot olarak Ankara’da başlatılan daha sonra ülke genelinde yaygınlaştırılan ilköğretim çağı çocuklarına yönelik olarak “İlköğretim Çocuklarında Sağlıklı Beslenme” konulu eğitim programı yürütülmektedir. 2004-2006 yılları arasında Ankara’da toplam 125 okulda yaklaşık 75.000 öğrenciye, ülke genelinde ise yaklaşık 1.000.000 öğrenciye ve mektuplar aracılığı ile de velilere ulaşılmıştır. Gıda hijyeni konusunda ise “Vitamin Amca Mikroplara Karşı” isimli tiyatro oyunu ile bilgilendirme yapılmış, bu kapsamda Ankara’da 25.000 öğrenciye ulaşılmıştır.

Bunun yanı sıra okullarımızın hijyen koşullarının iyileştirilmesine yönelik olarak “Beyaz Bayrak” projesi başlatılmıştır. Bugüne kadar yaklaşık 2500 okul Beyaz Bayrak Sertifikası ile ödüllendirilmiş ve Beyaz Bayrak takılmıştır.

Bakanlığımız, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü işbirliği ile “Sporcu Çocukların Beslenme ve Sağlık Durumlarının Geliştirilmesi” programı yürütülmüştür. 27 ilde bulunan sporcu eğitim merkezlerinde öğrenim gören sporcu öğrencilere yönelik olarak başlatılan programın amacı sporcu çocukların sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilmesi, sporcu performansını olumsuz yönde etkileyen beslenme davranışlarından kaçınılması vb. konularında sağlıklı beslenme bilincinin kazandırılmasıdır.

Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içinde okul kantinlerinde hijyenik ortamlarda sağlıklı besinlerin satışının yapılması hususunda çalışmalar yürütülmüş ve hazırlanan genelge 17 Nisan 2008 tarihinde MEB tarafından yayımlanmıştır. Beslenme çantasına konulabilecek besinlerle ilgili bir menü hazırlanmış ve MEB’na gönderilmiştir. Yemekhanesi olan okullara yönelik menü düzenleme çalışmaları ise devam etmektedir.

Okul çağı çocuklarının sağlık beslenmeye teşvik edilmesi amacıyla sağlıklı beslenme, obezite vb. konularında resim, şiir, kompozisyon, karikatür ve bilgi yarışmaları düzenlenmiş, dereceye giren öğrencilere ödül verilmiştir. Bunun yanı sıra Beslenme Dostu Okullar projesinin başlatılması planlanmıştır.

3. Beslenme İle İlişkili Kronik Hastalıkların Önlenmesi

Ülkemizde kalp-damar hastalıklarından korunmada farkındalık yaratmak ve kalp-damar hastalıkları risk faktörleri olan beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili mevcut durumu ortaya koyabilmek amacıyla yedi coğrafik bölgede seçilen yedi ilimizde 14 sağlık ocağında “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” projesi yürütülmüştür.

Osteoporoz konusunda toplumun bilgi düzeyinin artırılması amacıyla Osteoporozdan Korunmak İçin Sağlık İçin Sağlıklı Süt İçin Programı başlatılmıştır. Sağlık personeli ve sağlık kuruluşlarından yararlanan halka yönelik bilgilendirme ve eğitim çalışmalarının yürütüldüğü ve ilk olarak 11 ilde

başlatılan program her yıl yeni illerin programa dahil edilmesiyle ülke geneline yaygınlaştırılmaktadır.

4. Beslenme ve Gıda Danışma Komitelerinin Kurulması

Toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesi ve toplumda sık görülen beslenme sorunlarının azaltılması çalışmalarında koordinasyonun sağlanması, doğru mesajların halkımıza ulaştırılması amacıyla Genel Müdürlüğümüzce çok sektörlü bir yaklaşım benimsenmiş olup beslenme konusunda uzman kişilerin, akademisyenlerin, sektör kuruluşlarının vb. temsilcilerinin bir araya getirmek amacıyla Makamın 027.04.2006 tarih ve 4438 sayılı onayı ile Bakanlığımız bünyesinde “Ulusal Beslenme ve Gıda Danışma Komitesi” kurulmuştur. Yaklaşık 70 akademisyen, uzman ve sektör temsilcilerinden oluşan 7 çalışma Grubu aşağıda belirtilmiştir:

1. Okul Sağlığı ve Beslenmesi Çalışma Grubu
2. Obezite Ve Obezite İle İlişkili Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Aktif Yaşam Biçiminin Özendirilmesi Çalışma Grubu
3. Toplumun Beslenme Konusunda Bilinçlendirilmesi Çalışma Grubu
4. Gıda Güvenliği Çalışma Grubu
5. Vitamin Mineral Yetersizliklerinin Önlenmesi Çalışma Grubu
6. Risk Gruplarında Beslenme Çalışma Grubu
7. Toplu Beslenme Sistemleri Çalışma Grubu

Bunun dışında “Fiziksel Aktiviteyi Özendirme Komisyonu” da toplumun fiziksel aktivite konusunda bilinçlendirilmesine yönelik çalışmalarda bilimsel destek sağlanması amacıyla kurulmuştur.

5. Dünya Sağlık Örgütü Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı

Tüm dünyada olduğu gibi Avrupa’da da giderek artan obezite ile mücadele ortak hareket edebilmek, stratejileri belirleyebilmek amacıyla DSÖ tarafından ülkemizin ev sahipliğinde 15-17 Kasım 2006 tarihleri arasında İstanbul’da bir Bakanlar Konferansı düzenlenmiştir. 48 ülkeden yaklaşık 500 katılımcının katıldığı konferans sonucunda “Avrupa Obezite ile Mücadele Şartı” imzalanmıştır. Bukonferansa katılan yabancı konuklara sunulmak üzere; İngilizce’ye çevrilen yayınlarımız ülkemiz standında sergilenmiş ve katılımcılara dağıtılmıştır.

6. Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Eylem Planı (2008-2012)

Ülkemizde obezite konusunda yürütülen ve yürütülmesi planlanan tüm çalışmaların belirli bir program dahilinde yürütülmesi, ölçülebilir ve izlenebilir olması amacıyla “Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Eylem Planı” hazırlanmıştır. Programın amacı, ülkemizde görülme sıklığı giderek artan ve çocuklarımızı ve gençlerimizi etkileyen bu hastalıkla etkin şekilde mücadele etmek, toplumun obezite ile mücadele konusunda bilgi düzeyini artırarak bireylerin yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmalarını teşvik etmek ve böylece ülkemizde obezite ve obezite ile ilişkili hastalıkların (kalp-damar hastalıkları, diyabet, bazı kanser türleri, hipertansiyon, kas-iskelet sistemi hastalıkları vb.) görülme sıklığını azaltmaktır.

Ulusal ve yerel düzeyde politik istek ve kararlılığın sağlanması, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında toplumun, farklı araçlar kullanılarak obezite, yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilinçlendirilmesinin yanı sıra obezitenin teşhis ve tedavisine yönelik önlemlerin de alınması bu eylem planı içinde yer almıştır.

7. Toplumun Fiziksel Aktivite Konusunda Bilinçlendirilmesi Programı

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında hastalıklarla mücadelede en önemli husus, hastalıkların risk faktörleri ile mücadele etmektir. Hareketsiz bir hayat tarzı benimsemenin obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon vb. pek çok kronik hastalık için risk faktörü olduğu bilinen bir gerçektir. Bu nedenle toplumun fiziksel aktivite konusunda bilinçlendirilmesi programı başlatılmıştır. Bu kapsamda yürütülen faaliyetler aşağıda sıralanmıştır:

a) Halk Sağlığı Haftası Etkinlikleri: Toplumun fiziksel aktivitenin sağlık için faydalarına dikkat çekebilmek amacıyla her yıl Eylül’ün ilk haftası kutlanan “Sağlık Haftası”nın ana teması 2006 yılında ülkemizde “Hareketli Yaşam ve Sağlık” olarak seçilmiştir. Bu haftadan başlamak üzere yıl boyunca 81 ilimizde sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, hareketli yaşam ve sağlık vb.konularında çeşitli bilgilendirme, eğitim ve sosyal aktiviteler gerçekleştirilmektedir.

b) Hareketli Yaşam Projesi: Yerel yönetimlerin toplumda fiziksel aktivite bilincinin oluşturulmasındaki rolü şüphesiz çok önemlidir. Fiziksel aktiviteyi özendirici çalışmalar yapan ve imkanlar (bisiklet yolu, koşu yolu, spor tesisi, kondüsyon alanı vb.) yaratan belediyelerin ödüllendirilmesi amacıyla başlatılan bu kampanyada 22 il valilikleri ve 42 Belediye Başkanlığı plakette ödüllendirilmiştir.

c) Yaşamın Her Alanında Fiziksel Aktivite Kampanyası: Bu kampanya, bireylerin fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi, yaşamın her alanında günde en az yarım saatinin egzersiz yapmaya ayrılabilceğinin vurgulanması için planlanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü ve Bakanlığımız İletişim Merkezi ile işbirliği içinde “Yolculukta Egzersiz” ve “Masabaşında Egzersiz” konularında video filmi, afiş ve broşür hazırlanmıştır.

KAYNAKLAR

Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu, Devlet Planlama Teşkilatı İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No DPT:2670, Ankara, 2003.

“Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” Projesi Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 1998.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2003.

Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003 Temel Bulgular, Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2006.



Sağlık Promosyonunda Sorunlu Bir Alan: Kronik Hastalıklarda Çevresel Risk Faktörleri ve Çevre Sağlığı



Doç.Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ
Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Çevre Sağlığı BD.

GİRİŞ

Özellikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere tüm dünyada kronik hastalıklarından ölümler ilk sıradadır. Kronik hastalıklarının içinde de Koroner Arter Hastalıkları, Diyabet, Hipertansiyon, Kanserler ve diğer kardiyovasküler sorunlar ilk sıraları almaktadır (1-3).

Kronik hastalıkları en önemli risk faktörleri; ileri yaş, erkek cinsiyet, aile hikayesi, hipertansiyon, diyabet, lipid düzeyi anormallikleri, obezite, fiziksel inaktivite ve sigara içimi olarak belirlenmiştir. Ancak, bu faktörler kronik hastalıkların çok küçük bir bölümünün nedenini açıklığa kavuşturur. Geri kalan büyük bir bölümünde ise risk faktörleri bilinmemekle birlikte toksik maddelere işyeri ve çevreden etkilenme ve değişik çevresel streslerin önemli etkenler olduğu birçok kaynakta belirtilmektedir (4-6).

I. ÇEVRESEL FAKTÖRLER:

İnsan sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen çevresel faktörleri saptamak ve gereken tedbirleri almak suretiyle etkeni yok etmek çevre sağlığı uygulamalarının esasıdır.

Bu çevresel faktörleri doğal ve yapay faktörler olarak sınıflamak mümkün olabildiği gibi aşağıdaki şekilde de sınıflandırılabilir.

a. Fiziksel faktörler (Örneğin, iyonizan radyasyon, elektromanyetik radyasyon, gürültü)

b. Kimyasal faktörler (Örneğin, ağır metaller, toksik kimyasallar ve gazlar)

- c. Biyolojik faktörler (Örneğin, bakteri, virüs ve mantarlar)
- d. Sosyokültürel faktörler (sosyoekonomik durum, stres, kültür ve alışkanlıklar)

A. FİZİKSEL ÇEVRESEL ETKENLER

1. İyonlaştırıcı Radyasyon ve Kronik hastalıklar:

Yüksek doz radyasyon koroner arterlere ve kalbe önemli zararlar verebilir. Düşük ve orta düzeyde (<5 Gy) dozlarda radyasyonun kardiyovasküler etkileri de birçok çalışmada araştırılmıştır. Endotel hücrelere verdiği hasar ve buna yanıt olarak oluşan inflamasyon sebebiyle gecikmiş olarak kardiyak sorunlara yol açabilmektedir. Bununla birlikte somatik mutasyona neden olabildiği bilinmektedir (7). Bu durum kanserin nedenidir. Ancak 0-4 Gy dozlarında iyonizan radyasyonun dolaşım sisteminde herhangi bir etki oluşturmayacağını bildiren yayınlar da bulunmaktadır (8).

2. Güneş ışığı ve UV-B:

Vitamin D eksikliği, bazı kanserler, otoimmün hastalıklar ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir. Vitamin D oluşumu için güneş ışığı (UV-B) mutlaka gereklidir. Güneşten koruyucu kullanımı, yaşlanma, deri pigment yapısı, günün saati, yükseklik (rakım) D vitaminin oluşumunu etkileyen çevresel ve bireysel faktörlerdir (9).

3. Elektromanyetik radyasyon:

Radyofrekans düzeyindeki elektromanyetik etkileniminin sağlık etkilerinin araştırıldığı epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde; birçok yönetsel zorluklar nedeniyle (uzun süreli etkilenim gerekmesi, birçok karıştırıcı faktör olması vb. nedenlerle kesin bir kanıya ulaşılamamıştır (10-12). Cep telefonlarının olası sağlık etkilerinin çalışılması için ise henüz yeterince zaman geçmediği düşünülmektedir. Bunun yanında lösemi ve beyin tümörü oluşumu ile cep telefonlarının yaydığı EMR arasında ilişki büyük olasılıkla ortaya konmuştur (13). Modern yaşamın bir parçası olan ve elektrikle çalışan ve-veya elektrik geçen her türlü cihaz tarafından yayılan çok düşük frekanslı elektro manyetik alanlar (EMA) bazı kronik hastalıklar ve çocukluk lösemileri ile ilişkilidir. Ancak ispatlanmış bir kronik hastalık EMA ilişkisi yoktur. Bunun başlıca nedenleri yukarıda sıralanmıştır. Ancak bu durum “Kanıtın yokluğu, yokluğun kanıtı olamaz” şeklinde özetlenmektedir. Bu ilkeden hareketle EMA'lara karşı ihtiyatlılık ilkesi çerçevesinde dikkatli olunmalı uzun süreli, yüksek doz etkilenimden ve özellikle çocuk – fetüs etkileniminden uzak durulmalıdır.

Epidemiyolojik araştırmalar ALS (amyotrophic lateral sclerosis) ile EMA arasında güçlü bir ilişki ortaya koymuştur ancak kardiyovasküler hastalıkların oluşumu ile doğrudan ilişki gösteren bir çalışma yoktur (10). Cep telefonu

kullanımı ile (varsa bile çok düşük bir olasılıkla) erişkinlerde beyin tümörü, akustik norinoma, tükrük bezi kanseri, lösemi ve gözlerde malign melanom oluşumu ile çok düşük olasılıklı ilişkiler saptanmıştır. Ancak kalp damar hastalıkları ve aritmilerin oluşumu ile ilgili bilinen bir kanıt bulunamamıştır (11-12).

4. Gürültü:

Özellikle gece saatlerinde trafik ve havaalanı gürültüsüne uzun süre maruz kalanların hipertansiyon açısından artmış risk oluşturduğu saptanmıştır (14). Gürültüden kronik etkilenimin kalp krizi (MI) riskinin artışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (15).

5. Sıcak hava dalgaları:

Üç Avrupa ülkesini kapsayana geniş çaplı ekolojik bir çalışmada kardiyovasküler hastalıklardan dolayı olan ölümlerin sıcak hava dalgalarının olduğu günlerde yüksek oranda olduğu saptanmıştır (16).

B. KİMYASAL ÇEVRESEL ETKENLER

Kimyasal etkilenimler akut sorunlara neden olabildiği gibi var olan sorunları tetikleyici etki de gösterebilirler (17). Kimyasal maddelere yüksek yoğunlukta maruz kalmak akut toksik etkiler yapabilirken kronik etkiler düşük düzeyli ve uzun süreli etkilenimin sonucu ortaya çıkan etkilerdir (4). Bu nedenle tanı ve korunmada önemli sorunlarla karşılaşılabilir.

a. Toksik madde ortamda yokken bile (geçmişte maruz kalındığı için) kronik hastalığın görülebiliyor olması,

b. Toksik nedenle ortaya çıkan kronik hastalığın başka bir nedenle oluşandan farklı olarak ortaya çıkan spesifik bir patolojik bulgusu olmaması,

c. Toksik maddenin kanda ve/veya doku analizlerinde yüksek düzeyde saptanmaması

d. Etkenin hastalığa neden olabilmesi için çok uzun yıllar (örneğin; 20 yıldan fazla kronik etkilenim) gerekmesi,

e. Kronik hastalığının diğer risk faktörleriyle, toksik nedenlerin birbiriyle interaksiyon göstermesi, (Örneğin; toksik maddenin doğrudan kalp damar hastalığına neden olmaması, ancak hipertansiyona neden olarak diğer hastalıkları tetiklemesi gibi gerekçelerden dolayı kronik hastalıklar üzerinde mesleki ve çevresel toksik maddelerin hangi boyutta etkili olduğu tam olarak ortaya konamamaktadır. Ancak doğrudan sebebi bulunamayan kalp damar hastalıklarının %80-90 gibi büyük bir oranının bu tür etkilenimlerden dolayı ortaya çıktığı tahmin edilmektedir.)

Organizmaya giren kimyasal maddenin etki oluşturabilmesi kimyasal maddenin etki gücüne, organizmanın savunma mekanizmalarının etkili çalışıp

çalışmamasına, maruz kalmanın devamlılığı gibi faktörlere bağlıdır. Bu süreç kromozomal anomalilere yol açan, uzun süre etkilenilen kimyasallarda olduğu gibi yıllarla ifade edilmektedir. Ancak Metil kloridin akut MI' ne neden olması örneğinde olduğu gibi akut toksik etkilere de neden olabilmektedir.

Çok değişik yollardan vücuda girebilen kimyasal ve toksik maddeler vücut sistemleri üzerindeki etkileri sonucunda başta kalp damar hastalıkları olmak üzere birçok kronik hastalığın doğrudan veya dolaylı sebebi olabilir, bazı kronik sorunları tetikleyebilirler (1-3,17-26).

1. Cıva: Cıva ve bileşenleri; asetaldehit ve viniklorit gibi sentetik endüstriyel maddelerin üretiminde katalizör olarak, sodyum klorürden sodyum hidroksit ve klor üretiminde elektrot olarak, kozmetikler, piller, floresan lambalar, ilaçlar (laksatifler, supozituarlar), amalgam (diş dolgusu), solventler, plastik, yazıcı mürekkepleri, cilalar, boyalar gibi çok çeşitli kullanım alanlarında bulunur. Ayrıca termometre ve elektrikli aletlerin üretiminde, endüstriyel kontrol aygıtlarında, tarım ilaçlarında insektisit ve fungusit olarak, ayrıca boya ve kağıt sanayinde de kullanılmaktadır. Vücuda hava, su, deri ve gastrointestinal sistem yoluyla girebilir. Örneğin, balık ve deniz hayvanlarından, yapısında cıva bulunan tarım ilaçlarının sık kullanımı sonucu, tarım ürünlerinin yapısından beslenme döngüsüne girerek etkisini göstermektedir (17,27,28).

Cıva madenlerinde çalışan işçilerde kardiyovasküler hastalık sıklığının yüksek oranda olduğu bu durumun yüksek oranda 2,3,7,8 tetra klorodibenzo p-dioksin etkileniminden kaynaklandığı saptanmıştır (27).

Yüksek dozda cıva alımıyla ortaya çıkan hastalık; ilk kez Japonya'nın Minamata Körfezi'nde yaşayan balıkçılarda santral sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem semptomları ile kendini göstermiş ve Minamata Hatalığı olarak adlandırılmıştır. Bu hastalık Metil Cıvadan kaynaklanmaktadır. Başlıca semptomları santral sinir sistemi etkilenime bağlı (hareket bozulması, titreme, dudaklarda uyuşma, görmede azalma, ve konuşma bozukluğu) olmakla birlikte dilate kardiyomiopatiye neden olduğu da bildirilmektedir. Cıva bu etkiyi kalp kası hücreleri üzerindeki toksik etkisi nedeniyle ortaya çıkmaktadır (17,29-31).

Minamata'daki bu olay en çok bilinenidir. Benzer etkilenimler başka ülkelerde de olmuştur. Örneğin; tüm dünyada taze tahıllarda fungusit olarak kullanılan kimyasallar etil cıva içermektedir. 1972'de Irak'ta Cıva ile kontamine taze tahıl yiyen 6530 kişi hastalanmış, 459 kişi ölmüştür (32).

2. Arsenik ve kronik hastalıklar: Bir ağır metal olan arsenik, sanayi atıkları, kanatlı hayvanların yemlerinden ve gübrelerden kaynaklanan bir şekilde özellikle sularda kirlilik yaratarak, kalp damar sistemi hastalıkları yanında, cilt ve akciğer kanserine, sinir sistemi hastalıklarına neden olabilir (33).

3. Pestisitler (kimyasal tarım ilaçları): Tarım ürünlerinden alınan verimi artırmak amacıyla tüm dünyada yaygın olarak kullanılan kimyasallardır. Bu

kimyasal maddeler; kimyasal yapılarına, kullanılma zamanına, hasatı yapılan ürünün değerlendirilme şekline bağlı olarak, değişen miktarlarda tarım ürünlerinde kalıntı bırakabilmektedir. Bu kalıntıların başlıcaları, arsenik, nitrat, ağır metaller ve organik fosfat ve karbamatlardır (34-35).

4. Nitrat: Tarımda yaygın kullanılan sanayi gübreleri azotlu bileşiklerdir ve gıdalarda nitrat birikimine yol açabilir. Böylece özellikle havuç, turp, şalgam gibi yumru sebze türlerinde nitrat ve nitrit izin verilen sınır değerleri aşabilmektedir. Nitrat insan vücudunda nitrite ve nitrozaminlere dönüşerek sağlık etkilerine yol açabilir. Yüksek oranda nitrit özellikle bebeklerde ve küçük çocuklarda methemoglobinemiye neden olur (33-34).

5. Antimon: Parazit enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılan ilaçlar antimon içerirler. Maden işçileri de Antimona maruz kalabilirler. Antimon EKG anormalliklerine neden olur, özellikle T dalgasında değişiklikler ve QT aralığında uzamaya neden olur, daha da ötesinde bazı hastalarda ani ölümlere neden olabilir. Oluşan EKG değişiklikleri ve hafif etkiler maruziyet ortadan kalkınca düzelir.

C. BİYOLOJİK ÇEVRESEL ETKENLER

Enfeksiyonlar; Örneğin anne gebelikte kızamıkçık geçirmişse fetüste kalp ve diğer organların gelişmesinde sorunlar ortaya çıkabilir.

D. PSİKOSOSYAL ÇEVRESEL ETKENLER

Son yıllarda otobüs ve kamyon sürücüleri gibi bazı meslek gruplarında yapılan çalışmalarda bilinen risk faktörleriyle koroner arter hastalığı sıklığı arasında ilişki saptanamamış bunun yerine iş koşullarının getirdiği psikososyal sorunların etkisi ortaya konmuştur (36,37)

II. KRONİK HASTALIKLARLA İLİŞKİLİ MADDE EKSİKLİKLERİ VE ÇEVRE SAĞLIĞI

En çok bilinenin temel madde eksikliği selenyum eksikliğidir. Toprakta doğal olarak bulunan bir element olup antioksidan etkisi vardır. Gıda ve içme suyu ile vücuda alınır. Selenyumun eksik alınması kardiyomiyopati oluşumu ile paralellik göstermektedir (18-20).

İçme ve kullanma sularının sertliğini içerdikleri kalsiyum ve magnezyumun tuzları oluşturur.

Alınan besinlerde yeter miktarda kalsiyum olduğundan bir kalsiyum yetersizliği söz konusu olmaz ama vücudun magnezyum gereksinimi yeterince sağlanamaz. Kalp hastalıklarından ölümlerle içme ve kullanma sularının yumuşaklığı arasındaki ters ilişkinin buna bağlı olduğu üzerinde durulmaktadır (38-39).

Suyun sertliği ile (hardness) kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranları arasında ters ilişki saptanmıştır. Ama bunun sudaki kalsiyum veya magnezyumdan

herhangi birinin bulunup bulunmamasına ait kesin deliller yoktur. Şehir sularının yumuşatılmasına ait herhangi bir kısıtlama veya minimum kalsiyum veya magnezyum seviyesinin sağlanmasına ait tavsiyeler olmamakla birlikte bunların varlığı gerekmektedir. İlave olarak bunların sağlığa yan tesirleri hakkında kesin delil de yoktur (39,40).

Tatlı veya yumuşak su bulunan bölgelerde yaşayanlarda aterosklerotik ve dejeneratif kalp hastalıklarıyla hipertansiyonun ve kardiyovasküler ani ölümlerin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Genellikle doğada bulunan sularda üç kısım kalsiyum iyonuna karşılık bir kısım magnezyum vardır ve bu oranın gerek sağlık gerekse teknik açıdan sakıncası yoktur. İçme ve kullanma suyunun sertliğini gidermeye ya da minerallerini ve tuzunu azaltmaya yönelik girişimler esnasında sudaki magnezyum ve kalsiyum miktarları çok düşük düzeylere inebilir (38).

Kalsiyum yokluğunun kalp-damar hastalıklarının meydana gelişinde nasıl rol oynadığını gösteren bir takım hipotezler ortaya atılmıştır. Serum lipid düzeylerini düşürdüğü ve kas kasılmaları için gerekli olması açısından kalsiyum yokluğunun bazı damar hastalıklarını daha da kötüleştirdiği ileri sürülmektedir (39,40).

III. ÇEVRESEL ETKENLERDEN KORUNMA

Gerek kalp damar hastalıklarında gerekse diğer kronik hastalıklarda erken tanı (sekonder korunma) çok önemlidir ve gelişen teknolojiyle birlikte etkinliği ve yararı gün geçtikçe artmaktadır. Ancak, halen en etkin, en ucuz ve radikal önlem etkeni yok etmek, etkenden korunmak ve etkenle karşılaşmamak için yapılan primer korunmadır. Primer korunma etkeni saptamakla başlar. Kalp damar hastalıklarından korunmada temel önleme stratejilerini içeren aktiviteler şu anki ya da olası kardiyovasküler riskleri azaltmayı amaçlamalıdır. Bu riskler çevresel faktörler ya da yaşam biçimi davranışlarına bağlı olabilir. Bu nedenle kalp damar hastalıklarının asıl etken ve nedenlerinin saptanması ve önlenmesine yönelik çalışmaların yoğunlaştırılması gerekmektedir. Aksi taktirde kalp hastalıkları ve kanserler gibi kronik hastalıklarda tedavinin zor, pahalı ve uzun sürmesinden dolayı bir çok maddi ve manevi kayıp söz konusu olacaktır (45).

Korunmada en etkili yol, etkenle temasın kesilmesidir. Sigara, alkol, çevre kirliliği ile mücadele, zararlı olduğu bilinen kimyasal maddelerin yasaklanması, kimyasal madde kalıntısı içermeyen gıdaların kullanılması bu konudaki temel faaliyet alanları olmalıdır.

Kalp damar hastalıklarının gelişiminde etken olduğu ya da hastalık oluşumunu kolaylaştırdığı bilinen çevredeki birçok kimyasal madde ile birey olarak tek tek mücadele etmenin imkansız olduğu aşikardır. Bu nedenle etkin su ve gıda politikaları, kimyasal madde kullanımının kontrollü ve denetim altında

olması, gübre kullanımının etkin ve kontrollü olması, her türlü giyim, mobilya vb. tüketim malzemelerinde kullanılacak boya, vernik, çözücü ve yapıştırıcı kimyasalların denetim altında kullanılması, üretilen son üründe kalıntı olup olmadığının etkin denetlenmesi ve ölçülmesi gibi kamu ve devlet görevi olan korunma tedbirleri ön planda olmalıdır. Bireylere düşen ise; bilinçli tüketici olmak, kamu kurumları üzerinde etkin faaliyet yapma konusunda kamuoyu baskısı oluşturmak, bireysel tercihlerini yaparken bu tür etkileri göz önünde bulundurarak bilinçli olarak yapmak olmalıdır.

Gelecek sağlık nesiller hedefine sağlıklı çevreler oluşturarak ulaşılabilir. Sağlıklı bir çevre ve bu çevrede yetişen genç nesillerle daha sağlıklı bir toplum haline gelinebilir.

KAYNAKLAR

1. McGovern PG, Jacobs DR Jr, Shahar E, Arnett DK, Folsom AR, Blackburn H, Luepker V. Trends in acute coronary heart disease mortality, morbidity, and medical care from 1985 through 1997: the Minnesota heart survey. *Circulation*. 2001 Jul 3;104(1):19-24.
2. Malach M, Imperato PJ. Acute myocardial infarction and acute coronary syndrome: then and now (1950-2005). *Prev Cardiol*. 2006 Fall;9(4):228-34. Review.
3. Whitfield MD, Gillett M, Holmes M, Ogden E. Predicting the impact of population level risk reduction in cardio-vascular disease and stroke on acute hospital admission rates over a 5 year period--a pilot study. *Public Health*. 2006 Dec;120(12):1140-8.
4. Benowitz NL. Cardiovascular toxicology. Ch.21. p.334. in "Current Occupational and Environmental Medicine" Ed. :Ladou J. Fourth Edition. Mc Graw Hill Medical . 2004.
5. Fuster V, Gotto AMJ. Risk Reduction. *Circulation* 2000; 102:IV-94.
6. Olden K, White SL. Health-related disparities: influence of environmental factors. *Med Clin North Am*. 2005 Jul;89(4):721-38.
7. Little MP, Tawn EJ, Tzoulaki I, Wakeford R, Hildebrandt G, Paris F, Tapio S, Elliott P. A systematic review of epidemiological associations between low and moderate doses of ionizing radiation and late cardiovascular effects, and their possible mechanisms. *Radiat Res*. 2008 Jan;169(1):99-109.
8. McGale P, Darby SC. Low doses of ionizing radiation and circulatory diseases: a systematic review of the published epidemiological evidence. *Radiat Res*. 2005 Mar;163(3):247-57. Erratum in: *Radiat Res*. 2005 Jun;163(6):711.
9. Holick MF. Sunlight, UV-radiation, vitamin D and skin cancer: how much sunlight do we need? *Adv Exp Med Biol*. 2008;624:1-15.
10. Ahlbom IC, Cardis E, Green A, Linet M, Savitz D, Swerdlow A; ICNIRP (International Commission for Non-Ionizing Radiation Protection) Standing Committee on Epidemiology

Review of the epidemiologic literature on EMF and Health. *Environ Health Perspect.* 2001 Dec;109 Suppl 6:911-33.

11. Johansen C. Electromagnetic fields and health effects--epidemiologic studies of cancer, diseases of the central nervous system and arrhythmia-related heart disease. *Scand J Work Environ Health.* 2004;30 Suppl 1:1-30.

12. Habash RW, Brodsky LM, Leiss W, Krewski D, Repacholi M. Health risks of electromagnetic fields. Part I: Evaluation and assessment of electric and magnetic fields. *Crit Rev Biomed Eng.* 2003;31(3):141-95.

13. Ahlbom A, Green A, Kheifets L, Savitz D, Swerdlow A; ICNIRP (International Commission for Non-Ionizing Radiation Protection) Standing Committee on Epidemiology. Epidemiology of health effects of radiofrequency exposure. *Environ Health Perspect.* 2004 Dec;112(17):1741-54.

14. Jarup L, Babisch W, Houthuijs D, Pershagen G, Katsouyanni K, Cadum E, Dudley ML, Savigny P, Seiffert I, Swart W, Breugelmans O, Bluhm G, Selander J, Haralabidis A, Dimakopoulou K, Sourtzi P, Velonakis M, Vigna-Taglianti F; HYENA study team. Hypertension and Exposure to Noise near Airports: the HYENA study. *Environ Health Perspect.* 2008 Mar;116(3):329-33.

15. Willich SN, Wegscheider K, Stallmann M, Keil T. Noise burden and the risk of myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2006 Feb;27(3):276-82. Epub 2005 Nov 24.

16. Ishigami A, Hajat S, Kovats RS, Bisanti L, Rognoni M, Russo A, Paldy A. An ecological time-series study of heat-related mortality in three European cities. *Environ Health.* 2008 Jan 28;7:5.

17. Rosenman KD. Disorders of Heart and Blood Vessels. Ch.17. p.295. in "Fundamentals of Environmental Medicine" Ed. : Tarcher AB. Principles and Practice of Environmental Medicine, Plenum Medical Book Company, New York, 1992.

18. Fuster V, Alexander W, O'Rourke R. The Heart, 10th edition. McGraw and Hill. 2001.

19. Bleys J, Navas-Acien A, Guallar E. Serum selenium levels and all-cause, cancer, and cardiovascular mortality among US adults. *Arch Intern Med.* 2008 Feb 25;168(4):404-10.

20. Navas-Acien A, Bleys J, Guallar E. Selenium intake and cardiovascular risk: what is new? *Curr Opin Lipidol.* 2008 Feb;19(1):43-9.

21. Cunningham SR, Dalzell GW, McGirr P, Khan MM. Myocardial infarction and primary ventricular fibrillation after glue sniffing. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987 Mar 21;294 (6574): 739-40.

22. Wu MM, Kuo TL, Hwang YH, Chen CJ. Dose-response relation between arsenic concentration in well water and mortality from cancers and vascular diseases. *Am J Epidemiol.* 1989 Dec;130(6):1123-32.

23. Egeland GM, Bloom TF, Schnorr TM, Hornung RW, Suruda AJ, Wille KK. Fluorocarbon 113 exposure and cardiac dysrhythmias among aerospace workers. *Am J Ind Med.* 1992;22(6):851-7.

24. Antti-Poika M, Heikkilä J, Saarinen L. Cardiac arrhythmias during occupational exposure to fluorinated hydrocarbons. *Br J Ind Med.* 1990 Feb;47(2):138-40.

25. Soden KJ, Marras G, Amsel J. Carboxyhemoglobin levels in methylene chloride-exposed employees. *J Occup Environ Med.* 1996 Apr;38(4):367-71.
26. Klatsky AL. Alcohol and cardiovascular diseases: a historical overview. *Ann N Y Acad Sci.* 2002 May;957:7-15. Review.
27. Steenland K, Piacitelli L, Deddens J, Fingerhut M, Chang LI. Cancer, heart disease, and diabetes in workers exposed to 2,3,7,8-tetrachlorodibenzo-p-dioxin. *J Natl Cancer Inst.* 1999 May 5;91(9):779-86.
28. Mahaffey KR, Rice G, et al. An Assessment of Exposure to Mercury in the United States: Mercury Study Report to Congress. Washington, DC: U. S. Environmental Protections Agency; 1997. Document EPA-452/R097-006.
29. Oka T, Matsukura M, Okamoto M, Harada N, Kitano T, Miike T, Futatsuka M. Autonomic nervous functions in fetal type Minamata disease patients: assessment of heart rate variability. *Tohoku J Exp Med.* 2002 Dec;198(4):215-21.
30. Futatsuka M, Kitano T, Shono M, Nagano M, Wakamiya J, Miyamoto K, Ushijima K, Inaoka T, Fukuda Y, Nakagawa M, Arimura K, Osame M. Long-term follow-up study of health status in population living in methylmercury-polluted area. *Environ Sci.* 2005;12(5): 239-82.
31. Bahçebaşı T. Minamata Hastalığı. 2. Çevre Hekimliği Kongresi. Özet kitabı. Sayfa 185, Ocak 2006, Ankara.
32. Bakir F, Damlugi SF, Amin-Zaki L, et al. Methylmercury poisoning in Iraq. *Science* 1973; 181:230-41.
33. Evrensel T. Kimyasal tarım ilaçlarına Dikkat. *Buğday Dergisi Sayı: 12, 2007* <http://www.bugday.org/article.php?ID=1637> Erişim tarihi (4.3.2008).
34. Bhatnagar A. Environmental cardiology: studying mechanistic links between pollution and heart disease. *Circ Res.* 2006 Sep 29;99(7):692-705. Review.
35. Trewavas A, Stewart D. Paradoxical effects of chemicals in the diet on health. *Curr Opin Plant Biol.* 2003 Apr;6(2):185-90. Review.
36. Netterstrøm B, Juel K. Impact of work-related and psychosocial factors on the development of ischemic heart disease among urban bus drivers in Denmark. *Scand J Work Environ Health.* 1988 Aug;14(4):231-8.
37. Marmot M, Shipley M, Brunner E, Hemingway H. Relative contribution of early life and adult socioeconomic factors to adult morbidity in the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health.* 2001 May;55(5):301-7.
38. Catling LA, Abubakar I, Swift L, Hunter PR, Lake IR. A systematic review of analytical observational studies investigating the association between cardiovascular disease and drinking water hardness. *J Water Health.* 2008;6(4):433-442.
39. Monarca S, Donato F, Zerbini I, Calderon RL, Craun GF. Review of epidemiological studies on drinking water hardness and cardiovascular diseases. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2006

Aug; 13(4): 495- 506.

40. Tekbaş ÖF., Güleç M. Suların Sertlik Dereceleri Ve Sağlık Etkileri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004: 3 (7).

41. Lawrence JF., Rosenstock L. Cardiovascular Disorders. Ch.24. p.549. in “Textbook of Clinical Occupational and Environmental Medicine” Vol:1. Eds.: Rosenstock L., Cullen M., Brodtkin CA., Redlich CA. Second Edition. Elsevier Saunders. 2005.

42. Prozialeck WC, Edwards JR, Nebert DW, Woods JM, Barchowsky A, Atchison WD. The vascular system as a target of metal toxicity. Toxicol Sci. 2008 Apr;102(2):207-18. Epub 2007 Oct 18. Review.

43. Mathews I., Parry S. The Burden Of Disease Attributable To Environmental Pollution, University of Wales College of Medicine. Cardiff University. The views presented in this paper are those of the authors and do not necessarily. Represent HPA views. July, 2005.

44. Seghizzi P, D’Adda F, Borleri D, Barbic F, Mosconi G. Cobalt myocardiopathy. A critical review of literature. Sci Total Environ. 1994 Jun 30;150(1-3):105-9. Review.

45. Gariano JM, Manson JE, Ridker PM. Primary and secondary prevention of coronary heart disease. In: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E: Braunwald’s Heart Disease. 7th ed. Philadelphia, Elsevier-Saunders, 2005, pp. 1057-1084.



Kronik Hastalıklarda Hastalık Yönetimi



Prof. Dr. H. Erdal Akalın
Acıbadem Sağlık Grubu, İstanbul

21. Yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak kronik hastalıklar dikkati çekmektedir. Yapılan çalışmalar, sorunun sadece gelişmiş toplumların değil, gelişmekte olan toplumların da sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye’de yapılan değişik epidemiyolojik çalışmalar sonucunda en az 22 milyon kişinin bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu Sağlık Bakanlığı Raporu ile belirtilmiştir.

Kronik hastalıkların en önemli özellikleri, bazılarının önlenabilir olması, çoğunun yaşam boyu tedavi gereksiniminin olması, tedavide sorumlulukların sağlık çalışanları ve hasta tarafından paylaşılmasının gerekli olması, komplikasyonlarının önlenabilir olması, sağlık çalışanı ve hasta eğitiminin başarılı sonuç almada çok önemli yerinin olması ve maliyetlerinin çok yüksek olması sayılabilir.

Kronik hastalıkların yönetiminde geliştirilen en önemli yöntemler şunlardır:

1. Hastalık yönetimi,
2. Bakım koordinasyonu,
3. Hasta-odaklı “sağlık evi” uygulamaları,
4. Gelişmiş elektronik hasta kayıt sistemi (EHR).

Hastalık yönetimi, sağlık hizmetlerinin ve ilgili iletişimin koordine edildiği ve hastanın kendi bakımını üstlenmesinin önemli olduğu hastalıklar için geliştirilmiş bir sistemdir.

Hastalık yönetimi;

- Koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik eder,
- Uygun tanı ve tedavi planlamasını destekler,
- Klinik etkinliği en üst düzeye çıkarır,
- Etkin olmayan ve gereksiz hizmetleri elimine eder,
- Maliyet-etkin tanı ve tedavi yöntemlerini kullanır,
- Uygun kalite standartlarını ile sağlık hizmeti sunumunun en verimli bir şekilde yapılmasını sağlar,
- İşlev ve işlemleri sürekli iyileştirir.

Hastalık yönetimi daha iyi sağlık sonuçlarına, daha verimli bir şekilde erişebilmek için hizmet sunumu süreçlerini integre eder. Böylece;

- Daha iyi klinik sonuçların elde edilmesi sağlanır.
- Sağlık harcamaları azalır ve daha iyi yönetilir.
- Klinik uygulamalarda kanıta-dayalı rehberler ve protokollerin kullanımını ön plana geçer.
- Hasta ve hekimi, ekip çalışması kavramı ile destekler.

Başarılı hastalık yönetimi uygulamalarından beklenenler şu şekilde özetlenebilir:

- Hasta-hekim iletişimi artırma ve iyileştirme,
- Davranış değişikliklerini kolaylaştırmak için gerekli geri bildirim,
- Hekimin performansının verimliliğe ve sonuçlara göre ölçülmesi.



Sağlık Teşvikinde Yerel Yönetimler



Hikmet Şahin
Bursa Büyükşehir Belediyesi Başkanı
Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Başkanı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen sağlık tanımı; sadece hastalığın olmaması durumu değil fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir esenlik halidir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi dünyada global bir çabayı gerektirmektedir. Hükümetler, ulusal ve uluslararası örgütler, toplumlar ve bireylerin ortak çabasıyla yürütülecek sağlık gelişim politikalarının başarı şansı daha fazladır. Buradan hareketle Dünya Sağlık Örgütü; herkes için sağlık, eşitsizliklerin azaltılması, hastalıkların ve kazaların önlenmesi, sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam alanlarının oluşturulması amacıyla bugün Avrupa'da 90 şehir tarafından benimsenen Sağlıklı Şehirler Projesini geliştirmiştir.

Sağlıklı Şehirler Projesi, yoksulluğun olmadığı, herkesin eşit yaşam koşullarına sahip olduğu, temiz çevresiyle, düzenli altyapısıyla, ulaşımıyla yaşamaktan mutluluk duyduğu şehirlerin hareketidir.

Ancak bildiğiniz gibi, sağlıklı şehir hareketi, sadece belediyelerin değil, adından da anlaşıldığı gibi yerel yönetim öncülüğünde bütünüyle kentin hareketidir. Şehirde yaşayan halktan, sivil toplum örgütlerine, kamu kuruluşlarından ve özel kuruluşlara kadar kentin tüm kesimlerini kapsayan ortaklık projesidir.

Biz belediye başkanları olarak görevimiz bu işbirliğini sağlayarak kamu, gönüllü kuruluşlar ve özel kuruluşlarla düzenli olarak bir araya gelerek halk sağlığını geliştirmek adına ortak projeler geliştirmektir.

Bu yerel işbirliği ve ortaklıkları hayata geçiren, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'na üye ilk kent olan Bursa Büyükşehir Belediyesi 1995 yılından bu yana

Sağlıklı Şehir Projesini uygulayan en önemli kentlerden biri olmuş ve diğer Türk şehirlerine de öncülük ederek, Sağlık Bakanlığı'nın da desteğiyle Türkiye Sağlıklı Kentler Birliğini kurucu başkanı olmuştur. Çünkü Sağlıklı Şehirler hareketi sadece yerelde kalmamalıdır; işbirliği kurularak, ortak politikalar belirlenerek ulusal ve uluslararası düzeyde yaygınlaştırılmalıdır. Bu düşünceyle, hem sağlıklı şehir olmaya aday kentleri bir araya getirerek güç birliği oluşturmak, hem de sağlıklı şehir kavramının tüm Türkiye'de benimsenmesini ve gelişmesini sağlamak için Şubat 2005'te kuruluş toplantısını gerçekleştirdiğimiz Sağlıklı Kentler Birliği'ni faaliyete geçirdik.



Bursa Büyükşehir Belediyesi öncülüğünde 10 şehir ile yola çıkan Sağlıklı Kentler Birliği'nin üye sayısı bugün 32'ye ulaşmıştır. İzmir, İstanbul, Antalya, Kayseri, Kocaeli gibi Büyükşehirlerimiz ile şu an 25 milyondan fazla nüfusa hizmet etmektedir. 25 milyon insana daha sağlıklı ve refah kentler yaratmak için çalışmaktadır. Bunun yanı sıra Sağlıklı Kentler Birliği sadece sağlık alanındaki ulusal politikaları değil, aynı zamanda yurttaşlarımızın sağlığını etkileyen her politikayı da etkileyebilecek kapasiteye ulaşmıştır.



Bildiğiniz gibi günümüz yaşam koşulları nedeniyle pek çok hastalıkla karşı karşıya geliyoruz ve maalesef yapılan araştırmalar sonucunda bu hastalıkların giderek yaygınlaştığını görüyoruz.

Ülkemize bakarsak, yaklaşık 22 milyon vatandaşımız kronik hastalıkların etkisi altında yaşıyor ve bu sayı giderek artış gösteriyor. Bu rakamlar Türkiye nüfusunun yaklaşık üçte birine tekabül ediyor.

Ayrıca, Sağlık Bakanlığı raporlarına göre Türkiye’de yaklaşık

- 15 milyon kişi yüksek tansiyon,
- 12 milyon kişi diyabet hastası,
- 4 milyon kişi şeker hastası,
- 3 milyon KOAH ve
- 2 milyon koroner kalp hastasının yaşadığı ifade ediliyor.
- Yapılan araştırmalara göre kronik hastalık teşhisi konulan her üç kişiden birinde ise depresyon semptomları görülüyor.

Bunların kaynağına indiğimizde, kronik hastalıklar grubunda yer alan kalp-damar hastalıkları, yüksek tansiyon, şeker hastalığı ve KOAH’ın en önemli risk faktörlerinin; sigara ve alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, stres ve hareketsiz yaşam tarzları karşımıza çıkıyor.

Erken ölümlere yol açan ve kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik hastalıklardan korunma, alınacak koruyucu önlemlerle mümkündür. Kent yönetimlerinde sağlık faktörü artık 21. yy. da büyük önem kazanmıştır. Kentin ulaşımından, çevresine, su kalitesinden konut niteliklerine, altyapısından sosyal hizmet imkanlarına kadar her hizmet sektörü kentte yaşamının getirdiği kronik hastalık riskleri oluşturur. Bu kronik hastalıklar kent yaşamının kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Dolayısıyla bu noktada yerel yönetim ve belediyeçilik kalitesi insan sağlığını doğrudan etkilemektedir.

“Herkes İçin Sağlık” hedefiyle bir araya gelen Sağlıklı Kentler Birliği, insan sağlığı için en ideal kentleri oluşturarak sağlık üzerindeki risk faktörlerini ortadan kaldırmak için çaba sarf etmektedir.

“Önlenebilir ölümlerin en büyük nedeni sigara”

Sağlık üzerindeki tehditlerden bahsederken ele alınması gereken en önemli konuların başında sigara geliyor. Dünyada şu anda yılda 4 milyon insan tütünle ilgili sorunlardan dolayı hayatını kaybediyor. Tahminlere göre bu rakam 2030 yılında 10 milyona yükselecek. Ülkemizde ise her yıl 112.000 insanımızı sigaraya kurban veriyoruz. Milyonlarca insan da sigaradan kaynaklanan hastalıklarla mücadele ediyor.

DSÖ başta olmak üzere tüm dünya sigarayla mücadele konusunda çok ciddi çalışmalar yapmakta, kampanyalar yürütmektedir. DSÖ bütün ulusları dünya çapında uluslararası hükmedici yasalar hazırlamaya çağırarak ve toplumun sağlığını kazanarak, dünyada sigara ve ilgili hastalıklardan ölüm sayısını azaltmayı hedeflemektedir.

Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığımızın büyük çabasıyla yürürlüğe giren Tütünle Mücadele Yasası büyük bir sağlık atağı olmuştur. Ülkemizde her kesimi harekete geçiren sigarayla mücadele çalışmaları kapsamında Sağlıklı Kentler Birliği de yasanın uygulanması ve teşviki için çok ciddi çalışmalar yapmıştır.

Sağlıklı Kentler Birliği, 2007 yılında, “Tütünle Mücadele Küresel Girişimi”ne aktif katılım sağlanması ve desteklenmesi yönünde ortak karar alarak harekete geçmiştir.

Sağlıklı şehirler yaratmanın yanında insanları sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirmeye çalışan Birliğimiz, sağlığın en büyük düşmanı olan sigaraya karşı öncelikle üye belediyelerimize yönelik bilgilendirici bir eğitim toplantısı düzenlemiştir.

Ayrıca, Sağlıklı Kentler Birliği olarak; Dünya Sağlık Örgütü aracılığıyla sağlanan destekle Sağlık Bakanlığı ve Uluslar arası Verem ve Akciğer Hastalıklarıyla Mücadele Birliği’nin taraf olduğu “Türkiye’de Sigara İçilmeyen Kamusal Alanların ve İşyerlerinin Genişletilmesi, Sigara Karşıtı Politikaların Etkin Uygulanması Projesi”nde ortak olarak yine mücadelemiz devam ediyor.

Sağlıklı Kentler Birliği üyesi şehirler olarak, dolaylı ya da dolaysız şehir halkının sağlığı üzerinde etkili olacak bu projelerle kentleri yaşanabilir hale getirmek için çaba sarf ediyoruz.

DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi IV. Faz’ı kapsamında yaptığımız bu çalışmalarımız, 2009–2013 yıllarını kapsayan V. Faz ana temaları Sağlıklı Şehir Planlaması, Eşitlik-Hakkaniyet ve Yaşam Tarzları ile yenilenerek devam edecek.

Bursa Büyükşehir Belediyesi Sağlıklı Kent Olma Çalışmaları

Bursa Büyükşehir Belediyesi olarak sağlıklı kent projelerine sağlıklı ulaşım ile başladık. 4 yılda yıllardır kentin gündeminden düşmeyen ve bir türlü çözüm bulunamayan düğüm noktalarında yapılan 10 kavşağı hizmete açtık. Daha güvenli bir ulaşım çeşidi olan toplu taşımada da BursaRay’ın doğu etabını hizmete açarak trafiği rahatlattık. 5 km.den oluşan bu hatta 1 km. tünel, 400 metre viyadük ve 6 istasyon bulunmaktadır. Sırada BursaRay’ın C Etabı bulunmaktadır. Bu etabın da kredi anlaşmaları tamamlanmıştır.

Şehirde yaşayan insanlara sağlık, mutluluk ve huzuru şehrin yapısının hem fiziki, hem de sosyal anlamda kaliteli olması sağlamaktadır. Bu amaçla, vatandaşlarımızın bedensel sağlığı için fiziksel aktivite yapabilecekleri, boş zamanlarını değerlendirebilecekleri yeşil alanlar ve rekreasyon alanları için çalışmalara hızla başladık.

Görüle’de faaliyete geçen yeni kent hali yalnızca Bursa ve Türkiye’nin değil Ortadoğu ve Avrupa’nın da en modern hal binası olarak dikkati çekmektedir. Eski hal alanı da yeşil alan olarak düzenlenecek ve Bursa yeni bir park alanına kavuşacaktır.

Merinos Parkı 252.500 metrekarelik yeşil alanıyla Kültürpark'tan sonra Bursa'nın ikinci büyük kent parkı olarak vatandaşlarımızın hizmetine sunulmuştur. Merinos Parkı ve Atatürk Kültür ve Kongre Merkezimiz bugün yalnızca Bursa'nın değil Türkiye'nin prestijine değer katacak bir eserdir.

5,5 km.lik Nilüfer Vadisi boyunca düzenlenecek yeşil ve rekreasyon alanlarıyla Bursa'nın 2 milyon 600 olan metrekare yeşil alan miktarı 4 milyon metrekareye çıkacaktır.

Çevre yatırımlarına gelince modern tıbbi, atık toplama merkezimiz hizmete girmiştir. Daha önce çukurlara gömülüp kireçlenerek bertaraf edilen tıbbi atıklar bundan sonra çağdaş bir sistemle toplanarak evsel atığa dönüştürülecek. Doğu-batı atık su arıtma tesisleri, Hamitler süzöntü suyu arıtma tesisi, Gemlik ve Mudanya derin deniz deşarjı gibi yatırımlarla derelerimizi ve kıyılarımızı kirlilikten kurtarıyoruz.

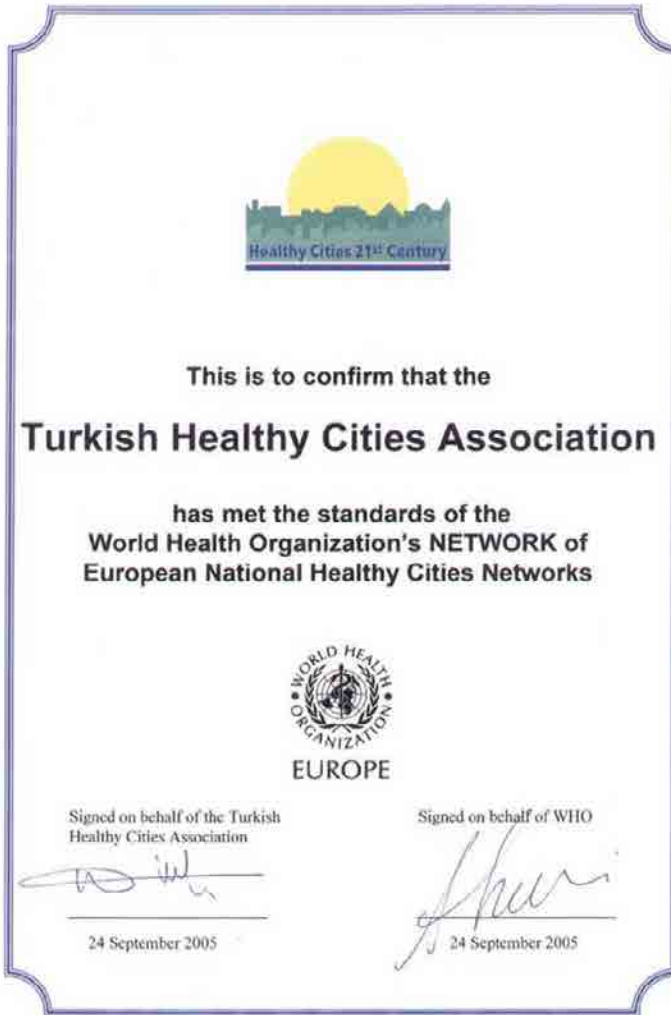
Vatandaşlarımızın en temel hakkı sağlıklı bir çevrede barınma hakkıdır. TOKİ ile ortaklaşa yürüttüğümüz 948 konutluk toplu konut projesinin inşaatı tamamlanmıştır. Projenin ikinci etabı olan 1024 konutunda temelleri atılmıştır. Bu yatırımlarla Bursa konut ihtiyacını karşılamayı ve dar gelirli vatandaşlarımızın ev sahibi yapmayı hedefliyoruz.

Yıllardır kent merkezinde faaliyetlerini sürdüren tabakhaneleri Sıcaksu Kentsel Dönüşüm Projesi çatısı altında modern ve yaşanabilir bir alana dönüştürmeyi sağlayacağız. Bölgede yaşayan halkımız bu projeye sağlık üzerinde büyük tehdit oluşturan dericiler şehir dışına taşınmış, sağlıklı bir çevrede, güvenli ve modern konutlarda yaşama fırsatı elde etmiştir.

Sokakta Çalışan Çocuklara Destek Merkezi, Kadın Konuk evi, Sanat ve Meslek Edindirme Kursları, semt spor sahaları, kültür ve sanat etkinliklerimiz vb. birçok proje Bursa'yı sağlıklı kent hedefine daha da yaklaştırmaktadır.

Dünya değişiyor, Türkiye gelişiyor ve Bursa takip ediyor. Projelerimiz ve uygulamalarımız devam etmekte. Kent olma yolunda yenilikçi, dinamik ve vizyon sahibi tüm projelere açığız ve sürekli üretiyoruz. Bursa gelişiyor ve değişiyor.

Belediyelerimizin toplum sağlığı üzerindeki rolü tartışılmaz. Yalnızca yol, kaldırım yapmak değil görevimiz. Halkımıza sağlıklı yaşam sunmak için yalnızca sağlıklı yaşam alanları oluşturmak da yeterli değil. Halkımızı kendi sağlıkları konusunda bilinçlendirmeli ve bunu 7'den 70'e her kesimi ayrı ayrı ele alarak gerçekleştirmeliyiz. Yaşanabilir kentler oluşturmak için tüm kentlerimizi Sağlıklı Kentler Birliği'ne davet ediyorum.





Kurumsal Sosyal Sorumluluk ve Sosyal Pazarlama



Prof. Dr. Haluk GÜRGEN
Bahçeşehir Üniversitesi İletişim Fakültesi Dekanı

Toplumsal bir sorun ya da konu hakkında davranışları pekiştirmeyi, değiştirmeyi ya da yeni bir davranış önermeyi hedefleyen ve kurumsal sosyal pazarlama olarak adlandırılan çalışmalar, kurumların kurumsal sosyal sorumluluk çalışmaları kapsamında değerlendirilmektedir. Bu nedenle kurumsal sosyal pazarlama hakkında düşüncelerimizi açıklayabilmek için önce kurumsal sosyal sorumluluk kavramına ilişkin bazı temel noktalara değinmek gerekir.

Öncelikle kurumsal sosyal sorumluluk kavramına bir felsefe, kurumların temel vizyon ve misyonları ile ilişkilendirerek ele alacağımız bir kavram olarak yaklaşmamız gerektiğinin altını çizmekte yarar var. Joel Makower, *Beyond the Bottom Line: Putting Social Responsibility to Work for Your Business and the World* isimli kitabında; Sosyal Sorumluluk'un bir kurumun çalışanlarının ve yöneticilerinin çok derinden paylaştıkları bir vizyondan ortaya çıktığını belirtiyor. Bu vizyonun da bir iş, para kazanmak, kar etmenin ötesinde bir kavram olarak değerlendirilmesi gerektiğinin altını çiziyor.

Kurumsal sosyal sorumluluk çalışmaları, daha yaşanabilir, adil, sürdürülebilir, insani gelişmeye katkıyı sağlayan çabalar kapsamında değerlendirilmektedir. Philip Kotler; kurumsal sosyal sorumluluğu, “isteğe bağlı iş uygulamaları ve kurumsal kaynakların katkıları aracılığıyla toplumun refahını iyileştirmek için üstlenilen bir yükümlülük” olarak tanımlamaktadır. Kotler’e göre bu tanımın ana unsuru, sosyal sorumluluk çalışmalarının isteğe bağlı olma durumudur. Toplumun refahı kavramı da hem insani koşulları hem de çevre ile ilgili konuları içermektedir.

Michael Hopkins, *Planetary Bargain: Corporate Social Responsibility Matters* isimli kitabında; sosyal sorumluluğun amacını, geniş bir açıdan bakıldığında

kurumun karlılığını koruyarak, belli etik değerler çerçevesinde toplum için sürekli olarak daha yüksek yaşam standartları yaratmaya yönelik çabalarla ilişkilendirmektedir. IBFL, International Business Leaders Forum (Uluslararası Yöneticiler Forumu) benzer bir tanımla kurumsal sosyal sorumluluğu benimseyen şirketlerin “insanların yaşam kalitesini yükseltilmesinde itici bir güç” yarattığını vurgulamaktadır. IBFL’e göre kurumsal sosyal sorumluluk aşağıda açıklanan alanlarda yaşam standartlarını yükseltmede önemli rol üstlenmektedir.

1. İnsan hakları, çalışma ve güvenlik
2. Kurum ve ekonomik gelişme
3. İş standartları ve kurumsal yönetim
4. Sağlığın desteklenmesi
5. Eğitim ve liderliğin geliştirilmesi
6. İnsani felaketlerde yardım
7. Çevre

Günümüzde Kurumsal Sosyal Sorumluluk etik bir gereklilikten öte toplumsal bir beklentiyi yansıtmaktadır. Yeni dünya düzeninde, insanlar giderek şirketlerin daha iyi birer kurumsal vatandaş (corporate citizen) olmalarını ve varoldukları toplumun sosyal refahına katkıda bulunmalarını istemekte ve en önemlisi bunu beklemektedirler. Küresel dünyanın değişen dinamikleri sosyal sorumluluğu bir “hayır işinden” yerine getirilmesi gereken bir “zorunluluk” haline dönüştürmüştür. Başta tüketici hakları, çevre, açlık, yoksulluk, sağlık gibi konular olmak üzere, iş dünyasının bu alanlarda ortaya çıkan sorunların çözümüne aktif katkıda bulunması beklenmektedir. Yoksa şirketler bir süre sonra ürettiklerini satabilecekleri, dağıtabilecekleri ve yeniden tüketime yönelik üretime dönüştürebilecekleri bir “dünya” bulamayacaklardır! Bunu gören vizyon sahibi kurumların yöneticileri sosyal sorumluluğu bir “zorunluluk” olarak tanımlamaktadırlar. Şirketlerini de bu anlayışla yönetmektedirler.

1990 yılında yapılan bir araştırma tüketicilerin %40’ının sosyal alanda sorumlu davranmayan kurumları cezalandırdıklarını, %25’inin ise sosyal anlamda sorumlu olduğunu düşündükleri kurumların ürünlerinden satın alarak onları “ödüllendirmek” istediklerini ortaya koymaktadır (Aydede, s.23).

İngiltere’de 1996 yılında tüketiciler arasında yapılan bir araştırma ise fiyat ve kalite eşit olduğunda tüketicilerin iyi bir amaçla ilişkili markaları tercih etme olasılığının %76 olduğunu, tüketicilerin %64’ü de sosyal bir amaçla ilişkili bir ürün için ortalama %5 daha fazla ödemeye razı olacaklarını belirlemiştir. Tüketicilerin %37’sinin ise üretici şirketi sevmediği için ürünü almaktan vazgeçtikleri saptamıştır.

2001 yılında yapılan “Cone/Roper Kurumsal Vatandaşlık Araştırması” sonuçlarına göre ise Amerikalıların %79’u şirketlerin sosyal amaçlara destek vermeleri gerektiğine inanmaktadır. Aynı araştırmanın 2002 yılı sonuçları

arasında çarpıcı bir diğer nokta ise Amerikalıların %84'ünün fiyat ve kalite benzer olduğunda büyük olasılıkla iyi bir sosyal amaç ile birleştirilmiş markalara kayabileceğini göstermektedir (Kotler, Lee, s.12).

Bu bilgilerin ışığında tüketicilerin, satın alma kararı verirken o markanın nasıl bir dünya içinde konumlandırıldığına göre davrandıklarını söylemek çok da abartılı bir görüş olmayacaktır. Dolayısıyla, sosyal sorumluluk çalışmalarının markalara “ruh” kattığını, markaları değerlendirdiğini ileri sürebiliriz. Bugün insanlar, toplum ve dünya için iyi bir şeyler yapan şirketlere büyük bir sempati beslemekte ve bunun sonucunda da o tür şirketlerin ürünlerini tercih etmektedirler. Küresel pazarın başarılı markaları arasında yalnızca sosyal sorumluluk faaliyetleriyle inşa edilmiş, The Body Shop gibi başarılı markaların sayısı giderek artmaktadır. Tüm bu araştırmalar çok açık bir şekilde göstermektedir ki, markalara itibarı sağlayan unsurların başında, kurumsal sosyal sorumluluk çalışmaları önemli bir yer tutmaktadır.

Kurumsal Sosyal Sorumluluk çalışmalarının kurumlara sağladığı yararlar ise şu başlıklar altında toplanmaktadır (Frederick et. Al, ss.36-39) :

- Şirketlerin gücünü sorumlulukla dengeler.
- Satışlarda, pazar payında ve karlılıkta uzun dönemli ve sürekli artış sağlar.
- Şirketin toplumsal imajını yükseltir.
- Şirkete nitelikli çalışanları çekme ve elde tutma olanağı sağlar.
- Şirkete yatırımcılar ve mali analiz uzmanlarının sempatisini ve ilgisini artırır.

Kurumsal İtibar ve Kurumsal Sosyal Sorumluluk

Kurumsal itibar, bir kuruma yönelik her türlü algılamaların toplamı olup sosyal paydaşların kuruluşla ilgili görüş ve düşüncelerinin toplamını ifade eder. Kurumsal itibar bir şirketin en önemli değeridir. Bir kurum itibarını tüm sosyal paydaşları ile iyi ve doğru ilişkiler kurarak inşa eder. Kurumsal itibarı oluşturan kriterleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- Yönetimin Kalitesi
- Ürün ve hizmetlerin kaliteli/yenilikçi ve yaratıcı olması
- Sosyal sorumluluk (topluma ve çevreye karşı)
- Finansal sağlamlık/performans
- Çalışan kalitesi/gelişimi ve sürekliliği

Görüleceği gibi sosyal sorumluluk başlı başına kurumsal itibarı yaratan kriterler arasında yer almaktadır. Kurumsal sosyal sorumluluk çalışmalarının, kurumsal itibara olumlu katkıda bulunabilmesi için öncelikle üst düzey yöneticilerin, kurumsal sosyal sorumluluk kavramına ilişkin belli bir duyarlılık düzeyine sahip olmaları, konuyu benimsemeleri ve sahiplenmeleri gerekmektedir. Ayrıca, şirketin bir sosyal sorumluluk stratejisinin olması, tüm çalışanların projelere gönüllü olarak katılması ve özellikle şirket CEO'sunun sosyal sorumluluk

projelerinin liderliğini yapması da önemli olmaktadır. Çünkü, başta şirket yöneticileri olmak üzere tüm çalışanlarının, toplumsal ahlak, iş etiği, ekolojik çevre duyarlılığı gibi konularda kendi bireysel katkılarını ortaya koymadıkları kurumlarda kurumsal sosyal sorumluluktan söz edilemez.

Kurumsal sosyal sorumluluk anlayışının kök salarak benimsenmesi ve bunun kurumsal itibara olan katkısının sürekli kılınması açısından bir diğer önemli gelişme de Birleşmiş Milletler tarafından 26 Temmuz 2000’de oluşturulan “Küresel Sözleşme” adıyla bilinen çalışmadır. Sözleşme, insan hakları, çevre, yolsuzluk ve diğer toplumsal konulardaki on evrensel ilkenin iş yaşamındaki uygulanmasını hedeflemektedir. Küresel Sözleşme ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır:

1. İş dünyası ilan edilmiş insan haklarını desteklemeli ve bu haklara saygı duymalıdır.
2. İş dünyası, insan hakları ihlallerinin suç ortağı olmamalıdır.
3. İş dünyası çalışanların sendikalaşma ve toplu müzakere özgürlüğünü desteklemelidir.
4. Her türlü zorla ve zorunlu çalıştırmaya son verilmelidir.
- Çalışanlar emeklerini kendi isteği ile yapmalıdırlar. Kanunlara uygun şekilde çalışmalı ve istifa edebilmelidirler. İşyerlerinde zorlamalara ve şiddete maruz kalmamalıdırlar. Ücretleri nakdi olarak ödenmelidir.
5. Her türlü çocuk işçiliğe son verilmelidir.
6. İş alma ve çalışma süreçlerinde ayrımcılığa son verilmelidir.
7. İş dünyası çevre sorunlarına karşı ihtiyati yaklaşımları desteklemelidir.
8. İş dünyası çevreye yönelik sorumluluğu arttıracak her türlü faaliyete ve oluşuma destek vermelidir.
9. Çevre dostu teknolojilerin gelişmesi ve yaygınlaştırılması özendirilmelidir.
10. İş dünyası rüşvet ve haraç dahil her türlü yolsuzlukla mücadele etmelidir.

Kuruluşların, “Küresel Sözleşme” kapsamında yer alan bu ilkeleri yerine getirilmeden kurumsal sosyal sorumluluk çalışmalarına kalkışmaları bu çalışmalarını inandırıcı kılmayacaktır. O nedenle, kurumların kurumsal sosyal sorumluluk çalışmalarına kalkışmadan önce “Küresel Sözleşme” ilkelerini yerine getirecek çalışmalara öncelik vermeleri gerekir.

Kurumsal Sosyal Pazarlama

Philip Kotler’e göre sosyal pazarlama, “kişilerin, bir takım sosyal grupların ya da toplumun bütününe yarar için pazarlama ilkelerini ve tekniklerini kullanarak hedef kitleyi yeni bir davranış edinmesi, eski davranışını değiştirmesi ya da tümüyle bu davranışı bırakması yönünde yapılan çalışmalardır.” Sosyal pazarlama, bir ürün ya da hizmeti değil, bir davranış değişikliğini benimsetmeyi

amaçlamaktadır. Farklılaştırılması istenen davranışın kişisel veya toplumsal fayda sağlaması gerekmektedir.

Kurumsal Sosyal Pazarlama Konuları

Türkiye, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı çerçevesinde 2000 yılında 191 ülke tarafından imzalanan Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nin tarafları arasında yer almaktadır. 2015 yılına kadar ulaşılması hedeflenen başlıklar şu şekilde sıralanabilir.

- Aşırı yoksulluğu ve açlığı ortadan kaldırmak
- Herkes için temel eğitimi sağlamak
- Cinsiyet eşitliğini teşvik etmek ve kadının güçlendirilmesini sağlamak
- Çocuk ölümlerini azaltmak
- Anne sağlığını iyileştirmek
- HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele
- Çevresel sürdürülebilirliği sağlama
- Kalkınma için küresel bir ortaklık kurmak

Gerçekten de ülkemizde ve dünyada kurumsal sosyal sorumluluk ve kurumsal sosyal pazarlama projelerini ağırlıklı olarak eğitim, sağlık ve çevre alanlarıyla ilgili konular arasından seçildiğini görüyoruz. Diğer yandan bir ülkenin sağlık standardı, Birleşmiş Milletlerin “İnsani Gelişme Endeksi”nin refah ve eğitimle birlikte üç kriterinden birisi olduğunu dikkate aldığımızda, doğal olarak sağlık konularının da bu kapsamda oldukça ağırlıklı bir yere sahip olduğu görülmektedir. Günümüzde küresel anlamda yaşanan sağlık sorunları arasında obezite, sağlıkta fırsat eşitliği, çocuk ölümleri, yetersiz beslenme gibi sorunlar öne çıkmakta ve sağlık alanındaki sosyal sorumluluk projeleri de bu konularda gerçekleştirilmektedir.

2006 yılında kurulan ve kısa sürede çok başarılı çalışmalara imza atan “Sağlık Gönüllüleri Derneği” tarafından 2007 yılında “Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri” çalışmasına katılarak ödüllendirilen çalışmaların konuları da, bu konularla benzerlik göstermektedir.

Sağlığın dışında diğer konular arasında ise yeşil alanların korunması, su tüketimi, hava kirliliği, yangınlar, enerji tüketimi gibi çevre, organ bağışı, kan bağışı, oy kullanma gibi sosyal içerikli ve aile içi şiddet, intihar girişimi, trafik cezaları, cinsel taciz gibi konular dikkat çekmektedir.

Kurumsal Sosyal Pazarlama Çalışmalarında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Sosyal pazarlama konularının seçiminde genellikle kurumların iş konularıyla ilişkisine dikkat edilmesi gerekmektedir. Kampanyaların, tek bir kurum tarafından yürütülmesinden çok ortaklıklar oluşturularak yürütülmesi ise çalışmanın başarı şansını artıran en önemli etkenlerin başında gelmektedir. Bu nedenle, kampanyaların tek bir kurum tarafından geliştirilerek uygulanması

mümkün olsa da konuya ilişkin teknik uzmanlık sağlayacak, kampanya çabasına ve markaya güvenilirlik ve olumlu imaj sağlayacak kamu ya da sivil toplum kuruluşları ile kurulacak bir ortaklık çerçevesinde uygulamak çok olumlu sonuçlar doğuracaktır.

Sosyal pazarlama çalışmasını gerçekleştirmek üzere yola çıkan kurumların hiç de hafife alınmayacak ölçüde maddi ve maddi olmayan katkılar sağlamaları gerektiğini de burada hatırlatmakta yarar var. Başta kurum yöneticileri olmak üzere ve pazarlama ve diğer birimlerin para, ortaya koyacakları yoğun emek, dağıtım kanallarına erişim, çalışanların gönüllülüğü ve mal ve hizmet katkıları gibi destekleri son derece yoğun olmaktadır. Dolayısıyla tüm bu yatırım kalemlerinin nasıl, hangi kaynaklardan karşılanacağı konusunun daha işin başında belirlenmesi gerekir.

Kurumsal sosyal pazarlama kampanyalarının, tek bir davranış değişikliğini hedeflemeleri, hedeflerin gerçekleştirilmesinde çok önemli rol oynar. Örneğin, grip aşısı yaptırmak, yerlere çöp atmamak gibi. Böylece hedef kitlenin önerilen davranışı yerine getirip getirmediği çok açık bir şekilde ölçülebilir olacaktır. Bu da kampanyanın başarı ya da başarısızlığını daha iyi görme ve değerlendirme olanağını sağlayacaktır.

Diğer yandan kurumların seçtikleri konuların kendileri için uygun olup olmadığına da dikkat etmeleri gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki, tüketiciler bir kurumun seçtiği sosyal bir konuyu seçme niyeti hakkında kuşkucu bir tutum içinde olabilirler. Başka deyişle her konuda olduğu gibi bu konuda da samimiyet önemli olmaktadır. Kampanyanın kamu yararı amacı, kurum yararının gerisine düşmelidir.

Başta sağlık olmak üzere pek çok konunun özelliği sonucunda uzmanlık bilgi ve deneyimine sahip kişi ve kurumları kampanyaya dahil etmek durumunda kalabilir. Özellikle kendi alanında saygın ve tarafsız kurum ve kişilerin kampanyaya verecekleri destek, çalışmanın başarısında çok önemli rol oynayacaktır.

Bilindiği gibi hangi konuda olursa olsun davranış değişimi kısa sürede gerçekleşmez. Bu değişim bir süreç olarak görülmeli ve bunun belirli aşamalardan geçerek gerçekleşeceği baştan kabul edilmelidir. Bu nedenle, daha işin başında geçilecek yollar üzerinden bir plan yapılması, bütçe ve diğer işlere ilişkin gerçekçi plan ve programların yapılması gerekir.

Bazı kurumsal sosyal kampanya konularının toplumun bazı kesimleri tarafından tepkiyle karşılanabileceğini, kendi hak ve özgürlüklerine müdahale olarak göreceklarını de dikkate almak gerekir. Dolayısıyla bu tür olumsuz tepkilere karşı önceden hazırlıklı olmak gerekir.

Son olarak kurumsal sosyal pazarlama kampanyalarının başarısında rol oynayan temel noktaları başlıklar halinde özetleyerek şu şekilde sıralayabiliriz:

- Üst yönetimin desteğini kazanmak.

- Kurumun vizyonu, misyonu, değerleri ve temel uzmanlık alanları ile uyumlu konu seçmek. Projenin içeriğinin kurumun sunduğu ürün ya da hizmetlerle çelişmemesine dikkat etmek.
- Bir fark yaratılabilecek belirli bir hedef kitleye ve amaca odaklı olmak. Projenin hedef kitlenin kolay anlayabileceği net bir mesaj içermesini sağlamak.
- Projenin hedefini ve finansman düzeyini açık bir şekilde önceden belirlemek.
- Gerçek bir sosyal etki elde etmeye kararlı olmak ve sonuçları elde etmek için planlar geliştirmek.
- Projenin toplumsal ihtiyaç ve duyarlıklara uygun olmasına dikkat etmek.
- Üst düzey yönetimin projeye sahip çıkmasını, kurum çalışanlarının projeyi içselleştirmesini ve birimler arasında işbirliği sağlamak.
- Net iş hedefleri amaçları belirlemek ve başarıyı ölçmek.
- Hem ulusal hem de yerel halk katkısını destekleyen bir yapıya sahip olmak.
- Ortak vizyon ve misyonları olan karşılıklı çıkarlara dayalı ortaklıklar oluşturmak.
- Bilgilerinden yararlanmak amacıyla işin uzmanlarından yararlanmak.
- Projenin sürdürülebilir olmasına dikkat etmek.
- Projenin yenilikçi fikirler içermesini sağlamak.
- İletişim faaliyetlerinin doğruluğu ve yoğunluğuna özen göstermek.
- Projenin konusun ve uygulamasının etik standartlara uygun olmasına dikkat etmek.

Sonuç

Ülkemizde kurumlar giderek kurumsal sosyal sorumluluk çalışmalarına daha fazla ağırlık veriyorlar. Bu son derece desteklenmesi gereken çalışmaların daha da artarak sürdürülmesi başta sağlık olmak üzere pek çok toplumsal sorunumuzun çözümüne katkı sağlayacaktır. Kurumlar da, böylece kurumsal marka değerlerini artıracaklar, rekabette önemli bir üstünlük sağlayacaklardır. Kurumsal sosyal sorumluluk ve bu kapsamda kurumsal sosyal pazarlama çalışmaları başta ortaya konan emek olmak üzere ciddi bir parasal yatırım sonucunda gerçekleşir. Bu nedenle tüm çalışmaların çok yönlü maliyeti olduğu unutulmadan, işin gerektirdiği bilimsel bir yaklaşımı dikkate alarak, belirli bir plan ve program içinde ve süreklilik ilkesini gözeterek gerçekleştirilmelidir. Bu açıdan, konuya profesyonelce yaklaşmak, işin uzmanlarından destek almak ve özellikle tek başına değil, ortaklıklar kurarak işe başlamak son derece önemlidir. Bu tür çalışmalara hevesle, iyi niyetlerle kalkışmak gerekir ama yetmez. Ülkemizde ve dışarıda iyi niyetle yola çıkılmış fakat gerçekçi bir plan ve programa sahip olmadığı için nefesi kesilip yarı yolda terk edilmiş çok sayıda proje olduğunu, bu sahiplenilen fakat başarısızlıkla sonuçlanan projelerin sonucunda binlerce umudun da yok olduğu biliyoruz.

KAYNAKLAR

Balta Peltekoğlu, Filiz, Halkla İlişkiler Nedir?, 2007, s.188, İstanbul: Beta.

Aydede, Ceyda, Yükselen Trend Kurumsal Sosyal Sorumluluk, 2007, s.12, İstanbul: MediaCat.

Hopkins, Michael, Planetary Bargain : Corporate Social Responsibility Matters, London, 2003., GBR: Earthscan Publications, Limited,

IBFL referansı: Guth & Marsh, Public Relations: A values driven approach, 2006, Boston: Pearson.

Kotler, Philip, Lee, Nancy, Kurumsal Sosyal Sorumluluk, Media Cat yayınları, s. 3. 2006.



Sosyal Pazarlama ve Sağlığın Teşviki Programlarındaki Rolü

Yrd. Doç. Dr. İdil K. SUHER
*Bahçeşehir Üniversitesi İletişim Fakültesi
Halkla İlişkiler Bölümü*



Rekabetçi bir çevre içinde kurum ve kuruluşların rolü ve görevleri her geçen gün karmaşılaşmaktadır. Çünkü bir yandan ekonomik hedeflerine ulaşmaya çalışırken, bir yandan da aldıkları kararların sosyal, ahlaki, hukuki ve hedef kitlelerine yönelik boyutlarını da düşünmek zorundadırlar. Bir yönetici kurumunun sürekliliği için karlılığı ön planda tutabilir. Ama unutmamak gerekir ki rekabet ortamında karlı olabilmek hedef kitlenin beklentileri doğrultusunda hareket edebilme becerisine bağlıdır. Environic International yönetiminde 20 ülkede gerçekleştirilen bir araştırma, dünya kamuoyunun kurumlardan beklentisini kara odaklanmak yerine standartlarını yükseltip daha iyi bir toplum için çalışması olarak ortaya koymuştur (Marketing Türkiye: Kasım 2003: 38-39).

Sosyal pazarlama, “birey ve toplum sağlığını geliştirmek amacıyla geleneksel pazarlama yöntemlerini kullanılarak hedef kitlede varolan davranışı etkilemek için programların analiz edilmesi, planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi” olarak tanımlanmaktadır (Bright 2000). Kısacası sosyal pazarlama, geleneksel ve müşteri odaklı pazarlama tanımına (ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurma gibi en temel elemanlara ek olarak özellikle toplumsal paydaşlara hitap etmeyi, toplumsal ortaklıkları geliştirmeyi, verilecek değişim/gelişim hizmetinin konusuyla ilgili politikaları oluşturmaya ve yaygınlaştırmaya destek olma stratejilerini ve son olarakta belirlenen sosyal projeye ek kaynaklarının sağlanması için gerekli faaliyetlerin de üretilmesini içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Navaie 2005). Sosyal bir fikri topluma benimsetmek ve bu konuda olumlu davranış değişikliği yaratmak amacıyla düzenlenen pazarlama faaliyetleri sosyal pazarlama olarak adlandırılmaktadır. Sosyal pazarlamada kar amacı yerine, sosyal amaç ve uzun vadeli toplum çıkarları ön plana çıkmaktadır

(Mucuk, 2001: 16). Sosyal Pazarlama Enstitüsü (SMI) ise geleneksel pazarlama kavram ve uygulamalarını kullanarak sosyal değişim yaratma çabasını, sosyal pazarlama olarak ifade etmektedir (<http://www.social.marketing.org/sm.html>).

Sosyal pazarlama, hedef tüketicilere daha sağlıklı bir ortam, daha yaşanılabilir bir çevre ve daha kaliteli bir yaşam sağlamayı amaçlamaktadır. Sosyal pazarlama, özel bir biçimde, davranış değiştirme amacına katkı sağlayabilecek diğer alanlardaki kavram ve araçları kullanarak (Andreasen 1998), toplumda tartışılan veya ilgi çeken pek çok konuda kullanılmaktadır. Bu konular, şu başlıklar halinde özetlenebilir. (Dinan ve Adrian Sargeant 2000):

- Genel sağlık konuları
- HIV enfeksiyonu ve cinsel sorumluluk
- Sigaranın zararları
- Alkol ve uyuşturucu bağımlılığı
- Alkollü araç kullanma vb.

Uzun soluklu olmayı hedefleyen her kurum içinde yaşadığı topluma uygun bir kurumsal davranış geliştirmeli ve bu felsefe ile yaşamalıdır. Bu kurumsal davranış şeffaf iletişim politikalarını içinde barındıran samimi ve çift yönlü ve topluma karşı sorumluluğunun bilincinde olan bir tavrı ifade eder (Özgen, E, 2006:11).

Bir kurumun varlığını tamamen etkileyen ve gideceği yönü belirleyen güç grubu tüketicilerdir. Günümüzde tüketiciler medya ve kurdukları örgütler aracılığıyla kurumların bir çok kararına karışmaktadırlar. Bu durum tüketici hakları denilen yeni bir kavramın gelişmesine neden oldu. Tüketici hakları üzerine uzman meslek grupları ve örgütler oluştu. Artık bir çok ülkede tüketicilerin haklarının korunmasına dair yasalar bulunmaktadır.

Tüm insanların en temel hakkı yaşama hakkıdır. Yaşam hakkı ise ancak kişinin yaşanabilir bir çevrede yaşamını sürdürmesi ile ilgilidir. Bu sorunların çözümü için artık yerel ve ulusal çabalarda yeterli gelmemekte, küresel işbirliğinde yeni uluslar ötesi çözümlere ihtiyaç duyulmaya başlanmaktadır (Bayrak, S, 2001:105).

Günümüzde toplumsal sosyal yatırımlar iş yapmanın doğasından sayılmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde altyapı eksikliği ve sosyal sermayenin gelişmemişliği sosyal yatırımların önemli bir kısmının özel sektör tarafından üstlenilmesini zorunlu kılmaktadır. Toplumun ekonomik gelişimine katkıda bulunmak bir kurumun temel görevlerindendir. Ekonomik düzeyi yeterince yükselmemiş toplumlarda kurumların faaliyet gösterebilecekleri pazarın olanakları dardır ve bu pazar kurumların büyümesine izin vermez. Toplumun ekonomik gelişimine katkı aynı zamanda düşük gelirli ailelerin ve yeterli kamusal hizmete ulaşamayan kesimin refah düzeyini artıracığından bir kurumun topluma karşı sorumluluk kapsamında yapacağı en önemli katkıdır (Zoroğlu, E, 2000:125).

Kurumsal sosyal sorumluluğunun bilincinde olan kurumlar yeni pazarlara girme, müşteri sadakati sağlamada önemli avantajlar elde etmektedir. Dünyada bir çok fon ve kurumsal yatırımcılar bir kuruma yatırım yapmadan önce onun sosyal sorumluluk konusundaki performansını değerlendirmeye başlamışlardır (Mohr, L.A, & Webb, D.J, 2005:124).

Bu konuda duyarlı kurumlara yatırım yapanlara yardımcı olmak için Dow Jones Sustainability Index veya FTSE4GOOD isimli ayrı indekler oluşturuldu. Dolayısıyla toplumsal katkı daha geniş finansman kaynaklarına ulaşmaya da yardımcı olmaktadır. Toplumsal katkı aynı zamanda nitelikli iş gücünün kuruma gelmesine ve bağlılığının artmasına yardımcı olmaktadır (Argüden, Y:2007:41).

1971 yılında sosyal pazarlama terimi sosyal bir neden için pazarlama prensiplerinin kullanılması olarak tanımlanmıştır (Kotler, Roberto 1989. Kotler ve Zaltman, Journal of Marketing dergisinde “Social Marketing an Approach to Planned Social Change” isimli bir makalelerinde sosyal pazarlamayı geleneksel pazarlama ilkeleri temelinde yapılandırmışlardır. Ama pazarlamacının karlılığından ziyade, hedef kitle ve genel toplumun yararına odaklandığı görüşünü ortaya koymuşlardır. Fine (1992, sy:3) sosyal ürünler için talep yaratmaya yardımcı ticari pazarlamanın metodlarının uygulanması olarak tanımlamıştır. Örneğin enerji tasarrufu, trafikte hız sınırı, kadın hakları, kanser araştırmaları, gay hakları, emniyet kemeri kullanımı vb. Sosyal pazarlamacılar tarafından kavram insan ihtiyaçları ve motivasyonu üzerine konumlama, bölümlleme kavramlarını da içine alacak biçimde etkili iletişim çabalarının faydaları yönünde geliştirildi.

Sosyal pazarlama geleneksel pazarlamadan farklı olarak bir düşüneyi, davranışı satmaya yöneliktir. Ancak pazarın niteliği açısından kişilerde davranış değişikliği yaratması geleneksel pazarlamadan daha güç olabilir (Andreasen, 1997; Bloom ve Novelli, 1981; Kotler ve Andreasen, 1996; Rothchild, 1979). Seks, aile içi şiddet ve taciz gibi konularda sorulacak sorulara hedef kitlenin rahatlıkla yanıt verememesi sosyal pazarlama programlarının etkin bir şekilde planlanmasını ve yürütülmesini zorlaştırmaktadır. Diğer yandan elde edilecek faydanın anında görülebilmesi, örneğin emniyet kemeri bağlamanın birçok ağır yaralanmaları, sakatlık ve ölümleri engellediğı kampanyalarda belirtilmiş olsa da emniyet kemerini kullandığında ölümden döndüğünü kişinin görememesi; bunu ancak deneyimle yaşayabilecek olması, diğer bir deyişle; “bana bir şey olmaz düşüncesi”, faydanın üçüncü kişilere ait olması davranış değişikliği yaratmakta engel oluşturmaktadır. Ayrıca sosyal pazarlamacı, sadece tek bir davranışın kabul görmesi için birden fazla hedef kitle ile çalışmak zorunda kalabilir. Davranış değişikliğini konu alan sosyal bir konu, hedef kitlenin hiç ihtiyaç duymadığı ve duymayacağı bir konu olabilir. Hedef kitleyi oluşturan kişiler, çocukların Allah tarafından planlandığını ve bu nedenle çocuk doğumlarının önlenmemesi gerektiğine inanıyorlarsa, doğum kontrolünü konu alan bir sosyal pazarlama

programına talep olmayacağı açıktır. Ancak, bu durumun değiştirilebilmesi için kişilerin değer yargılarının değiştirilmesi gerekir. Bu da zahmetli ve zaman alıcı bir süreçtir (Bayraktaroğlu ve İlter , 2007:120).

Sosyal pazarlama yaklaşımında 4P olarak bilinen pazarlama karması yanında yeni eklenen pazarlama karması elemanları bulunmaktadır. Bunlar (Weinreich 1999):

- Kamuoyu,
- Ortaklık,
- Politika,
- Fon sağlayanlardır.

Başarılı bir program olasılığını artırmak için sosyal pazarlama karmasının stratejik elemanlarının tümünün ayrı ayrı analiz edilmesi gerekmektedir. Sosyal pazarlama, geleneksel ve müşteri odaklı pazarlama tanımına ek olarak (Navaie, 2006, s.2);

- Toplumsal paydaşlara hitap etme,
- Toplum içi ortaklıkları geliştirme,
- Verilecek değişim/gelişim hizmetinin konusuyla ilgili politikaları oluşturup yaygınlaştırmaya destek olma stratejilerini,
- Söz konusu projeye ek fon kaynaklarının sağlanması için gerekli faaliyetlerin üretilmesini içeren bir süreçtir.

Şimdi Sosyal Pazarlama karmasından yola çıkarak örnekler üzerinden sosyal pazarlamanın Sağlığın Teşviki Programlarındaki Rolünü inceleyelim,

Ürün

Sosyal pazarlamada satılan ürün; arzu edilen davranış ya da bu davranışa bağlı faydalardır. Sosyal pazarlama ürünü davranış değişikliğini kolaylaştırmak ya da desteklemek için aynı zamanda somut bir nesne ya da hizmeti içerebilir (Eser ve Özdoğan 2006). Ürün, belirli bir ihtiyacı ve isteği doyurma özelliği bulunan ve değişime konu olan her şeydir (Cemalcılar1996). Rothschild (1979), sosyal pazarlama ürününün kavramlaştırılmasındaki zorluğa dikkat çekerek, sosyal pazarlamada ürünün ne fiziksel bir mal ne de saf bir hizmet olarak değerlendirilemeyeceğini belirtmektedir.

Sosyal pazarlama ürünleri dokunulabilir ürünlerden başlayıp sıralandığında; fiziksel ürünler(doğum kontrol hapı), hizmetler (sağlık muayenesi), uygulamalar (sağlıklı beslenme) ve dokunulmayan fikirlere (çevre koruma) kadar geniş bir yelpazede kendini gösterir. Diğer bir deyişle, sosyal pazarlamada satılan ürün, arzu edilen davranış ya da bu davranışa bağlı faydalardır. Sosyal pazarlama ürünü davranış değişikliğini kolaylaştırmak ya da desteklemek için aynı zamanda somut bir nesne ya da hizmeti içerebilir (Eser ve Özdoğan 2006). Kısacaürün, fiziksel bir nesne (organ bağış kartı), bir davranış (organ bağışında bulunma), bir inanç veya bir uygulama şekli olabilir (Pfeiffer 2004). Sosyal pazarlama, ticari

anlamda ürün/hizmetlerin yerine sosyal nitelikte, topluma fayda sağlayacak düşünce ve amaçların pazarlanmasında, pazarlama kavram ve tekniklerine başvuru olarak tasarlanmıştır (Kotler ve Zaltman, 1971,3-12).

Sosyal pazarlamanın pazarlamadan farklı olarak tanımlanmasında temel farklılık, soyut bir yaklaşım olarak, bir fikir veya amaca karşı tutumları etkileme gereksinimidir. Sosyal pazarlamada amaç, sosyal bir probleme istenen bir yanıt bulabilmek ve hedef kitlenin olumlu yönde değişimini sağlamaktır. Sosyal pazarlamada aynı hizmet pazarlamasında olduğu gibi soyut bir ürün pazarlanmaktadır. Örneğin; emniyetli araç kullanımı, sağlıklı beslenme, aile planlaması, tütün kullanımının azaltılması vb. konulardır. Sosyal pazarlamada zaman zaman somut nitelikli sosyal ürünlerde pazarlanabilmektedir. Örneğin emniyet kemeri ve prezervatif gibi (Kotler ve Roberto, 1989, s.7).

Sosyal pazarlamayı özellikle sağlık sektöründe çok fazla görmekteyiz. Kalp sağlığı hakkında toplumu bilinçlendirme, obeziteyi önlemeye yönelik sağlıklı beslenme politikalarının oluşturulması, sigara tüketimine karşı kampanyalar, AIDS/HIV virüsünden korunma ve yayılmasını önleme kampanyaları örnek olarak verilebilir. Ayrıca artık sosyal pazarlama çevre ve doğal kaynakların korunması, mülteci çocukların eğitimi, kısıtlı imkanlara sahip kadın ve çocukların eğitimi ve ekonomik koşullarının iyileştirilmesi için yapılan faaliyetler gibi birçok farklı alanda uygulanmaktadır (Kotler, Ned ve Lee, 2002: 197-198).

Ürünler, elle tutulabilir, fiziksel ürünlerden, fikirlere kadar devamlılığı olmalıdır. Uygulanabilir ürünlere sahip olabilmek için, öncelikle insanlar gerçek bir problemlerinin olduğunu fark etmelidirler ve ürün bu problem için iyi bir çözüm sunmalıdır (Weinreich, 2006, s.1). Örneğin omurilik felçlileri için akülü tekerlekli sandalyeler, osteoporozdan korunmak için önerilen süt tüketimi, Kızılayın kan bağışı kampanyalarında kan ürünüdür. Bir probleme çözüm önermesi açısından rahim ağzı kanseri için sosyal bir ürün şunlar olabilir: yılda bir kez smear yapılması, bir uzmana muayene olmak ve kişisel bilinç geliştirmek olabilir. Ya da prezervatif kullanımı, istenmeyen gebelikleri önlemede sosyal pazarlamanın ürünüdür.

Sosyal pazarlama ürünü kavramlaştırıldıktan sonra dikkatle planlanması gereken konulardan biri de ürünün konumlandırılmasıdır. Ürün konumlandırma, rakip ürünlere ve niteliklerine uygun olarak bir ürünün tüketicilerin kafasında nasıl algılandığını kapsar (Berkowitz 1996). Tutum ve yararları tanımlamak, hedef kitlenin zihninde ürünün konumlandırılmasına yardım eder. Tutum, tanımlanan ürüne yönelik bir yönelimi ifade ederken, yarar ise tutumlardan dolayı tüketiciye eklenecek değeri anlatır (Weinreich 1999). Sosyal pazarlama uzmanı, toplum sağlığını geliştirmek için hedef kitleye sunulacak yararlar için farklı tutumları kullanarak ürün konumlandırmasını gerçekleştirebilir. Ürün konumlandırma için hedef kitleyi etkileyecek temel fayda etrafında ürün konumlandırılır. Örneğin; kan verenin kanının ve kendinin yenilenmesinden rasyonel faydadan, başkalarına yardım etme duygusuyla psikolojik yönü de vurgulanabilir. Hayat kurtarmak ve bir başka insana hayat vermek oldukça güçlü motive edici unsurlardır.

Fiyat

Ürünün veya hizmetin değerini ifade eder. Sosyal pazarlama, genel anlamda fiyatlama kararlarını gerektirir. Bu sosyal pazarlama ürününe sahip olmak için tüketicinin ne yapması gerektiğiyle ilgilidir. Fiyat, parasal olabileceği gibi, tüketicinin zaman ve emek harcamak gibi yada hoşnutsuzluk gibi elle tutulamayan bedelleri de olabilir.

Örneğin, Venezuela’da yapılan bir sağlık kampanyası çerçevesinde ülkedeki hastaneler ücretsiz olarak mali durumu iyi olmayan hastalara hizmet vermeye başlamıştır. Buna karşılık hastalar çok düşük bir ücret karşılığı hizmet veren özel kliniklere gitmişlerdir. Bu durum incelendiğinde, kişilerin enerji, zaman ve psikolojik maliyetler nedeniyle buraları tercih etmedikleri ortaya çıkmıştır. Çünkü hasta hastaneye gittiğinde hemşireyi görebilmek için saatlerce beklemek zorunda kalmıştır. Hemşireyi gördükten sonra da hastanın gerçekten fakir olup olmadığını ispatlaması için bir çok soruyu cevaplaması ve geliri ile ilgili birçok memurla konuşup testlere girmesi gerekmiştir. Bu görüşmelerden dolayı hasta kendisini kötü hissetmiştir. Psikolojik maliyet ve koşturmaktan dolayı enerji maliyeti, harcadığı zamandan maliyeti de eklenince ücretli özel klinikleri yeğlemişlerdir.

Göğüs kanseri araştırma kampanyası ile ilgili sosyal bir ürün için fiyat şunlar olabilir: çalışmaya katılma ile ilgili mamogram ve muayene ücretleri, potansiyel rahatsızlıklar, zaman ve bir kitle bulunma ihtimali.

Birey için davranışın maliyetleri yararları geçiyorsa, ürün cezbedici olmayacak ve o davranışın; ki burada davranış ürün olarak vurgulamak yerindedir; benimsenme olasılığı düşük olacaktır. Yararlar, maliyetlerden daha fazla olarak algılanıyorsa; ürünün benimsenme ve denenme şansı daha büyük olacaktır (Weinreich, 11). Uygulamada bir bireye yeni bir davranış kabul ettirmenin toplam maliyeti, parasal fiyat dışında diğer parasal olmayan faktörleri ve uygulamaları da içermektedir (Dinan ve Sargeant 2000). Örneğin kan bağışında bulunmanın parasal bir maliyeti olmamakla birlikte, parasal olmayan maliyetleri bulunmaktadır (Horton 1991). Parasal olmayan maliyetler ise; kan bağışı için zaman, çaba, enerji gerektiren davranışları yerine getirilmesi sayılabilir. Örnek olarak, kan bağışında bulunacak yere gitme, kan bağış formu doldurma için harcanan zaman verilebilir. Bununla birlikte kan bağış davranışı ile bağlantılı psikolojik risk ve kayıplar da parasal olmayan maliyetler içinde değerlendirilmektedir.

Dağıtım

Dağıtım kanalı seçiminde ürünün özellikleri, ürüne olan talep ve maliyetler belirleyici faktörler olmaktadır. Geleneksel pazarlamada dağıtım, genellikle ürünün tüketicilere nerede, nasıl ve ne zaman ulaştırılabileceği ile ilgilidir. Dağıtım, tüketicilerin ihtiyaç duydukları mal ve hizmetleri bulabilmeleri ve ulaşabilmeleri ile ilgili bir pazarlama bileşenidir (Kavas ve Gül Güdüm, 1994:225). Bu amaçla kullanılan kanallar ise dağıtım kanalı olarak ifade edilir.

Çoğu sosyal pazarlama programında ürün, fiziksel olmaktan çok bir davranış olduğu için dağıtım bilgi sağlayan, değişim sürecini kolaylaştıran ürünleri, hizmetleri ve diğer fonksiyonları yerine getiren araçları da kapsar. Bu araçlar, insanlardan veya örgütlerden oluşabilir (Pitt ve diğ. 2001).

Sosyal pazarlamada dağıtım hedef pazarda arzu edilen davranışların ortaya çıkacağı yer ve zamanı da ifade eder. Bu alanda yapılacak planlama uygun yerlerin seçimini veya geliştirilmesini, sayısına, ortalama büyüklüğüne, kurulacağı yere karar verilmesini ve kendilerine düşen işi yerine getirecek görevlilerin uygun biçimde güdülenmesini sağlamayı kapsar (Kotler ve Zaltman 1971). Dağıtım, fiziksel ürünler için depo, kamyon, ürünün ucuza satıldığı perakende satış yerleri veya ücretsiz dağıtıldığı yerleri kapsayan sistemdir. Elle tutulamayan bir ürün için, bu daha az belirgindir; fakat tüketicilerin bilgiye ya da eğitime ulaşma yolları hakkındaki kararları karşılık gelir. Bu doktor ofisleri, alışveriş merkezleri, kitlesel medya araçları ya da evde yapılan tanıtımları kapsar (Weinreich, 2006, s.2).

Tutundurma Çabaları

Hedef kitleyi bir ürün/hizmet, düşünce ve amaca karşı olumlu bir tavır takınmaya özendirerek istenen davranışlara yönlendirmek amacıyla yapılan eylemlere tutundurma faaliyetleri denir (Sezgin,1998, s.53).

Tutundurma araçları, kişisel satış, reklam, halkla ilişkiler ve satış geliştirme olarak dört gruba ayrılır. Tutundurma faaliyetleri için, bir yanlış görüşe göre sosyal pazarlamanın tamamı olduğu düşünülmektedir. Oysaki sadece bütünün bir parçasıdır. Tutundurma bütün faaliyetlerin entegre bir biçimde kullanılmasını içerir. Ürün için bir ihtiyaç yaratmak ve bunu sürdürmeye odaklanmıştır (Weinreich, 2006, s.2). Başka bir ifade ile tutundurma faaliyetleri, tüketicilerde düşünce ve davranış değişikliği yaratmayı ya da tüketicilerin varolan davranışlarını pekiştirmeyi amaçlar. Dolayısıyla pazarlama karmasının tutundurma bileşeni, tüketicilerde davranış değişikliği yaratmak ve/veya tüketici davranışlarını pekiştirmek amacıyla, tüketicileri bilgilendirici, ikna edici ve teşvik edici iletişim çabaları olarak tanımlanabilir (Öztürk 1993). Bu iletişim çabaları içinde, hedef pazardaki müşterilerin kendilerine tanıtılıp benimsetilecek ürün, hizmet, kurum, kişi ve fikir hakkında bilgilendirilmeleri ve olumlu yanıt vermeye ikna edilmeleri gerekir ki, bu da etkin bir iletişim sistemi gereksinimini ortaya koyar (Belch ve Belch 1995).

Reklam: Sosyal pazarlama açısından reklam kişisel değildir ve reklamın bedeli bir sponsor tarafından ödenmektedir. Sosyal pazarlama uzmanı, aynı zamanda ücretsiz reklam fırsatlarından yararlanma olanağına sahiptir. TV, radyo, gazete, dergi, doğrudan posta, el ilanları, internet gibi kitle iletişim araçları ile reklam stantları ve ilan tahtaları gibi açık hava reklamcılığı araçları kullanılmaktadır.

Örneğin, Sağlık Bakanlığı ve Tetrapak'ın işbirliği ile Ostoroperoz Derneğinin katkılarıyla düzenlediği reklam filmi bir markette geçer ve kemik erimesine karşı koymak yolunun sağlıklı süt tüketimiyle mümkün olacağını söyler. Kitle iletişim

araçlarından yer ve zaman satın alarak reklam vermek en etkili yöntemlerden biridir. Burada önemli olan sponsor desteğini sağlamaktır.

Kişisel Satış: Satıcının müşteriye ya da potansiyel müşteriye satın almaya (ya da bir kulübün üyesi olmaya, bir derneğe düzenli olarak bağış yapmaya ya da organ bağışında bulunmaya) ikna etmek için onunla bireysel bir ilişki içinde yer almasıdır (Öztürk 1993). Kişisel karşılaşma yoluyla tüketiciyle direkt ilişki kurmaya dayandığından en etkili iletişim şeklidir. Kişisel satışın diğer tutundurma metodlarından en belirgin ve önemli farkı kişisel iletişimden, reklamın ise kişisel olmayan, kitlesel iletişimden oluşmasıdır. Bu metotta potansiyel tüketicilere gidilerek ürün / hizmet hakkında bilgi verilir ve tüketici ikna edilmeye çalışılır. Örneğin “Osteoporoz önlenabilir; Yapmanız gerekenler şunlardır” şeklinde mesajı en etkili biçimde verecek kişiler özellikle de açık sütü en fazla tüketen ev kadınlarına yönelik sağlık ocaklarındaki sağlık personelleridir. Bu kampanya da ayrıca sağlık il müdürlüklerinin kişisel satış konusunda önemli ve etkili olmuşlardır. “Anne ve Babalara Mektup” göndererek ailelerin sağlıklı süt tüketerek gelecek nesilde osteoporoz riskini en aza indirmeye çalışmışlardır.

Halkla İlişkiler: Halkla ilişkiler faaliyetlerinin başarılı olması için amaçlarının iyi belirlenmesi, hedef kitleye hangi şekilde, hangi kanallarla, ne şekilde ulaşılabileceğinin iyi belirlenmesi gereklidir (Mucuk, 2000, s.222). Halkla ilişkiler departmanı, faaliyetlerini basın yoluyla; röportajlar ve haberler yayınlatarak, ürün tanıtımlarıyla, broşür ve el ilanı gibi yazılı malzemeler ile ve çeşitli iletişim araçlarıyla gerçekleştirilir. Halkla ilişkiler kurum ile çevreleri arasında karşılıklı iletişimi, anlamayı, kabulü ve işbirliğini sağlayıp sürdürmeye yardımcı bir yönetim fonksiyonudur. Halkla ilişkilerin rolü çeşitli çevrelerde kurum ve hizmetler hakkında olumlu bir imaj kurmak ve geliştirmektir. Sosyal pazarlama programının ücretsiz olarak genellikle de radyo ve televizyonlarda haber ya da özel program; gazete ve dergilerde de hikaye, makale ya da editör yorumları şeklinde olumlu biçimde yer alması halkla ilişkiler ve duyurum faaliyeti kapsamında sayılabilir (Eser ve Özdoğan 2006).

Broşür ve bültenler hazırlamak, basın toplantıları düzenlemek, konu ile ilgili hedef kitleyi bir araya getirecek seminerler düzenlemek halkla ilişkiler çabalarıdır. Halkla ilişkilerin en önemli başarısı konunun ya da sosyal ürününü gündeme taşınmasını sağlamak ve tartışma ortamları yaratarak hedef kitle zihninde doğru ve etkin konumlandırmalar yapmaktır.

Kamuoyunun dikkatini çekmek oldukça zordur. Gündem bir çok konuyu içinde barındırır, yalnızca sağlık konusunda daha bir çok sosyal ürün söz konusudur. Hangi sosyal ürünün ön plana çıkacağı halkla ilişkilerin gündemi etkileme gücüne paralel olarak değişir. Bu sistematik ve sürekli bir çabanın uzantısıdır. Halkla ilişkilerciler konunun gündeme taşınması için halkla ilişkiler araçlarının yanında sosyal ürünü negatif ya da pozitif yönde hikayeleştirirler.

Örneğin güvenli sürüş için emniyet kemerinin önemini vurgulamada kötü örnekler gösterebilir. Yıkılan yuvalar, sakatlıklar, babasını kaybeden çocukların

göz yaşları içinde konu gündeme oldukça dramatik verilebilir. Ya da iyi durum senaryolarıyla kullanmanın faydaları gösterilebilir. Ünlü kişiler ve onların yaşamışlıklarından yararlanılabilir.



Satış Tutundurma: Türkiye’de de Eczacıbaşı Avon 1996 yılından beri meme kanseriyle mücadele kampanyasını sürdürüyor. Bu kampanya çerçevesinde hazırlatılan broşürler sayesinde 10 binlerce kadın bilinçlendirilmiş; kampanya çerçevesinde üretilen özel ürünlerin satışından elde edilen karla oluşturulan fon sayesinde ilgili kurumların tıbbi cihazları almaları sağlanmış. Örneğin, 1997 yılında Hacettepe Üniversitesi’ne, 2002 yılında da SSK Okmeydanı Hastanesi’ne mamografi cihazları kazandırılmış.

Para ya da benzer biçimde ek bir fayda ya da fayda beklentisi sağlayarak, ürün ya da hizmetleri daha çekici kılmak amacıyla kullanılan pazarlama araçları ve teknikleri satış tutundurma faaliyetleri olarak tanımlanır.

Ürün Yerleştirme: Filmlerde, dizilerde senaryonun bir yerinde bilinçli ve planlı olarak bir ürünün yerleştirilmesi sıklıkla kullanılmaktadır (Odabaşı ve Barış 2002). Filmlere ürün veya marka yerleştirme filme gerçekçilik katabilmektedir. Ürün yerleştirme, hedef kitle üzerinde farkındalık yaratmak, tutumları değiştirmek veya güçlendirmek ve yerleştirilen ürünün satın alınmasını veya satın alınma niyetini yaratmak için uygulanmaktadır (Babin ve Carder 1996). Pazarlama iletişimde hedef kitlelere mesajları ulaştırmak için yaratıcı yaklaşımlar bulma arayışı her zaman söz konusu olmuştur. Bu arayışın bir sonucu da ürün yerleştirme olarak karşımıza çıkmıştır. Ürün yerleştirme bir marka isminin, paketinin, işaretin veya diğer ticari ürünlerin sinema filmi, televizyon şovu veya müzik videosu içerisine yerleştirilmesini ifade eden bir uygulamadır (Brenan ve Babin1999). TV dizilerinin toplumun bilinçlenmesi ve davranış değişimini gerçekleştirebilmesi için önemli bir iletişim aracı olarak kullanılması, son dönemlerde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Organ bağışının artırılması açısından televizyon dizilerine ürün yerleştirme örneklerine rastlamak mümkündür. Dizinin önemli karakterlerinden, organ bağışı ile ilgili verilecek mesajı, rolü gereği yerine getirmesi istenerek, hedef kitlenin bu konuda farkındalığını ve bilgisini artırma, aile içi müzakereyi teşvik etme ve gerekli

davranışsal eyleme geçme sağlanabilir. Örneğin, yönetmenliğini Çağan Irmak'ın yaptığı "Çemberimde Gül Oya" dizisinde, filmin karakter oyuncusu, bir çocuğun hayatını kurtarmak için bitkisel hayatta olan eşinin organını bağışlamıştır (<http://www.sabah.com.tr/2005/04/27/gny/gny108>) (Argan, M. 2007: 211).

Özel Olaylar: Özel olayların özünü, hedef kitleye ürünle bağlantılı olumlu deneyimler yaşatmak oluşturur (Eckerstein 2002). Örneğin, spor müsabakalarında sporcuların "Organ Bağışı Hayat Kurtarır" pankartlarıyla sahaya çıkması veya ünlü bir sanatçının organ bağış kampanyasına destek olarak konser düzenlenmesi özel olaylar altında değerlendirilebilir. Türk Böbrek Vakfı'nın "Bir Işık ta Sen Tut" kampanyası kapsamında ünlü mankenlerin katıldığı bir defile düzenlemesi özel olay olarak değerlendirilebilir. (Argan, M. 2007: 211).

Kamuoyu

Kamu belirli bir konuyla yüz yüze gelmiş, bu konu etrafında belirli bir zamanda toplanmış bireylerden oluşan gruptur. Kamuoyu genel kamu ve özel kamu olarak iki gruba ayrılabilir. Genel kamu toplum genelini ilgilendiren konular etrafındaki insanları ve grupları ifade eder. Ancak toplum gündeminde tartışılan her konu genel kamuyu ilgilendirmez. Fakat hemen hemen tüm konular için özel kamular vardır. Özel kamuların kendileri de daha alt katmanlara bölünebilir. Örneğin bir kentteki hava kirliliği sorununu ele alırsak sadece hava kirliliği ile mücadele için kaloriferli binaların denetlenmesi ile ilgili bir konuda bile farklı görüşlere sahip pek çok kamudan söz edebilir. Bunlar arasında kömür ocağı sahipleri, apartman yöneticileri ve kalorifercilerle ilgili dernekler, çevreci kuruluşlar kamunun çevre koruma ile ilgili kuruluşları vb. sayılabilir. Kamuoyunun ülke genelinde olduğu durumlarda ise sorun ya da konu genel kamuyu ilgilendirmektedir. Böyle durumlarda kamuoyunun ne yönde oluşacağı noktasında siyasal ve yerel otorite ile baskı gruplarının etkisi belirleyici olur. Medya ise siyasal ve yerel otorite ile baskı gruplarının bir aracı olarak hem ülke genelinde hem de küçük gruplarda oluşan kamuoyunu etkiler. Başka bir deyişle medya özel konular etrafında kamuoyunun da genel konular etrafındaki kamuoyunun oluşmasında belirleyici olabilir (Atabek, Dağdaş, 1998:203).

Kamuoyu aslında temelde belirli bir konu üzerindeki tutumların ifadesidir. Bir tutum yeterince güçlü bir duruma geldiği zaman bir fikir biçimi olarak su yüzüne çıkar. Fikirler yeterince kuvvetli duruma geldiğinde sözel ve davranışsal hareketlere rehberlik eder (Fraser, ve Seitel, 1998: 54).

Bernard Honneshy kamu oyunu genel öneme sahip konular üzerinde birçok farklı karmaşık düşünce arasından anlamlı sayıdaki bireylerin tercih ettiği fikir ifadesinin dile getirilmesidir biçiminde tanımlamıştır. Bernard Honneshy'a göre tanımdan da anlaşılacağı üzere kamu fikri beş temel unsurdan oluşmaktadır. Birincisi kamu fikri bir konu üzerine odaklanmalıdır. İkincisi konu ile ilişkili bireylerin meydana getirdiği gruplar bir kamu oluşturacak biçimde tanınabilmelidir. Üçüncüsü farklı birçok düşüncenin olmasıdır. Tanımdaki dördüncü unsur fikirlerin ifadesidir. İfadenin birçok biçimi vardır; kelimeler,

yazılı ya da sözlü semboller kullanılabilir. Beşinci unsur belli bir konuya bağlı bireylerin sayısıdır. Kamu küçük ya da büyük olabilir. Önemli olan düşüncenin yoğunludur. Kamunun boyutu kurumların kamu fikrini etkileme çabalarının boyutunu da belirler (Hennessy , 1981: 4).

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Müdürlükleri, hastaneler, organ bağış vakıfları, emniyet müdürlükleri, sağlık çalışanları ve medyadan oluşur. Dışsal grup ise davranış değişimi yaratılmak istenen kişiler ve bu kişilere yardımcı olabilecek insanlardan oluşur. En önemli dışsal grup, sosyal pazarlama uzmanlarının etkilemek istediği tutum ve davranışlara sahip olan hedef kitledir. Birincil (asıl) hedef kitlenin ötesinde, hedef kitlenin kararlarını etkileyebilecek (fikir liderleri, arkadaş, aile üyesi, öğretmenler, doktorlar, ünlü kişiler) konumdaki kişiler, ikincil hedef kitleyi oluşturur. Dışsal grupta yer alan diğer kamuoyu ise, davranış değişimi veya sahip olunan davranışın devam ettirilmesi için çevresel koşulları sağlayabilecek politika yapıcılardır. Bu gruplar yukarıda sayılan bir çok nedenden ötürü de başarılı bir sosyal sorumluluk kampanyası için sosyal pazarlamanın vazgeçilmez unsurlarındandır.

Ortaklık-Paydaş

Kurumsal sosyal sorumluluk araştırmasındaki merkezi temalardan biri “stakeholder” terimini içermektedir ki, bu terim Freeman’ın 1984 tarihli “Stratejik yönetim: bir stakeholder yaklaşımı” kitabında ilk defa ortaya atılmıştır. Stakeholder’lar ya doğrudan – çalışanlar, müşteriler, hissedarlar, toplum grupları, yatırımcılar ve yerel ve milli düzenleyiciler gibi – ya da dolaylı olarak satıcılar, çalışanların aileleri, kamu kuruluşu olmayan organizasyonlar gibi, şirketi etkileyen ve/veya şirket tarafından etkilenen yada şirket aktivitelerini etkileyen veya aktivitelerinden etkilenen gruplardır (Heath, 1997). Wood (1991b)’a göre: “Sosyal konular yönetim araştırmasının büyük bir kısmı şirketlerin stakeholder düşüncelerini anlamaları ve belirlemeleri, kendi stakeholder ilişkilerini yönetmeleri, stakeholder taleplerini ve beklentilerini karşılamaları ve kendi güç ve etki pozisyonlarını stakeholder şebekeleri içinde iyileştirmeye çalışmaları için kullanılan proseslerle ilgili olarak sınıflandırılabilir” (s. 392).

Paydaş yönetimi sosyal sorumluluğun tam merkezindedir. Kurumsal sosyal sorumluluğun “Kurumlar ile kendilerinin stakeholderlar arasındaki günlük ilişkilerdeki etkileşimlerde ortaya çıktığı” söylenegelmiştir (Black & Härtel, 2003, s. 140). Bu ortaklığın yönetiminin ilişkilerle ilgili olması nedeniyle, gerçek ikili iletişim üzerine inşa edilen platform olduğu tartışması yapılmaktadır (Duncan ve Moriarty, 1998, s. 2).

Sosyal, toplumsal ve sağlıkla ilgili konular çoğu zaman karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu yüzden, bu konularla ilgili problemlerin çözömlenmesinde sosyal pazarlama uzmanları tek başına yeterli olmamaktadır. Etkin ve etkili bir program ortaya koymak için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde çalışma yapılması zorunludur. Toplumdaki diğer gruplarla birlikte hareket etmek (takım olmak), kurumun hedef kitleye daha kolayca ulaşabilmesini sağlayacak kaynakları

genişletebilir. Sosyal pazarlama uzmanı, kendi amaçlarıyla benzer amaçlara sahip olan kurumların birlikte hareket etmesini sağlayacak ortak programlar hazırlamalıdır (Eser ve Özdoğan 2006). Pek çok kurum benzer amaçlara sahip diğer kurumlarla ile ortaklık kurmaya çalışır (Dinan ve Sargeant 2000). Bu başarı için kaçınılmazdır. Örneğin Sağlık Bakanlığı Tetrapak işbirliğiyle “sağlıklı süt tüketimi” teşviki, Türkiye Bankalar Birliğinin yapmış olduğu “Çok yaşa bebek” kampanyası, Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, Türk Pediatri Kurumu ve Hacettepe Üniversite’sinin işbirliği gerçekleşmiştir.

Kamu Politikası

Kurumlar kamu politikası yaşam döngüsü içinde hareket eden konuları hükümet eylemlerinin bir öznesi olduğunda dikkate alır. Bu nedenle kurumlar hükümet eylemlerine çok fazla önem verdiği, bütün çabasını yasama süreci içinde yer almak için harcaması nedeniyle eleştirilmiştir. Konu hükümetin yasama sürecinin bir parçası olduktan sonra kurumlar o konuya gerçek önemi vermişlerdir. Tabi ki konu hükümetin ve yasa koyucuların dikkatini çektiyse önemsenmelidir. Ama unutulmaması gereken kurum bu kadar beklediği içinde konuya yönetmek için gerekli olan bir çok seçeneği de kaybetmiş olur (Butcholz, 1989: s:45).

Kamu politikasının biçimlendirilmesi tartışmasında Youichi Ito (1993)üç saç ayaklı bir model önermiştir. Bu model kamunun, medyanın ve hükümetin karşılıklı olarak birbirlerini etkilemeleri temeline dayanır. Fikir birlikteliği herhangi bir sorun hakkında hükümete baskı yapabilmeyi ve istendik yönde tepki alabilmeyi olanaklı kılar. Bir konu ağırlık kazandıkça, bu konuyla ilgili bir şeyler yapması için hükümet üzerinde baskı oluşturan bir fikir ortamı yaratılmaktadır. Ancak modelin üç bileşeninden herhangi birinde çıkarlar azalırsa, konu o zaman ağırlık kaybedecektir. Bu düşüncüyü kitle iletişimi etkileri araştırmalarıyla ilişkilendirerek Ito şunu belirtmiştir; hükümetin kitle iletişim araçlarını her zaman manipüle ettiğini veya medyanın her zaman güçlü etkilerinin olduğunu iddia edilir. Genellikle medya etkililiği ile ilgili yapılan araştırmalarda baskın olan görüş, hükümetin medyayı yönlendirme gücü olduğu yönündedir. Yine aynı şekilde kitle iletişim araçları kamuoyunu etkiler. Youichi Ito’nun bu modelinde bu üç saç ayağının aynı güçte karşılıklı olarak birbirlerini etkilemeleri sonucunda belli bir konuya yönelik kamu politikasının oluşabileceği yönündedir (Gaunt ve Ollenburger;1995: 201).

Sosyal pazarlama programları, bireysel davranış değişimini güdülemeyi iyi bir şekilde yapabilir, ancak hedef kitlenin davranış değişimini destekleyen çevresel koşullar olmaksızındavranışın sürdürülmesi zordur. Pek çok durumda politikalar, davranış değişimini desteklemeyi sağlayan en etkili araç olmaktadır. Medya destekli uygulamalar, politika yapıcılar üzerinde baskı oluşturmada etkin bir güce sahiptir. Medyanın dikkatini çekme veya lobi faaliyetleri gibi diğer konular da sosyal pazarlamanın etkili elemanları arasında yer alır. Bazı sosyal pazarlama programlarında arzulanan davranış değişimini gerçekleştirmenin en

önemli yöntemi, bireylerin arzulanın değişimi oluşturmalarını zorlamak olabilir. Bu zorlama ise yasalarla daha çok yaptırım gücü elde eder. Sigara içmeyi azaltmak veya sigara içmeyenlerin sigara içilen ortamlardan rahatsız olmasını önlemek için yasal bir değişiklik yapılması ve bu kurallara uymayan içicilerin ise cezalandırılması örnek olarak gösterilebilir. Sosyal pazarlama uzmanı gerçekte böyle bir değişimi yaratmayı etkileyen güçleri göz önünde bulundurur (Dinan ve Sargeant 2000).

Fon Sağlayanlar

Sosyal pazarlamanın fon kaynakları, ticari pazarlamadan genellikle farklıdır. Ticari pazarlamada kurum bir ürünü sattığı zaman belirli bir gelir elde eder. Sosyal pazarlama programı geliştiren çoğu kurum; vakıf, hükümet bağışları, kurumlar ve bireysel bağışlar tarafından sağlanan fonlarla yürütülür. Bu durum strateji geliştirme sürecindeki yeni bir boyutun varlığına, programı yürütebilmek için ihtiyaç duyulan paranın nereden sağlanacağı konusuna işaret eder. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, sosyal pazarlama programı için parasal ve parasal olmayan desteğin araştırılmasıdır.

Organ bağışının artırılmasına çalışan sosyal pazarlama uzmanı, fon kaynaklarını artırmak için çaba harcamak zorundadır. Bu yüzden, kar amacı güden kurumların yardımını sağlamak amacıyla girişimde bulunmalıdır. Çoğu kar amaçlı firma, sosyal bir konu, dava ya da fikre destek olduğunu pazarlama mesajlarında işleyerek ve bu süre içinde elde ettiği satış gelirlerinin bir bölümünü bu sosyal konu, fikir veya davanın gerçekteşmesine çaba gösteren tarafa bağlayarak farkındalık yaratmaya çalışır (Odabaşı ve Oyman 2002).

Sosyal pazarlama uzmanları, kendi programlarına bireysel bağışların yönlendirilebilmesi için diğer kar amacı gütmeyen firmalarla rekabet halindedir. Özellikle sponsor kurumları kendi bünyelerine katmak oldukça önemlidir. Diğer yandan sosyal pazarlama uzmanları, bireylerin bağışlarını kendi programlarına dahil etmek için de çaba harcamalıdır. Bireylerin bağışta bulunmasını etkileyen en önemli faktörlerden biri program amacının objektif olmasında yatar. Birey bağış yapma durumunda, bağış yapacağı kurumun güvenilir olduğuna inanırsa bağış davranışında bulunmaktadı. Sosyal pazarlama uzmanları, pazarlama iletişim araçlarını kullanarak, kendi programlarına bireysel bağışların yapılmasını sağlayabilecektir (Argan, M. 2007).

Çağımızda sağlık sorunlarında ve bu sorunların çözümüne yönelik önerilerde geline nokta şudur; sorunlar karmaşıktır ve çözümler çok uzun zaman ve çok yüksek maliyet gerektirmektedir. Hemen her konuda kişisel ve kitlesel eğitim en etkili ve bir çok zaman da en verimli çözüm olmaktadır. Bu nedenle sağlık politikacıları sağlık eğitime özel bir önem vermelidir. Geleneksel halk eğitim yöntemlerinin artık geride kaldığı ve kitlenin gündeminde yer tutmak için bir çok kurum ve kuruluşun kar amaçlı veya değil birbiri ile yarıştığı günlere gelinmiştir. Sağlıkçılar bu yarışmada geride kalmamak ve dolayısıyla daha sağlıklı bir toplum amacına ulaşmak için her yöntemden yararlanmasını bilmelidir. Genellikle

ticari amaçlara hizmet etmekte olan ve artık modern ülkelerde sosyal amaçlara ulaşmak için de kullanılan pazarlama yöntemlerini sağlık eğitimcilerinin çok iyi incelemiş olması ve bu yöntemlerden yeri gelince yararlanması gerekmektedir (Sur, Tabak 2005).

Sonuç

Kamu politikası içinde binlerce konu yer almaktadır. Bunlardan bazıları acil müdahale gerektiren ve halkın bir çoğunu tehdit eden sağlık problemleridir. Bu problemlerle bireysel başedebilmek oldukça zordur. Hükümetin ve sivil toplum kuruluşlarının desteği de tek başına yeterli olmayacaktır. Kurum ve kuruluşların bu problemlerin çözümde vereceği destek kurumsal imajlarının doğru yönetilmesi açısından da önemlidir. Çağdaş yönetim anlayışı içinde bir çok kurum bunun farkına vararak hareket etmeye başlamıştır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, ki kurum ve kuruluşlara sosyal sorumluluk kampanyalarını düzenlerken dikkat etmeleri gereken en önemli nokta da budur; hangi problemleri öncelikle çözmek gerektirdiğini doğru olarak belirlemektir. Daha sonrada bu problemin çözümünde sosyal pazarlamanın sunduğu basamaklardan yola çıkarak etkili bir iletişim çabası içinde yer almaktır. Sağlık problemlerinin çözümü ve daha sağlıklı bir toplumun oluşturulmasında halk sağlığı eğitim programları yalnızca bir araçtır. Çözüm daha karmaşık stratejik bir yönetim anlayışı içinde bir çok kurumun biraraya gelerek sosyal pazarlama karmaşı bileşenlerini en etkin biçimde kullanmalarında yatmaktadır. Kamuoyu ve kamu politikası istendik biçimde yönlendirilmedikçe toplumda çözüm bekleyen bir çok problem gibi sağlık sorunları da kamu gündeminde sınırlı sürede yer alacaktır; istendik davranış değişikliği de sağlanamayacaktır.

KAYNAKLAR

- Aktan, Coşkun Can (2007) Kurumsal Sosyal Sorumluluk, İgiad Yayınları, İstanbul.
- Argüden, Yılmaz (2007) Sosyal Sorumluluk Editör: Aktan, C.Coşkun İGİAD Yayınları, İstanbul.
- Atabek, Nejdet & Erdal Dağtaş (1998), Kamuoyu ve İletişim, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Eğitim Sağlık ve Bilimsel Araştırmalar Vakfı.
- Bayrak, Sabahat (2001), İş Ahlakı ve Sosyal Sorumluluk, Beta Yayınları, İstanbul.
- Bayraktaroğlu G ve İlter B, “Sosyal Pazarlama: Engeller ve Öneriler”, Ege Akademik Bakış, 120, 2007, 117-132.
- Duncan, Tom; Moriarty, Sandra E., ‘A Communication-Based Marketing Model for Managing Relationships Journal of Marketing’, Apr 98, Vol. 62 Issue 2, p1-13, 13p.
- Fine, S.H. (1992) Marketing the Public Sector: Promoting the Causes of Public and Nonprofit Agencies’, NJ:Transaction Publishers, New Brunswick.
- Fraser, P. Seitel (1995), The Practice of Public Relations, NJ: Prentice Hall International, 6. Baskı.
- Kavas, Alica ve Gül Güdüm, “Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması.” 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İzmir 1994, 225.

Kotler, Philip and Eduardo L.Roberto (1989) Social Marketig: Strategies for Changing Public Behavior , Newyork: the Free Press.

Kotler Philip ve Zaltman Gerald, “Social Marketing: An Approach to Planned Social Change”, Journal of Marketing. Volume 35, 1971, 3-12.

Kotler Philip, Ned Roberto and Nancy Lee (2002), Social Marketing Improving The Quality of Life (Second Edition, Sage Publications, USA), p. 197-198.

Gaunt, Philip ve Jeff Ollenburger (1995), “Issue Management Revisited: A Tool that deserves another look”, Public Relations Review, 2(3).

Hennessy, Bernard (1981), Public Opinion, (4. Basım Monterey, Calf: Brooks/Cole).

Marketing Türkiye: Kasım 2003: 38-39.

Mohr, L.A ve D.J. Webb “ The effect of corporate social responsibility and price on consumer responses”, The journal of Consumer affairs, 39 1, 2005, 121-147.

Mucuk, İsmet (2001) Pazarlama İlkeleri, Türkmen Kitabevi, İstanbul.

NAVAIE, Nil S. “Sosyal Faydada Pazarlamanın Yeri” Marketing Türkiye. 08.10.2005. <http://www.marketingturkiye.com/BilgiBankasi/Detay/?no=331>, (Erişim Tarihi: 09.05.2006).

Özgen Ebru (2006) Kurumsal Sosyal Sorumluluk Projeleri, Mavi Ağaç Yayınları, İstanbul.

Özüpek, M.Nejat (2005) Kurum İmajı ve Sosyal Sorumluluk, Tablet Kitabevi, Konya.

Odabaşı Yavuz, Oyman Mine (2002) Pazarlama İletişimi Yönetimi, Mediat Kitapları, İstanbul.

Sezgin Suat, Uzun Dönemli Kar Arttırımı, Y.Ü. İletişim Fakültesi Dergisi, Sayı:6, İstanbul.

Zoroğlu, Ekrem (2000), Türk Otomotiv Sektöründe Sosyal Sorumluluk Uygulamaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya İTÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

İnternet Adresleri

<http://www.haberturk.com/haber.asp?id=6677&cat=220&dt=2006/11/22>

<http://www.social.marketing.org/sm.html>

<http://www.sabah.com.tr/2005/04/27/gny/gny108>

<http://www.yasadikca.com/dbread.php?id=1544&cat=1>

Argan, Mehpare Tokay, ‘Pazarlama Hayat Verir: Organ Bağışında Sosyal Pazarlama Yaklaşımı’, http://www.prbu.com/kitaplik/pazarlama_hayat_verir.pdf, erişim: 27.10.2008.

Sur. Haydar, Tabak. Ruhi Selçuk, “Sağlığın Geliştirilmesi Amacına Yönelik Sosyal Pazarlama” (06.10.2005) http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/search.aspx?SDropName=0&find=ruhi%20sel%e7uk%20tabak, Erişim: 23.10.2008.



Entegre Bir Sosyal Pazarlama Kampanyası Planlama ve İcrası: “Havanı Koru”- Dumansız Hava Sahası Hareketi

Figen İŞBİR
*Excel İletişim Danışmanlığı
Hill & Knowlton Türkiye Ortağı*



Excel, 1994’ten beri farklı marka, kurum ve sektör için iletişim stratejileri ve uygulamaları geliştirmektedir. 2003 yılında Hill & Knowlton ile Türkiye Temsilciliği ve ortaklık anlaşması gerçekleştiren Excel/Hill&Knowlton, ICCO üyesi İletişim Danışmanlığı Şirketleri Derneği (IDA) nın kurucu üyesi ve Uluslararası İletişim Danışmanları Derneği’nin verdiği The Consulty Management Standard’a sahip Türkiye’deki 8 ajanstan biridir.

Excel, Pazarlama karmasına 360 derece bakış açısıyla disiplinleri birleştiren bir yaklaşım izliyor. Bunun amacı kapsamlı bir planlama ile tutarlı ve en üst seviyede iletişim etkisi yaratmak.

Excel bilinen adıyla: ‘Entegre Pazarlama İletişimi’ni daima savundu ve savunuyor.

Amerikan Reklam Ajansları entegre pazarlama iletişimini şöyle özetliyor:

- Halkla ilişkiler, reklam, satış geliştirme, doğrudan pazarlama gibi çeşitli iletişim yöntemlerinin stratejik rollerini değerlendiren,
- Geniş kapsamlı bir plana dayanan ve tüm yöntemlere açık olan,
- Tutarlı,
- En üst düzeyde iletişim etkisi yaratan,
- İletişim disiplinlerini birleştiren kapsamlı bir pazarlama iletişimi planlanması.

Bu yaklaşımı örnekleyen bir kampanyamız “Havanı Koru – Dumansız Hava Sahası Hareketi”dir. Sigara yasağının başlamasıyla birlikte bu kampanyayı yürütüyoruz ve 19 Mayıs’dan itibaren sosyal bir bilinç yarattık. Temel yaklaşımımız, toplumsal bir birliktelik yaratmak ve “yasak” kavramının olumsuz niteliğinden uzak durmaktır. Yani, yasağı yasaklamaktır. Kampanyamız sigara

biraktırmaya yönelik bir hareket olmadı. Pasif içicilerin haklarına dikkat çeken bir yol izlendi. Sigara içenlere yönelik olarak “başkasına zarar verme” olgusu üzerinde durulurken, pasif içicilere de “başkasının dumanından zarar görme” mesajı verildi.

Pozitif değişimi yansıtmak için öncelikle “sigara yasağı” ya da “sigara içmek yasaktır” kavramları yerine, pozitif bir önerme cümlesi kullanılarak, sigara içilmeyen alanları “Dumansız Hava Sahası” olarak niteledik ve “Havanı Korumak” temalı önermeler ürettik. Kampanya sözcülüğü için her sosyo-ekonomik kesimden bireyleri kapsayan bir karma oluşturduk; sanatçılar, modacılar, sporcular, TV programcıları, öğretmenler, çocuklar, doktorlar, taksi şoförleri, ünlü-ünsüz tüm rol modeller ve her siyasi görüşten politikacılar...

Bu sözcüler seçilirken sigara içen - içmeyen ayrımı yapılmadı. Sigara içenlerin de kampanyaya destek verdiği vurgulandı.

Kampanya başlangıcında 200’ün üzerinde ünlü isimle birebir iletişime geçildi ve bilgilendirildi. Pek çoğunun kampanyaya sözcülük etmesi sağlandı.

Sağlık Bakanımız Sayın Recep Akdağ ile üst düzey medya yöneticileri bir araya getirilerek bilgilendirme ve destek toplantısı düzenlendi. Toplantının ardından 378 medya mensubuna basın kiti gönderildi. Popüler TV programları ve yazılı basında röportajlar gerçekleştirildi.

Diğer yandan, TV ve radyo spotları, gazete ilanları, açık hava uygulamaları, afişler, bina giydirmeleri, kampanya etiketleri hazırlanarak dağıtımları ve yayınlanmaları sağlandı.

Eğitici filmler yerine çeşitlendirilmiş ve reklam filmi kısılalığında ve özeninde tanıtım filmleri yapılarak, RTÜK’ün de verdiği destekle, kampanya için ayda 90 dakikalık zorunlu eğitim programı süresi reklam kuşakları içinde verimli bir şekilde kullanıldı.

İnternet ortamı da verimli bir şekilde kullanıldı. www.havanikoru.org web sitesi hayata geçirildi.

Facebook ve Eksisozluk gibi sitelerde kendiliğinden oluşan dayanışma gruplarına ortam hazırlandı.

www.havanikoru.org sitesinin tekil ziyaretçi sayısı 71 bin 238 kişiyi buldu.

Dumansız Hava Sahası’nın ilk aşamasının ardından geldiğimiz nokta bizi oldukça memnun etti.

Kampanya medya iletişimi sonucunda 62 milyon kişiye ulaştı.

Birleştirici yaklaşımımız, kamuoyu tarafından kabul gördü. Türk halkı sağduyulu davrandı ve kampanya hızla benimsendi.

Şimdi kampanyanın 2. bölümü için çalışmalarımızı sürdürüyoruz. Kampanya yeterli farkındalığı yarattı. 2. bölümde daha bilgilendirmeye ve bilinçlendirmeye yönelik çalışmalarımız olacak.

EKLER: KATILIMCI LİSTELERİ

DÜZENLEME KOMİTESİ NOTU

Oturlumlarda yönetici ve konuşmacı olarak katkı sağlayacak, Bakanlığımız haricindeki kurum ve kuruluşlar şunlardır:

- Kamu Kurum ve Kuruluşları: TBMM, Başbakanlık, Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı;
- Üniversiteler: Ankara Üniversitesi, Bahçeşehir Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hacettepe Üniversitesi ve Yeditepe Üniversitesi;
- Dünya Bankası Ankara Ofisi;
- Yerel Yönetimler: Bursa Büyükşehir Belediyesi;
- Sivil Toplum Örgütleri: Sağlık Gönüllüleri Derneği, Türkiye Gıda ve İçecek Sanayi Dernekleri Federasyonu, Acıbadem Eğitim ve Sağlık Vakfı
- Özel Sağlık Hizmet Sunucusu Kuruluş;
- Özel Sektör İletişim Firması: Excel İletişim Danışmanlığı.

Sempozyuma, halihazırda, Bakanlığımız merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlarından 56, diğer kamu kurum ve kuruluşlardan 42, üniversitelerden 32 ve ilgili derneklerden 12 olmak üzere toplam 130 kişi resmi yolla davet edilmiştir. Basım tarihi itibarı ile bildirilen 113 katılımcıya ait listeler ektedir. Azami 170 kişilik bir katılım hedeflenmektedir.

Her iki gün Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye Sağlık Kurumu, ayrıca 13 Kasım 2008 günü Dünya Sağlık Örgütü ve 14 Kasım 2008 günü Türkiye Diyabet Kontrol Projesi-Dünya Diyabet Günü standları açık olacak ve çeşitli yayın ve çalışmalar tanıtılacaktır.

KURUMLAR

SıraNo	Adı Soyadı	Görevi	Görev Yaptığı Birim
1	Prof.Dr.Cevdet ERDÖL	Trabzon Milletvekili	TBMM Sağlık,Aile,Çalışma ve Sosyal İlişkiler Komisyonu Başkanı
2	Uzm.Dr.Erol BAYRAKTAR	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	TBMM Danışman
3	Aysel BİNNER		DPT
4	E.Gülray ERDEN	İstatistikçi	TÜİK
5	Gönül SERİN	İstatistikçi	TÜİK
6	Uzm.Dr.S.Cem BİLGİÇ	Uzman Doktor	Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü
7	Dr. Deniz ATAY	Doktor	Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü
8	Dr.Ali GEDİK	Doktor	Diyanet İşleri Başkanlığı
9	Uzm.Dr.Can YARDIMCI	Radyoloji Uzmanı, Lisansüstü	SHÇEK, Sağlık Merkezi
10	Dr. Mustafa ARSLAN	Pratisyen Doktor, Sorumlu Tabip	SHÇEK, Sağlık Merkezi
11	Dr. Mehmet Ali ACAR	Doktor	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
12	Dr. Alparslan ŞENAY	Doktor	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
13	Dr. R.Cenap YILDIRIM,	Şube Müdürü	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
14	Ecz. Haluk TAYŞI	Eczacı	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
15	Erhan KOYUNCU	Şube Müdürü	İçişleri Bakanlığı İller İdaresi Genel Müdürlüğü
16	Halil POLAT	Şube Müdürü	Milli Eğitim Bakanlığı
17	Hanife AYAN	Gıda Mühendisi	Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Koruma ve Kontrol Gn.Md.
18	Ganize ÖZENÇ	Gıda Mühendisi	Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Koruma ve Kontrol Gn.Md.
19	Mustafa SEYDİOĞULLARI	Uzman	TAPDK Tütün ve Alkol Kontrolü Daire Başkanlığı
20	Sebahattin KUŞ	Uzman	TAPDK Tütün ve Alkol Kontrolü Daire Başkanlığı
21	Yavuz Mehmet KONTAŞ	DSÖ Ülke Ofisi Başkanı	Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi
22	Uzm.Dr. Canan SARGİN	Sağlık ve Beslenme Program Sorumlusu	UNICEF Türkiye Temsilciliği

SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ TEŞKİLATI

Sıra No	Adı Soyadı	Görevi	Görev Yaptığı Birim
1	Uzm.Dr.Ece ABAY	Aile Hekimi Uzmanı	AÇS/AP Genel Müdürlüğü
2	Uzm.Dr.Hülya ŞİRİN	Çocuk Sağlığı Uzmanı	AÇS/AP Genel Müdürlüğü
3	Dr.Perihan Elif BOR EKMEKÇİ	Daire Başkanı V.	Avrupa Birliği Koordinasyon DB.
4	Aslı DİNÇEL	Hemşire	Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı
5	Uzm.Dr.Rabia KAHVECİ	Aile Hekimliği Uzmanı	İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
6	Arzu Karasaç GEZEN	İletişim Uzmanı	İzleme ve Değerlendirme Koordinatörlüğü
7	Dr. Emire ÖZEN OLCAYTO	Daire Başkan Yardımcısı	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
8	Uzm.Dr.Seda USUBÜTÜN	Program Ofis Koordinatörü	Proje Yönetimi Destek Birimi
9	Dr.A.Esra TIRYAKIOĞLU	Bileşen Koordinatörü	Proje Yönetimi Destek Birimi
10	Dr.Ayşe ÖZKAN	Halk Sağlığı Bilim Uzmanı	Refik Saydam Hıfızssıhha Merkezi Bşk.
11	Uzm. Dr. Mustafa H. TÜRKKANI	Uzman Doktor	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
12	Dr. İlhan ERSÖZ	Doktor	Sıtma Savaş Daire Başkanlığı
13	Dr. Saadettin YAZI	Doktor	Strateji Geliştirme Başkanlığı
14	Uzm.Dr.Bilal AYTAÇ	Uzman Doktor	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
15	Uzm.Dr.Saim ŞAHİNÖZ	Uzman Doktor	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
16	Dr.Mümine Nurdan DOĞUKAN	Doktor	Türkiye Sağlık Kurumu
17	Dr.Feray KARAMAN	Doktor	Türkiye Sağlık Kurumu
18	Dr.Nalan KARAKUŞ	Doktor	Verem Savaş Daire Başkanlığı

SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ TEŞKİLATI

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	
19	Dr. Fatma AYGÜL Doktor Aile Hekimliği Daire Başkanlığı
20	Dr. Nilgün ARPACI Doktor Aile Hekimliği Daire Başkanlığı
21	Dr. Serdar GÜRER Danışman Aile Hekimliği Daire Başkanlığı
22	İlknur E.KUBİLAY Uz. Yüksek Hemşire Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Dai. Başk.
23	Yük. Müh. Betül Faika SÖNMEZ Daire Başkanı AR-GE Daire Başkanlığı
24	Uzm.Dr. S.Ersin ÜNLÜ Aile Hekimi AR-GE Daire Başkanlığı
25	Dr.Dyt. Bırız ÇAKIR Şube Müdürü Beslenme ve Fiz.Aktv.Dai.Bşk.
26	Dr.Dyt. Meltem SOYLU Diyetisyen Beslenme ve Fiz.Aktv.Dai.Bşk.
27	Dr.Dyt. Saniye BİLİCİ Şube Müdürü Beslenme ve Fiz.Aktv.Dai.Bşk.
28	Uzm. Cengiz KEŞİCİ Daire Başkanı Beslenme ve Fiz.Aktv.Dai.Bşk.
29	Uzm.Dr. Bediha TÜRKYILMAZ Uzman Doktor Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı
30	Dr. Nilüfer O. SCİMEMİ İş Sağlığı Bilim Doktoru Çevre Sağlığı Dai. Bşk.
31	Uzm. Dyt. Bilge YÜKSEL Uzman Diyetisyen Kalite Eğitim ve Koordinasyon Birimi
32	Dr. Gülsüm KARTAL Pratisyen Hekim Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı
33	Dr. Kağan KARAKAYA Daire Başkanı Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi DB.
34	Dr. Hüseyin İLTER Doktor Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi DB.
35	Uzm.Dr. Serap Çetin ÇOBAN Uzman Doktor Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi DB.
36	Dr. Levent GÖÇMEN Doktor Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi DB.
37	Dr. Ebru AYDIN Doktor Tütün ve Bağ. Yap. Mad. Müc. Dai. Bşk.
38	Uzm.Dr. Nazan YARDIM Uzman Doktor Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
39	Uzm.Dr.A.R. İMAMECİOĞLU Uzman Doktor Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
40	Uzm.Dr. Sibel GÖGEN Uzman Doktor Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
41	Uzm.Dr.S.MUSAONBAŞIOĞLU Uzman Doktor Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
42	Erdoğan HORZUM Şube Müdürü Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
43	Kadir EKİNCİ Şube Müdürü Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
44	Ertuğrul GÖKTAŞ Şube Müdürü Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
45	Murat YAKUT Araştırmacı Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
46	Emeti DOĞAN Şef Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
47	Ceyhan VARDAR Diyetisyen Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
48	Ayşe GÜNDOĞAN Tıbbi Teknolog Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
49	Uzm.Gülşay SARIOĞLU Tıbbi Teknolog Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.
50	Nevin ÇOBANOĞLU Tıbbi Teknolog Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar DB.

VALİLİKLER

Sıra No	Adı Soyadı	Görevi	Görev Yaptığı Birim
1	Dr.S.Rahmi ACAR	Sağlık Müdür Yardımcısı	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
2	Dr.Yasemin GÖKÇE	Doktor	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
3	Dr.Alev YÜCEL	Doktor	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık İl Eğitim Kurulu
4	Dr.Oktay GÜNGÖR	Aile ve Toplum Sağlığı Şube Müdürü	Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü
5	Dr.Özgen AYTAÇ	Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürü	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
6	Dr.İbrahim YILDIRIM	Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şb.Md.	Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü

ÜNİVERSİTELER

Sıra No	Adı Soyadı	Görevi	Görev Yaptığı Birim
1	Doç.Dr.Yurdagül ERDEM	Öğretim Üyesi	Ankara Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bl.
2	Dr.Aslı UÇAR	Öğretim Elemmanı	Ankara Üniv.Sağlık Bilimleri Fak. Beslenme ve Diyetetik Bl.
3	Lale S. AKAN	Araştırma Görevlisi	Ankara Üniv. Sağlık Bilimleri Fak.Beslenme ve Diyetetik Bl.
4	Prof.Dr.Rengin ERDAL	Öğretim Üyesi	Başkent Üniversitesi Halk Sağlığı AD.
5	Doç.Dr.Murat BAŞ	Bölüm Başkanı	Başkent Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Beslenme ve Diyetetik Bl.
6	Doç.Dr.Şule AKÇAY	Öğretim Üyesi	Başkent Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD.
7	Doç.Dr.Melek ULUÇAM	Öğretim Üyesi	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyooloji AD.
8	Dr.Elif DURUKAN	Öğretim Görevlisi	Başkent Üniversitesi Halk Sağlığı AD.
9	Ziyafet HANOĞLU	Öğretim Görevlisi	Başkent Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik ve Sağlık Hiz.Bl.
10	Doç.Dr.Bilal BAKIR	Öğretim Üyesi	Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Halk Sağlığı AD.
11	Yrd.Doç.Dr.Ercan GÖÇGELDİ	Öğretim Üyesi	Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Halk Sağlığı AD.
12	Binbaşı Ergün BOZOĞLU	Hava Uzman Tabip	Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA)
13	Prof.Dr.Hülya ARIKAN	Öğretim Üyesi	H. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi/Fizik Tedavi ve Reh. Böl.
14	Prof.Dr.Gülümser KUBLAY	Bölüm Başkanı	H. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik Bölümü
15	Dr.Eda KÖKSAL	Öğretim Görevlisi	H. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi/Beslenme ve Diyetetik Bölümü
16	Doç.Dr.Dilek ASLAN	Öğretim Üyesi	Hacettepe Üniv. Tıp Fak.Halk Sağlığı AD.
17	Yrd.Doç.Dr.Nükhet ERBAYDAR	Öğretim Üyesi	Hacettepe Üniv. Tıp Fak.Halk Sağlığı AD.
18	Prof.Dr.Sebahat TEZCAN	Enstitü Müdürü	Hacettepe Üniv. Nüfus Etütleri Enstitüsü
19	Doç.Dr.Banu ERGÖÇMEN	Enstitü Müdür Yardımcısı	Hacettepe Üniv. Nüfus Etütleri Enstitüsü

BELEDİYELER

Sıra No	Adı Soyadı	Görevi	Görev Yaptığı Birim
1	Dr.Arzu ARIKAN	Kurum Tabibi	Altındağ Belediyesi
2	Bedia SÖYLEMEZ	Başkan Yardımcısı	Çankaya Belediyesi
3	Nilay OĞULTÜRK	Engelliler Hizmet Birimi Md. Yrd	Çankaya Belediyesi
4	Dr. Ethem TORUNOĞLU	Sağlıklı Kent Proje Koordinatörü	Çankaya Belediyesi
5	Dr.Selda ÖZTÜRK	Doktor	Gölbaşı belediyesi
6	Dr.Bahadır M. CAN	Başkan Yardımcısı	Sincan Belediyesi
7	Uzm.Dr.Meral BURSALI	Uzman Doktor	Yenimahalle Belediyesi Sağlık İşleri Md.

DERNEKLER

Sıra No	Adı Soyadı	Görevi	Görev Yaptığı Birim
1	Prof.Dr.Mustafa ARICI	Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Genel Sekreteri	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi , İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji AD.
2	Prof.Dr.M. Temel YILMAZ	Vakıf Başkanı	Türkiye Diyabet Vakfı
3	Doç.Dr.Şule AKÇAY	Türk Toraks Derneği Genel Sekreteri	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
4	Doç.Dr.Sibel KALACA	HASUDER	Marmara Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
5	Doç.Dr. Ayhan KARAKOÇ	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları AD.
6	Uzm.Dr.Ayşe ÇAYLAN	Aile Hekimi	Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği
7	Dr. Havva ÖZDEN	Türk Tabipleri Birliği	Öveçler Sağlık Ocağı