

# TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞININ YÜZYILI VE GELECEĞİ


**EDİTÖRLER**

Prof. Dr. Bülent KILIÇ
Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR
Doç. Dr. Derya ÇAMUR



HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ
1995



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 1 23.11.2023 13:18

© **2023** Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)

**TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞININ YÜZYILI VE GELECEĞİ**

**Birinci Baskı:** Aralık, 2023

**EDİTÖRLER:** Prof. Dr. Bülent KILIÇ, Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR,Doç. Dr. Derya ÇAMUR

**ISBN:** 978-605-72861-5-4

Tüm haklan saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği; bu kitabın basım, yayın ve satış hakları HASUDER'e aittir. Kaynak gösterilerek eğitim amacıyla alıntı yapılabilir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz.

Kitap içerisindeki görüşlerin sorumluluğu yazara aittir.

**Yayına Hazırlayan** : Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)
Korkut Reis Mah. İlkiz Sok. 17/2 Çankaya/Ankara

**Yayıncı Sertifika No** : 49624

**Grafik Tasarım** : Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Grafik Birimi
Sağlık 1 Sok. No: 17/D Sıhhiye/ANKARA

**Baskı ve cilt** : Güngörler Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.
İvedik Mah. 1323 Cad. 28/4 Yenimahalle / ANKARA

**Basımevi Sertifika No** : 49889

# ÖNSÖZ

Kurtuluş Savaşı'nın ardından, 24 Temmuz 1923'te Lozan Antlaşması ile bağımsızlığını ve sınırlarını güvence altına alan ve aynı yıl 29 Ekim'de kuruluşunu ilan eden Türkiye Cumhuriyeti, bu yıl yüz yıllık bir dönemi geride bırakıyor.

Cumhuriyeti, sadece saltanatın kaldırıldığı bir yeni idari yapılanma olarak görmüyoruz. Egemenliğin bir zümreye değil, kayıtsız şartsız millete ait olduğu; insanların tebaa değil farklılıkları içinde ve anayasal zeminde eşit vatandaşlar olduğu; savaşın değil yurtta ve dünyada barışın yüceltildiği; bilimin ve aklın rehber alındığı bir büyük devrim sürecinin adıdır Cumhuriyet. Kuşkusuz, bugün çağdaş halk sağlığı yaklaşımımızın temellerini oluşturan barış, eşitlik, demokrasi, insan hakları ve bilimin evrenselliği ilkeleri açısından bu devrim eşsiz değerdedir.

Geride bıraktığımız yüzyılda, her alanda olduğu gibi, sağlık alanında da Türkiye'de ve Dünyada büyük değişimler yaşandı. Bilimsel ve tıbbi gelişmelerin yanı sıra, politik çalkantılar, demografik ve epidemiyolojik değişimler, ekonomik ve sosyal politikalarda değişiklikler ve uluslararası ilişkiler, kentleşme, endüstrileşme, küresel ısınma gibi çok sayıda makro süreçle bağlantılı olarak, halk sağlığı alanında öne çıkan sorunlar, bu sorunların belirleyicileri, risk faktörleri ve çözüme yönelik stratejik değerlendirmeler de değişti, gelişti ve çeşitlendi. Güncel halk sağlığı sorunlarını daha iyi anlayabilmek ve geleceğe yönelik bir perspektif sunabilmek için bu süreçleri anlamanın ve bugünümüze yüzyıllık bir geniş açı ile bakmanın büyük yararı olduğuna inanıyoruz.

Bu kitabı hazırlama fikri tam bu noktada ortaya çıktı. Cumhuriyetin yüzüncü yılında, halk sağlığının başlıca konularında güncel durumu yüzyıllık bir geniş açıyla değerlendiren ve geleceğe yönelik perspektifler sunan yazıları bir araya getirmek, deyim yerindeyse yüzyıllık bu dönemece bazı yön levhaları yerleştirmek üzere bu kitabı tasarladık. Her biri kendi alanında bilimsel çalışmaları ile yetkin, yönetim ve uygulama süreçlerindeki deneyimleri ile birikim sahibi olan yazarlarımız da bizim bu heyecanımızı paylaştılar ve kitabın bölümleri bu şekilde oluştu.

HASUDER, halk sağlığının iyileştirilmesi ve halk sağlığı uzmanlığının geliştirilmesi amaçlarını birlikte gözeten bir uzmanlık derneğidir. Bu bağlamda, kitabın ilk bölümünü halk sağlığı uzmanlığının gelişimi konusuna ayırmayı ve bunu HASUDER adına editörler olarak üstlenmeyi tercih ettik. Kitabın ikinci bölümünden başlayarak, halk sağlığı ile ilgili konuları ele alan bölümlere ana başlıklar halinde yer verdik. Her bölümün yazarları kendi alanlarında Cumhuriyetin yüzyıllık deneyimini, bu sürede yaşanan değişimleri, başarılanları, başarısızlıkları ve özellikle güncel durumu bilimsel, eleştirel ve verilere dayalı olarak ortaya koydular ve bu tabloya dayalı gelecek perspektiflerini ve önerilerini sundular.

Bu kitaba katkılarını esirgemeyen bütün bölüm yazarlarına şükranlarımızı sunuyoruz. HASUDER adına editörlüğünü üstlendiğimiz bu kitabı, halk sağlığı uzmanlarına ve halk sağlığı ile ilgili tüm alanlara ve ilgililere sunmaktan mutluluk duyuyoruz.

Cumhuriyetin yüzüncü yılı dolayısıyla hazırladığımız bu eserin halk sağlığı uzmanları, politikacılar, sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları, her alanda çalışan akademisyenler, araştırmacılar, basın çalışanları ve ilgilenen herkes için yararlı olmasını diliyoruz.

**Prof. Dr. Bülent KILIÇ**

**Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR**

**Doç. Dr. Derya ÇAMUR**



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 3 23.11.2023 13:18

# İÇİNDEKİLER

**ÖNSÖZ** ..... **iii**

**YAZARLAR LİSTESİ** ..... **vii**

**1. TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI DİSİPLİNİNİN GELİŞİMİ VE GELECEĞİ** ..... **1**

*Prof. Dr. Bülent KILIÇ, Doç. Dr. Derya ÇAMUR, Pof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR*

**2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI ve ÖRGÜTLENMESİ** ..... **14**

*Prof. Dr. Zafer ÖZTEK*

**3. TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ** ..... **71**

*Prof. Dr. Bülent KILIÇ*

**4. CUMHURİYETİMİZİN 100. YILINDA KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI; GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE VE GELECEĞE BAKIŞ** ..... **99**

*Prof. Dr. Ayşe AKIN*

**5. ÇOCUK ve ERGEN SAĞLIĞI** ..... **130**

*Prof. Dr. Burcu TOKUÇ*

**6. CUMHURİYETİN 100. YILINDA TÜRKİYE'DE YAŞLI SAĞLIĞI** ..... **152**

*Prof. Dr. Dilek ASLAN*

**7. BULAŞICI HASTALIKLARLA "SAVAŞ"IN YÜZYILI VE GELECEĞİ** ..... **169**

*Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR*

**8. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR - GENEL ÇERÇEVE** ..... **212**

*Prof. Dr. Belgin ÜNAL*

**9. TÜRKİYE'DE KANSER KONTROLU** ..... **228**

*Prof. Dr. Gül ERGÖR*

**10. TÜRKİYE'DE TÜTÜN KULLANIMI İLE MÜCADELEDE HALK SAĞLIĞININ YÜZYILI VE GELECEĞİ** ..... **238**

*Prof. Dr. Toker ERGÜDER*

**11. TÜRKİYE'DE RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ** ..... **271**

*Prof. Dr. Selma KARABEY, Prof. Dr. Okan TAYCAN, Prof. Dr. Bülent ÇOŞKUN*



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 5 23.11.2023 13:18

**12. ÇEVRE SAĞLIĞININ GELECEĞİ..... 312**

*Prof. Dr. Çağatay GÜLER*

**13. CUMHURİYETİN YÜZ YILLIK YOLCULUĞUNDA İŞ SAĞLIĞININ GELİŞİMİ ..... 322**

*Prof. Dr. O. Alp ERGÖR*

**14. AFETLER VE ACİL DURUMLAR..... 334**

*Prof. Dr. Recep AKDUR*

**15. DEMOGRAFİK DEĞİŞİM..... 368**

*Prof. Dr. Banu ÇAKIR*



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 6 23.11.2023 13:18

# YAZARLAR LİSTESİ

**Prof. Dr. Recep AKDUR**
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
(Emekli Öğretim Üyesi)

**Prof. Dr. Ayşe AKIN**
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Dilek ASLAN**
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Bülent ÇOŞKUN**
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
(Emekli Öğretim Üyesi)

**Prof. Dr. Banu ÇAKIR**
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Derya ÇAMUR**
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR**
Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. O. Alp ERGÖR**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Gül ERGÖR**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Toker ERGÜDER**
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Çağatay GÜLER**
Halk Sağlığı Uzmanı

**Prof. Dr. Bülent KILIÇ**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Selma KARABEY**
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Zafer ÖZTEK**
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Okan TAYCAN**
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Burcu TOKUÇ**
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Belgin ÜNAL**
Dünya Sağlık Örgütü Azerbaycan Ülke Ofisi,
Halk Sağlığı Uzmanı



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 7 23.11.2023 13:18

# 1. TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI DİSİPLİNİNİN GELİŞİMİ VE GELECEĞİ

*Prof. Dr. Bülent KILIÇ, Doç. Dr. Derya ÇAMUR, Pof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR*

## 1.1. Halk Sağlığı Eğitiminin Gelişimi

Dünyada halk sağlığı disiplininin gelişimi yaklaşık iki yüz yıllık bir tarihe dayanır. 1848 yılında Rudolf Virchow tarafından yayınlanan "Sosyal Tıp" makalesiyle birlikte halk sağlığı disiplini ilk kez bir makalede tanımlanmıştır (Güler, 2015). Daha sonra yirminci yüzyılın başlarında tüm dünyada halk sağlığı fakülteleri açılmaya başlamış, lisans düzeyindeki eğitimlerle binlerce halk sağlığı çalışanı yetiştirilmiştir. Bu gelişmeyle birlikte halk sağlığı hizmetleri üniversitelerde, belediyelerde ve tüm ülkelerin Sağlık Bakanlıklarında giderek yayılmıştır (Rosen, 1993). Bu çerçevede halk sağlığı disiplini içinde hekimlerin yeri giderek daha belirgin bir hale gelmiştir. Hekimlerin bir kısmı tıp eğitimi sonrasında halk sağlığı alanında uzmanlaşırken, bir kısmı da halk sağlığı fakültelerindeki yüksek lisans veya doktora programlarını bitirerek halk sağlığı disiplininde akademik çalışmalar yapmışlardır. Ancak daha da önemlisi diğer disiplinlerdeki hekimler, bulundukları uzmanlık dallarının (enfeksiyon hastalıkları, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, cerrahi, temel bilimler vb) halk sağlığı ile ortaklaştığı, kesiştiği koruyucu hekimlik alanlarını keşfetmişlerdir (IOM, 2007). Farklı disiplinlerden hekimler ve sağlık çalışanları, salgınlarda, üreme sağlığı hizmetlerinde, okul sağlığı ve yaşlı sağlığı gibi alanlarda halk sağlığı bilim insanlarıyla birlikte çalışmış ve halk sağlığını multi-disipliner bir bilim dalı haline getirmişlerdir.

Türkiye'de halk sağlığı eğitimlerinin temelini dünyadaki halk sağlığı tarihiyle de uyumlu bir şekilde 1898 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisinde verilmeye başlayan mezuniyet öncesi tıp eğitimindeki "hijyen ve hıfzıssıhha" (koruyucu sağlık) dersleri oluşturmaktadır. 1928 yılında çıkartılan Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da da "hıfzıssıhha" bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır.1933 yılındaki üniversite reformu sonrasında ise askeri alan dışında bir fakültede, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde Prof. Dr. J. Hirsch tarafından başlatılan hijyen dersleri ve aynı bölümde çalışan Doç. Dr. Muhiddin Erel'in "Hıfzıssıhha Ders Notları" halk sağlığı disiplininin ülkemizdeki ilk yazılı ders kitapları olmuştur (Bilir ve Öztek 2021). Daha sonra Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde 1948 yılında "Hijyen ve Epidemiyoloji" dersleri verilmeye başlamıştır (Özyurda, 2018).

Türkiye'de mezuniyet sonrası dönemde verilen ilk halk sağlığı eğitimleri ise Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulunda 1936 yılında başlatılan geliştirme kurslarıdır. Hekimlere yönelik düzenlenen bu kurslarda epidemiyoloji, mikrobiyoloji, sağlık yönetimi ve hıfzıssıhha gibi dersler verilmiştir. İki ila dört ay süren bu kurslar 1958 yılına kadar bu şekilde devam et-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 1 23.11.2023 13:18

miştir. 1936-1958 yılları arasında hekimlere yönelik olarak 16 kısa kurs düzenlenmiş ve bu eğitimleri tamamlayan 329 hekime sertifika verilmiştir (Dedeoğlu, 2018).

1958 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulunun müdürü olan Prof. Dr. Nusret Fişek, sahada başarılı hekimlere yönelik iki yıllık halk sağlığı uzmanlık eğitimini başlatmıştır. 1958-60 yılları arasındaki ilk eğitimde 11 hekim halk sağlığı uzmanı olarak yetiştirilmiştir (Dedeoğlu, 2023). 1960 yılında çıkartılan bir yönetmelikle halk sağlığı uzmanlık eğitimi olmayan hekimlerin sağlık yöneticisi olamayacağı açıklanınca Hıfzıssıhha Okulunun eğitimlerine olan ilgi artmış ve 1965 yılına kadar 73 hekim uzmanlık belgesi almıştır. Ancak maalesef Sağlık Bakanları istedikleri kişileri yönetici olarak atayabilmek için 1960'lı yılların sonunda bu yönetmeliği kaldırmışlardır (Dedeoğlu, 2018).

1947 yılında çıkartılan ilk Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde halk sağlığı "hijyen" uzmanlığı olarak tanımlanmış, 1973 yılında ise ismi "hijyen ve koruyucu hekimlik" olmuştur (Bilir ve Öztek, 2021). Türkiye'de ilk halk sağlığı uzmanlık eğitimi daha çok Sağlık Bakanlığı saha uygulamalarını içerirken, daha sonraki eğitimlerde bu müfredata klinik rotasyonlar da eklenmiştir. Örneğin Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulu'nda sağlık yönetimi, epidemiyoloji, mikrobiyoloji, çevre sağlığı, sağlık eğitimi ve demografi alanlarında eğitim verilip son altı ay içinde sahada bir tez çalışması yaptırılırken, 1967 yılında eğitime başlayan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği bölümünde uzmanlık eğitiminde altışar aylık sürelerle klinik rotasyonlar (pediatri, dahiliye, kadın doğum, enfeksiyon hastalıkları) önemli bir yer almıştır (Hamzaoğlu, 1991; Öztek, 1992).

Dolayısıyla Türkiye'de halk sağlığı uzmanı Hıfzıssıhha Okulu zamanında öncelikle toplumdaki sağlık sorunlarını saptayıp sahada çalışacak bir sağlık yöneticisi olarak yetiştirilirken, Hacettepe Üniversitesi'nde verilen eğitimlerde klinik becerilere de sahip bir uzman hekim ve akademisyen adayı olarak yetiştirilmiştir. Ancak Hacettepe Tıp Fakültesi'nde başlatılan Toplum Hekimliği uzmanlık eğitimlerinin saha rotasyonlarının 1964 yılında açılan Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde yapılması oldukça önemlidir. Eğitim Araştırma Bölgesinde Sağlık Grup Başkanlığı yönetimi, toplumsal bağışıklama çalışmaları, salgınlarla mücadele, toplum katılımı, iş sağlığı gibi pek çok konuda halk sağlığı saha uygulaması yapılmıştır (Kılıç ve Aksakoğlu, 2006). Ancak bu saha rotasyonlarının yine de klinik bir yönü olmuştur. Örneğin ağırlıklı olarak birinci basamak hekimliği (sağlık ocağı hekimliği) ve bölgedeki Devlet Hastanesinde de acil servis nöbeti tutulması gibi uygulamalar da içermektedir. Ayrıca Hacettepe Üniversitesi'nde halk sağlığı uzmanlık eğitiminin başladığı dönemde halk sağlığı uzmanlığını cazip hale getirmek için bu uzmanlığın yanında bir de adayın kendi belirlediği herhangi bir klinik dalda (dahiliye, pediatri, kadın doğum vb) ikinci bir uzmanlık eğitimi yapmasına olanak sağlanmıştır (Öztek, 1992). Nitekim bu yıllarda hekimlerin halk sağlığı uzmanlığını seçmesinin nedeni olarak yapılan bir araştırmada da sağlık hizmetlerinde yöneticilikten çok diğer faktörler (çift uzmanlık, koruyucu hizmetlerde çalışmayı istemek vb) etkili olarak bulunmuştur (Dirican, 2004). Nusret Fişek ise bu durumu şöyle açıklamıştır: *"Halk sağlığı, uzmanlık olmanın yanı sıra bir felsefedir. Bu felsefeye göre yetiştirilmiş klinik uzmanların artması ülkenin yararına olur"* (Özyurda, 2018).

Bu anlamda Türkiye'de 1900'lü yılların başında gelişen hijyen anlayışının yerine, çağdaş halk sağlığı anlayışının oluşmasını 1958 yılındaki Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulundaki



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 2 23.11.2023 13:18

eğitimlere, 1967 yılındaki Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsüne ve 1982 yılından sonra açılan Halk Sağlığı Anabilim Dallarına bağlayabiliriz (Bilir ve Öztek 2021). Ancak ilk uzmanlık eğitiminin verildiği Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulu ile bundan yaklaşık 10 yıl sonra eğitimlere başlayan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde verilen uzmanlık eğitimi açısından iki farklı yaklaşım olduğu çok açıktır (Dedeoğlu, 2023).

Günümüzde ülkemizde halk sağlığı disiplininde çalışan hekimlerin büyük çoğunluğu TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı) yoluyla uzmanlık eğitimi alıp çoğunlukla Sağlık Bakanlığı kadrolarında halk sağlığı uzmanı olarak çalışmaktadır. Bu yolu özellikle doğrudan hasta bakmak yerine, toplumsal düzeyde koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışmaya ilgi duyan hekimler tercih etmektedirler. Ülkemizde hekimlerin bir kısmı ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmaya başladıktan sonra yaptıkları işin halk sağlığı ile ilgili olduğunu fark edip bu alanda yüksek lisans ve/veya doktora eğitimi alarak halk sağlığı disiplinine geçmektedir. Bu yolu da özellikle araştırma yapmaya ilgi duyan, TUS karmaşası ile uğraşmak istemeyen ve alanda çalışırken ek eğitim almayı seçen hekimler tercih etmektedirler (Kılıç, 2014). Ülkemizde her iki grupta da üniversitede kalan ve akademisyen olan çok sayıda halk sağlığı öğretim üyesi vardır.

Türkiye'de halk sağlığı uzmanlık eğitimi 1980 yılına kadar toplam 10 üniversitede (İstanbul, Cerrahpaşa, Ege, Ankara, Hacettepe, Atatürk, Dicle, Uludağ, Çukurova, Erciyes ve Ondokuz Mayıs) verildi (Özyurda, 2018). Bu üniversitelerdeki Tıp Fakültelerinde halk sağlığı bölümlerinin isimleri *"Toplum Hekimliği", "Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı", "Hijyen ve Koruyucu Hekimlik"* veya *"Halk Sağlığı"* gibi farklı biçimlerde kullanıldı (Dirican, 2004). 1982 yılında YÖK tarafından tıp fakültelerindeki anabilim dallarının ismi Halk Sağlığı Anabilim Dalı olarak değiştirildi. 1982 yılında Türkiye'de 13 fakültede halk sağlığı uzmanlık eğitimi verilmekteydi. Bu sayı 2000 yılında 29'a, 2018 yılında 44'e çıktı (Özyurda, 2018). 2023 yılı itibarıyla ise Türkiye'de 128 Tıp Fakültesi'nde 105 Halk Sağlığı Anabilim Dalı bulunmaktadır ve 56 anabilim dalında halk sağlığı uzmanlık eğitimi verilmektedir (YÖK, 2023; ÖSYM, 2023).

Ayrıca Halk Sağlığı Anabilim Dalları tarafından 2018 yılına kadar 838 kişiye yüksek lisans eğitimi sonrası bilim uzmanlığı ve 332 kişiye de doktora eğitimi sonrası halk sağlığı/iş sağlığı bilim doktoru unvanı verilmiştir. 2018 yılı itibarıyla 441 yüksek lisans, 273 doktora öğrencisi eğitimine devam etmektedir (Özyurda ve Aslan 2018). Söz konusu tarihte 25 halk sağlığı anabilim dalında yüksek lisans, 21 anabilim dalında doktora eğitimi verilmektedir. Bu verilere göre ülkemizde halk sağlığı uzmanları dışında yaklaşık 1200 civarında halk sağlığı yüksek lisans mezunu ve 500 civarında halk sağlığı doktora mezunu bulunduğunu söyleyebiliriz.

Üniversitelerde kurulan halk sağlığı anabilim dallarından mezun olan halk sağlığı uzmanlarının katkılarıyla Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi ve Ankara Tabip Odası içinde yapılanan Halk Sağlığı Kolları 1990'lı yıllarda halk sağlığı uzmanlık eğitimiyle ilgili çeşitli raporlar hazırlamıştır (TTB, 1991a; TTB,1991b; TTB, 1991c; Eren, 1992). Bu çalışmaların içinde en önemlisi 1992 yılında Prof. Dr. Nevzat Eren'in editörlüğünde TTB Halk Sağlığı Kolu tarafından hazırlanan *"Halk Sağlığı Uzmanının Görev Tanımlaması ve Analizi"* çalışmasıdır (Eren, 1992). Bu çalışmada halk sağlığı uzmanının görevleri ayrıntılı bir şekilde



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 3 23.11.2023 13:18

tanımlanmıştır. 1995 yılında kurulan uzmanlık derneğimiz HASUDER'den (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği) önce 1990'lı yılların başlarında yapılan bu çalışmalar ülkemizde halk sağlığı disiplininin gelişmesi için önemli bir motivasyon ve birikim sağlamıştır.

Günümüzde halk sağlığı uzmanlık eğitim programları üniversitelere göre değişiklikler gösterse de temel olarak eğitimlerde yer alan konular şöyledir: sağlık yönetimi, epidemiyoloji, biyoistatistik, iş sağlığı ve meslek hastalıkları, kadın sağlığı, aile planlaması, çocuk sağlığı, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar, sağlık örgütlenmesi, sağlık politikası, sağlık eğitimi, sağlık sistemleri, demografi, yaşlı sağlığı, toplum beslenmesi, sağlık sosyolojisi ve medikal antropoloji, sağlık ekonomisi, afetlerde sağlık yönetimi, ağız ve diş sağlığı, okul sağlığı ve etik (Eren, 1992; DEÜ, 2019, Bilir ve Öztek 2021). 2012 yılından itibaren de epidemiyoloji, iş-meslek hastalıkları ve çevre sağlığı alanlarında yan dal uzmanlık eğitimleri verilmeye başlanmıştır.

Uzmanlık derneğimiz HASUDER, halk sağlığı uzmanlarının görevlerini 2002 yılında tanımlamış ve 2021 yılında revize etmiştir (HASUDER, 2002; HASUDER, 2021). 2021 yılında yayınlanan son tanıma göre:

*"Halk sağlığı uzmanının görevleri, hizmet verdikleri nüfustaki çocuklar, kadınlar, yaşlılar, çalışanlar, engelliler, göçmenler gibi kırılgan gruplar başta olmak üzere sağlık yönünden risk altındakilerin ve genel toplumun sağlık düzeyini, var olan ve gelişebilecek sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinmelerini bilimsel teknikler kullanarak saptamak; bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla tek sağlık anlayışı içinde insanlara, hayvanlara ve ekolojik sistemlere ilişkin politikalar geliştirerek çözümler üretmek; bu politikalarla ilgili programların ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev almak, kontrol ve değerlendirmelerini yapmak, sağlık hizmetlerinin her kademesindeki yönetişimde sorumluluk almak, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde liderlik ve yöneticilik yapmaktır. Halk sağlığı uzmanı, bu görevlerini yerine getirebilmek için sağlıkla ilişkili diğer dallarda eğitim görüp görev alan diğer hekimlerle, meslek üyeleriyle ve halk sağlığı konularında hizmet veren bütün sektör, kurum ve meslek grupları ile işbirliği içinde bilgi kaynaklarına erişir, veri toplar ve değerlendirir; yönetimle ilgili olarak planlama, örgütleme, personeli sevk ve idare etme, yürütme, denetleme, eşgüdüm, bütçe yapma ve hizmetleri değerlendirme işlerini yapar. Halk sağlığı uzmanı, başta Sağlık Bakanlığı, diğer bakanlıklar, yerel yönetimler ve üniversiteler olmak üzere halk sağlığı hizmeti veren her türlü kamu, özel ve sivil toplum kuruluşları ile uluslararası örgütlerde araştırıcılık, eğiticilik, savunuculuk, danışmanlık ve yöneticilik görevlerinde bulunur; koruyucu hizmetleri önceleyerek sağlık hizmetlerinin sunumunda, salgınların kontrolünde, olağanüstü durumlardaki sağlık yönetiminde, çevre sağlığı hizmetlerinde, okul sağlığı uygulamalarında, halkın sağlık eğitiminde, iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarında ve halk sağlığı laboratuvarlarının işletilmesinde doğrudan görev alır."* (HASUDER, 2021).

## 1.2.Günümüzde Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

Halk sağlığı uzmanlarının yetiştirildiği yerler dikkate alındığında, 2023 yılı itibarıyla Türkiye'de kadrosunda en az 1 öğretim üyesi olan 105 Halk Sağlığı Anabilim Dalı vardır. Bu sayı 2013 yılında 41, 2018'de 43 anabilim dalı şeklindeydi (Kılıç ve ark., 2020; Özyurda ve



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 4 23.11.2023 13:18

Aslan 2018). Son 10 yıllık dönemde halk sağlığı asistan sayılarının da yaklaşık 2 katı arttığı görülmektedir (**Tablo 1**). Ancak halk sağlığı anabilim dalı başına 2018 yılında ortalama 9,5 asistan düşerken, 2023 yılında ortalama 8,6 asistan düşmektedir.

**Tablo 1.** Halk sağlığı asistan sayıları (2013-2023)

| Yıl | Asistan Sayısı | Anabilim Dalı (AD) Başına Ortalama Asistan Sayısı |
|---|---|---|
| 2013 | 243 | 5,8 (41 AD) |
| 2018 | 407 | 9,5 (43 AD) |
| 2023 | 482 | 8,6 (56 AD) |

2002 yılında toplam 73 olarak açıklanan halk sağlığı tıpta uzmanlık öğrencileri kontenjanları, 2011 yılına kadar bu düzeyde devam etmiş, 2012 yılından itibarense yaklaşık iki katı kadar artırılarak yıllık 168'e çıkartılmıştır. Bu artış oranı 2022 yılına kadar devam etmiş ve toplam 206 olmuştur. Ancak 2023 yılında tüm klinik uzmanlık dallarında ve toplam kontenjan sayısında iki katına yakın bir artış yapılırken halk sağlığı kontenjanları %50'den fazla azaltılarak 88'e düşürülmüştür (Kılıç ve ark., 2020; ÖSYM, 2023). Bu durum ne yazık ki Sağlık Bakanlığının halk sağlığı kontenjanlarını 2023 yılında bilinçli olarak düşürdüğünü göstermektedir (**Tablo 2**).

**Tablo 2.** Halk sağlığı TUS kontenjanları (2002-2023)

| Yıl | Toplam Kontenjan |
|---|---|
| 2002 | 73 |
| 2007 | 96 |
| 2012 | 168 |
| 2017 | 157 |
| 2020 | 168 |
| 2021 | 174 |
| 2022 | 206 |
| 2023 | 88 |

2000-2004 yılları arasında halk sağlığı uzmanlık eğitimini kazananların yaklaşık %60'ı başvurmaz veya eğitimi yarıda bırakırken (Aker ve ark, 2005), 2011-2012 yıllarında halk sağlığı uzmanlık eğitimini yarıda bırakma oranı %35'e gerilemiştir (Eser, 2012). Son yıllarda ise bu oran %30'a kadar düşmüştür. ÖSYM verilerine göre halk sağlığı uzmanlık eğitimini kazanan adayların %90'ı eğitimlerine başlamakta ve HASUDER verilerine göre yaklaşık %70'i eğitimlerini tamamlamaktadır (Kılıç ve ark., 2014; ÖSYM, 2023). Bu durum halk sağlığı disiplininin geleceği açısından bizlere umut vermektedir.

## 1.3. Halk Sağlığı Uzmanlarının İstihdamı

2023 yılı Şubat ayı verilerine göre, ülkemizde toplam 1165 halk sağlığı uzmanı bulunmaktadır. Bu uzmanların çalıştıkları kurumlara ve yıllara göre dağılımı **Tablo 3**'te verilmiştir. Buna göre halk sağlığı uzmanlarının 2003 yılında %23'ü (95 uzman) Sağlık Bakanlığı kad-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 5 23.11.2023 13:18

rolarında istihdam edilmekteyken bu oran 2023 yılında %50'ye çıkmıştır (584 uzman). Yeni uzmanların büyük çoğunluğunun İlçe Sağlık Müdürlüklerine (273 uzman, %23) atandıkları görülmektedir. **Tablo 3**'te verilen sayılar çok sayıda çalışmada yer alan verilerden derlenmiştir (Eser ve Erbay Dündar, 2004; Eser ve Çamur, 2010; Kılıç ve ark., 2014; Gümüş, 2019; Kılıç ve ark., 2020; Gümüş, 2023).

**Tablo 3.** Halk sağlığı uzmanlarının çalıştıkları kurumlara göre dağılımı (2003-2023)

| Çalışılan Kurum | 2003 | | 2010 | | 2013 | | 2018 | | 2020 | | 2023 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | s | % | s | % | s | % | s | % | s | % | s | % |
| Üniversite | 212 | 51,7 | 223 | 45,5 | 240 | 38,9 | 197 | 23,1 | 235 | 23,6 | 270 | 23,2 |
| Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı | 13 | 3,2 | 16 | 3,2 | 20 | 3,2 | 32 | 3,7 | 20 | 2,0 | 28 | 2,4 |
| İl Sağlık Müdürlüğü | 27 | 6,6 | 85 | 17,4 | 107 | 17,3 | 138 | 16,2 | 137 | 13,7 | 116 | 9,9 |
| İlçe Sağlık Müdürlüğü | - | - | - | - | - | - | 113 | 13,3 | 196 | 19,7 | 273 | 23,4 |
| Halk Sağlığı Başkanlığı | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 47 | 4,0 |
| TSM, SHM, VSD, HSL KETEM, AÇSAP, GSM | 36 | 8,8 | 55 | 11,2 | 122 | 19,7 | 71 | 8,3 | 98 | 9,8 | 97 | 8,3 |
| Sağlık Bakanlığı Hastanesi | 19 | 4,6 | 14 | 2,8 | 23 | 3,7 | 15 | 1,8 | 19 | 1,9 | 23 | 2,0 |
| Diğer* | 103 | 25,1 | 88 | 17,9 | 105 | 17,0 | 285 | 33,5 | 291 | 29,2 | 311 | 26,7 |
| TOPLAM | 410 | 100,0 | 491 | 100,0 | 617 | 100,0 | 851 | 100,0 | 996 | 100,0 | 1165 | 100,0 |

*Diğer: İşyeri Hekimliği, Uluslararası Kuruluşlar, Belediyeler, Diğer Bakanlıklar, Özel Sektör, Aile Hekimliği, Emekliler

Toplam halk sağlığı uzmanı sayısının son 20 yıl içinde 410'dan 1165'e çıkarak yaklaşık 3 katı arttığı görülmektedir. Uzmanların çalıştıkları yerlere bakıldığında ise en büyük artışın İlçe Sağlık Müdürlüklerinde olduğu görülmektedir. Bu oran son 5 yıl içinde iki katından fazla artarak 273 kişiye ulaşmıştır. SHM (Sağlıklı Hayat Merkezi), TSM (Toplum Sağlığı Merkezi), KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi), AÇSAP (Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi), VSD (Verem Savaş Dispanseri), HSL (Halk Sağlığı Laboratuvarı), GSM (Göçmen Sağlığı Merkezi) gibi yerlerde ise çalışan uzman oranı 2003'te %8'lerdeyken, 2013'te %20'lere çıkmış ve 2023 yılında tekrar %8'lere düşmüştür. 2017 yılından sonra açılan Halk Sağlığı Başkanlıklarında ise henüz 47 halk sağlığı uzmanının çalıştığı saptanmıştır. Halk Sağlığı Başkanlıklarında 81 Başkan ve 122 Başkan Yardımcısı bulunduğu dikkate alındığında bu sayı çok yetersizdir.

Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan 584 halk sağlığı uzmanının illere göre dağılımına bakıldığında ise 2023 yılı itibarıyla artık tüm illerde bakanlık kadrolarında en az bir halk sağlığı uzmanının bulunduğu görülmektedir (**Şekil 1**). Altı ilde 1 halk sağlığı uzmanı bulu-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 6 23.11.2023 13:18

nurken (Artvin, Bitlis, Bolu, Nevşehir, Bayburt ve Bartın) en sık rastlanan durum 2 uzman bulunan illerdir (19 il). Bu iller Bilecik, Bingöl, Burdur, Çankırı, Erzincan, Gümüşhane, Hakkâri, Kastamonu, Kütahya, Niğde, Rize, Tunceli, Uşak, Aksaray, Kırıkkale, Ardahan, Iğdır, Kilis ve Düzce'dir (Gümüş, 2023).




**Şekil 1.** Sağlık Bakanlığı kadrolarındaki halk sağlığı uzmanlarının çalıştıkları illere göre dağılımı (2023 Şubat)

2023 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan 584 halk sağlığı uzmanının illere göre dağılımına bakıldığında illerin büyük çoğunluğunda 1-5 arasında halk sağlığı uzmanı bulunduğu görülmektedir. On altı ve üzeri uzman bulunan il sayısı ise 7'dir. Bu iller Ankara (58), İstanbul (52), İzmir (35), Adana (20), Antalya (20), Bursa (17) ve Konya (16) illeridir (Gümüş, 2023). Uzman sayısının illere göre dağılımı **Tablo 4**'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Sağlık Bakanlığı kadrosundaki halk sağlığı uzmanlarının illere göre dağılımı (2023 Şubat)

| Uzman Sayısı | İl Sayısı | Toplam Uzman Sayısı |
|---|---|---|
| 1-5 uzman | 54 | 147 |
| 6-10 uzman | 9 | 79 |
| 11-15 uzman | 11 | 139 |
| 16 ve üzeri uzman | 7 | 219 |
| Toplam | 81 | 584 |

Halk sağlığı uzmanlarının Sağlık Bakanlığı kurumlarında üst düzey yöneticilik görevi üstlenme durumuna bakıldığında ise 2020 yılı itibarıyla İl Sağlık Müdürü olarak atanan halk sağlığı uzmanı yokken, 2023 yılı itibarıyla sadece 1 ilde (Kırklareli) halk sağlığı doktoralı bir öğretim üyesinin İl Sağlık Müdürü olduğu görülmektedir. 2020 yılında 81 ilden sadece 5'inde (%6) Halk Sağlığı Başkanı halk sağlığı uzmanıyken (Ağrı, Amasya, Bitlis, Balıkesir, Çanakkale illeri); 2023 yılında Halk Sağlığı Başkanı sayısı iki katı artarak 11 ile (%14) çıkmıştır (Afyon, Ağrı, Diyarbakır, Gaziantep, İstanbul, Kars, Manisa, Mardin, Nevşehir, Osmaniye, Tunceli). 2020 yılında 10 ilde Halk Sağlığı Başkan Yardımcılığı görevinin halk



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 7 23.11.2023 13:18

sağlığı uzmanlarınca üstlenildiği (Ankara, Artvin, Erzurum, Giresun, Mersin, Trabzon, Tunceli, Batman, Kilis, Osmaniye), 2023 yılında ise 15 ilde Halk Sağlığı Başkan yardımcısının halk sağlığı uzmanı olduğu saptanmıştır (Gümüş, 2023).

Sağlık Bakanlığı kadrolarındaki halk sağlığı uzmanlarının üst düzey yönetici olarak atanma durumları **Tablo 5**'te sunulmuştur. Buna göre 2020 yılında 49 uzmanın, 2023 yılında ise 62 uzmanın Sağlık Bakanlığında üst düzey yönetim görevi üstlendiği görülmektedir (Kılıç ve ark., 2020; Gümüş, 2023).

**Tablo 5.** Halk sağlığı uzmanlarının üst düzey yöneticilik durumu (2020-2023)

| | 2020 | | 2023 | | Toplam Kadro | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Yönetici | s | % | s | % | 2020 | 2023 |
| Genel Müdür / Genel Müdür Yardımcısı | 2 | 7,4 | 1 | 3,4 | 27 | 29 |
| İl Sağlık Müdürü | - | - | 1* | 1,2 | 81 | 81 |
| Halk Sağlığı Başkanı | 5 | 6,2 | 11** | 13,6 | 81 | 81 |
| Halk Sağlığı Başkan Yardımcısı | 10 | 9,4 | 17 | 13,9 | 106 | 122 |
| İlçe Sağlık Müdürü | 32 | 10,4 | 32 | 10,4 | 306 | 307 |
| **TOPLAM** | **49** | **8,1** | **62** | **10,0** | **601** | **620** |

*1 İl Sağlık Müdürü Halk Sağlığı Doktoralı Dr. Öğr. Üyesi
**2 Halk Sağlığı Başkanı Halk Sağlığı Doktoralı Doç. Dr.

**Tablo 5**'te yer verilmeyen ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde başhekim konumunda olan uzman sayısı ise 2020 yılında 6, 2023 yılında 4'tür.

**Tablo 6**'da ise Sağlık Bakanlığı'nda daha alt düzey yönetici konumunda olan 127 uzmanın dağılımı görülmektedir. Buna göre İl Sağlık Müdürlüklerinde Birim Sorumlusu olan 32 uzman, İlçe Sağlık Müdürlüklerinde Birim Sorumlusu olan 30 uzman ve TSM-SHM-KETEM-AÇSAP-VSD-GSM-HSL sorumlu hekimi olan 59 uzman bulunmaktadır (Gümüş, 2023). Alt düzey yönetici olarak atanma oranı 2020 yılında en yüksek TSM sorumlu hekimliği olarak görülürken (18 kişi, %37,5), 2023 yılında sadece 21 uzman TSM sorumlusu, 38 uzman ise benzer diğer birimlerde (SHM, KETEM, AÇSAP, VSD, GSM, HSL) sorumlu hekim olmuştur. Dikkati çeken diğer bir gelişme ise halk sağlığı uzmanlarının 2023 yılında İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü birimlerinde sorumlu hekim olma oranının artmış olmasıdır (Gümüş, 2023; Kılıç, 2020).

**Tablo 6.** Halk sağlığı uzmanlarının alt düzey yöneticilik durumu (2023)

| Yönetici | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| İl Sağlık Müdürlüğü Birim Sorumlusu | 32 | 25,2 |
| İlçe Sağlık Müdürlüğü Birim Sorumlusu | 30 | 23,6 |
| TSM-SHM-KETEM-AÇSAP-VSD-GSM-HSL Sorumlusu | 59 | 46,5 |
| Başhekim Yardımcısı | 6 | 4,7 |
| **TOPLAM** | **127** | **100,0** |



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 8 23.11.2023 13:18

Üst düzey yönetici olan 62 halk sağlığı uzmanı ve alt düzey yönetici olan 127 halk sağlığı uzmanı (toplam 189 uzman) Sağlık Bakanlığındaki tüm halk sağlığı uzmanlarının (584 uzman) %32.3'üdür. Bu durumda Sağlık Bakanlığındaki halk sağlığı uzmanlarının yaklaşık üçte birinin yönetici konumunda çalıştığını, üst düzey yönetici oranının ise %10'a çıktığını görmekteyiz. Bu durumda Sağlık bakanlığı kadrolarında sağlık yöneticisi olarak çalışan halk sağlığı uzmanı oranının giderek artarak 2003 yılında %17 iken, 2010 yılında %25'e, 2023 yılında ise %32'ye çıktığı görülmektedir. Bu oranlar yetersiz olmakla birlikte Sağlık Bakanlığı kadrolarında yönetici olarak çalışan halk sağlığı uzmanlarının oranının son 20 yıl içinde giderek arttığı görülmektedir. Türkiye'de uzun yıllardır halk sağlığı uzmanlarına karşı gösterilen negatif tutum ve atamalardaki kayırmacı tavır dikkate alındığında, bu artışın halk sağlığı uzmanlarının sahada sergiledikleri disiplinli çalışmalarından ve üstlendikleri görevlerdeki başarılarından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

## 1.4. Halk Sağlığı Disiplininin Geleceği

Halk sağlığı kuşkusuz önümüzdeki yüzyılın en önemli disiplinlerinden birisi olacaktır. İnsan ömrünü uzatmaya çalışan, koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştıran, sağlık sisteminin organizasyonunu üstlenen bu disiplin önümüzdeki dönemin parlayan yıldızıdır. Sağlık hizmetleri açısından bu dönemin en temel özelliği yapay zeka, artırılmış sanal gerçeklik gibi hızla gelişen sağlık teknolojisi uygulamaları ve özellikle genetik bilimindeki gelişmeler olacaktır. Öte yandan giderek uzayan insan yaşamı, yaşlı sağlığı ile ilgili hizmetleri de ön plana çıkartmaktadır. İklim krizi, çevre sorunları, savaşlar, göçler tüm dünyada global halk sağlığı sorunları haline gelmiştir.

Halk sağlığı disiplininin geleceği açısından bakıldığında hassas tıp (precision medicine) uygulamalarının giderek daha fazla önem kazanacağı görülmektedir. Özellikle hassas halk sağlığı (precision public health) ve hassas önleme (precision prevention) uygulamaları önümüzdeki yıllarda önemini artıracaktır (Kılıç, 2019). Kişiye özel koruyucu sağlık hizmetleri açısından genomics teknolojileri kullanılarak yapılan uygulamalar giderek önem kazanmaktadır. Örneğin BRCA gen mutasyonu ile meme kanseri ilişkisi, Lynch sendromu ile kolorektal kanser ilişkisi ve ailesel hiper kolesterolemi taramaları buna örnektir. Bu alandaki diğer bir örnek ise etkinliği yüksek ve yan etkileri düşük yeni aşıların geliştirilmesi için kullanılan gen teknolojileridir.

Gelecek açısından bir diğer önemli konu ise "toplum yönelimli" yaklaşımların önem kazanması olacaktır. Toplum Yönelimli Sağlık (TOYS) olarak bilinen bu halk sağlığı yaklaşımı epidemiyoloji ve sağlık yönetiminin entegrasyonunu sağlayacaktır (Kılıç ve Ünal, 2021). Böylelikle bir toplumun değerlendirilmesi ve öncelikli sağlık sorunlarının belirlenerek sorunların çözülmesine yönelik politikaların ve programların geliştirilmesi daha kolay olacaktır. Bu anlamda önümüzdeki yıllarda TOYS uygulamalarının tüm dünyada önem kazanacağını ve giderek yayılacağını ön görebiliriz.

Önümüzdeki dönemde halk sağlığı multi-disipliner olmanın getirdiği gereklilikle tıbbın tüm dalları, klinik ve temel bilimlerle daha yakın olmak zorundadır. Ayrıca yoksulluk, işsizlik, eğitimsizlik gibi sağlığı olumsuz yönde etkileyen sosyal belirleyicileri bilmek ve buna yönelik düzeltici önlemler almak için de sosyal bilimlerin (sosyoloji, iktisat, hukuk



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 9 23.11.2023 13:18

vb) desteğine gereksinim vardır. Küresel çevre sorunlarının, çevresel ve işle ilişkili risk faktörlerinin artması da ilgili bilim alanlarının desteğini her zaman olduğundan daha önemli hale getirmektedir. Bu destekler hem bu alanlardaki bilim insanları ile disiplinler arası çalışmalar, hem de halk sağlığı uzmanlarının bu farklı alanların bilgisini kendi alanlarına katmaları yoluyla, trans-disipliner yaklaşımlarla sağlanmalıdır (Kılıç ve Ünal, 2019).

Ülkemizde halk sağlığı disiplininin geleceği açısından en önemli konulardan birisi de Sağlık Bakanlığının tutumudur. Tüm dünyada Sağlık Bakanlıkları toplum sağlığını değerlendirip, uygun politikalar geliştiren ve halk sağlığı hizmetini sunmaktan sorumlu olan kurumlardır (IOM, 1988). Bu nedenle Sağlık Bakanlığı'nın hem halk sağlığı uzman kadrolarını artırması hem uygun yerlerde istihdam sağlaması hem de gerekli mevzuat düzenlemelerini hızla tamamlaması gerekmektedir (HASUDER, 2021). Görevlendirmelerin kişisel nitelikler yerine uzmanlık ve mesleki yeterlik temelinde yapılması kurumsal işleyiş açısından önemli bir gerekliliktir. Halk sağlığı uzmanları görev tanımlarına uygun şekilde, yönetici kadrolarında ve merkezden en uç birimlere kadar halk sağlığı programlarının yürütülmesinde çalıştırıldığı müddetçe Türkiye'de halk sağlığı hizmetleri gelişecek ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi mümkün olacaktır.

Halk sağlığı, hem tıp bilimleriyle sosyal bilimler arasında hem de sağlık politikacılarıyla bilim insanları arasında önemli bir köprüdür. Gelecek yüzyıl, halk sağlığının bu işlevinin daha da görünür ve çok önemli olacağı bir dönem olacaktır.

## 1.5. Son Değerlendirme

Türkiye'de 2023 yılı itibarıyla her yüz bin kişiye 1,4 halk sağlığı uzmanı düşmektedir (her 73.000 kişiye 1 halk sağlığı uzmanı). Bu oran ABD ve İngiltere'de her yüz bin kişiye yaklaşık 3 halk sağlığı uzmanı şeklindedir. ABD bu oranı her yüz bin kişiye 6 halk sağlığı uzmanı olacak şekilde artırmayı planlamıştır (IOM, 2007; AAMC, 2020). HASUDER'in 2014 yılında yaptığı insangücü planlamasına göre de Türkiye'de her 100.000 kişiye en az 3 halk sağlığı uzmanı düşmesi gerektiği hesaplanmıştır (Kılıç ve ark., 2015). Bu durumda uzman sayısının önümüzdeki yıllarda gerçekçi ve bilimsel bir planlama yöntemiyle en az iki katı artırılması gerekmektedir.

Halk sağlığı anabilim dallarının tıpta uzmanlık eğitimindeki en önemli sıkıntısı ise eğitim kalitesinin korunmasında olacaktır. Halk sağlığı uzmanlık eğitimin niteliği ile ilgili sorunlar, eğitim altyapısı ve öğretim üyesi nicelik, nitelik yeterlilikleri gibi sorunlar devam etmektedir. 2012 yılından başlayarak tıpta uzmanlık öğrencisi sayısının hızla artırılması bu sorunu daha da önemli hale getirmiştir (Kılıç ve ark., 2014). Günümüzde halk sağlığı uzmanlık eğitiminde göze çarpan en önemli sorunlar klinik rotasyonların fazlalığı ve saha rotasyonlarında yaşanan eğitim sorunlarıdır. Bilindiği üzere TUKMOS'da (Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi) halk sağlığı uzmanlık eğitimindeki saha rotasyonları 6 ay olarak belirlenmiş ve eğitime göğüs hastalıkları ve psikiyatri gibi yeni klinik rotasyonlar eklenmiştir (TUKMOS, 2019). Ne yazık ki gerek klinik gerekse saha rotasyonları halk sağlığı uzmanlık öğrencilerinin halk sağlığı alanında yeni bilgiler ve deneyimler edinmesi konusunda kısıtlı kalmaktadır. Bu nedenle özellikle saha rotasyonlarının daha faydalı olması için Eğitim ve Araştırma Bölgeleri kurulmalı veya yeniden aktif hale getirilmeli-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 10 23.11.2023 13:18

dir (Kılıç ve Aksakoğlu, 2006). Halk sağlığı uzmanlık öğrencileri bu bölgelerde sağlık sistemi içinde yönetim konularını, güncel mevzuatı ve bilgi işlem sistemlerini yakından görerek, uygulayarak öğrenmeli, bebek ölümü inceleme komisyonu, anne ölümü değerlendirme komisyonu gibi halk sağlığıyla ilgili kurullara katılarak deneyim kazanmalıdır.

Bu nedenle tıpta uzmanlık eğitimi niteliğinin artırılmasında HASUDER tarafından yaşama geçirilmiş olan Yeterlik Kurulu, Eğitim Üst Kurulu, Eğitim Programları Geliştirme, Eş yetkilendirme ve Ölçme-Değerlendirme gibi eğitim komisyonlarının büyük önemi vardır. Söz konusu kurul ve komisyonlar anabilim dallarının eğitim koşullarını ve kapasitelerini belirlemede önemli rol oynayacaklardır. Bu sayede uzmanlık eğitiminde niteliğin korunması da sağlanmış olacaktır. Nitekim anabilim dalları da Yeterlik Kurulundan bu standardizasyonun sağlanması, ortak kurslar açılması, board sınavları düzenlenmesi, rotasyonların geliştirilmesi gibi isteklerde bulunmaktadır (Özyurda ve Aslan 2018).

Bugünkü durumda, mezuniyet sonrası halk sağlığı eğitiminin halk sağlığı uzmanlığı ve halk sağlığı doktorası şeklinde iki yolla verilmesi pratik bir gereklilik olarak devam etmektedir. Bilindiği üzere halk sağlığı uzmanlığı sadece hekimleri kapsamakta, doktora ise farklı disiplinlere de açık olmaktadır. Ancak doktora giriş sınavlarının, kontenjanlarının ve niteliğinin standardize edilememesi potansiyel bir sorun kaynağı olmaya devam etmektedir. Halk sağlığı uzmanlık eğitiminin niteliğinin akreditasyon yoluyla artırılması ve uzmanlık eğitimine dair mevzuat uyarınca belirli asgari standartlarının olması, buna karşın doktora eğitiminin bu standartlara sahip olmaması bazı tartışmaları beraberinde getirmektedir. Akademik olarak uzmanlık ve doktoranın birbirine denk kabul edilmesi ve deontoloji çerçevesinde hem uzmanlık hem de doktora yapmış olan hekimlerin HASUDER bünyesinde aynı çatıda yer almaları önemli kazanımlardır. Bu zeminde sinerjinin sağlanması ve her iki kulvarda standartlar iyileştirilerek, bu ikili durumun halk sağlığı uzmanlık alanının gelişmesi ve halk sağlığı uzmanlarının sağlık sistemi içinde daha etkili olabilmeleri için bir fırsat olarak değerlendirilmesi olanaklıdır.

Sonuç olarak tüm eksiklik, olumsuzluk ve yanlışlara rağmen Türkiye'de halk sağlığı disiplininin geleceğinden umutluyuz. HASUDER ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları olarak bu sorunları birlikte aşabilecek yeterliğe sahibiz. Türkiye'de halk sağlığının kurucusu ve halk sağlığı uzmanlık eğitiminin yerleşmesinde çok önemli bir yere sahip olan Nusret Fişek'in de dile getirdiği gibi *"Türkiye'de sağlık yönetimi alanında yaşanan sorunları aşabilmek için halk sağlığı alanında hekimlere mezuniyet sonrası halk sağlığı uzmanlık eğitimi verilmeye başlanmıştır. Her yöneticinin sağlık mevzuatını ve bürokratik düzeni bilmesi gerekir ancak bu yeterli değildir. Sağlık hizmetleri ancak sağlık yönetimini bir bilim ve sanat olarak öğrenmiş kişilerin elinde gelişebilir"* (Fişek, 1985).

HASUDER olarak vizyonumuz hem ulusal hem uluslararası alanda en üst düzeyde halk sağlığı ilkelerini yaşama geçirmek ve eşit, nitelikli sağlık hizmetlerinin koruyucu, geliştirici, tedavi ve rehabilite edici tüm boyutlarda herkese ulaşmasını sağlamaktır. Bu anlamda hedefimiz Türkiye'de halk sağlığı uzmanı sayısının hızla artırılarak her yüz bin kişide en az 3 uzmana ulaşılması ve sağlık yönetiminin halk sağlığı uzmanlarına bırakılmasını sağlamaktır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 11 23.11.2023 13:18

## KAYNAKLAR:


AAMC (2020). Physician Speciality Data Report, 2019. Association of American Medical Colleges.

Aker S, Dündar C, Pekşen Y. (2005). Halk sağlığı uzmanlık öğrencileri nereye koşuyor? Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 2005, c:20(3):235-238.

Bilir N, Öztek Z. (2021). Türkiye'de Çağdaş Halk Sağlığının Gelişme Sürecinde Hacettepe Etkisi. BG Tasarım Basım, Ankara, 2021.

Dedeoğlu N. (2018). Hıfzıssıhha Okulu Tarihi. Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı Eğitimi (ed:P Okyay, Z Öztek, N Dedeoğlu), HASUDER yayın No: 2018-5, s:274-280.

Dedeoğlu N. (2023). Ülkemizde Halk Sağlığı Uzmanlığı Eğitiminde İki Farklı Yaklaşım: Hıfzıssıhha Okulu ve Hacettepe Tıp Fakültesi. Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos 2023, c:38, s:4, sf:318-320.

Dirican R. (2004). 1974 Yılında Türkiye'de Toplum Hekimliği Öğretim ve Eğitimi, Bursa.

Dokuz Eylül Üniversitesi. (2019). Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Çalışma Rehberi ve Eğitim Dosyası. DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir.

Eren N. (1992). Halk Sağlığı Uzmanının Görev Tanımı ve Görev Analizi. TTB Halk Sağlığı Kolu, Ankara, TTB, 1992.

Eser E, Erbay Dündar P. (2004) Türkiye Halk Sağlıkçıları Durum Analizi. HASUDER raporu, Ankara, 2004.

Eser E, Çamur D. (2010) Sağlık Bakanlığı Bünyesinde (Alanda) Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri, 2010. HASUDER SPİ Çalışma Grubu.

Eser E, Hatipoğlu S. (2012). Tıpta uzmanlık sınavında Türkiye'de halk sağlığının son beş yıldaki durumu, Turkish Journal of Public Health, 10(1), 53.

Fişek N. (1985). Sağlık Yönetiminde Bilimsel Araştırmanın Yeri. Toplum ve Hekim, Mart 1985, sayı:36.

Güler Ç. (2015). Rudolf Virchow. Palme Yayıncılık, Ankara, 2015.

Gümüş M. (2019). Halk Sağlığı Uzman Doktorlarının İllerde Halk Sağlığı Hizmeti Başkanlıklarında Yönetimdeki Yeri XXI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 26-30 Kasım 2019, Antalya.

Gümüş M. (2023). Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri. Şubat, 2023 (yayımlanmamış çalışma)

Hamzaoğlu O. (1991.) Dünya'da ve Türkiye'de Hekimlerin Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi ve Türkiye İçin Öneriler. Uzmanlık Tezi, Ankara, GATA Halk Sağlığı AD, 1991.

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

HASUDER. (2021). Halk Sağlığı Uzmanları Görev Tanımı ve İstihdamı Çevrim İçi Çalıştay Raporu, HASUDER-SPİ Çalışma Grubu, 8 Mayıs 2021.

IOM. (1988). The Future of Public Health. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington DC,1988.

IOM. (2007). Training Physicians For Public Health Careers. Institute of Medicine, The National Academies Press, Washington DC, 2007.

Kılıç B, Aksakoğlu G. (2006). Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (1964-2005). Toplum Hekimliği Bülteni, Hacettepe Üniversitesi, 25(3):7-14.

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

Kılıç B, Şahan C, Bahadır H. (2015). Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsangücü Planlama (2013-2023). *Turkish J of Public Health,* 2015;13(1):53-61.




Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 12 23.11.2023 13:18

Kılıç B. (2019). Değişen Dünyada 21. Yüzyıl Sağlık Politikaları. Piyal B, editör. 21. Yüzyılda Halk Sağlığı: Değişen Dünya, Değişen Sorunlar. Türkiye Klinikleri, 2019:21-28.

Kılıç B, Gümüş M, Temizer M. (2020). Halk Sağlığı Uzmanlarının Durumu. Türkiye Sağlık Raporu 2020, Cilt-1, Bölüm 1.6, s:51-56, (editörler P Okyay, S Üner), HASUDER, Hipokrat Yayıncılık, Aralık 2020.

Kılıç B, Ünal B (2019) Toplum Yönelimli Sağlık:TOYS. Halk Sağlığı Araştırmaları Derneği Yayını, 2019/1. EMA Tıp Yayınevi, İstanbul, 2019.

Kılıç B, Ünal B. (2021). Toplum Yönelimli Birinci Basamak Sağlık Hizmeti. Türkiye Klinikleri, Eser E (editör), Bölge Sağlık Yönetimi, Haziran 2021, pp:20-26.

Öztek Z. (1992). Nusret Fişek ile söyleşi-18 Mart 1986, TTB Merkez Konseyi, Ankara, 1992.

Özyurda F (2018) Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi. Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı (ed:P Okyay, Z Öztek, N Dedeoğlu), HASUDER yayın No: 2018-5, s:263-273.

Özyurda F, Aslan D. (2018). Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Tıpta Halk Sağlığı Uzmanlık Durum Tespit Raporu. HASUDER Yayın No: 2018-3, Ankara, 2018.

ÖSYM (2023). TUS Değerlendirme Raporları Serisi. https://www.osym.gov.tr/TR,22508/2021-tus-1-ve-2-donem-degerlendirme-raporu.html, İnternet Ulaşılma Tarihi: 1 Kasım 2023

Rosen G. (1993). A History of Public Health, Johns Hopkins Universitesi Yayınları, 1993.

TTB Halk Sağlığı Kolu (1991a). Halk Sağlığı Okulu Derleme-1, Ankara, Ekim 1991.

TTB Halk Sağlığı Kolu (1991b). Halk Sağlığı Okulu Derleme-2, Ankara, Kasım 1991.

TTB Halk Sağlığı Kolu (1991c). Ülkemizin Halk Sağlığı Okulu Gereksinimi, Workshop Sonuç Raporu, Ankara, 21-22 Aralık 1991.

TUKMOS (2019). Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, 11.09.2019, v.2.4. 27 Güncelleme Tarihi Şubat 2023. https://tuk.saglik.gov.tr/TR-84694/v-24-dokumanlari.html, İnternet Ulaşılma Tarihi: 1 Kasım 2023

YÖK (2023). Tıp Programı Bulunan Tüm Üniversiteler. https://yokatlas.yok.gov.tr/lisans-bolum.php?b=10206, İnternet Ulaşılma Tarihi: 1 Kasım 2023



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 13 23.11.2023 13:18

# 2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI ve ÖRGÜTLENMESİ

*Prof. Dr. Zafer ÖZTEK*

Bu bölümde "sağlık politikaları" kavramı geniş anlamıyla ele alınmış ve örgütlenme, finansman, insan kaynakları, nüfus, mevzuat politikaları gibi konuları da kapsayacak şekilde değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu politikaların bazılarıyla ve diğer politikalarla ilgili daha ayrıntılı değerlendirmeleri kitabın diğer bölümlerinde bulabilirsiniz. Bölüm sonunda yer alan sağlık politikası sorunları ve çözüm önerileri yazarın kişisel görüşlerini yansıtmaktadır.

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerin tarihsel dönemleri değişik yayınlarda farklı biçimlerde sınıflandırılmıştır. Bu bölümde, sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerinin kronolojik biçimde ve o dönemin baskın politikalarına göre sınıflandırıldığını *(adlandırıldığını)* göreceksiniz. Öncelikle, ülkemizdeki sağlık politikalarının son yüzyıldaki görünümü bir özet olarak verilmiş, sonra her dönem daha ayrıntılı biçimde ele alınmıştır.

## 2.1. Yüzyılın Kısa Özeti

Türkiye'de sağlık politikaları ve örgütlenmesi Cumhuriyetin ilk yüzyılı içinde çok dinamik bir görünüm sergilemiştir.

1. Cumhuriyetin kuruluş yıllarında devletçi bir anlayışla örgütlenen ve sunulan sağlık hizmetleri 1950'li yıllardan başlayarak özelleşme anlayışıyla sunulmaya başlamış, giderek daha da baskın hale gelen özelleşmiş sağlık hizmetleri günümüzde en üst noktasına erişmiştir.
2. Cumhuriyetin başlarında koruyucu hizmetlere ağırlık verilirken 1950'li yıllardan başlayarak tedavi hizmetlerini öncelikleyen stratejiler öne çıkmış, bu anlayış ve hastane hizmetlerine verilen önem ve öncelik günümüzde "şehir hastaneleri" ile en üst noktasına erişmiştir.
3. Cumhuriyetin başlarında önemli hastalıklar için dikey örgütler kurulmuşken, 1960'lı yıllarda yatay örgütlenme politikasına geçilmiştir.
4. Cumhuriyetin başlarında siyasal bölünmeye paralel olarak kurulan hükümet tabipliği sisteminden 1960'lı yıllardan sonra nüfusa göre ve bölge tabanlı örgütlenen sisteme geçilmiştir. 2000'li yıllarda bölge tabanlı sistemden dönülerek bireysel hekimlik olarak örgütlenen aile hekimliği sistemi kurulmuştur.
5. 1920 yılında iki kişiden oluşan ve sade bir yapı olarak kurulan "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" nın merkez ve taşra örgütlenmesi özellikle 1980'li yıllardan sonra



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 14 23.11.2023 13:18

sık aralıklarla değiştirilmiş, bir ara 4 katma bütçeli kurumun bağlı olduğu karmaşık bir yapıya dönüşmüştür. Bakanlığın merkez ve taşra örgütlenmesindeki değişiklikler sürmektedir.

6. Cumhuriyetin kuruluş yıllarında ülkedeki bütün sağlık hizmetlerini planlayan ve uygulayan Sağlık Bakanlığı özellikle 1990'lı yıllardan sonra yalnızca hizmetleri denetleyen bir kuruma dönüştürülmeye çalışılmıştır. Günümüzde Sağlık Bakanlığının sorumluluk alanını olabildiği kadar daraltmayı amaçlayan politikalar gündemdedir.

7. Cumhuriyetin kuruluş döneminde uygulanan pronatalist politikalardan vazgeçilerek 1965 yılında antinatalist politikaya geçilmiştir. Bu politikadan geriye dönüş için 2000'li yıllarda başlatılan girişimler şimdiye kadar başarılı olamamıştır.

8. 1960'lı yıllarda uygulanmaya başlanılan kademeli sağlık sistemi *(sevk zinciri)* 2013 yılında kaldırılarak hekim seçme özgürlüğü adı altında kişilerin istediği hekime ve sağlık kuruluşuna başvurmalarına izin veren anlayışa geçilmiştir.

9. Cumhuriyetin kuruluş dönemlerinde hizmetlerle ilgili kurallar uzun ve ayrıntılı yasa ve tüzüklerle düzenlenirken, 1980'li yıllardan başlayarak kısa çerçeve ve torba yasalara, kanun hükmünde kararnamelerle düzenlenmeye başlanmış, hızla ve sıklıkla değiştirilen yönetmelikler sağlık mevzuatının temelini oluşturmaya başlamıştır. Günümüzde ise Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri bu anlayışın tepe noktasını oluşturmaktadır.

10. Özellikle planlı kalkınma dönemine geçildikten sonra Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı insan gücü, sağlık harcamaları, ilaç fiyatlandırmaları ve diğer sağlık göstergelerinin planlanmasında Avrupa Birliği ve OECD ülkelerindeki değerleri hedef *(norm)* olarak belirlemiştir.

11. Cumhuriyetin kuruluşunda Sağlık Bakanlığı bünyesinde olan gıda denetimi ve sosyal hizmetlerle ilgili görevler 1980'li yıllarda Tarım Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı bu hizmetlerden büyük ölçüde çekilmiştir.

12. Cumhuriyetin ilk dönemlerinde tütün kullanımını teşvik eden politikalardan vazgeçilerek 1990'lı yıllarda tütün kullanımını kontrol edici politikalara geçilmiştir.

13. Cumhuriyetin ilk yıllarında bir tek tıp fakültesi varken ve hekim azlığı büyük bir sorun iken, tıp fakültelerin sayısı 2022 yılında 118'e *(143 program),* hekim sayısı ise 180.000 üzerine yükselmiştir. Tıp fakültelerinin 46 kadarının özel vakıf üniversitesi olması kayda değerdir.

14. Cumhuriyetin kuruluş yıllarında yalnızca üç sağlık meslek grubu *(hekim, diş hekimi, eczacı)* üniversite düzeyinde eğitim görürken, günümüzde hemen bütün sağlık çalışanları üniversite düzeyinde eğitim alarak yetişmektedirler.

15. Cumhuriyetin kuruluş döneminde son derece etkili hizmetler veren Hıfzıssıhha Müessesesi 2011 yılında kapatılmış, aşı üretimine son verilmiştir. Günümüzde ülkemiz, aşı, serum, ilaç ve tıbbi cihazlar açısından diğer ülkelere bağımlı durumdadır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 15 23.11.2023 13:18

## 2.2. Kuruluştan Bu Yana Sağlık Politikaları

Kurulduğu 1920 yılından bu yana Sağlık Bakanlığının adı 4 kez, örgüt şeması en az 10 kez değişti. Memleket tabipliğinin bir devamı niteliğindeki hükümet tabipliği önce sağlık ocağı tabipliğine, sonra aile hekimliğine dönüştü; Hıfzıssıhha Dairesi Başkanlığı, önce Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü, daha sonra Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı ve sonunda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü oldu. Sağlıkla ilgili mevzuat değişikliklerini izlemek neredeyse olanaksız. Bu değişimin son bulduğu da söylenemez. Çünkü, içinde bulunduğumuz dönemde çok ciddi sorunlarla karşı karşıyayız ve bunların giderilmesi için pek çok değişikliğin planlandığı bir dönemi yaşıyoruz.

### 2.2.1. Kuruluş Yılları

Osmanlı İmparatorluğunda sağlık hizmetleri 1914 yılında Dahiliye Nezareti *(İçişleri Bakanlığı)* bünyesinde kurulan Sıhhıye Müdürüyet-i Umumiye *(Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü)* tarafından yürütülmekteydi. İllerde sağlık müfettişlikleri yerine "il sağlık müdürlükleri", ilçelerdeki memleket tabiplikleri yerine "hükümet tabiplikleri" kurulmuştu. Bu taşra örgütü modeli Cumhuriyetin ilk döneminde de benimsenmiştir (Gültekin, Doğan, 2018; Ak, Ataç, 2000; Özcan, 2022).

O dönemde Mustafa Kemal, Ankara Milletvekili olarak TBMM'de yaptığı bir konuşmada ülkenin sağlık politikasının ana çizgilerini şöyle sıralamıştı (Ak, 2017):

1. Milletin sağlığını korumak ve güçlendirmek;
2. Ölümleri azaltmak;
3. Nüfusu arttırmak;
4. Sosyal sorunları ve salgın hastalıkları etkisiz duruma getirmek

Türkiye Büyük Millet Meclisinin (TBMM) kuruluşundan on gün sonra 3 Mayıs 1920 tarihinde beş yeni bakanlık kuruldu. Bunlardan birisi "**Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti**" *(Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı - SSYB)* idi (SSYB, 1973). Bakanlığın adındaki "sosyal" sözcüğü iki nedenle önemlidir. Bilindiği gibi sağlık ve sosyal yardım birlikte ele alınması gereken kavramlardır. Bu iki terimi bir bakanlığın adında birleştiren ilk ülkelerden birisi Türkiye'dir. Bakanlığın adındaki "sosyal yardım" teriminin bir nedeni, o yıllarda Türkiye'ye yurt dışından göç eden göçmenlerin yerleştirilmesi ve bakım işlerinin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verilmiş olmasıdır. Bakanlık yetimlerin ve yaşlıların bakımlarında da rol alıyordu. Ancak, Bakanlık içinde yer alan Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü 1983 yılında çıkartılan 2828 sayılı yasayla Çocuk Esirgeme Kurumu ile birleştirilerek önce Başbakanlığa daha sonra Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlanmış ve Sağlık Bakanlığı dışına çıkartılmış, Bakanlığın adı da 1988 tarihinde Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiştir (Öztek, 2020).

**Dr. Adnan Adıvar**, bir sıhhat memuruyla 11 Mayıs 1920'de Ankara Vilayet Konağının bir odasında Bakan olarak göreve başladığında, sağlık örgütüne ve hizmetlerine ilişkin hiçbir kayıt ve bilgi yoktu. Dolayısıyla, Bakanlığın ilk yılları bilgi toplamak, İstanbul'dan sağlık hizmetlerini ilgilendiren yasaları getirtmek, cepheden gelen yaralıları iyileştirmek ve iki milyona yakın iç ve dış göçmeni yerleştirmek çabalarıyla geçmiştir. 1921 yılında



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 16 23.11.2023 13:18

düzenlenen bilgilere göre 241.682 kişi Doğu illeri mültecisi ve 26.608 kişi de Batı illeri mültecisi olarak kayıtlara geçmiştir (Ak, 2017).

TBMM'nin kuruluşuyla Cumhuriyetin kurulması arasındaki üç yıllık dönemde Osmanlı döneminde kurulmuş olan "**hükümet tabiplikleri**" benimsendi; sıtmaya karşı hastalara tedavi için, sağlamlara ise koruma amacıyla ilaç dağıtıldı; bataklıklar kurutulmaya başlandı; çiçek hastalığından halkı korumak için Sivas'taki kuruluşta çiçek aşısı yanında kolera, veba, tifo ve kuduz aşıları da üretildi; Kurtuluş Savaşı başlarında İtalya'dan çiçek aşısı satın alındı; işgal altındaki Antalya'dan ve İngiliz işgal güçlerinin kontrolünden kaçırılarak İstanbul'dan Ankara'ya kuduz aşısı getirilmeye çalışıldı; Tababeti Adliye Kanunu çıkarıldı; ebe gereksinmesini karşılamak için Kızılay tarafından ilkokul mezunu kızlara 2 yıl süreyle ebelik eğitimi verildi; Çocuk Esirgeme Kurumu kuruldu; öksüzler yurtları açıldı; Karantina İdaresi uluslararası bir kuruluş olmaktan çıkarılıp, doğrudan Sağlık Bakanlığına bağlandı (Ak, 2017).

### 2.2.2. Dikey Örgütlenme Dönemi

Kuruluş dönemden sonraki dönem **Dr. Refik Saydam** dönemi olarak da adlandırılabilir. Çünkü, Cumhuriyetin kuruluşundan 1940'lı yıllara kadar olan sağlık politikalarında dönemin efsanevi bakanı Dr. Saydam'ın mührü vardır. Dr. Adıvar'ın bir yıllık bakanlık döneminden sonra Dr. İbrahim Refik Saydam bakan oldu.

**Önemli Hastalıklarla Savaş:** Saydam, ülkedeki insan gücü ve parasal kaynak kısıtlılıklarını da dikkate alarak "koruyucu hizmetlere" ve "önemli hastalıklara" öncelik verme ilkesini benimsedi. Bilindiği gibi önemli hastalıklar bir ülkede en çok görülen, en çok öldüren ya da sakat bırakan hastalıklardır. O dönemdeki önemli hastalıklar **sıtma, trahom, lepra, frengi ve verem**dir. Örneğin, Toros Bölgesinde sıtma parazit endeksi %85 dolayındadır; İzmit'teki bir yetimhanedeki çocukların %75'inde trahom hastalığı belirlenmiştir; Adıyaman ilinde o kadar çok trahom hastası vardır ki, Adıyaman'ın halk arasındaki adı "**körler diyarı**"dır; Frengi yıllardır ülkenin sorunu olduğundan Çankırı ve Kastamonu'da ellişer yataklı iki frengi hastanesi kurulmuştur. Saydam, o dönemin önemli hastalıkları olan sıtma, trahom, frengi ve lepra hastalıkları ile savaş için "**dikey örgütler**" *(vertikal örgütler)* kurulmuştur *(Frengi ve lepra tek bir örgüttür).* Böylece, bu hastalıklarla mücadele konusu "il idaresi kanunu" nun dışına çıkartılmıştır. Saydam, veremle savaş konusuna aktif olarak girmemiş, bu alandaki mücadelede yerel veremle savaş derneklerini desteklemeyi tercih etmiştir (Öztek, 2020; Ovalı, 2009).

Dikey örgütlenme modelinde, tek bir hastalıkla savaşan örgütler söz konusudur; bu örgütler Bakanlıktan hizmetin verildiği en uç yerlere kadar bir hiyerarşik yapı içinde örgütlenmişlerdir, yani, bu örgütler kendi dikey hiyerarşisi içinde yazışır ve çalışırlar. Kendi örgütleri dışındaki vali, kaymakam gibi idari amirlerle doğrudan amir-memur biçiminde ilişkileri olmaz, bu kişilerle ancak destek almak ve işbirliği amacıyla bağlantı kurarlar. Bu örgütlenme modeline "**geniş bölgede, tek amaçlı hizmet**" adı verilir. Kendisi de sıtma hastalığına yakalanan Atatürk'e göre sıtma bir devlet sorunudur ve sıtma salgınlarına karşı en iyi çözüm, arazi iyileştirme-bataklıkları kurutma çalışmalarıdır (Fişek, 1983).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 17 23.11.2023 13:18

**Koruyucu Hizmetlere Öncelik**: Saydam'a göre, tedavi edici hizmetler, hükümetlerin değil yerel yönetimlerin *(il özel idaresi-belediye)* görevidir. Hükümetin bu konudaki görevi yerel yönetimlere yol göstermektir. Saydam, belediyelere hastane işletmesi konusunda eğitici örnekler olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da "**numune**" *(örnek)* hastanelerini açmıştır. Bu politika sonucunda birçok yerde belediye hastaneleri açılmıştır. Öte yandan, Saydam belediye hastanelerine yapılan personel atamalarının Bakanlık tarafından yapılmasını öngörmüş, yani aslında yerel yönetimleri hizmeti finanse eden bir kurum olarak gören ve gerçekte kontrolün Bakanlıkta olduğu bir model oluşturmuştur (Eren, 1982). Cumhuriyetin ilanından evvel Belediyelere ait hastaneler 6 adet ve yatak 635 iken Cumhuriyetin ilanından sonra artmış, 1937 yılında 19 adet hastanede 1247 yatakla hizmet verilmişti.

**Hıfzıssıhha Müessesesi**: 1925 yılında Bakanlık çalışma programına Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi *(Sağlığı Koruma Kurumu)* kurulması alındı. Konuyla ilgili kanun 1928 yılında çıktı. Bakanlığın bir teknik birimi olarak oluşturulan bu kurum iki bölümden oluşuyordu: **Hıfzıssıhha Enstitüsü** ve **Hıfzıssıhha Mektebi (Okulu)**. Bu kurum, hastalık ve salgınların önüne geçecek, bütün biyolojik maddeleri *(aşı, serum vb)* üretecektir; Enstitü bünyesinde kimya, bakteriyoloji, imminobiyoloji ve farmakoloji *(ilaç bilimi)* bölümleri açıldı. 1936 yılında faaliyete geçen Hıfzıssıhha Okulunun başlıca amacı ise sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerini yapmaktır (Aksakal, 2017; Dedeoğlu, 2001).

Merkez Hıfzıssıhha Müessesesinin kuruluşundan bir yıl sonra üretilen serum miktarı ülke gereksinmesini karşılamaya yetmiş, serum ithaline gerek kalmamıştır. 1933 yılında kuduz aşısı üretimine geçilmiştir. 1934'de çiçek aşısı üretimi ülke gereksinmesini karşılayacak düzeye gelmiştir. 1937 yılında Yunanistan'a, Suriye'ye, Irak'a tetanos ve difteri serumları, Çin'deki kolera salgını sırasında da bu ülkeye bir milyon kişiye yetecek kadar kolera aşısı gönderilmiştir. 1927 yılında deneme olarak başlayan BCG aşısı 1947'de geliştirildi, 1983 yılında kuru BCG üretimine geçildi, 1948 yılında boğmaca aşıları üretimine başlanmıştır. 1950 yılında Enflüenza Laboratuvarı Bölgesel Enflüenza Merkezi olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından referans merkezi olarak tanınmıştır (Metin, 2022). Hıfzıssıhha Enstitüsünde kapandığı 2 Kasım 2011 tarihine kadar geçen 89 yıllık sürede çok önemli hizmetler yapılmıştır. Ülkemizde aşı üretimi 1996'da DBT ve kuduz aşısı, 1997'de BCG aşı üretiminin kesilmesi ile sona erdi. Aşı üretiminin sona ermesi ile aşılar satın alınarak temin edilmektedir.

**İnsan Gücü Politikası**: Türkiye'de 1923 yılında 554 hekim *(19.860 kişiye bir hekim),* 136 ebe *(80.860 kişiye bir ebe)* vardı. O yıllardaki hemşire sayısı bilinmiyor. Ancak, 1930 yılında bütün ülkede 202 hemşire *(71.520 kişiye bir hemşire)* bulunuyordu. Bu rakamlar, Cumhuriyetimizin ilk yıllarındaki sağlık insan gücü yetersizliğini bütün açıklığı ile göstermektedir.

Hekim yetiştirme konusunda o yıllardaki önemli sorun, İstanbul'daki tek tıp fakültesindeki eğitim harcamalarını karşılayabilecek yeter sayıda lise mezunu bulunmayışıdır. Saydam, bu sorunu çözmek üzere **tıp öğrenci yurtları** açmış ve öğrencilerin okuma, barınma, giyinme ve yaşama giderlerini karşılamış, böylece, tıp fakültesinin çekiciliği arttırılmıştır. Bu önlem sayesinde ülkedeki hekim sayısı 1930 yılında 1182'ye, 1940'da 2387'ye



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 18 23.11.2023 13:18

erişmiştir. Refik Saydam, devletin hekim gereksinmesini karşılamak için tıp fakültesini yurtlarda kalarak bitirenlere zorunlu hizmet kuralını getirmiştir. Fakülteden mezun olan hekimler, yurtta kaldıkları sürenin 2/3 'ü kadar zorunlu hizmet yaparlardı. Öte yandan mezuniyet derecesi ilk on içinde olan genç hekimler zorunlu hizmete gitmez kendilerine önerilen tıp dalında doğrudan uzmanlık eğitimine başlardı *(Dr. Nusret Fişek öğrenci yurdunda kaldığı halde 1938 yılında sınıf birincisi olarak mezun olduğu için doğrudan bakteriyoloji uzmanlığı eğitimine başlamıştır.)* (Fişek, 1983; Öztek, 2020).

Saydam'ın karşılaştığı bir diğer sorun da koruyucu hizmetlerde ve özellikle kırsal bölgelerde çalışabilecek hekimdışı personel yetersizliği idi. Bu işlerde çalışacak kadın personel bulmak daha da zordu. Kaldı ki, oldukça yetersiz koşulların bulunduğu kırsal bölgelerde kadınların çalışabilmeleri de güçtü. O nedenle Saydam, erkekleri eğitmeyi ön planda düşünerek "**sağlık memurluğu**" meslek grubunu öne çıkartmıştır. *(1912 yılında hekimlere yardımcı olmak üzere Sirkeci'de "Sıhhıye Çavuş Okulu" açılmıştı. Daha sonra bu kuruluşa "Küçük Sıhhıye Memurları Okulu" denildi. 1920 yılında kapatılan okul 1924 yılında yeniden açıldı ve adı "Sağlık Memurları Okulu" oldu.)* Sağlık memurları "çok amaçlı" personel olarak yetiştirilirlerdi. Yeri geldiğinde hemşirelik, okul sağlığı, gıda kontrolu gibi işleri yaparlar, yeri geldiğinde adli tıp teknisyeni, çevre sağlığı elemanı gibi çalışırlardı, yeri geldiğinde sekreterlik, ambar memurluğu gibi idari işleri de yürütürlerdi. Hatta, hekim olmayan yerlerde bir haftaya kadar sağlık raporu bile verebilirlerdi. Bu yönüyle, sağlık memurları bir tür "**yardımcı hekim**" gibi de sayılabilirdi. Sağlık memurları uzun yıllar sağlık hizmetlerinin bel kemiği olarak hizmet vermişler, tıpkı silahlı kuvvetlerdeki astsubaylar gibi halk sağlığı çalışmalarının vazgeçilmez elemanları olmuşlardır (Öztek, 2020).

Saydam'ın önemli bir uygulaması, kamu sektöründe çalışan bütün personelin atama, yükselme ve cezalandırma işlerini tek elde, Sağlık Bakanlığında toplamasıdır. Böylece Bakanlık, işleri yürüten asıl kurum durumuna gelmiş, özel idareler ve belediyeler yalnızca hastaneleri finanse eden kuruluşlar olarak kalmıştır (Fişek, 1983).

Saydam zamanında koruyucu hizmetlerde çalışanlara, iyileştirici hizmetlerde çalışanlardan daha yüksek ücret ödenmekteydi. Buna karşılık buralarda çalışan hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştı.

Sağlık insan gücünün nasıl eğitilecekleri ve istihdam edileceklerine ilişkin temel yasa 1928 yılında çıkartılan 1219 Sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanundur *(Hekimlik ve Hekimlikle İlişkili Mesleklerin Uygulamalarına İlişkin Yasa).* Bu yasada bazı değişiklikler yapılmıştır ve günümüzde de yürürlüktedir. Söz konusu yasada yer alan bir hususu bilmek gerekir. 1219 Sayılı Yasa, üniversite mezunu olan sağlık çalışanlarını "**sağlık personeli**", diğerlerini "**yardımcı sağlık personeli**" olarak sınıflandırmıştır. O dönemde üniversite mezunu olan hekimler, diş hekimleri ve eczacılardı. Dolayısıyla bu üç meslek grubu sağlık personeli olarak adlandırılırdı. Bu durum günümüzde geçerliliğini yitirmiştir. Çünkü, içinde bulunduğumuz dönemde hemen bütün sağlık çalışanları üniversite düzeyinde eğitim almaktadır. Kaldı ki, "yardımcı" terimi bir yandan küçültücüdür, diğer yandan bu sınıfa giren personelin görevlerini tanımlamaz. Örneğin, bir ebe tamamen kendi mesleğini yaparak, tek başına doğum eylemini yürütür



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 19 23.11.2023 13:18

*(Yardımcı sağlık personelinin İngilizce karşılığı "paramedical personnel" dir. Bu terim de artık kullanılmamaktadır)* (Öztek, 2020).

Buna karşılık, yardımcı sağlık personeli terimi hala bazı durumlarda kullanılmaya devam etmektedir. Örneğin, acil bakım teknikeri, ambulans teknikeri, çevre sağlık teknisyeni, iş yeri hemşiresi ve sağlık memuru olarak görevlendirilen kişilere yardımcı sağlık personeli denmektedir.

**Umumi Hıfzıssıhha Kanunu**: Türkiye'de sağlık hizmetlerinin ve örgütlenmesinin temel yasası 1930 yılında kabul edilen 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunudur (UHK). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinden, bulaşıcı hastalıklarla savaşa, çocuk sağlığından, gıda denetimlerine kadar sağlık hizmetlerinin her alanıyla ilgili temel ilkelerin ve uygulamaların ayrıntılı biçimde yer aldığı bu yasa 15 Bap ve 309 maddeden oluşmaktadır. Cumhuriyetin ilk dönemlerindeki genel yaklaşım uzun ve kapsamlı kanunlar çıkartarak hemen bütün ayrıntıları kanunlarla belirlemekti. UHK de bu anlayışla çıkartılmıştır ve sağlık hizmetleriyle ilgili hemen her türlü konu bu yasayla düzenlenmiştir. Kanunda yer alan "**il ve ilçe hıfzıssıhha meclisleri**" özellikle önemli ve akılcı bir politikanın ürünüdür. Her ilde valinin, ilçelerde kaymakamın başkanlığında oluşturulan hıfzıssıhha meclisleri ayda en az bir kez toplanıp bölgedeki sağlık sorunlarıyla ilgili kararlar alırlar. Bu meclisin kararlarına uymak zorunludur, uymayanlar hakkında yaptırımlar uygulanır. Başka bir deyişle, hıfzıssıhha meclisleri hizmetleri hızlandırmak, güncelleştirmek ve mevzuatta yer almayan konulardaki yasal boşlukları doldurabilmek amacıyla kurulmuş son derece etkili kurullar olmuşlardır. Bu kurulların kararlarıyla, karantinalar uygulanmış, yerleşim yerlerinin yerleri değiştirilmiş, salgın önlemleri çerçevesinde seyahat yasakları gibi sert önlemler uygulanabilmiştir. Bu kurullar günümüzde de işlerliğini korumaktadır.

**Yüksek Sağlık Şurası:** Ülkemiz sağlık sistemindeki önemli organlardan birisi de Yüksek Sağlık Şurasıdır (YSŞ). Bu organın kuruluşu bir yandan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununa, diğer yandan 1219 sayılı Tababet ve Şuabat -ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanununa dayanır. YSŞ toplam 11 üyeden oluşmaktadır. Bunlardan 4 tanesi Sağlık Bakanlığının üst düzey yöneticileridir *(Müsteşar, Temel Sağlık Hizmetleri Gn. Md, Tedavi Hizmetleri Gn. Md. ve Hukuk Müşaviri*). Kurulun iki görevi vardır:

- Sağlık Bakanlığına danışmanlık yapmak, politikalar hakkında görüşler iletmek
- Adlî makamlardan intikal eden dosyaların ihtisas komisyonlarınca incelenmesini, bilimsel görüş ve rapor hazırlanmasını, bu konuda gerekli destek hizmetlerinin verilmesini sağlamak

Bu görevlerden ilki Cumhuriyetin ilk dönemlerinde işlevseldi. Örneğin, Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan Milli Sağlık Planı YSŞ tarafından onaylanmıştı. Giderek YSŞ'nin bu işlevi önemini yitirdi. İkinci görevi ise uzun süre son derece önemli olmuştur. Özellikle hekimlerin tıbbi hatalar *(malpraktis)* nedeniyle yargıya aksetmiş dosyaları YSŞ tarafından değerlendirilmiş ve mahkemeler YSŞ raporlarına göre karar vermiştir (Çankaya, 1992; Hancı, 1995). YSŞ her yıl en az 2 kez toplanıp kararlar alırdı. Dolayısıyla yargı kararlarının gecikmesinin bir nedeni de budur. YSŞ, 1 numaralı Cumhurbaşkanlığı kararname-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 20 23.11.2023 13:18

si ile 2018 yılında kaldırılmıştır. Günümüzde hekimlik hataları *(malpraktis)* Türk Ceza Kanununa göre yargılanmaktadır.

**Hükümet Tabipliği:** Saydam, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde "hükümet tabipliği" birimlerini temel olarak kabul etmiştir. Bu sistem ülkenin idari yapısına paralel bir örgüt biçimidir ve nüfusuna bakılmaksızın her ilçede *(kazada)* en az bir hükümet tabibi vardır. Hükümet tabibi, yukarıda sözü edilen dikey örgütlerin ve hastanelerin görev alanları dışındaki her türlü sağlık hizmetini vermekle sorumluydular. Bu hizmetler arasında koruyucu hizmetler, çevre sağlığı, okul sağlığı, adli hekimlik yanı sıra yoksul hastaların ücretsiz muayeneleri sayılabilir. Bu sistemde il valisi, bütün bakanlıkların olduğu gibi Sağlık Bakanlığının da o ildeki temsilcisidir; il sağlık müdürü vali adına hizmetleri yürütür. İlçedeki sağlık hizmetlerinin sorumlusu ise kaymakamdır. Kaymakam adına işleri yürüten kişi hükümet tabibidir. Bu sistem, tümüyle, ülkemizdeki yönetsel bölünmeye *(İl İdaresi Kanunu)* paralel bir sistemdir. Zamanın koşulları göz önüne alındığında hükümet tabipliği modelinin son derece akılcı bir model olduğunu kabul etmek gerekir (Başar, 1944).

Yasalara göre hükümet tabiplerinin çok sayıda görevleri vardı. O zamanki sosyal, ekonomik ve insan gücü koşulları dikkate alındığında bu görevlerin hepsinin eksiksiz olarak yerine getiriliği söylenemez. Ancak, bu modelin daha sonra kurulacak olan birinci basamak modellerinin başlangıcı olduğu kabul edilmelidir.

### 2.2.3. 1940'lı Yıllar / Behçet Uz'lu Yıllar

1940'lı yıllarda bazı önemli değişiklikler oldu. 1945 yılında "**Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu**" çıkartıldı. Türkiye'de verem savaşı hizmetleri 1949 yılına kadar "Verem Savaş Dernekleri" tarafından yürütülmekte iken, bu tarihten başlayarak kentlerde dernekler, kırsal bölgelerde Sağlık Bakanlığı tarafından verilmeye başlandı. Bu hizmetler 1960 yılında **Verem Savaş Genel Müdürlüğü**'nün kurulması ile tümüyle Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmeye başlandı.

Bu dönemde önemli bir gelişme, 1946 yılında **Sosyal Sigortalar Kurumu**'nun (SSK) kurulmasıdır. SSK, kendi yasasındaki hükme dayanarak 1949 yılında sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlamıştır.

**Milli Sağlık Planı**: Sağlık politikaları açısından bu yıllardaki en önemli olay "**milli sağlık planı**" hazırlıklarıdır. Plan, 1946-1948 yıllarında Sağlık Bakanlığı yapan **Dr. Behçet Uz** tarafından hazırlanmıştı. Bu plan uygulanmamış olmakla birlikte bazı kavramların Türkiye'de ilk kez gündeme getirilmiş olması nedeniyle önemlidir. Bu plana göre, her 20.000 nüfus *(ya da 40 köy)* için bir "**sağlık merkezi**" kurulacaktır. Bu kuruluşta 10 - 25 hasta yatağı, 2 hekim ve 11 hekimdışı sağlık personeli bulunacaktır. Başka bir deyişle, sağlık merkezleri "**kırsal hastane**" gibi düşünülmüştür. Sağlık merkezleri hem evde ve ayaktan hem de yatırarak hasta tedavisi yapacaktır. Hekimler çevredeki yerleşim yerlerini dolaşarak mobil hizmet vereceklerdir. Böylece nüfusa göre örgütlenme ilkesi ilk kez gündeme gelmiştir. Dr. Behçet Uz, ülkede 7 tıp fakültesi kurulmasını, her fakülte bünyesinde, hastanenin besin ihtiyacını karşılamak üzere bir **çiftlik**, sağlık personeli yetiştirilmek üzere bir insan kaynağı olarak birer **yetimhane** ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerini finanse



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 21 23.11.2023 13:18

etmek üzere bir "**Sağlık Bankası**" düşünmüştür. Söz konusu plan TBMM'de kabul edilmesine karşın gerekli kaynak bulunamadığı için ve zamanın Cumhurbaşkanı olan İsmet İnönü yurt dışından, özellikle İngiliz Hükümetinden kredi almak istemediği için uygulanamamıştır. Öte yandan, 1954 - 1955 yıllarında, yine Dr. Behçet Uz'un sağlık Bakanı olduğu dönemde **sağlık merkezi** adı altında küçük hastaneler kurulmuştur *(Milli Sağlık Programı)*. Ancak, bunlar Milli Sağlık Planında planlanan sağlık merkezlerine benzememektedir. Behçet Uz tarafından ülkemizde ilk kez ifade edilen nüfusa göre örgütlenme ilkesi 1960'lı yıllarda yeniden gündeme gelmiştir (Öztek, 2017).

### 2.2.4. Demokrat Parti Dönemi (Hastane Furyası Dönemi)

1950 yılında iktidara gelen Demokrat Parti hükümetlerinin temel politikası liberalleşmeydi. Dönemin genel özelliklerinden birisi merkezi planlar yapmadan sektörel gelişmelerin piyasa koşullarına göre olmasıydı.

1950'li yıllarda, daha önce Dr. Refik Saydam tarafından konulan ilkeden vazgeçilerek, yataklı tedavi hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığının sorumluluğu olduğu ilkesi benimsenmiş ve Bakanlık il ve bazı ilçelerde devlet hastaneleri açmaya başlamıştır. Bu arada belediye hastanelerinin önemli bir bölümü Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Buna karşın devlet hastanelerinden memnun olmayan birçok kurum kendi çalışanlarına hizmet vermek üzere kendi kurumları bünyesinde hastaneler kurup işletmişlerdir. Bunlar arasında, Devlet Demiryolları, PTT, Emniyet Örgütü, Millî Eğitim Bakanlığı gibi kurumlar sayılabilir. O yıllarda SSK hastanelerinin sayıları giderek arttı. Bunların yanında asker hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve azınlık gruplarına ait hastaneler de dikkate alındığında 1950'li yılların bir hastane furyasına ve tedavi hizmetleri açısından bir karmaşık yapıya sahne olduğu açıktır. Bu dönemin sonuna gelindiğinde en az on farklı kuruma bağlı çok sayıda hastane bulunuyordu. Bu dönemin en önemli özelliği birinci basamak sağlık kuruluşlarının olmadığı, vatandaşların hizmet alabilecekleri tek yerin hastaneler olduğu görüntüsüdür (Pala, Aytekin, 2018).

Bu dönemde uzmanlar, pratisyen hekimlere kıyasla daha fazla ücret almaya başlamıştır. Hastanecilik hizmetlerine verilen önem ve öncelik sonucunda, koruyucu hizmetlerde ve kırsal kesimde çalışan pratisyen hekimler daha cazip olan kentlerdeki hastanelere akmıştır. Bu arada uzman hekim oranı artmaya başlamış, bu durum koruyucu hizmetlerin aleyhine bir gelişme olmuştur.

Dr. Behçet Uz'un 1954-1955 yıllarındaki Bakanlık görevinde "Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler" açıklandı ve yaşama geçirilmeye çalışıldı. Bu program Milli Sağlık Planına göre daha dar kapsamlıydı; yalnızca sağlık merkezlerine yer veriliyordu. Milli Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurulması, hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünülüyordu *(Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan)*. Milli Sağlık Programında ise 16 sağlık bölgesi *(Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van)* yapılanması öngörülmüştür. Programa göre köy gruplarında ebe ve sağlık memuru görevlendirilmesinden vazgeçiliyordu. Daha önceki planda da yer alan finansman konusunun



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 22 23.11.2023 13:18

yine Milli Sağlık Bankası modeli ile çözülmesi düşünülüyordu. Programa göre bir "**Sağlık Sigortası Sistemi**" oluşturulacak; sağlık sigortasını kurulacak olan Banka işletecekti. Bu program da önceki gibi kanunlaştırılamadı ve yaşama geçirilemedi. Bu arada taşra ve kırsal kesim arasındaki sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan çok başlılığı ortadan kaldırmak üzere "**Kaza Sağlık İdareleri**" gündeme gelmiş ve 1954 yılında uygulamaya geçilmiştir.

**Halk Sağlığı Uzmanlığı**: 1958 yılında Dr. Nusret Fişek Hıfzıssıhha Okulu Müdürü olarak atanır. İlk yaptığı işlerden biri, İngiltere, Fransa, Almanya, İsveç, Danimarka ve Yugoslavya'daki halk sağlığı okullarını ziyaret ederek incelemek olur. Daha sonra Hıfzıssıhha Okulunda ilk kez olmak üzere "**halk sağlığı**" konusunda 8 aylık bir kurs başlatır. Bütün illere gönderilen bir duyuru ile kurs hakkında bilgi verilir ve istekli hekimlerin başvurması istenir. Kursa yurt dışından öğretim üyeleri davet edilir. Kurs programında İngilizce öğretimi de vardır. Kursiyerlerden bazıları ABD ve İngiltere'ye ileri eğitime gönderilir; amaç bu kişilerin dönüşlerinde üniversitelerde öğretim üyesi olmalarıdır. Nitekim bu gruptakilerden Orhan Köksal, Nevres Baykan, İsmail Topuzoğlu, Azmi Arı, Muzaffer Akyol, Rahmi Dirican, Özdemir Gülesen, Cahit Erkan, Yaşar Heperkan dönüşlerinde üniversitelerde ve Hıfzıssıhha Mektebinde görev alırlar (Öztek, 1992). 6 Eylül 1962 tarihinde yayımlanan yeni Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde, koruyucu tababet uzmanlığı başlığı altında yer alan 6 uzmanlık dalından ikisi, 4 yıllık **Koruyucu Tababet ve Hijyen** ile 20 aylık **Halk Sağlığı** uzmanlıklarıdır. Böylece halk sağlığı uzmanlığı resmi bir statü kazanmış oldu (Özcan, 2022).

### 2.2.5. Sosyalleştirmenin Erken Dönemi (1961 – 1983)

27 Mayıs 1960 tarihinde Türk Silahlı Kuvvetleri'nin yönetime el koyuşundan sonra ülkede bazı yeni düzenlemeler ve değişiklikler olmuştur.

**Yeni Anayasanın Kabulü**: Askeri yönetim döneminin en önemli işi yeni bir anayasa çıkartılması olmuştur. 1961 yılında kabul edilen bu Anayasanın temel ilkesi "**sosyal devlet**" anlayışıdır. Yani, devlet yapısının merkezinde vatandaşlar vardır; her şey vatandaş içindir; insan haklarından vazgeçilemez.

**Antinatalist Politikaya Geçiş:** Demokrat Parti döneminde planlı gelişmeye sıcak bakılmaz, piyasa ekonomisine göre gelişmenin uygun olacağı savunulurdu. Oysa, silahlı kuvvetlerde yapılan her eylem için stratejiler düşünülüp planlar hazırlanır. Yani, bir kurmay subayın *(yönetime gelen askerlerin)* plansız hareket etmeleri düşünülemez. O nedenle, askeri yönetimin yaptığı ilk işlerden birisi Devlet Planlama Teşkilatını (DPT) kurmak olmuştur. DPT uzmanları Türkiye'deki nüfus artışı kontrol edilmeden yeterli kalkınma sağlanamayacağını görmüşler ve aşırı doğurganlığın önlenmesi gerektiği görüşünü ileri sürmüşlerdir. Bu görüşten hareketle, 1965 yılında, o güne kadar bir devlet politikası olarak sürdürülen "pro-natalist" *(nüfusu arttırıcı)* politikadan vazgeçilerek "anti-natalist" *(nüfusu sınırlayıcı)* politikaya geçilmiş, 1965 yılında "557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" çıkartılmıştır. Devrim niteliğindeki bu kanunun kabul edilmesinde zamanın Bakanlık Müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in en önemli rolü oynadığının kanıtı bir Adalet Partisi Senatörünün sarf ettiği şu cümledir: "Bu kanun bir müsteşarın inadı yüzünden çıkmıştır." (Öztek, 1992).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 23 23.11.2023 13:18

**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi**: Bu dönemde gerçekleştirilen bir diğer önemli iş, o zamanki askeri yönetimin *(Milli Birlik Komitesi)* bütün bakanlıkların yeniden örgütlenmesini istemesi olmuştur. Sağlık Bakanlığı da bu direktif doğrultusunda o zamanki Müsteşar Dr. Nusret Fişek önderliğinde bir taslak hazırlamış ve bu taslak 1961 yılında "**224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun**" olarak kabul edilmiştir. Kanunun adından da anlaşılacağı gibi yeni örgütlenme modeli 1961 Anayasasının temel ilkesi olan "sosyal devlet" anlayışına göre olacaktır. Yani, sağlık bir insan hakkıdır ve devletin güvencesi altındadır, nerede insan varsa orada hizmet olacaktır; kişiler arasında hiçbir ayırım gözetilmeyecektir (Fişek, 1983).

Söz konusu kanunun en temel özelliği hükümet tabipliği sisteminin kaldırılması ve sağlık ocaklarının kurulmasıdır. Sağlık ocakları nüfusa göre kurulan (5.000 – 10.000 kişiye) birinci basamak sağlık kuruluşudur. Dikey örgütlenme modelinin aksine "**yatay örgütlenme**" anlayışıyla kurulmuştur. Yani, sağlık ocaklarında ne hastalık ne de kişi ayrımı yoktur. Her türlü sağlık sorunuyla ilgili hizmet verilir. Vatandaşın sağlıkla ilgili her türlü hizmet alımı için başvuracağı ilk adres sağlık ocaklarıdır. Buradaki hekim gerekli görürse kişiyi *(hastayı)* ikinci basamak olan hastanelere sevk eder. Sağlık ocaklarındaki hizmet de sevkle gidilen hastanedeki hizmetler de ücretsizdir. Ancak, hasta sağlık ocağını atlayarak doğrudan hastaneye başvurursa ücreti öder. Etkili bir hasta sevk sistemi sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasının çok önemli bir unsurudur (Öztek, 2004).

Sağlık ocağı hekimi ve personeli, kendi bölgelerindeki halkın sağlığından sorumludur. Başka bir deyişle, sağlık ocağı ekibi, görev alanlarındaki halka temel sağlık hizmetlerini sunarak o bölgedeki toplumun sağlık düzeylerinin yükseltilmesinden sorumludur. Nüfusunu bilmeyen, yani, kimler için hizmet vereceğini bilmeyen sağlık ocağı personeli, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun ilkelerini yerine getiremez. O nedenle, yeni kurulan bir sağlık ocağında yapılması gereken ilk iş, bölgede yaşayan "nüfusun tespiti" dir. Bölgede yaşayan bütün aileler ve bireyler "**evhalkı tespit fişi**" (ETF) adı verilen formlara kaydedilir ve her aile için birer "**aile zarfı**", her birey için ise birer "**kişisel sağlık fişi**" düzenlenir. Ayrıca bölgedeki 0-6 yaşları arasındaki çocuklara ve 15-49 yaşları arasındaki *(doğurgan çağ)* kadınlar için de formlar vardır. Kişilere götürülen bütün hizmetler *(aşılar, izlemler, muayeneler, hastaneye sevkler vb)* bu formlara işlenir. Bu işlemeler sağlık ocağının temel kayıtlarıdır. Bu açıklamalardan da anlaşılacağı gibi sağlık ocağı hekimi *(ve ekibi)* gerçek anlamda "**aile hekimliği**" uygulaması yapmaktadır (Öztek, 2004).

**Nusret Fişek diyor ki** (Fişek,1983);

*" ....Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş **aile hekimi**, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar; annelere çocuk bakımını öğretir; yaşlıların – varsa gebelerin – periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir.* ***Bu biçim çağdaş örgütlenmenin az gelişmiş ülkeler için daha gerçekçi bir modeli sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde öngörülen sağlık ocaklarındaki ekip hizmetidir."***



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 24 23.11.2023 13:18

Söz konusu kanun, yalnızca sağlık hizmetlerini örgütleyen bir kanun değildir. Bu kanun, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin genelini düzenleyen bir ilkeler kanunudur. Bu kanunda yer alan ilkelerin hemen hepsi, kabulünden 17 yıl sonra, 1978 yılında Alma-Ata'da *(Almaty)* toplanan Birinci Temel Sağlık Hizmetleri Konferansında bütün ülkeler tarafından benimsenmiştir (Öztek, 2018).

**Kaçırılan bir fırsat:** 224 sayılı kanunun 23. maddesi şöyledir: "*Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilâtı ile halk arasındaki münasebeti temin maksadıyla sağlık ocaklarında, Sağlık merkezlerinde ve illerde, sağlık kurulları kurulur. Bu kurulların kuruluşu, çalışma tarzları ve toplantı zamanları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından hazırlanan bir yönetmelikle tayin edilir. Bu kurullar halkın sağlık teşkilâtından istediği hususları ilgililere duyurur. Hizmetlerin başarı ile yürütülmesi için halkın eğitilmesine ve teşkilât ile maddî ve manevi işbirliği yapmalarına yardım ederler.*"

Ne yazık ki, yasaya dayanılarak çıkartılan "Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları Hakkında Yönetmelik birkaç örnek uygulama dışında yaşama geçirilememiştir. Böylece 224 sayılı yasanın öngördüğü toplum katılımı sağlanamamış, Türkiye için önemli bir demokratik uygulama fırsatı kaçırılmıştır. Oysa, bu uygulama başarılı olsaydı ve diğer kamu hizmetlerine yayılabilseydi ülkemizde demokrasi kültürü daha üst düzeyde olabilirdi.

**Üniversitelerle İşbirliği**: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi bir devlet politikasıydı ve bütün sağlık personeline öğretilmesi gerektiği görüşünden hareketle Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler arasında işbirliği protokolleri imzalanarak "**sağlık eğitim ve araştırma bölgeleri" (SEAB)** oluşturuldu. Bu anlaşmaya göre, üniversitelerdeki tıp, hemşirelik ve diğer fakülte ve yüksekokullarında eğitim gören öğrenciler bu bölgelerde staj yapacaklar, ayrıca Sağlık Bakanlığı elemanları da hizmet içi eğitimlerini sürdürecekti. Bu bölgeler aynı zamanda Bakanlığın gereksinme duyduğu konularda hizmet araştırmaları yapacak ve Bakanlığının bilimsel alan araştırmalarının yapıldığı yerler olacaktı. İlk SEAB, Hacettepe Üniversitesi bünyesinde 1964 yılında kurulan Etimesgut Eğitim ve Araştırma Bölgesidir. Bunu diğerleri izledi ve 1994 yılına kadar 18 SEAB kuruldu (Akın A. 2021; Kılıç B. Aksakoğlu G. 2006). Kuşkusuz bu bölgelerin kurulması zamanın Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olan Dr. Nusret Fişek sayesinde gerçekleşmiştir. Bu uygulamanın başarılı olmasında çok sayıdaki halk sağlığı uzmanının katkıları oldu. Bu kişiler arasında özellikle Dr. Doğan Benli, Dr. Nevzat Eren, Dr. Yusuf Öztürk, Dr. Ayşe AKIN, Dr. Rahmi Dirican, Dr. Hamdi Aytekin, Dr. Gazanfer Aksakoğlu, Dr. Ahmet Tuncer'i minnetle anmalıyız. SEAB uygulaması halen sürmekle birlikte işbirliği protokolünde değişiklikler yapılmış ve ilk uygulamalardaki eğitim veriminden hayli uzaklaşılmıştır.

**Planlı Dönemde Sağlık İnsan Kaynakları Politikaları**: Beşer yıllık kalkınma planları 1963 yılında başladı. Her kalkınma planında bir de sağlık insan gücü bölümünün yer alması gelenek haline gelmişti. Birinci kalkınma planında gelecekteki 15 yıl içinde sağlık personelinin *(hekim, diş hekimi, eczacı)* 2.5 kat, yardımcı sağlık personelinin *(hekim dışı personel)* 6 kat arttırılması hedeflendi (DPT, 1963). Sonraki planlarda özellikle sağlık personelinin eğitimlerine ilişkin stratejiler yer aldı. Beşinci kalkınma planında (1985-1989) ülkemizdeki hekim sayısının arttırılması için yeni tıp fakültelerinin açılması ve tıp fakültesi kontenjanlarının arttırılması gerektiği vurgulandı. O tarihte ülkemizde 1490 nüfusa



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 25 23.11.2023 13:18

bir hekim düşmekteydi. DPT bu oranı Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında hayli düşük bulmaktaydı ve tıp fakültelerine daha fazla öğrenci alınarak muzun olacak hekim sayısını arttırmayı öneriyordu. Planın hazırlık çalışmalarında kontenjan sayıları için üç alternatif ileri sürüldü. Bu önerilere göre, 1984 yılından başlayarak gelecekteki beş yıl boyunca her yıl 6000, 7000 ya da 8000 hekim mezun edildiğinde hekim başına düşecek kişi sayısının nasıl artacağı hesaplandı. DPT, yılda 8000 hekim mezun edildiği takdirde 2024 yılında hekim sayısının 177.000 dolayında olacağını ve 508 nüfusa bir hekim oranına erişileceğini, bu oranın bile yetersiz olacağını savunmaktaydı (**Tablo 1**). DPT'nin bu yaklaşımı zamanın hükümeti tarafından da kabul gördü ve tıp fakültelerinin kontenjanları arttırıldı. Tıp fakültelerinin sayısı 2003 yılında 50 iken 2022 yılında 118'e, tıp fakültesi kontenjanı 16.000 dolayına, hekim sayısı ise 180.000'nin üzerine çıktı. Tıp fakültelerinin 46 kadarının özel vakıf üniversitesi olması kayda değerdir.

**Tablo 1.** DPT'nin hekim başına nüfus oranını arttırmak için alternatifli hedefleri (1984)

| Yıllar | Yılda 6000 mezun | Yılda 7000 mezun | Yılda 8000 mezun |
|---|---|---|---|
| 1984 | 1490 | 1490 | 1490 |
| 1994 | 1005 | 1005 | 1005 |
| 2004 | 728 | 675 | 637 |
| 2014 | 657 | 588 | 535 |
| 2024 | 645 | 567 | 508 |

Ülkemizde hekimlerin zorunlu hizmetlerine ilişkin 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun 25 Ağustos 1981 yılında, o zamanki askeri yönetim *(Milli Güvenlik Konseyi)* tarafından kabul edildi. Uygulamasıyla ilgili bazı değişikliklerle birlikte bu yasa günümüzde de geçerlidir. Yasanın kabul edildiği dönemde, hükümet benzer uygulamaların diğer meslekler için de olacağını ifade etmiş olsa da bu durum hiçbir zaman gerçekleşmedi.

Hekimleri yakından ilgilendiren Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ilk kez 1987 yılında uygulandı ve bu sınav günümüzde hala yılda iki defa yapılmaktadır. TUS uygulamasının ilk yıllarında, hekimleri özendirmek amacıyla ülkenin mahrumiyet bölgelerinde görev yapmış olan hekimlerin sınav notlarına belli oranlarda eklemeler yapılırdı. Bu politikadan kısa sürede vazgeçildi.

2011 tarihinde yayımlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede sağlık insan kaynaklarına ilişkin iki ifade dikkat çekmektedir:

1. "Sağlık insan kaynakları planlaması yapmak, sayı ve nitelik olarak ihtiyaca uygun insan kaynakları yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak."
2. "Mevcut sağlık insan gücünü, kamu ve özel kurum ve kuruluşlar düzeyinde planlamak ve istihdamın, bu plan çerçevesinde yürütülmesini denetlemek"

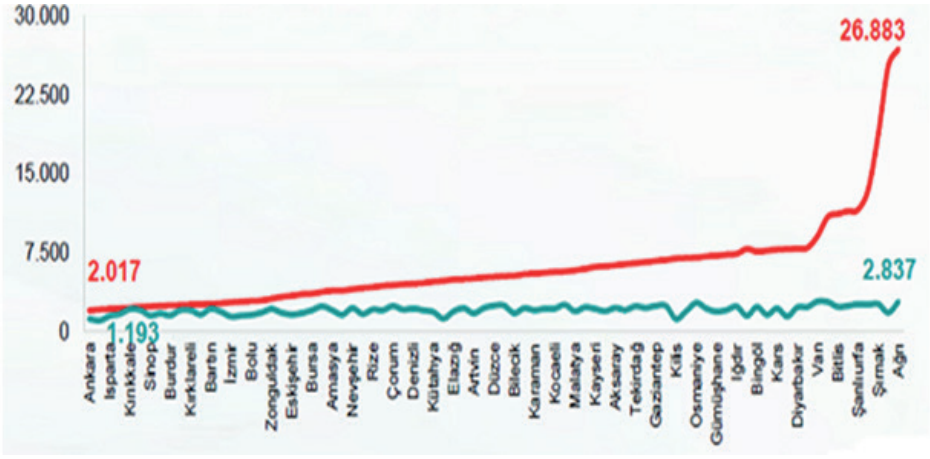
Kararnamede yer alan bu ifadeler doğrultusunda 2012 tarihinde Bakanlık Onayı ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü içerisinde Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı kuruldu. Bakanlık 2013-2017 Stratejik Planında sağlık insan kaynaklarına yönelik hedef-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 26 23.11.2023 13:18

lerini belirledi. Bu dairenin hazırladığı stratejik plandaki hedeflerden birisi *(Hedef 2.8)* "Sağlıkta insan kaynaklarının dağılımını, yetkinliğini ve motivasyonunu iyileştirmeye devam etmek ve sağlıkta insan kaynaklarının sürdürülebilirliğini sağlamak" dır. Buna göre hedefe yönelik stratejiler; sağlık insan kaynağı dağılımını iyileştirmek, sağlık insan gücünün yetkinliğini artırmak, sağlık insan gücünün motivasyonunu iyileştirmek ve sağlık insan gücünün sürdürülebilirliğini sağlamak olarak belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu planlama doğrultusunda Sağlık Bakanlığının meslek örgütleri, üniversiteler, Yükseköğretim Kurulu (YÖK), Milli Eğitim Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve diğer paydaşlar ile çalışmalar yapması gerekmektedir. Ancak, bu işbirliğinin düzgün biçimde işlediği, özellikle meslek örgütlerinin görüşlerine yer verildiği tartışmaya açık bir husustur.

Hükümetin sağlık insan gücü istihdam politikalarında belli bir başarı elde edildiği söylenebilir. Bu politikalar sonunda özellikle hekim dağılımında önceki yıllara göre daha dengeli bir dağılım oldu. Örneğin, 2002 yılında Ağrı ilinde 26.883 kişiye bir uzman hekim düşerken bu oran 2018 yılında 2837 oldu. Uzman hekim başına düşen nüfusun en fazla olduğu il ile en az olduğu il arasındaki oran 2002 yılında 1/13 iken 2018 yılında 1/3 oldu.




**Şekil 1.** Sağlık Bakanlığında çalışan uzman hekim başına düşen nüfus
(Aralık 2002 – Ekim 2018) (Kaynak: Sağlık Hizmetleri Gn. Md.)

Sağlık Bakanlığı belirlediği hedeflere ulaşabilmek için uzun vadeli sağlık insan kaynakları planlama çalışmalarının **"Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu"** adı altında toplandı. 2023 yılına yönelik sağlık insan kaynakları planlama çalışmaları, Sağlık Bakanlığının koordinasyonunda 2007 yılından bu yana yürütülmektedir. Bu çalışmalarda DSÖ tarafından geliştirilen makroekonomik arz ve ihtiyaç projeksiyonları yöntemi kullanılmış ve resmi kurumların projeksiyonlarına dayanan bazı temel varsayımlar dikkate alınmıştır. Bu varsayımlar şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2011):

- 2023 yılı nüfusu 84 Milyon civarında olacaktır,
- Kaba doğum hızında az da olsa kademeli bir azalma olacaktır,
- Nüfus artış hızı, yaklaşık %1,2 civarında kalacaktır,



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 27 23.11.2023 13:18

- Mevcut hastalık paternleri devam etmekle birlikte, yaşlı nüfusun ve doğumda beklenen yaşam süresinin artmasıyla paralel olarak kronik hastalıklar ve geriatrik hastalıklar artacaktır,
- Gayri safi yurt içi hasıladaki büyüme %4 civarında olacaktır,
- Gayri safi yurt içi hasıladaki %4 büyüme dikkate alınarak, 2023 yılına kadarki toplam büyümenin %65 civarında olacağı ve buradan sağlığa ayrılan payın %0,5 artacağından *(%6,5 den %7'ye yükseleceği)* hareketle, sağlık personelindeki sayısal büyümenin %70'i geçmeyeceği,
- 2023 yılında, mevcut hastane sayısında büyük bir değişme olmamakla birlikte 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısının 29-31 civarında olacaktır.

Bu çalışma ile Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İnsan Kaynakları (SAİK) vizyonu beyan etmiş; ilgili politikalar çerçevesinde, paydaşlarla birlikte, sağlık insan kaynakları planlamasının daha teknik tartışılmasını sağlamada temel bir metin oluşturmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011). SAİK 2023 Vizyonu çalışmasının amacı şunlardır:

- İnsan kaynaklarının hangi yönde büyüme ve gelişme göstereceğini belirlemek,
- Kısa vadeli plan geliştirilmesi için çerçeve sağlayacak orta vadeye dönük genel SAİK hedeflerini belirlemek,

Bu çalışmalar sonucunda ülkemizin 2023 yılında 200 bin hekim ve 400 bin ebe -hemşireye ihtiyacı olduğu saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

**Tablo 2.** Türkiye'de bazı sağlık personeli için 2023 yılı hedefleri

| Meslek | 2014 iş gücü | 2023 hedefi |
|---|---|---|
| Hekim | 128.121 | 200.000 |
| Diş hekimi | 21.268 | 38.000 |
| Eczacı | 26.642 | 31.300 |
| Fizyoterapist | 3.069 | 10.000 |
| Ebe | 52.471 | 70.000 |
| Hemşire | 152.254 | 315.000 |

### 2.2.6. Sosyalleştirmenin Geç Dönemi (1984 – 2003)

1961 yılında yasası kabul edilen ve 1963 yılında Muş ilinde başlatılan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması 1 Ocak 1984 tarihi itibari ile bütün Türkiye'de uygulanmaya başlanmıştır. Oysa, kanunda bu modelin 15 yıl içinde bütün ülkeye yayılacağı yazılıydı. Bu hedefe 7 yıl gecikmeli olarak erişilebilmiştir. Bir diğer gecikmiş hedef de bütün kamu hastanelerin tek çatı altında (Sağlık Bakanlığı) toplanmasıdır. SSK, Devlet Demiryolları, PTT, Milli Eğitim Bakanlığı gibi kurumlara bağlı hastanelerin tek çatı altında toplanması ancak 2011 yılında sağlanabilmiştir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 28 23.11.2023 13:18

Sistemin bütün ülkeye yayılması konusunda ilginç gelişmelerden söz edilebilir. 1982 yılında Devlet Planlama Teşkilatında 5. Kalkınma Planının hazırlıkları amacıyla yapılan bir toplantıda, sosyalleştirilmiş hizmetler 224 sayılı kanunda belirtilen sürede *(yani 15 yıl içinde)* bütün ülkeye yayılamadığı için kanunun süresinin *(miadının)* dolduğu (5 yıllık uzatma ile birlikte süre 1981 yılında dolmuştu) ve henüz sosyalleştirilmemiş olan bölgelerde yeni yatırımların plana alınamayacağı belirtilir. Bunun üzerine Sağlık Bakanlığının o zamanki askeri yönetim (Güvenlik Konseyi) nezdinde yaptığı girişimler sonunda kanunda belirtilen süre 5 yıl daha uzatılır. Kanunun 17. maddesinde yer alan "*Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme plânı tatbik edilemez*" şeklindeki ifade o zamana kadar yeni binaların yapılması şeklinde anlaşılmıştı. Bu anlayıştan vazgeçilerek sağlık ocağı olmasına uygun olan kamu binalarının Sağlık Bakanlığına tahsisi, bazılarının onarımı ve bina kiralanması yoluna gidilerek kanunun öngördüğü koşullar sağlandı, böylece çoğunluğu ülkenin batısındaki 20 il (o zamanlar 67 il vardı) sosyalleştirilmiş hizmetler kapsamına alındı. Sonuç olarak 1 Ocak 1984 tarihinde söz konusu sistem bütün ülkeye yayılmış ve hükümet tabipliği sistemi fiilen son bulmuş oldu. Bu uygulama ile yeni sosyalleştirilen yerlerde elbette bazı sorunlar görüldü, ama bunların hiçbiri bu sistemin yıllardır uygulanmakta olduğu illerden daha fazla değildi (Öztek, 2012).

**Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı**: 224 sayılı yasada, bir ilin sosyalleştirilmesinden öne o ildeki altyapıyı hazırlamak, sağlık ocağı sağlık evlerinin inşaatlarını yaptırmak, gerekli tıbbi araç-gereci sağlamak, binaları tefriş etmek ve personel atamalarını sağlamak üzere "Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı" kurulmasını öngörmüştü. Yasaya göre bir il sosyalleşrilme kapsamına alındıktan sonra hizmetin yürütülmesi Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü *(daha önce "Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü")* tarafından yürütülmesi gerekirdi. Ancak, uygulamada bu iş böyle olmadı. Adında "sosyalleştirme" olduğuna göre hizmetlerin yürütülmesinden de bu dairenin sorumlu olması gerektiği gibi bir yanlış uygulama yapıldı. Yani, pratikte, Sağlık Bakanlığı içinde Sosyalleştirme dairesi Başkanlığı" sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerden, Temel Sağlık Hizmetleri genel Müdürlüğü ise hükümet tabipliği sisteminin bulunduğu illerden sorumluydu. Hatta, sosyalleştirilmiş illerdeki bulaşıcı hastalıkların bildirimleri bile adı geçen daireye yapılırdı (Öztek, 2012).

1983 yılında bütün iller sosyalleştirilme kapsamına alınınca, Sosyalleştirilme Dairesi Başkanlığının görevi fiilen sona erdi ve bu daire kapatıldı.

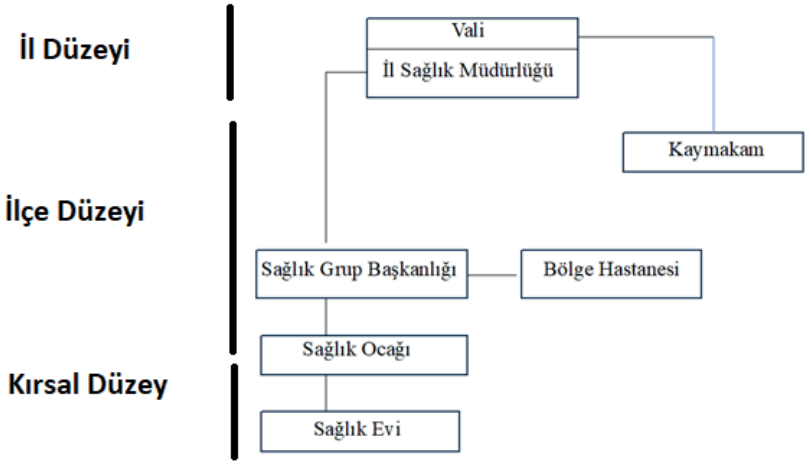
**154 Sayılı Yönergenin Sonu**: "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge" bu modelin nasıl uygulanması gerektiğini açıklayan temel mevzuattı. Sağlık Bakanlığının 154 numaralı yayını olarak kitapçık şeklinde yayınladığından "154 sayılı yönerge" olarak bilinirdi. 2001 yılına gelindiğinde 154 sayılı yönergedeki bazı temel ilkeleri yok eden bir düzenleme yapıldı ve 20 Aralık 2001 tarihinde "**Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge**" yayınlandı. Yönergedeki birinci önemli değişiklik kaymakamların sağlıkla ilgili yetkilerinin yeniden düzenlenmesiydi. Çünkü, 154 sayılı yönergeye göre sağlık ocakları "sağlık grup başkanlıklarına" bağlıydı. Sağlık grup başkanlıklarının yetki alanı ilçe sınırlarından bağımsız olarak belirlenirdi. Örneğin, eğitim ve araştırma bölgesi olan Etimesgut sağlık grup başkanlığı 3 farklı ilçenin *(Yenimahalle, Sincan, Ayaş)(o dönemde*



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 29 23.11.2023 13:18

*Etimesgut ve K. Kazan ilçe değildi)* hudutlarındaki sağlık ocaklarını kapsıyordu (Benli, Özcebe, 1991). Dolayısıyla sağlık grup başkanlıkları hiçbir kaymakama bağlı değillerdi, doğrudan il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak örgütlenmişlerdi. Bu durum, söz konusu modelin uygulanmaya başladığı yıldan başlayarak "**il idaresi kanunu**" na uymadığı gerekçesiyle özellikle valilerin ve kaymakamların itiraz ettiği bir hususta (Öztek, 2020). İşte, 2001 yılında yayınlanan yeni yönergeye göre sağlık grup başkanlıklarının sınırları ilçe sınırları ile eşleştirildi ve böylece kaymakamlar sağlık hizmetlerinden doğrudan sorumlu oldular.

2001 tarihinde yürürlüğe giren 4618 sayılı Kanunla, 1961 yılında çıkarılan 209 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanun" unda düzenlemeler yapıldı *(Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanunun Bazı Maddeleri ile 190 sayılı KHK'nin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun", Kanun No:4618)* ve Sağlık Bakanlığına birinci basamak sağlık kuruluşlarını da kapsayacak şekilde yeni döner sermaye işletmeleri kurma veya var olanlarla birleştirme yetkisi verildi. Daha sonra ilgili yönetmeliğin bazı maddelerinde değişiklik yapılarak illerde döner sermaye saymanlıkları oluşturuldu. Sağlık Bakanlığı yetkilileri sağlık ocaklarında döner sermaye uygulaması ile sağlık personeli ücretleri açısından "adaletin sağlandığı" iddiasında bulunmaya başladı (Kılıç, Aksakoğlu, 2002). Böylece Sosyalleştirme yasası ile getirilen ve yaklaşık 40 yıldır yürürlükte olan 154 sayılı yönerge ömrünü tamamlamış oldu (Kılıç, 2018).




**Şekil 2.** Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi döneminde taşra örgütlenmesi

**Hedef ve Stratejiler:** 1978 yılında yayınlanan "Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi" *(Alma-Ata Bildirgesi)* Dünya Sağlık Örgütünün altı bölgesinin her birine kendi bölgeleri ile ilgili hedefleri belirlemelerini öneriyordu. Bu öneriden yola çıkarak DSÖ Avrupa Bölgesi 1984 yılında belirlediği 21 hedefi kapsayan "**DSÖ Avrupa Bölgesi Herkese Sağlık Stratejileri ve Hedefleri**" adıyla bir belge yayınladı (WHO-EURO, 1999). Söz konusu belgede, yayınlanmış olan 21 hedef doğrultusunda Avrupa bölgesindeki her ülkenin kendi hedef ve stra-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 30 23.11.2023 13:18

tejilerini belirlemesi isteniyordu. Bu öneriden yola çıkarak 2001 yılında "**Herkese Sağlık – Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri**" belirlendi ve Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlandı (Öztek ve ark, 2001). Belgede 10 adet hedef belirlenmişti:

**Hedef 1:** 2020 yılına kadar uygulanacak kademeli programlar sonucunda toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı hastalıkların kontrolünü, eliminasyonunu ya da eradikasyonunu sağlamak.

**Hedef 2:** 2020 yılına kadar, toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığını ve bunlara bağlı erken ölüm, sakatlık ve iş göremezliği azaltarak, yaşam kalitesini yükseltmek.

**Hedef 3:** 2020 yılına kadar, kaza, şiddet ve afetlere bağlı yaralanmaları, sakatlıkları ve ölümleri önemli ölçüde azaltmak ve bunun sürekliliğini sağlamak.

**Hedef 4:** 2020 yılına kadar bütün yeni doğanların, bebeklerin ve okul öncesi yaşlardaki çocukların yaşama sağlıklı başlamalarını ve sürdürmelerini sağlamak.

**Hedef 5:** 2020 yılına kadar, üreme ve cinsel yaşamdan kaynaklanan sağlık sorunlarını en az %50 azaltmak.

**Hedef 6:** 2020 yılına kadar, tütün, alkol, uçucu maddeler ve psikoaktif ilaç gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanımını, yetersiz fizik aktivite ve kötü beslenme gibi sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri mümkün olan en alt düzeye indirmek.

**Hedef 7:** 2020 yılına kadar, ergen, yaşlı ve özürlülerin daha sağlıklı olmalarını ve toplum içinde daha aktif rol almalarını sağlamak.

**Hedef 8:** 2020 yılına kadar, halkın psiko-sosyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak.

**Hedef 9:** 2020 yılına kadar, toplumdaki bireyleri evde, okulda, işyerinde ve yaşanılan her yerde daha sağlıklı bir ortamda yaşama imkanına kavuşturmak.

**Hedef 10**: Toplumun tüm kesimlerine "ulaşılabilir, kabul edilebilir ve kullanılabilir" kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hizmet ağını bölgesel ve sosyal farklılıkları giderecek şekilde yayarak, sürekliliğini sağlamak, olarak belirlenmiştir.

Yüksek umut ve beklentilerle hazırlanan bu belge, bir yıl sonra yeni bir hükümetin kurulmasıyla *(AKP'nin iktidara gelmesiyle)* gündemden çıktı ve uygulanmaya konulamadı.

**Sosyalleştirmenin Darboğazları**: Yasanın çıktığı 1960'lı yıllardan beri sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında halk arasında ve bazı yetkililer nezdinde birtakım hoşnutsuzluklar ve sistemle ilgili bazı olumsuz görüşler dile getiriliyordu. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarını zayıflatan bu hususlar şöyle özetlenebilir (Öztek, 2020):

- Yasa tasarısının hızla ve kamuda tartışılmadan kabul edilmiş olması nedeniyle yasada bazı eksiklikler ve olumsuzluklar olduğu iddia edilmesi;
- Yöneticilerin sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti modelini kavrayamaması,
- Sadece sağlık ocaklarını düzenleyen bir yasa olarak algılanması,



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 31 23.11.2023 13:18

- Uygulamanın Doğu Anadolu'dan başlatılması ve uzun süre bu bölge dışında uygulanmaması,
- Muş ili uygulamasının bir pilot uygulama olmaması nedeniyle bilimsel yöntemlerle değerlendirilmemesi,
- Devlet Planlama Teşkilatının gerekli yatırım önceliklerini sağlamaması,
- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modeli içinde yer almaması gerektiği halde dikey örgütlenme kuruluşlarının *(AÇS –AP merkezi gibi)* kaldırılamaması,
- Sağlık ocaklarının teknik altyapısının *(tıbbi donanım vb)* geliştirilememesi,
- Kent tipi sağlık ocağı modelinin tam olarak geliştirilememesi,
- Sağlık ocağı hekimlerinin niteliklerinin halk tarafından yetersiz gibi algılanması,
- Halkın hasta sevk sistemine karşı olumsuz tutumu ve doğrudan hastanelere başvurma taleplerinin engellenememesi,
- Eğitim bölgelerinin yeterince kurulup desteklenememesi,
- Yeterli ve sürekli politik kararlılığın olmaması, politik baskılar,
- Sosyalleştirme terimine duyulan tepki *(sosyalizm ile karıştırılması),*
- Toplum katılımının sağlanamaması.

**Dünya Bankası Faktörü**: Ülkemizdeki sağlık hizmetleri konusundaki tartışmaların olduğu 1980'li ve 1990'lı yıllarda bu tartışmaları etkileyebilecek çok önemli bir gelime oldu; Dünya Bankası sağlık alanında etkili olmaya başladı.

Sağlık sektörü Dünya'da, enerji *(petrol)* ve silah sektörünün ardından en çok paranın döndüğü üçüncü büyük sektördür. Dolayısıyla bir bankanın bu kadar çok paranın döndüğü bir sektörle ilgilenmemesi düşünülemez. Bu gerçekten hareketle, Dünya Bankası, 1978 yılında "**Sağlık, Beslenme ve Nüfus**" *(Health, Nutrition and Population)* adı altında bir birim oluşturdu. Bunu izleyen yıllarda Dünya Bankası bütün ülkelerde sağlık hizmetlerini değerlendirme *(health sector review)* önerisinde bulundu (Shaw, Samaha, 2009). Birçok ülke, Banka tarafından yürütülen "**sağlık sektörü reform ve sürdürülebilir finansman önderliği**" *(Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing)* programına dahil olmayı ve Banka tarafından finanse edilen bu değerlendirme araştırmasını yaptı. Bundan sonraki adımda, araştırma yapılan her ülkede kongreler düzenlenerek ülkedeki sağlık düzeyi ve sorunlar tartışıldı. Ülkelerin hemen hepsinde ciddi sorunlar olduğu saptandı. Bu sorunların çözümü için uzun vadeli ve düşük faizli krediler vermeyi öneren Dünya Bankası, bu kredinin verilebilmesi için iki koşul öne sürdü:

1. Aile hekimliği sisteminin kurulması
2. Sağlık sigortacılığının başlatılması

Dünya Bankası kredi alacak ülkelerin Sağlık Bakanlıkları bünyesinde bir koordinasyon biriminin oluşturulması koşulunu da ileri sürdü. Bu birimdeki Banka temsilcisi alınan kredinin harcanmasında yetki sahibi olacaktı. Başka bir deyişle, Dünya Bankası verdiği



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 32 23.11.2023 13:18

kredinin nasıl kullanıldığını da kontrol etmek istiyordu. Pek çok ülke 1980'li yıllarda bu önerileri kabul etti (Öztek, 2020).

Dünya Bankası'nın bu girişimleri 1991 yılında **Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliğinin** çökmesi ile hız kazandı. Banka, Sovyetler Birliğinin dağılmasından sonra bağımsız kalan eski Sovyet devletlerinde ofisler açtı ve benzer önerilerde bulundu. Öneriler bu ülkelerin çoğu tarafından olumlu karşılandı. Böylece, Amerika Kıtasından, Asya Kıtasına kadar birçok ülkede aile hekimliği ve sağlık sigortacılığının temel alındığı bir sağlık hizmetleri modeli Dünya'da bir salgın biçiminde yayılmaya başladı. Dünya ülkeleri birbirine benzeyen *(standart olmamakla birlikte benzer modeller denilebilir)* bir sağlık sistemine geçtiler. Bu salgın Türkiye'yi de etkiledi. 2001 yılında kurulan ve bir yıl sonra ülkenin yönetimine gelen Adalet ve Kalkınma Partisinin (AKP) seçim programında "aile hekimliğinin ve genel sağlık sigortasının" kurulacağı yazıldı (AKP, 2002). Seçim bildirgesinde şu ifadeler yer alıyordu:

Nitelikli bir sağlık hizmeti için;

- Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımı kaldırılarak, hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacaktır.
- Sağlık Bakanlığı, oluşturulacak bu yeni sisteme göre yeniden yapılandırılacaktır.
- Sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır.
- Sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacaktır.
- Nüfusun tamamını kapsayacak şekilde bir Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak, prim ödeme gücü bulunmayanların primleri, devlet tarafından ödenecektir.
- Aile hekimliği uygulamasına geçilerek, sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacaktır.
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması teşvik edilecektir.

Seçim bildirgesinde yer alan hasta sevk zinciri dışındaki hemen bütün politikalar AKP iktidarı döneminde gerçekleştirilmiştir.

**Tütün Kontrolü Politikası**: Tütün, toplumların sağlığını bozan çok önemli *(hatta, en önemli)* bir maddedir. Günümüzün önemli hastalıkları olan kalp-damar hastalıkları, kanserler ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) başta olmak üzere bir çok hastalıkla mücadelenin en etkili yolu tütünle mücadele etmektir. O nedenle, tütün mücadelesi, sağlık politikaları arasında kesinlikle ele alınması gereken politikalardır. Bu konudaki girişimlerdir sosyalleştirmenin geç dönemine damgasını vuran politikalardan birisidir.

Tütünden sağlanan gelirin ne kadar yüksek olduğu fark edilince, Osmanlı Döneminde tütünde "İnhisarlar İdaresi" *(Tekel İdaresi)* kuruldu. Her ne kadar bazı bireysel karşı çıkmalar olsa da, Tütünden kâr elde edilmesi için genç Cumhuriyet döneminde de her türlü çaba gösterildi. Bu uygulamalardan birisi askerlerin sigaraya alıştırılması için Türk hükümetlerinin ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin sigara bağımlılığını arttırma çabalarıdır. Bir zamanlar askere giden her genç, sigaraya alışarak evine dönerdi. Çünkü orduda her ere,



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 33 23.11.2023 13:18

sigara içsin ya da içmesin zorunlu olarak bedava sigara dağıtılırdı. Böylece sigarayı hiç tatmadan askere gelenler ister istemez sigara içmeye başlarlardı (Erdöl, 2018).

Aslında askerlere sigara dağıtımı iyi niyetle çıkartılan bir yasaya dayanıyordu. 1934 yılında askerin iyi beslenmesi için bir kanun çıkartıldı. Bu kanunda "tütün içenlere 10 grama kadar tütün verilir" deniliyordu. Bu uygulama 1954 yılında çıkartılan bir yasayla daha ileri götürüldü. Bu kanunda şöyle bir hüküm yer alıyordu: "**İçsin ya da içmesin bütün askerlere günde 10 gram *(10 adet sigara)* tütün verilir ve başka bir şeyle değiştirilemez**." Yani, askerdeki genç sigara içerse kendisi tüketir, eğer içmiyorsa verilen sigarayı arkadaşlarına ya da ailene gönderebilirdi. Tütün alışkanlığının yaygınlaştırılmasında siyasi partiler ve diğer kamu kurumları da üzerlerine düşeni yaptı. Siyasi partiler kongrelerinde özel olarak yaptırılmış sigaraları dağıttılar üyelerine. PTT, Polis Teşkilatı, Türk Hava Kurumu, TBMM ve başka kurumlar kendi markalarını taşıyan sigaralar ürettiler. O yıllarda "Gelincik", "Yenice", "Kulüp", "Bahar", "Yeni Harman", "Sipahi" gibi karton paketlerde satılan yassı sigaralar da çok tüketilirdi. Küçük çocuklar bu paketlerin kapaklarını bir iskambil kâğıdı gibi kullanıp oyunlar oynardı. O dönemin çocukları sigara paketleriyle birlikte büyüdüler (Öymen, 2002).

Türkiye'de gençler başta olmak üzere halkımız tütüne devlet eliyle alıştırıldı. Ülkemizde tütün salgınının başlangıcını 1934 yılında çıkartılan yasaya dayandırmak yanlış olmaz. Bu kanun 1981 yılına kadar yürürlükte kaldı.




**Şekil 3.** Silahlı Kuvvetlerde dağıtılan sigaralar

Tütünün sağlığa zararlı olduğu kesin olarak 1960'lı yıllarda İngiltere'de yapılan araştırmalarla gösterildi. Tütünle gerçek anlamda mücadele o yıllardan sonra başladı (Barış, 1994).

Turgut Özal'ın başbakanlığı döneminde, 1984 yılında çıkartılan bir yasa ile, "kaçakçıların cebine gidecek para devletin kasasına girsin" gerekçesiyle yabancı sigaralar tekel örgütü aracılığı ile ithal edilmeye başlandı. Tütün tekelinin yok edilmesinden sonra, 1991 yılında çıkan bir kararname ile çok uluslu şirketlerin Türkiye'de entegre tesis kurmalarına izin verildi. Bunun üzerine ülkenin en saygın işadamları sigara fabrikaları kurmaya başladılar. Bu fabrikaların açılışlarını önde gelen devlet adamlarına yaptırdılar. Zamanın Cumhurbaşkanı, bu yatırımları "istihdam yaratılıyor" diyerek övdü.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 34 23.11.2023 13:18

Sonuç olarak, özellikle, gençler arasında sigara içenlerin oranı artmaya, sigaraya başlama yaşı düşmeye başladı. Zaten bir sorun olan sigara içme salgını daha da yaygınlaştı. Oysa, sigaranın insan sağlığı üzerindeki korkunç etkisi yıllardır biliniyordu. O nedenle, bu sigara şirketlerinin yeşerdiği ülkeler başta olmak üzere birçok batı ülkesi sigara ile mücadele konusunda yasaları çoktan çıkarmışlardı. Bu ülkelerdeki pazarın daraldığını gören firmalar ise, bu tür yasaların henüz olmadığı Türkiye gibi ülkelere yöneldiler (Bilir, 2017).

Bu gidişten memnun olmayan çevrelerce bazı girişimler başlatıldı. Sağlık Bakanlığı içinde bir yasa taslağı hazırlandı. Çalışmalar Bülent Akarcalı'nın Sağlık Bakanı olduğu dönemde alevlendi. Akarcalı konuyu popülarize etti. Gazetecilerin huzurunda sigarayı bıraktı. Toplantılar düzenledi. Üzerinde "sigara içilmez" amblemi olan kravatlar dağıttı. Sigara ile mücadele konusunda bir yasa taslağı hazırlandı. Hazırlanan taslak 1991 yılının ocak ayında Büyük Millet Meclisinden geçti. Fakat, zamanın Cumhurbaşkanı Turgut Özal'ın vetosu nedeniyle Meclis'e geri gönderildi. Temel veto gerekçesi, tütün mamullerinin satışına getirilen sınırlamaların serbest ticaret kurallarına uygun olmayışıydı (Dağlı, 2010).

Vetodan sonraki 3-4 yıl bazı bireysel girişimler ve sivil toplum kuruluşlarının girişimleri yoğunlaştı. 1995 yılı içinde Türk Tabipleri Birliği'nin önderliğinde, bazı dernekler, meslek kuruluşları, Milli Eğitim, Sağlık ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları temsilcilerinden oluşan "**Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi**" adıyla bir grup kuruldu. Tütünle mücadele konusunda bir yasa taslağı 7 Kasım 1996 günü Büyük Millet Meclisi'nde kabul edildi. Yasa zamanın Cumhurbaşkanı Süleyman Demirel tarafından imzalandı (Bilir, 2017).

Sözü edilen 7 Kasım 1996 tarih ve "**4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun**", Türkiye için bir dönüm noktası oluşturdu. Yasanın ana amacı, kişileri tütün ve tütün mamullerinin zararlarına, reklam ve tanıtımlarına karşı korumak için önlemler almaktı. Yasa ile, toplu taşıma araçlarında, spor alanlarında, bütün sanat ve eğitim kurumlarında, sağlık kuruluşlarında, beş ve daha fazla çalışanın olduğu bürolarda sigara içmek, 18 yaşından küçüklere sigara satışı, yazılı ve sözlü medyada tütün ve ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı yasaklanmış ve kurallara uymayanlar için para cezaları getirilmiştir. Yasaya göre televizyon kanallarına ayda 90 dakikadan az olmamak koşulu ile, eğitici programlar yayınlama görevi verilmiştir. Söz konusu yasada daha sonraki yıllarda bazı değişiklikler yapılarak yasağın sınırları genişletilmiştir.

### 2.2.7. Sağlıkta Dönüşüm Dönemi (2003 yılı sonrası)

Ülkemiz, 1980'li yılların sonunda Dünya Bankası kredisi aldı, sağlık sektörü değerlendirme *(Health Sector Review)* araştırmalarını yaptı, bu araştırmaların ele alındığı iki büyük kongre düzenledi. Bu değerlendirmelerde ülkedeki sağlık sorunlarının ciddi boyutlarda olduğu sonucuna varıldı ve bu sorunların çözümü için Dünya Bankasının önerisi doğrultusunda hareket edilmesinin önemi vurgulandı (Kılıç, 2018). Bu hususu parti programına alan AKP, 2002 yılında iktidara gelir gelmez girişimlere başladı. 2004 yılında 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" kabul edildi.

Aile hekimliği uygulaması 2005 yılında Düzce ilinde başlatıldı, 2011 yılında yayınlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı yeniden organize edilirken



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 35 23.11.2023 13:18

aile hekimliği ile ilgili kanunun adındaki "pilot" ibaresi kaldırıldı ve uygulama bütün ülkeye yaygınlaştırıldı.

**Aile Hekimliği Modeli**: Evrensel anlayışa göre bir hizmet modeli olarak aile hekimliği, her ailenin bir bütün olduğu, aile bireylerinin yaş ve hastalık gözetmeksizin birlikte incelenmesi gerektiği görüşünden hareketle geliştirilmiş bir sağlık hizmeti anlayışı ya da biçimidir. Bu modelde, aile hekimi bütün aile bireylerini tanır, ailenin yaşam biçimini, konutunu, çalışma ortamını ve sağlık sorunlarını yakından bilir. Ailenin bütün bireyleri aynı kurumdan ya da hekimden koruyucu ve tedavi hizmeti alırlar.

Bu tanımlamaya göre, ülkemizde görev yapmış olan sağlık ocağı hekimleri birer aile hekimi idi. Çünkü sağlık ocağı bölgesinde yaşayan aileler bir bütün olarak ele alınır ve kaydedilirler ve bütün aile bireyleri aynı hekimden *(daha doğrusu sağlık ekibinden)* hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmeti alırlardı. Söz konusu ekipteki sağlıkçılar ailenin bütün bireylerini tanır, uğraşlarını, yaşam biçimlerini, kültürlerini, yaşadıkları ortamı, sorunlarını bilirlerdi.

Türkiye'de 2004 yılı sonrasında uygulanan aile hekimliği modeline gelince, Sağlık Bakanlığı aile hekimliği modelini şöyle tanımlamaktadır: "*Bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir.*"

Aile hekimliği modelinin temel birimi, bir hekim ve bir aile sağlığı elemanından *(hemşire, ebe, sağlık memuru ya da acil tıp teknisyeni)* oluşan ekiptir. *(Aile sağlığı elemanına 2019 yılında yayınlanan bir Bakanlık genelgesiyle "aile sağlığı çalışanı" denilmeye başlandı).* Aile hekimi valilikle imzaladığı bir sözleşmeye göre çalışır. Bir ya da birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşuna "**aile sağlığı merkezi**" (ASM) denilir. Aile sağlığı merkezinde birden çok aile hekimi hizmet veriyor ise, aile hekimleri kendi aralarında bir yönetim planı oluşturarak yönetici belirler ve yönetici ismini Müdürlüğe bildirirler. Yönetim tarafından alınan kararlar karar defterine işlenir. Yönetici, aile sağlığı merkezinin işletilmesinden birinci derecede sorumlu olduğu gibi bu merkezin il ve ilçe sağlık müdürlüğü *(ve toplum sağlığı merkezi)* ile koordinasyonunu sağlamakla da görevlidir. Yöneticinin diğer aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları üzerinde herhangi bir idari görev ve sorumluluğu bulunmaz.

Her aile hekimine en çok 4.000 kişi kaydolabilir. Kişiler, kendi aile hekimlerini seçmekte özgürdür. Ayrıca, aile bireylerinin topluca aynı aile hekimine kayıtlı olmaları da gerekmez. Ailenin her bireyi farklı aile hekimlerine kayıtlı olabilir. Kurala göre, eğer kişiler bağlı oldukları aile hekiminin hizmetlerinden memnun kalmazlar ya da kendileri için daha uygun bir adreste hizmet veren başka bir aile hekiminden hizmet almayı tercih ederlerse değiştirebilirler. Zaten, bu modelin can alıcı noktası kişilerin hekimlerinden memnun olmalarının sağlanmasıdır. Kişiler memnun olmadıklarında aile hekimlerini değiştirecek-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 36 23.11.2023 13:18

lerinden aile hekimin geliri düşer. O nedenle, hekimin kendisine kayıtlı kişileri memnun etmeye çalışacakları, bunun da hizmetin kalitesini arttıracağı varsayılır.

Aile hekimlerine bağlanacak kişi sayıları dikkate alınarak her yerleşim yerinde kaç aile hekimine gereksinim olduğu hesap edilir ve her yerleşim yeri için aile hekimi kotaları belirlenir. O nedenle, her isteyen hekim aile hekimi olamaz. Bunun için İl Sağlık Müdürlüğü başvuran hekimler arasında bir sıralama yapar; aile hekimliği kotalarının boşalması durumunda Müdürlük sıralama ve tercihi dikkate alarak yerleştirmeler yapar ve bu hekimlerle sözleşme imzalanır.

Pratisyen ya da uzman olduğuna bakılmaksızın her hekim aile hekimi olabilir, ancak, uygulamada bu hekimlerin çoğunluğunu genel pratisyenler oluşturmaktadır. Öte yandan, Sağlık Bakanlığının temel politikası bu görevlere "**aile hekimliği uzmanı**" olan hekimleri atamaktır. Bu amaçla, aile hekimliği uzmanlarına diğer aile hekimlerinden daha fazla ücret ödenerek özendirilmeye çalışılmaktadır. Ama, bu politikanın işe yaradığı ve aile hekimliği uzmanlarının sisteme girdikleri söylenemez.

Aile hekimleri asıl olarak, birinci basamak hizmetlerden sorumludur. Birinci basamak denildiğinde akla "**sevk sistemi**" gelir. Yani, kuramsal olarak herkes hastalandığında birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuracak, burada çare bulunamazsa, ikinci basamak sağlık kuruluşuna *(hastaneye)* sevk edilecektir. Ancak, ülkemizdeki uygulama içinde sevk zinciri uygulanmamaktadır, çünkü Türkiye'de herkes istediği hekime ya da sağlık kuruluşuna başvurmakta özgürdür. Bunun anlamı şudur: İsteyen kişi isterse bir hastaneye *(ikinci basamak),* üniversite ya da özel dal hastanesine *(üçüncü basamak),* özel sağlık kuruluşuna ya da herhangi bir uzman hekime başvurabilir. Hangi dal uzmanına başvuracağına da kendisi karar verir. Böyle olunca, kişiler şikâyetlerine göre ve kendi bilgilerine uygun olarak hangi uzman hekime başvurması gerektiğine kendisi karar verir ve o hekime başvurabilir. Bu nedenle, ülkemizde genel bir ifade ile sevk sisteminin uygulandığından ve hasta triajının *(yönlendirmesinin)* tam olarak yapıldığından söz edilemez. Aile hekiminin hastasına bir uzman hekime başvurmasının uygun olacağı şeklindeki önerisi hasta sevki anlamına gelmez. Aile hekimliğinin uygulandığı İngiltere, Hollanda, Almanya gibi ülkelerle aramızdaki en önemli fark budur.

Sevk sistemini engelleyen bir uygulama da hastane hekimlerinin ödemelerinin "**performans**" esasına göre yapılmasıdır. Bu sisteme göre, hastanede çalışan hekim, hastaneye sağladığı para girdisine göre *(performans kriteri)* ücret alır. Böyle olunca, hekimler daha fazla hasta bakma, daha çok tetkik ve cerrahi müdahale yapma eğilimi gösterirler. Sonuç olarak, hastaneler hastaları cezbeden yerler olmuşlardır ve hastanelerde hasta kalabalıkları vardır. Oysa halk sağlığının başlıca ilkelerinden birisi, birinci basamak kuruluşlarının kalabalık, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının *(hastanelerin)* tenha olmasıdır.

Aile hekimlerinin ödemeleri "*kapitasyon*" modeline uygun olarak, yani, listelerindeki kişi sayısı esas alınarak yapılır. Bu ödemede, listedeki kişinin aile hekimine kaç defa başvurduğuna bakılmaz. Aile hekimiyle birlikte görev yapan "aile sağlığı çalışanı" ise devlet memurudur ve kamu görevlileri gibi ücret almaktadır. Aile hekimlerinin kullanmak zorunda oldukları teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile gezici sağlık hizmetlerinin sunu-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 37 23.11.2023 13:18

mu için gerekli olan motorlu araçlar, esas olarak aile hekimleri tarafından sağlanır. Öte yandan, aile hekimlerine yapılacak ödemelerle ilgili olarak 25 Ağustos 2022 tarihinde yayınlanan "**Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Daire Yönetmelik**" ile farklı bir ödeme yöntemi başladı. Bu yönetmeliğe göre aile hekimlerine muayene sayılına göre teşvik ödemeleri sistemine geçildi. Aile Hekimliği birimince yapılan günlük muayene sayısına göre belirlenen teşvik ödemeleri, bu sayı 41-50 arasında olursa tavan ücretin yüzde 10'u, 51-60 arasında olursa tavan ücretin yüzde 21'i, 61-75 arasında olursa tavan ücretin yüzde 31'i, 76'nın üzerinde olursa tavan ücretin yüzde 42'si oranında yapılacağı açıklandı. Böylece, birinci basamak uygulamalarındaki ödeme politikası daha da karmaşık bir duruma geldi ve hastanelerde uygulanan performans sisteminin bütün sakıncaları birinci basamak hizmetlerine de yansıtılmış oldu.

**Toplum Sağlığı Merkezi:** Aile hekimliği modeliyle ilgili çok önemli bir eksiklik ilgili yasa çıktıktan sonra anlaşıldı. Yasada, çevre sağlığı, gıda kontrolü, iş sağlığı ve güvenliği, ulusal programların yürütülmesi, adli tıp işleri, halkın sağlık eğitimi, taramalar gibi aile hekimlerinin görevleri dışında kalan işler yer almıyordu. Bu eksikliği gidermek üzere yayınlanan bir yönergeyle *(yönetmelik değil)* "toplum sağlığı merkezi" (TSM) adıyla yeni bir birim kuruldu. Başlangıçta her 100.000 kişi için bir TSM planlanmıştı, sonra bundan vazgeçilerek her ilçede bir TSM kurulmasına karar verildi. Daha sonra bundan da vazgeçilerek, TSM'nin görevleri "**ilçe sağlık müdürlüğü**" hizmetleri arasına alındı. Halen, nüfusu 30.000'nin altındaki yerlerde TSM vardır, daha fazla nüfusu olan ilçelerde TSM bulunmamaktadır.

25 Mayıs 2018 tarihli "Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" te toplum sağlığı merkezi şöyle tanımlanmaktadır: Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkili ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu."

Toplum sağlığı merkezi bünyesinde "kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi" (KETEM), ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri, TSM iş sağlığı ve güvenliği, diyabet ve obezite, hemoglobinopati tanısı, deri ve zührevi hastalıklar, sıtmayla mücadele, sağlık evi gibi bağlı birimler açılabilir.

**Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü**: Başlangıçta, sağlık Bakanlığının örgütlenmesi kanunlarla belirlenmişti *(3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilât ve Memurları Kanunu*). Artık, bu kanun yürürlükte değildir; Bakanlık örgütlenmesi ve çalışmaları kanun hükmünde kararnamelerle düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığının günümüzdeki örgütlenmesinde iki Kanun Hükmünde Kararname (KHK) önemli olmuştur. Bunlardan ilki, 2011 yılında çıkartılan 663 sayılı KHK, ikicisi ise 2017 yılında yayınlanan 694 Sayılı KHK'dır. İki KHK arasındaki temel fark Bakanlığa bağlı kurumlarda ve taşra teşkilatındadır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 38 23.11.2023 13:18

663 sayılı KHK'nin en belirgin özelliği Bakanlık içindeki politika belirleyen ve hizmet sunan birimlerin birbirinden ayrılmasıdır. Söz konusu KHK'ye göre Sağlık Bakanlığının örgütlenmesinin temel ilkeleri şöyle özetlenebilir:

- Sağlık Bakanlığı bünyesinde politika belirleyen ve hizmet sunan birimler birbirinden ayrıdır. Hizmet sunan birimler "bağlı kuruluş" statüsünde özerk bir yapı şeklinde örgütlenmiştir.
- Hizmet sunumuna yönelik yetkiler daha alt düzeydeki *(bağlı kuruluşların taşra teşkilatları)* birimlerdedir.
- Temel ve koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların yönetimi ayrıdır. Halk sağlığına yönelik hizmetler Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve taşra teşkilatı olan halk sağlığı müdürlükleri; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri *(hastane hizmetleri)* ile ağız ve diş sağlığı hizmetleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve taşra teşkilatı olan kamu hastane birlikleri; acil sağlık hizmetleri ise il sağlık müdürlükleri tarafından yürütülür.
- Kamu hastane birlikleri idari ve mali yönden özerktir; yöneticiler esnek istihdam anlayışı doğrultusunda performansa dayalı sözleşmelerle çalıştırılabilir; kaynak kullanımında etkinlik, verimlilik ve ölçek ekonomisinin avantajlarından yararlanılmaktadır.
- Sağlık kurumları, özel sektör işletmecilik anlayışı doğrultusunda ve rekabeti ön plana çıkaracak şekilde yapılandırılmıştır.

Sağlık Bakanlığı merkez örgütünde "hizmet birimleri" adı altındaki genel müdürlük ve başkanlıklar ülkedeki sağlık politikalarını belirleyen, stratejiler belirleyen, sağlık durumu ile ilgili araştırmalar yapıp bilgi derleyen, sağlık hizmetlerinin alt yapısı ile ilgili yatırımları yapan, acil sağlık hizmetlerini yürüten ve diğer ülkelerle olan ilişkileri yürüten birimlerdir.

663 sayılı KHK gereğince, Bakanlığa bağlı kuruluşlar adı altında dört birim oluşturulmuştu.

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetleri
2. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu: İlaç ve tıbbi cihazların ruhsat ve tedarik işlemleri
3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu: İkinci ve üçüncü basamak hastanelerin kuruluş ve işletilmesi.
4. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü: Ülkemizi yurt dışından gelebilecek sağlık tehditlerinden koruma.

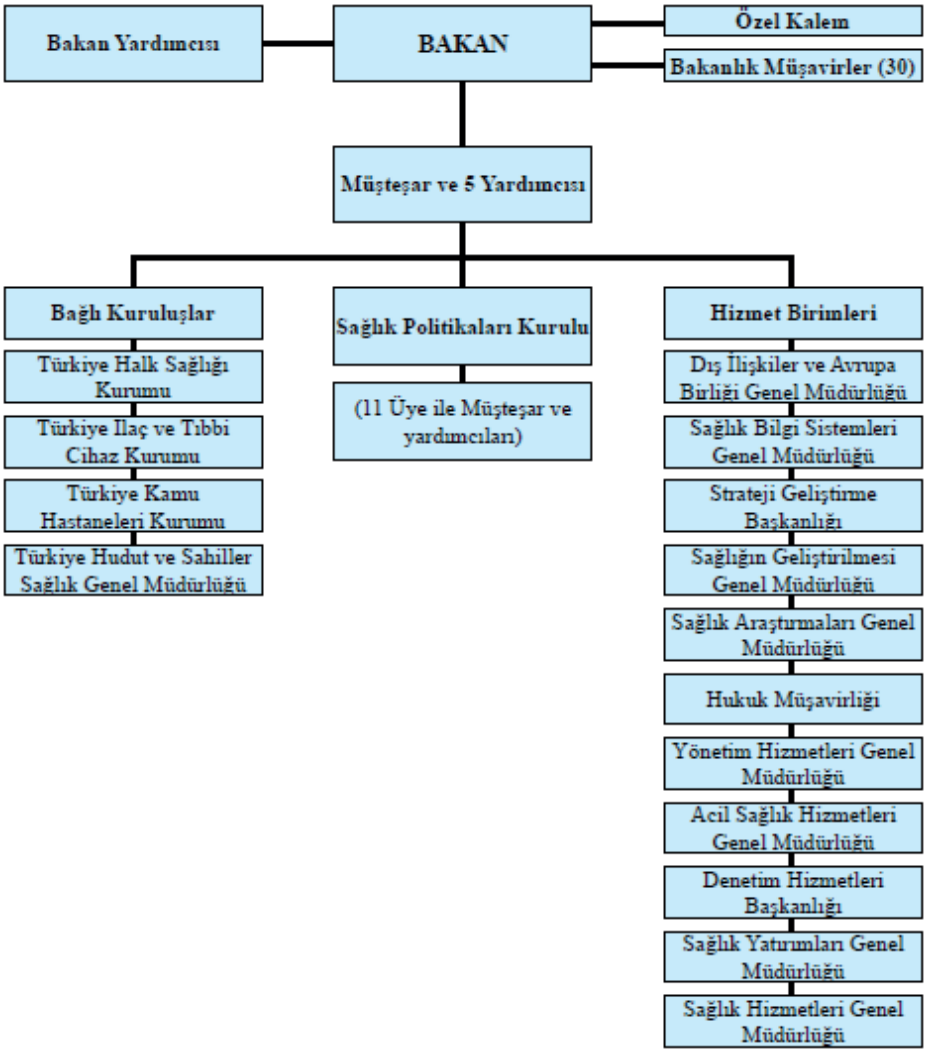
2017 yılı Ağustos ayında çıkartılan 694 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez örgütünde yeniden değişiklik yapılarak, Bakanlığa bağlı dört kurumdan ikisi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneleri Kurumları Bakanlığa bağlı kuruluşlar olmaktan çıkartılarak Bakanlık içinde birer genel müdürlük olarak yeniden yapılandırılmıştır. 6 Eylül 2018 tarihinde ise müsteşarlık ve müsteşar yardımcılıkları kaldırılarak "**bakan yardımcılıkları**" oluşturulmuştur. Buna göre Sağlık Bakanına bağlı 4 bakan yardımcısı mevcuttur.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 39 23.11.2023 13:18

Bu kişilerin her biri Bakanlık bünyesindeki kendilerine bağlı birimlerin çalışmalarından sorumludur.

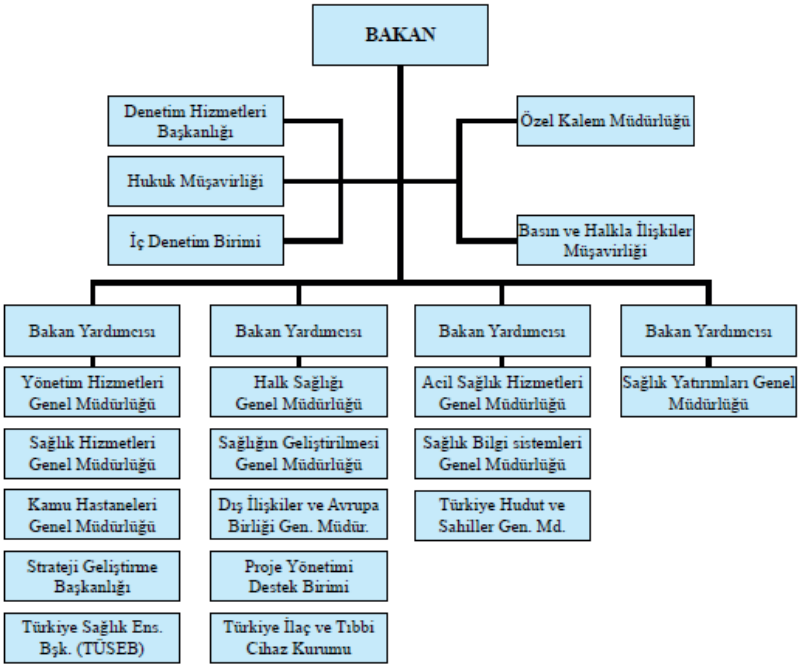
Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun genel müdürlük haline getirilmesiyle bazı birimlerde değişiklikler yapılmıştır. Özlük işleri, satın alma ve döner sermaye ile ilgili birimlere gerek kalmadığından kaldırılmış, buna karşılık "**göç sağlığı daire başkanlığı**" kurulmuştur.




**Şekil 4.** T.C. Sağlık Bakanlığı merkez örgütü
(663 sayılı KHK'ye göre / 2012 – 2017 dönemi)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 40 23.11.2023 13:18




**Şekil 5.** Sağlık Bakanlığı merkez örgütü (6 Eylül 2018 sonrası)

**Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü**: Sağlık Bakanlığının ilk örgütlenmesinde hükümet tabiplikleri, koruyucu hizmetler, çevre sağlığı, gıda kontrolü, bulaşıcı hastalıklarla savaş, okul sağlığı gibi hizmetler "**Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü**" tarafından yürütülürdü. Bu genel müdürlüğün adı 1982 yılında "**Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü**" olarak değiştirildi ve görev alanı daha da genişletildi. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin tama yakını, salgınların kontrolü, frengi, trahom, kuduz gibi bulaşıcı hastalık kontrolleri ve temel sağlık hizmetlerine giren bütün diğer işler Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülürdü. Birinci basamak hizmeti veren sağlık ocakları, sağlık evleri ile halk sağlığı laboratuvarları bu genel müdürlüğe bağlı idi. Öte yandan, temel sağlık hizmetleri çatısı altında olması gereken sıtma savaşı, verem savaşı, kanser savaşı, kronik hastalıkların kontrolü gibi hizmetler ise başka birimler tarafından yürütülmekteydi. 2011 yılında yayınlanan 663 Sayılı KHK ile bu genel müdürlük kapatılarak Bakanlığa bağlı bir kuruluş olan "**Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**" (TSHK) oluşturuldu. 2017 yılında yayınlanan 694 Sayılı KHK ile bu kurum Sağlık Bakanlığı bünyesinde "**Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü"** halini aldı.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün görev ve sorumlulukları çok geniştir. Bu Genel Müdürlük, aile hekimliği hizmetleri, toplum sağlığı merkezleri ve bu birimlere bağlı sağlık evi, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇSAP) merkezleri, verem savaş dispanseri (VSD), kanser erken tanı ve eğitim merkezleri (KETEM) gibi kuruluşların hizmetlerinden sorumludur; bu birimlerdeki çalışmaları düzenler, hizmetleri izler, değerlendirir, ça-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 41 23.11.2023 13:18

lışanların hizmet içi eğitimlerini sağlar, aile hekimliği uygulamalarını geliştirmek amacıyla araştırmalar yapar, projeler uygular; bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili programlar oluşturup uygular; halkın sağlığını tehdit eden faktörlere yönelik erken uyarı ve yanıt sistemi oluşturur; bağışıklama programlarını planlayıp uygulanmasını sağlar; soğuk zincirin işletilmesini sağlar; aşı, antiserum ve soğuk zincir malzemelerinin lojistiğini yapar; zoonotik, paraziter ve vektörel hastalıkları izler ve bu hastalıkların kontrolü için programlar geliştirir; verem savaşı hizmetlerini yürütür; ulusal referans mikrobiyoloji laboratuvarı hizmetlerinin yürütülmesini sağlar; bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ile ilgili programlar oluşturup uygular, yaşlılık ve kronik durumlara yönelik sağlık programlarını yürütür; evde bakım hizmetlerinin sunulmasını sağlar; erken tanı ve tarama faaliyetleri başta olmak üzere kanserle mücadele hizmetlerini yürütür; tütün, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin zararları ile mücadele ve kontrol faaliyetlerini yürütür; çocuk, ergen, kadın, üreme ve ruh sağlığı, fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşama yönelik programlar yürütür. Tüketicileri ve çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi için araştırmalar yapar, işyeri hekimliği ve meslek hastalıklarına yönelik çalışmaları yürütür; doğal mineralli sular ile kaplıca, havuz ve yüzme sularının denetimlerini yapar, sağlık açısından gerekli önlemlerin alınmasını sağlar; tüketici güvenliğine yönelik Kurumun görev alanına giren ürünlerin analizlerini yapar ya da yaptırır; referans laboratuvarları ve halk sağlığı laboratuvarlarını işletir; aşı, antijen, antiserum ve bağışık serum gibi biyolojik ürünleri sağlar.

**Dünya Bankası Kredileri**: Türkiye, 2004-2009 yılları arasında Dünya Bankasından 8 ayrı anlaşma ile aşağıdaki işleri gerçekleştirmek üzere 1.5 milyar dolar dolayında kredi aldı (Kılıç, 2018).

- Aile hekimliği sisteminin kurulması
- Sağlık hizmetlerine ulaşımın artırılması
- Aile hekimliği ile ilgili malzemenin sağlanması
- Sağlık hizmetleri yönetiminin kalitesinin artırılması
- Halk sağlığının güçlendirilmesi
- Sağlık insan gücü kapasitesinin güçlendirilmesi

Dünya Bankası Haziran 2002 tarihinde yayınladığı bir raporda Sağlık ve Çalışma Bakanlıklarının sağlık hizmeti sunumundan çekilmeleri gerektiğini yazmıştı. Önce Çalışma Bakanlığı SSK hastanelerini Sağlık Bakanlığına devrederek sağlık hizmeti sunumundan çekildi. Bu devir zaten sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması açısından da istenilen bir şeydi. Ancak, Dünya Bankasının, Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetlerinden çekilmesi önerisi kabul edilebilir öneri değildi. Her ne kadar Dr. Refik Saydam döneminde Sağlık Bakanlığı, hastanelerin yerel kuruluşlara ait olması gerektiği ilkesi benimsenmiş olsa da bu anlayışla Dünya Bankası önerisi arasında benzerlik yoktur. Öte yandan, söz konusu öneri paralelinde 2004 yılında bir girişim oldu. 2004 yılında çıkarılan "**Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun**" ile Sağlık Bakanlığı "Taşra teşkilatı kapatılan" bakanlıklar arasında yer aldı. Bu yasaya göre "Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler araç, gereç, taşınır ve taşınmaz



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 42 23.11.2023 13:18

malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine" devredilecekti. Ancak zamanın Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından 3 Ağustos 2004 tarihli yazıyla Kanun veto edildi ve Hükümet aynı yasada ısrarlı olmayınca yürürlüğe girmedi.

Bu tasarı genel olarak devlet hastanelerinin yönetiminin bir mütevelli heyete devredilmesi, bütün personelle birlikte hekimlerin de sözleşmeli olarak iş güvencesinden yoksun çalıştırılması, kamu hastanelerinin de sınıflandırılması ve hastanelerin kendi gelirleriyle yaşamaya zorlanması yaklaşımını benimsemekteydi. Daha sonraki dönemde 2007 yılında kurulan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" gündeme geldi, ama bu konu 2011 yılına kadar ertelendi. 2011 yılında yürürlüğe giren 663 Sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunmaktan alıkonularak, düzenleyici ve denetleyici bir bakanlık haline getirilmiş; "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu" adıyla Bakanlığa bağlı bir kuruluş oluşturularak devlet hastanelerinin illerde kurulacak hastane birliklerine devredilmesinin yolu açılmıştır. Bu gelişmelerden de anlaşılacağı gibi aslında iktidardaki yönetim sağlık alanının özelleştirilmesini amaçlamaktadır. Hükümetin bu politikası 2008 yılında kabul ve ilan edilen Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programında da yer almaktadır. Bu belgeye göre hükümet, pek çok sektörde olduğu gibi devletin sağlık işletmeciliğindeki payının da azaltılmasını hedeflemektedir (Dışişleri Bakanlığı, 2008).

**Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütlenmesi:** Bu gelişmelerden sonunda 2 Kasım 2012 tarihinde 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname yayımlandı. Bakanlık, bu kararnameyle politika belirleme, düzenleme, denetleme ve hizmet sunumunun merkezde toplandığı dikey yapılanmadan, politika belirleme ve sistem yönetiminin esas alındığı kurumsal uzmanlaşmaya dayanan, taşra teşkilatındaki yöneticilerin karar verme yetkilerini arttırmayı amaçlayan yatay yapıya geçtiğini açıkladı. Yani, bu değişim sürecinde, kamu ve özel sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesi için icracı birimlerle, politika yapan ve düzenleyen birimler ayrıldı. Bu kapsamda yeni birim ve kurullar ile bağlı kuruluşların kurulmasının yanı sıra taşra teşkilatları da yeniden yapılandırıldı. Ayrıca taşınır, taşınmaz ve personel devri işlemleri ile mevzuat güncellemeleri tamamlanarak ikincil mevzuat da oluşturuldu. Hizmetlerin daha etkili ve verimli sunumu için bürokrasi ve yönetim kademeleri azaltılarak, profesyonel yönetim anlayışıyla kadrolarda düzenlemeler yapıldı. Hastaneleri daha etkili ve verimli yönetebilmek için Kamu Hastane Birlikleri kuruldu. İl sağlık müdürlüğünün örgütlenmesi yeniden düzenlendi ve her ilde üç müdürlük oluşturuldu:

1. İl Sağlık Müdürlüğü
2. Halk Sağlığı Müdürlüğü *(Başında "İl" yok)*
3. Kamu Hastaneleri Birlikleri *(Bir ilde birden çok olabilir)*

İl düzeyindeki yapılanma parçalıdır, sağlık hizmetlerinin bütünlüğü kaybolmuştur, hastaneler ile aile hekimliği arasında herhangi bir bağ kurulmamıştır. Çünkü, aile hekimleri halk sağlığı müdürlüğüne, hastaneler ise kamu hastaneleri birliklerine bağlıdır. Bir ilde



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 43 23.11.2023 13:18

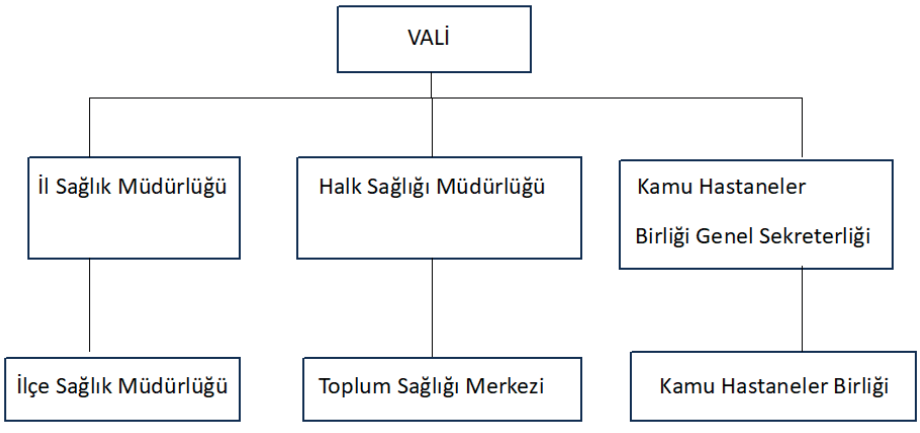
Sağlık Bakanlığını "İl Sağlık Müdürlüğü" temsil eder. Diğerleri ile il sağlık müdürlüğü arasındaki hiyerarşik ilişki net değildir.

Ancak, işler planlandığı gibi yürütülemedi. Hizmetlerin, katma bütçeli bağlı kurumlara devri, yerelleşmesi ve il yöneticilerinin yetkilerinin arttırılması öngörülmüştü, fakat merkezdeki Bakanlığının başat rolü azalmadı. Sonunda, 2 Kasım 2011 tarihinde kurulan Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneleri Kurumu 25 Ağustos 2017 tarihinde yayınlanan 694 sayılı KHK ile kapatıldı. Bakanlık bünyesinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü kuruldu. İllerde, üç ayrı müdürlük yeniden İl Sağlık Müdürlüğü çatısı altında birleştirildi; müdürlük bünyesinde halk sağlığı ve kamu hastaneleri başkanlıkları oluşturuldu.

İl örgütlerindeki kadroların belirlenmesinde nüfusa dayalı bir sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır. 2012 yılında yayınlanan "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği" ne göre iller nüfuslarına göre 9 gruba ayrılmıştır.

**Tablo 3.** Nüfus verilerine göre il grupları

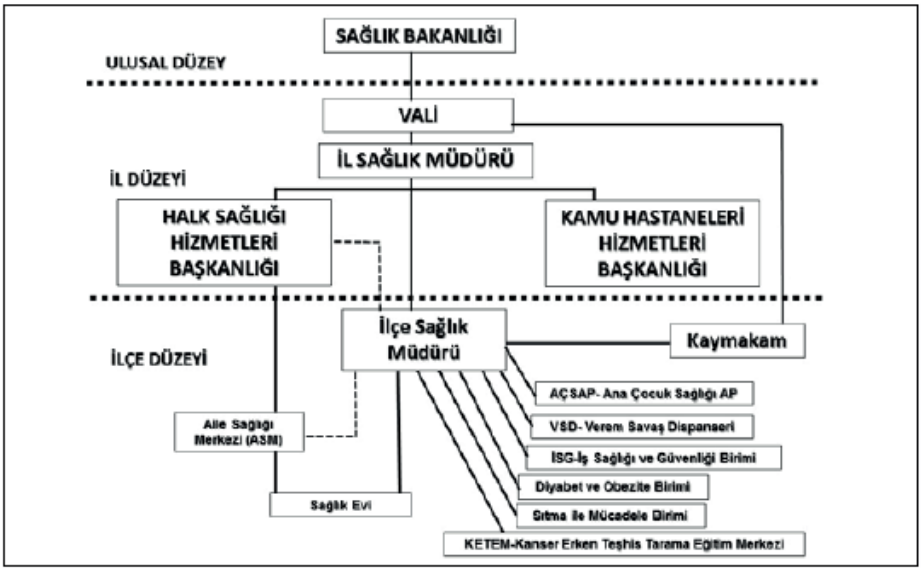
| | |
|---|---|
| **İ1 Grubu** | 10.000.000'dan büyük olan iller |
| **İ2 Grubu** | 4.500.000 ile10.000.000 arasında olan iller |
| **İ3 Grubu** | 3.500.000 ile 4.500.000 arasında olan iller |
| **İ4 Grubu** | 2.500.000 ile 3.500.000 arasında olan iller |
| **İ5 Grubu** | 1.500.000 ile 2.500.000 arasında olan iller |
| **İ6 Grubu** | 720.000 ile 1.500.000 arasında olan iller |
| **İ7 Grubu** | 500.000 ile 720.000 arasında olan iller |
| **İ8 Grubu** | 250.000 ile 500.000 arasında olan iller |
| **İ9 Grubu** | 250.000'den küçük olan iller |




**Şekil 6.** Sağlık Bakanlığı taşra örgütlenmesi (2012 – 2017)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 44 23.11.2023 13:18




**Şekil 7.** Sağlık Bakanlığı taşra örgütü (2018 sonrası) (Kılıç, 2018)

**Mevzuat Politikası**: Cumhuriyetin kurulduğu yıllardan 1980'li yılların ortalarına kadar sağlık hizmetleri ile ilgili olanlar dahil bütün kamu hizmetleriyle ilgili düzenlemeler uzun ve ayrıntılı yasalarla yapılırdı. Daha fazla ayrıntı gerektiren kurallar daha çok tüzük, daha az olarak yönetmeliklerle düzenlenirdi. Örneğin, UHK'da belirtilen gıda maddelerinin denetimiyle ilgili "Gıda Maddelerinin ve Umumi Sağlığı İlgilendiren Eşya ve Levazımın Hususi Vasıflarını Gösteren Tüzük" çıkartılmıştı. Benzer şekilde "Tababet Uzmanlık Tüzüğü", "İş Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü" ve birçok başka tüzük çıkartılmıştı.

Bu yaklaşımda bir sorun vardı. Yasa ve tüzüklerin çıkartılmasıyla ilgili prosedür zordu ve zaman alıyordu. Özellikle tüzüklerin teknolojik gelişmelere ve yeniliklere göre hızla güncellenmesi güç oluyordu. Bu sorunu çözmek amacıyla 1980'li yılların ortalarından başlayarak *(Turgut Özal'ın başbakanlığı dönemi)* az sayıdaki maddeden oluşan "**çerçeve yasalar**" çıkartılmaya ve yasalarda ayrıntıların "tüzük" yerine "yönetmelik" ile düzenlenmesi daha yaygın bir anlayış oldu. Yönetmeliklerin çıkartılması tüzük çıkartılmasına kıyayla daha kolay ve hızlı olduğundan güncellenmesi de kolay ve hızlı oluyordu. Bu uygulamanın en iyi bilineni 15 Mayıs 1987 tarihinde yayınlanan ve 12 maddeden oluşan **3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**dur. Bir diğer örnek 24 Kasım 2004 tarihinde yayınlanan ve 10 maddeden oluşan **5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu**dur. Bu kanun, iki yönetmeliğin çıkartılmasını öngörmüş ve buna dayanılarak çıkartılan yönetmelikler çok kısa süre içinde onlarca kez değiştirilmiş ve güncellenmiştir.

Mevzuatla ilgili bir diğer yaklaşım AKP hükümetleri tarafından gündeme getirilen "**torba kanun**" uygulamasıdır. Bu uygulamada birbiriyle ilişkisi olmayan çok sayıdaki kural *(hüküm / kanun maddesi)* aynı kanunda yer almaktadır. Söz gelimi bir torba kanun içinde sağlık, tarım, ulaştırma, turizm gibi sektörleri ilgilendiren çok sayıdaki madde



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 45 23.11.2023 13:18

TBMM'de bir grup *(torba / çuval)* şeklinde görüşülüp çıkartılır. TBMM'nin komisyon ya da Genel Kurul toplantılarında herhangi bir sektörle ilgili bir tek maddenin kanuna eklenmesi mümkün olabilir. Örneğin, 2016 yılında kabul edilen bir torba kanunun adı "**Askerlik Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"** idi ve bedelli askerlik, bahis oyunları gibi konular yanında aynı kanunda hekimlerin özlük haklarına ilişkin hususlar da yer almaktaydı.

Yukarıda belirtilen sorunları çözmenin bir diğer yolu olarak 1980'li yılların ortalarından başlayarak uygulanan "**kanun hükmünde kararnameler**" gündeme geldi. Bu amaçla TBMM *(yasama organı)* hükümete *(yürütme organı)* yetki devri yaparak belirli bir konuda kanun yerine geçmek üzere kanun hükmünde kararname çıkartma yetkisini devreder. Bu yetkiyi alan hükümet hazırladığı kanun tasarısını TBMM'ye sevk etmek yerine doğrudan Cumhurbaşkanının imzasına sunarak yasalaşmasını sağlar. Böylece TBMM'deki yoğun prosedürün zorluğu aşılmış olur. Örneğin Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra örgütlerini düzenleyen 2011 tarihli ve **663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname** (KHK) çok önemli düzenlemeleri içeren bir mevzuat olmuştur.

Ülkemizde 2018 yılından buyana uygulanan bir diğer yöntem "**Cumhurbaşkanlığı kararnameleri**"dir. Bu modelde Cumhurbaşkanı kendisine Anayasayla verilen yetkiler çerçevesinde kanun yerine geçecek kararnameler yayınlar. Örneğin, 16 Temmuz 2018 tarihinde yayınlanan 1 numaralı Cumhurbaşkanlığı kararnamesinde Sağlık Bakanlığının örgütlenme yapısı, görevleri ve yetkileri tanımlanmıştır.

Ülkemizde sağlıkla ilgili mevzuatın genel özellikleri şunlardır:

- Kanun ve diğer mevzuat sayısı çok fazladır
- Temel kanunlar genellikle eskimiştir, güncellenmesi gerekir
- Sağlık Bakanlığı dışındaki birçok sektörün mevzuatında sağlıkla ilgili düzenlemeler vardır
- Eski kanunlar ayrıntılıdır, yeni kanunlar "çerçeve kanun" niteliğindedir
- Uygulamalar genellikle yönetmeliklere göre yapılır
- Yönetmelikler ve kurallar sık değişir

**Finansman Politikaları**: Türkiye Cumhuriyeti'nin yaklaşık ilk 25-30 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanı çok büyük çoğunlukla devlet bütçesinden *(genel vergilerden)* karşılanırdı. Liberal ekonomik sisteme geçişin başladığı 1950 - 1960 yılları arasında da bu anlayış devam etti. Öte yandan, 1946 yılında kurulan SSK sağlık hizmetlerine işçilerden aldığı primlerle kendi bütçesinden katkı verdi. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin ilk dönemlerinde de sağlık hizmetlerinin devlet bütçesinden karşılanması genel bir uygulamaydı.

Sağlık hizmetlerinin finansmanıyla ilgili önemli değişiklik 2000'li yıllardan başlayarak görüldü. Sağlık ocaklarına yazar kasaların konulduğu 2004 yılında hizmetlerinin ülkenin her yerine dengeli biçimde dağıtılmasını, vatandaşların eşit ve ihtiyacı ölçüsünde ulaşabil-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 46 23.11.2023 13:18

mesini hedefleyen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirmesi hakkında kanun büyük bir darbe aldı (Öztek, 2011).

1949 yılında Emekli Sandığı Kurumu, 1971 yılında Bağ-Kur kuruldu. Bu kurumlar da üyelerinin sağlık harcamalarını karşılamaya başladı. Toplumun tümüne sağlık güvencesi sağlamak amacıyla 1967, 1971 ve 1974 yıllarında genel sağlık sigortası yasası çıkarma girişimleri sonuçsuz kaldı (Özcan, 2022). 1983 yılında **2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu** yürürlüğe girdi. 1987 yılında uzun süren çabalarla hazırlanan Genel Sağlık Sigortası (GSS) yasa taslağı TBMM gündemine getirilemedi. 1992 yılında, sosyal güvencesi olmayan ve parasal durumu yetersiz olan 9 milyon dolayındaki kişinin sağlık giderlerini karşılamak amacıyla **3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun** çıkartıldı (Özcan, 2022).

Aynı yıl Sağlık Bakanlığında performansa dayalı ek ödeme sistemi başlatıldı. Günümüzde de devam eden bu uygulamada esas alınan ölçüt hekimin *(ya da sağlık kuruluşunun)* muayene ettiği hasta, yapılan tetkik ve girişim sayılarıdır. Yani, çok hasta bakan, dolayısıyla hastanenin gelirine çok katkı yapan hekimin performansı da yüksek sayılır ve hekim, sağladığı gelirden aldığı payla ödüllendirilir. Bu biçimiyle performans sistemi hekimlerin *(sağlık personelinin)* kendi gelirlerini arttırmak uğruna fazla hasta muayene etmeye, fazla tetkik ve tıbbi girişim yapmaya teşvik eden bir sistem haline geldi. Serbest piyasa ekonomisinin temel bir ilkesi olan performans sistemi giderek sağlık kuruluşları arasında ticari rekabet ögesi haline geldi, hastaneler tıpkı diğer ticari kuruluşlar gibi reklamlar yapmaya ve hastaları birer müşteri gibi görmeye başladı. Hastane yöneticileri bir yandan Sosyal Güvenlik Kurumundan (SGK) ücret tahsil ederken, diğer yandan gelirlerini arttırabilmek için hastalardan da belirli oranlarda iş başına *(muayene, tetkik, ameliyat vb)* almaya başladı. Pay alma sitemi 2009 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından resmen benimsendi, ama bir yıl sonra özel hastanelerin alacağı payları sınırlandırıcı düzenlemeler yapmak durumunda kaldı. Bu sınırlama uygulaması kısa sürdü ve Hükümet 2013 yılında özel Hastanelerin vatandaştan alacağı farkın %90'dan %200'e çıkarılmasına izin verdi.

Ülkemizde 2006 yılında zorunlu sosyal sigorta sistemine geçildi, **5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu** çıkartıldı. Yasanın 2007 yılında yürürlüğe girmesi öngörülmüştü, ama 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununda yer alan bazı sağlık haklarının 5510 sayılı yasayla kısıtlandığı gerekçesiyle Anayasa Mahkemesi tarafından verilen karar sonucunda yürürlüğe girmesi 2008 yılına ertelendi. Yeşil kart uygulaması da 2012 yılında 5510 sayılı yasa içine alındı (Özcan, 2022).

Uygulamada görülen aksaklıklara karşın GSS ile kişilerin ekonomik gücüne bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yaralanabilmeleri olumlu bir gelişme olmuştur (Özcan, 2022).

Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesine paralel olarak gelişen bir alan da "**sağlık turizmi**" oldu. Küreselleşmenin de etkisiyle sağlık turizmi ciddi bir gelir kaynağı haline geldi. Ülkemizde sağlık turizmi 2003 yılında başlayan "sağlıkta dönüşüm programı" ile gündeme geldi. Sağlık Bakanlığı bu alanda hizmet veren özel şirketleri koordine etmeye başladı. Bu amaçla 2011



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 47 23.11.2023 13:18

yılında "Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Uygulama Rehberi "yayınlandı ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde "**Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı"** kuruldu (Aslanova, 2013).

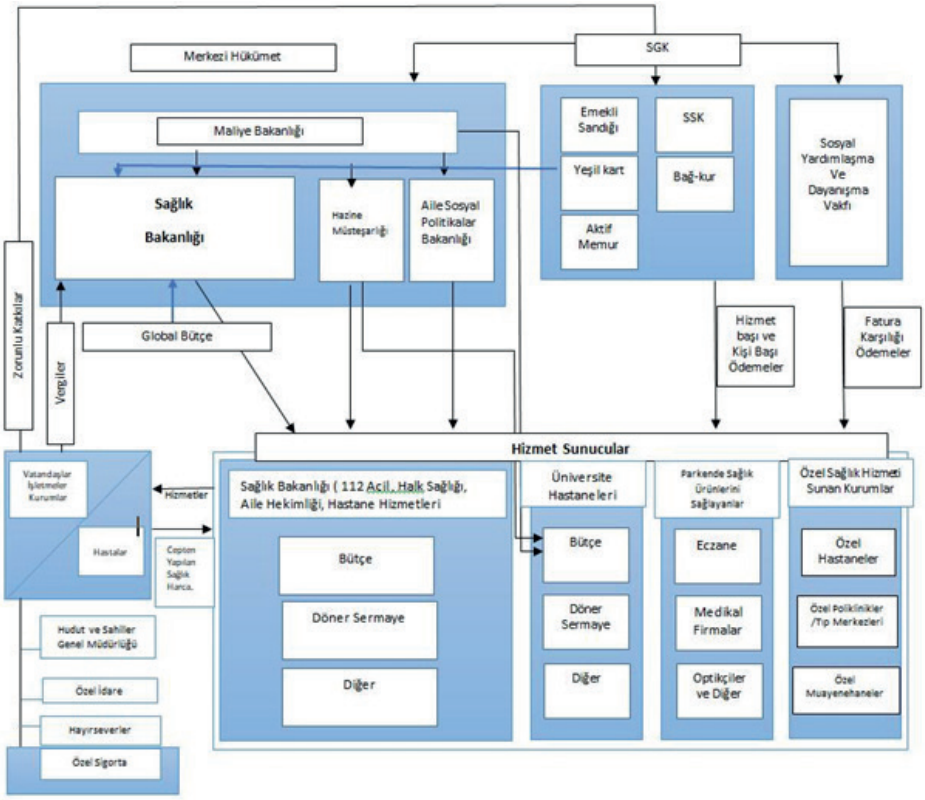
**Tablo 4.** Türkiye'de 2000'li yıllarda sağlık hizmetlerinin finansmanını etkileyen önemli uygulamalar (Atasever, 2014)

| | |
|---|---|
| **Ocak 2004** | Sağlık Bakanlığında Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Geçilmesi |
| **Mart 2004** | İlaçlarda KDV oranının %18'den %8'e düşürülmesi |
| **Haziran 2004** | 112 acil sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi |
| **Aralık 2004** | Acil durumlarda bütün hastanelerin tedavi etme mecburiyeti getirildi |
| **Aralık 2004** | Yeşil kartlı vatandaşların ayaktan tedavide ilaç giderlerinin karşılanması |
| **Aralık 2004** | Eşdeğer ilaç gruplarıyla ilgili düzenlemeler |
| **Aralık 2004** | Aile hekimliği sisteminin başlaması |
| **Şubat 2005** | SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri |
| **Mayıs 2005** | 112 acil sağlık hizmetleri ile şehir dışı sevk işlemlerinin ücretsiz yapılması |
| **Haziran 2005** | GSS sisteminin kurulması |
| **Temmuz 2005** | Sağlık yatırımları için kamu özel işbirliği yasası kabul edilmesi |
| **Mayıs 2005** | Kanser Taramalarının yaygınlaştırılması ve ücretsiz hale getirilmesi |
| **Haziran 2006** | Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında hizmet ödemelerinde global bütçe sistemine geçilmesi |
| **Ekim 2008** | 18 yaş altı tüm nüfusun ve eğitim görenlerin GSS kapsamına alınması |
| **Aralık 2008** | Kamu sağlık tesislerinin birbirlerinden mal veya hizmet almasının önünün açılması |
| **Ekim 2009** | Sağlıkta ayaktan müracaatlar için katılım payının uygulaması |
| **Ocak 2010** | Özel hastanelere ödenen ek ücretlere sınırlama getirilmesi |
| **Ekim 2013** | Özel Hastanelerin vatandaştan alacağı farkın %90'dan %200'e çıkarılması |

**Finans Akışı**: Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı "**karmaşık model**" biçimindedir. Yani, hizmetlerinin finansına ilişkin bütün modeller bir arada uygulanmaktadır. Örneğin özelleştirme, performans sistemine, hastaların katkı payı ödemeleri "**serbest piyasa**" modeline uyar; aile hekimlerine kapitasyon şeklinde ödeme yapılması "**Beveridge**" modeline uygundur; prime dayalı sosyal sigortacılık (SGK) "**Bismark**" modeli için örnek gösterilebilir; verem, frengi, kuduz gibi hastalıkların ücretsiz olarak tedavi edilmeleri ise "**sosyalist**" modele örnektir. Bu karmaşık model içinde ülkemizde sağlık hizmetlerindeki finans akışı da karmaşık görünüm içindedir (Atasever, 2014).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 48 23.11.2023 13:18




**Şekil 8.** Türkiye sağlık sistemindeki fonların akışı (Atasever, 2014)

**Nüfus Kontrolü Politikaları**: Balkan, Dünya ve Kurtuluş Savaşlarından çıkan genç Türkiye Cumhuriyeti'nde özellikle erkek nüfus çok azalmıştı. Kuruluş sırasındaki ülke nüfusunun 12 milyon dolayında olduğu tahmin ediliyordu. İlk nüfus sayımının yapıldığı 1927 yılında ise nüfus 13.649.945 olarak sayılmıştı. Bu gerçeklerden hareketle 1920'li yıllardan 1965 yılına kadar ülkemizde "**pronatalist**" politika, yani doğumları teşvik ederek nüfusu arttırıcı politika izlenmişti. O dönemlerde geleneksel doğum kontrolü dışındaki yöntemler yasaktı, rahim tahliyesine *(küretaj)* ancak annenin ya da fetüsün yaşamının sağlık yönünden tehdit edildiği durumlarda izin verilirdi, doğumları teşvik amacıyla vergi muafiyetleri, çocuk yardımları, yılın annesi seçimi gibi maddi ve manevi ödüller uygulanırdı.

Daha önce de açıklandığı gibi 1965 yılında ülkemizde "**antinatalist**" *(doğumları sınırlandırıcı)* politikaya geçildi ve 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun kabul edildi. Bu yasanın iki önemli sorunu vardı: Rahim içi araç (RİA) takma yetkisi yalnızca eğitim görüp sertifika alan hekimlere verilmişti ve rahim tahliyesine izin verilmiyordu.

Birinci sorunu çözebilmenin en akılcı yolu hekimdışı sağlık personeline *(hemşire, ebe)* de RİA takma yetkisinin verilmesiydi. Ancak, dönemin Sağlık Bakanlığı yetkilileri bu personelin yetkilendirilmesinin sakıncalı olacağını düşünüyordu. O nedenle ebe ve hemşi-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 49 23.11.2023 13:18

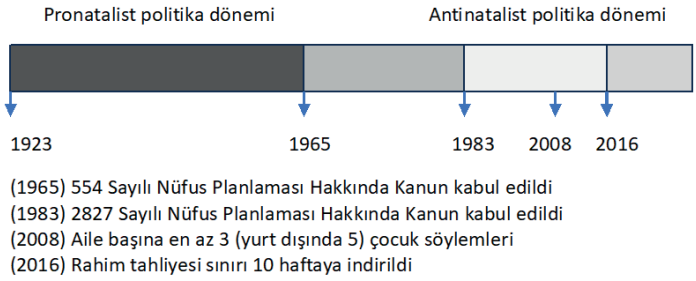
relerin eğitildikleri takdirde RİA takabileceklerinin kanıtlanması gerekiyordu. Bu amaçla Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının da katkılarıyla 1978 yılında önce Ankara - Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesinde, daha sonra on ilde yapılan araştırmalarla bu kanıtlar elde edildi (Tokgöz, Akın, 1983). Sonuç olarak 1983 yılında **2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun** çıkartıldı. Bu yeni kanunda RİA takma yetkisi sertifikası olan hekim, hemşire ve ebelere verildi, ayrıca rahim tahliyesi serbest bırakıldı. Yasaya bağlı olarak çıkartılan tüzükte evli olan kadına rahim tahliyesi uygulayabilmek için eşinin de oluru şart koşulurken, evli olmayan bir kanının tek başına rahim tahliyesi talebinde bulunabileceği yazılıydı *(sosyal endikasyon)*.

Bu yasanın uygulanması büyük bir rahatlık getirmişti. Antinatalist politikaya geçilen 1965 yılından sonra hızla düşmeye başlayan doğurganlık hızları daha da hızlandı. Ancak, 2003 yılından sonra AKP hükümetleri döneminde bu uygulamada geriye dönüş söylevleri duyulmaya başlandı. Bu söylemlerden ve girişimlerden ikisi önemlidir:

- Zamanın Başbakanı *(daha sonra Cumhurbaşkanı)* olan Recep Tayyip Erdoğan 2008 yılında toplanan V. Aile Şurasında bütün ailelerin en az 3 çocuk sahibi olmalarının yaşlanan ülke nüfusunu yeniden gençleştirmek için yararlı olacağını dile getirdi (Şener, 2014). Bu söyleve diğer yetkililer de katıldı. Başbakan daha da ileri giderek yurt dışındaki Türk ailelerinin en az 5 çocuk sahibi olmaları gerektiğini vurguladı. En üst düzeylerde dile getirilen bu söylev, bazı sağlık çalışanlarını etkiledi ve doğum kontrolü hizmetlerinde bir gerileme gözlenmeye başlandı. Böyle olmakla birlikte istatistikler canlı doğum sayısında bir artış olmadığını, hatta toplam doğurganlık hızının azalmaya devam ettiğini göstermekteydi. TÜİK verilerine göre 2001 yılında 2.38 olan toplam doğurganlık hızı 2022 yılında 1.69'a kadar düştü.
- İkinci girişim rahim tahliyesinin yasaklanması konusunda oldu. 2000'li yılların başında rahim tahliyesinin gebeliğin 12. haftasına kadar yapılabilmesine izin veriliyordu. Zamanın Başbakanı "her kürataj bir Uludere'dir" diyerek Uludere'de yaşan talihsiz katliama gönderme yaparak rahim tahliyesinin bir katliam *(cinayet)* olacağı görüşünü ileri sürdü. Bunun üzerine ülkemizde sağlık, akademik ve din çevreleri başta olmak üzere halk arasında ciddi tartışmalar oldu. Buradaki asıl itiraz dini yönden yapılmaktaydı. Buna göre anne karnındaki bebeğin tenine *(bedenine)* ruh üflendiği için canlı olduğu ve kürataj ile bu canlının öldürülmüş olacağı ileri sürülüyordu. Sonunda din çevrelerinin *(ulemalar)* 120 güne kadar tene ruh üflenmediğini söylemeleri üzerine (Ertin, Özaykal, 2019) toplumdan ve bilim dünyasından gelen karşı çıkmalar sonunda 1983 yılında çıkartılmış olan "Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesi Hakkında Tüzük" 26 Temmuz 2016 tarihinde değiştirilerek bundan böyle rahim tahliyesinin gebeliğin ilk 10 haftası içinde yapılabilmesine ilişkin düzenleme yapıldı. Rahim tahliyesi yasaklanmadı.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 50 23.11.2023 13:18




**Şekil 9.** Türkiye'de nüfus politikası dönemleri

## 2.3. Sağlık Politikalarının Kilometre Taşları

Yukarıda açıklanan sağlık politikalarının düzenlenmesi ve uygulanmasıyla ilgili olaylar ve kabul edilen mevzuat kronolojik olarak aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

**Tablo 5.** Türkiye'de sağlık politikalarında kilometre taşları (Politikalar özeti)

| Dönem | Politikalar ve Kilometre Taşları |
|---|---|
| **Kuruluş Dönemi (Cumhuriyet öncesi TBMM dönemi)** | • Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı – SSYB)) kuruluşu (3 Mayıs 1020)<br>• Ülkedeki sağlık altyapısının saptanması amacıyla envanter çalışmaları yapıldı<br>• İstanbul hükümetinden sağlıkla ilgili mevzuat sağlandı ve yasal altyapının oluşturulmasına çalışıldı<br>• Osmanlı dönemindeki "memleket tabiplikleri" "hükümet tabilikleri" şeklinde yeniden örgütlendi. (1920)<br>• Tababet-i Adliye kanunu çıkartıldı (1920)<br>• Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu çıkartıldı (1921)<br>• Karantina İdaresi SSYB'ye bağlandı (1922)<br>• Sıtma mücadelesine ağırlık verildi<br>• Aşı üretimi tapıldı<br>• Ebe ve hemşire eğitimi düzenlendi |
| **Refik Saydam Dönemi (Dikey örgütlenme dönemi, 1923 – 1940)** | • Tıp talebe yurtlarında kalanlara zorunlu hizmet uygulaması başladı (1923)<br>• Numune hastaneleri kuruldu (1924)<br>• "Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesi Hakkında Kanun" çıkartıldı (1928)<br>• 1219 sayılı "Tababet ve Şuabat- ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun çıkartıldı (1928)<br>• 839 sayılı Sıtma Mücadelesi Hakkında Kanun çıkarıldı (1926)<br>• 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu çıkarıldı (1928)<br>• 1593 Sayılı Umumi ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"<br>• Hıfzıssıhha Kanunu kabul edildi (1930)<br>• Sıtma, trahom, frengi-lepra dikey örgütlerinin kuruldu<br>• Köy Kanunu ile muhtarlığın sağlıkla ilgili görevleri belirlendi<br>• Hususi Hastaneler Kanunu çıkarıldı (1933)<br>• 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu çıkartıldı (1936)<br>• Hıfzıssıhha Okulu açıldı (1936)<br>• 1262 sayılı Türk Kodeksi Hakkında yasa çıkarıldı (1936) |



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 51 23.11.2023 13:18

| Dönem | Politikalar ve Kilometre Taşları |
|---|---|
| **1940'lı yıllar / Behçet Uz'lu yıllar** | • Köy Enstitüleri kurulmaya başlandı (1940)<br>• Köy Enstitüleri kız öğrencileri arasından seçilip Köy Ebe Mekteplerinde eğitim alanlar "birinci sınıf köy ebesi" olarak göreve başladılar, erkek öğrenciler "köy sağlık memuru" olarak çalıştırıldılar (1943)<br>• Olağanüstü Sıtma Kanunu çıkartıldı (1945)<br>• Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kuruldu (1946) İşçiler için sosyal güvenlik sistemi kuruldu.<br>• Türkiye Dünya Sağlık Örgütünün Anayasasını onayladı ve üye oldu (10 Haziran 1947)<br>• Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumunun kurulmaya başladı (1947)<br>• Sağlıkta planlı döneme geçiş çabaları oldu<br>• Milli sağlık planı hazırlandı (Behçet Uz planı) (1946 – 1947)<br>• Nüfusa göre örgütlenme önerisi ilk kez yapıldı (Behçet Uz)<br>• Sağlık Bankası (sağlık sigortacılığı) kurulması önerildi (Behçet Uz)<br>• İlk SSK İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Hastanesi İstanbul Nişantaşı'nda kuruldu (1949)<br>• "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi" Bakanlar Kurulu tarafından onaylandı (6 Nisan 1949)<br>• 5434 Sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunun kabul edilmesi (1949) |
| **1950'li yıllar / Demokrat Parti Dönemi (Hastane furyası dönemi)** | • Tedavi hizmetlerine öncelik verilmeye başlandı<br>• 5502 Sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu çıktı (1950)<br>• SSK hastanelerinin kurulması hızlandı (1952)<br>• Uzmanlaşmaya yönelim arttı<br>• Belediye hastanelerinin çoğu (Özel İdare Hastaneleri) Sağlık Bakanlığına bağlandı<br>• Bazı kamu kurumları kendi hastanelerini açıp işletmeye başladı<br>• Uzmanlara daha yüksek ücret ödenmeye başlandı<br>• 1952 yılında SSK'nın sağlık hizmeti vermeye başlamasıyla, Refik Saydam dönemindeki "Ülkedeki Sağlık Hizmeti ve Sağlık Personeli İstihdamının Sağlık Bakanlığınca yerine getirilmesi" anlayışının dışına çıkıldı. 6023 sayılı kanun ile Türk Tabipleri Birliği (TTB) kuruldu (1953) (TTB, bünyesinde 1985 yılına kadar diş hekimleri de bulunurdu)<br>• 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu çıkarıldı (1954)<br>• Türk Eczacıları Birliği kuruldu (1956)<br>• Halk sağlığı uzmanlık eğitiminin başlandı (1958) |



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 52 23.11.2023 13:18

| Dönem | Politikalar ve Kilometre Taşları |
|---|---|
| **Sosyalleştirmenin erken Dönemi (1961 – 1983)** | • Verem Savaş genel Müdürlüğü kuruldu (1960)<br>• 5 yıllık kalkınma planları hazırlıkları başladı<br>• Devlet Planlama Teşkilatı kuruldu (1961)<br>• Yeni bir Anayasa kabul edildi (1961)<br>• Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıktı (1961)<br>• Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi (MEHTAP) raporu yayınlandı (1963)<br>• Etimesgut Eğitim ve Araştırma Bölgesi kuruldu (1964)<br>• Pronatalist politikadan vazgeçilerek antinatalist politikaya geçildi. 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkartıldı (1965) (Daha sonra 1983 yılında 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile güncellendi)<br>• 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunun kabulü (Bağ-Kur) (1971)<br>• Tam gün çalışma kanunu çıkartıldı (1978)<br>• Dünya Bankasında "Sağlık ve Beslenme" birimi kuruldu (1978)<br>• Tıpta uzmanlık tüzüğünün güncellendi / Halk sağlığı uzmanlığının Tüzüğe eklendi<br>• 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun kabul edildi (1981)<br>• "Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü"nün adı "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" olarak değiştirildi (1981)<br>• "Sosyalleştirme Daire Başkanlığı" kapatılarak görevleri Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredildi (1982)<br>• 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu çıktı (1983)<br>• Kan ve Kan Ürünleri Kanunu kabul edildi. Özel kan bankalarının açılması yasaklandı (1983)<br>• O zamana kadar Temel Sağlık Hizmetlerine bağlı olarak çalışan Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü bağımsız daire başkanlığı oldu ve doğrudan Bakanlık Müsteşarlığına bağlandı (1983) |
| **Sosyalleştirmenin geç dönemi (1984 – 2004)** | • "Tababet Uzmanlık Sınavı" (TUS) başladı (1987)<br>• Dünya Bankasının kredileriyle desteklenen sağlık projeleri başlatıldı (1989)<br>• Bakanlığın adı "Sağlık Bakanlığı" olarak değiştirildi (1989)<br>• Yoksul kişiler için "yeşil kart" uygulaması başladı (1992)<br>• Türkiye poliodan arındı (1998)<br>• DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından "Sağlık 21" hedeflerinin açıklanmasından sonra "Herkese sağlık Türkiye'nin hedef ve stratejileri" yayınlandı (2001) |



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 53 23.11.2023 13:18

| Dönem | Politikalar ve Kilometre Taşları |
|---|---|
| **Sağlıkta dönüşüm dönemi (2003 yılı sonrası)** | • Aile hekimliği modeline geçildi. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun çıktı (2004)<br>• Sağlık çalışanlarının ücretlendirmelerinde "performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi sistemi başladı (2004)<br>• SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri (2005)<br>• **Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı kurumları birleştirilerek** Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kuruldu (2006)<br>• Sağlık yatırımları için kamu özel işbirliği yasası kabul edilmesi (2005)<br>• Sağlıkta ayaktan müracaatlar için katılım payı uygulaması başladı (2009)<br>• Sağlık sektöründe "kamu-özel ortaklığı" sistemi başlatıldı. Bu çerçevede büyük şehir hastaneleri inşaatları başladı (2010)<br>• "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ" yayınlandı (2010)<br>• Özel hastanelere ödenen ek ücretlere sınırlama getirildi (2010)<br>• Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun adı "Aile Hekimliği Kanunu" olarak değiştirildi (2011)<br>• Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kapatıldı (2011)<br>• 663 sayılı kararname ile Sağlık Bakanlığı örgütü değişti; 4 adet katma bütçeli kurum oluşturuldu; bunlardan birisi de "Halk Sağlığı Kurumu" oldu (2012)<br>• Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve taşrada Kamu Hastane Birlikleri kuruldu (2012)<br>• Hekim seçme serbestliği anlayışı çerçevesinde vatandaşların istedikleri hekime başvurmalarının önü açıldı. Böylece, basamaklı sağlık sistemi ve hasta sevki uygulaması fiilen sona erdi. (2013)<br>• Özel Hastanelerin vatandaştan alacağı farkın %90'dan %200'e çıkarıldı (2013)<br>• Anayasa Mahkemesi Genel Kurulu, aşı yapılabilmesi için kişinin (ya da ailesinin) izninin alınması gerektiğine hükmetti (2015)<br>• Asker hastaneleri ve GATA Sağlık Bakanlığına devredildi (2016)<br>• Halk Sağlığı Kurumu kapatılarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü kuruldu (2017)<br>• Taşra teşkilatı yeniden yapılandırıldı; il sağlık müdürlükleri bünyesinde halk sağlığı ve kamu hastaneleri başkanlıkları oluşturuldu (2017)<br>• Sağlık Bakanı, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda yaptığı konuşmada, bundan böyle Şehir Hastanelerinin kamu kaynakları ile yapılıp işletileceğini, böylece özel şirketlere kira ve yatak işgal garantisi nedeniyle ödeme yapılmayacağını açıkladı. (13.11.2019)<br>• "Sağlık Hizmetleri Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" kabul edildi. Böylece, sağlık personeline karşı şiddet olaylarındaki yaptırımlar arttırıldı. (15.04.2020) |

## 2.4. Sağlık Politikaları ve Yönetim Sorunları

Aşağıda belirtilen sorunlar evrensel halk sağlığı ilkeleri, Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, T.C. Anayasası ve gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin ilkeleri dikkate alınarak belirlenmiştir. Kuşkusuz, burada sıralanan bazı sorunlar mevcut politikaları destekleyen kişiler ya da başka uzmanlar tarafından birer sorun olarak görülmeyebilir, hatta, tam tersine olumlu olarak da değerlendirilebilir. Bu çok doğaldır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 54 23.11.2023 13:18

Çünkü, halk sağlığı bakışıyla tek bir doğru olamaz. Sorunlar sosyal, kültürel ekonomik ve coğrafi koşullar dikkate alınarak belirlenmelidir. Bir ülke ya da yörede doğru olarak kabul edilen bir politika başka bir yerde sorun olarak değerlendirebilir. Ancak, halk sağlığı ve sağlık yönetimi konusunda deneyimli uzmanların aşağıda belirtilen sorunların büyük çoğunluğuna katılacağı söylenebilir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri konusunda özellikle son 20 yıl içinde "sağlık reformu" adı verilen yaklaşımla başlayıp aile hekimliği, performans sistemi, kamu-özel ortaklığı ve şehir hastanelerinin kuruluşuna kadar uzanan çok ciddi ilkesel ve stratejik politika yanlışları yapılmıştır. Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında yapılacak iyileştirici girişimleri planlarken ve politikalara karar verirken çağdaş sağlık hizmetleri anlayışına uymayan bu uygulamaların ve sakıncalarının bilinmesi gerekir.

1. **Plansızlık ve sık mevzuat değişikliği**: Son 20 yılda sağlık politikalarındaki genel yaklaşım "göç yolda düzülür" anlayışıyla işleri tam olarak planlamadan yola çıkmak, gelişmelere göre sık sık kurallar değiştirerek devam etmektir. Çıkartılan kanunlar kısa olmuş, ayrıntılar yönetmeliklerle düzenlenmiştir. Yönetmelik değişikliği göreceli olarak hızlı ve kolay olduğundan kurallar da çok sık değişmiştir. Kaldı ki, yapılan değişikliklerin kanıta dayanan kararlar olduğu ve bilimsel "hizmet araştırmaları" ile desteklendiği de söylenemez.

2. **Yatak doluluğunu hizmet sanan anlayış**: Sağlık hizmetlerinin temel amacı insanları hasta yapmamaktır. Oysa günümüzde şehir hastanelerinin ayakta durabilmeleri ve işleten şirketlerin işe devamlarını sağlayabilmek için, adeta, insanların hastalanması ve hastane yataklarını doldurmaları istenmektedir. Şehir hastanelerine yüzde 70 yatak doluluğu garantisi verilmesinin nedeni budur. Unutulmaması geren husus, sağlık hizmetlerinin başarısının hastanelerin doluluğu ile değil boşluğu ile ölçülmesi gerektiğidir.

3. **Aile hekimleri aileden sorumlu değil**: Sağlık ocaklarının yerine kurulan "aile hekimliği" sistemi ailenin bütününe hizmet etmemektedir. Aile bireylerinin her biri başka bir aile hekimine kayıtlı olabilmektedir. Yani, bu sistemde aile bütünlüğü gözetilmemiştir, aile hekimleri aslında "bireysel hekimlik" hizmeti görmektedir. Aile hekimlerinin coğrafi anlayışla *(bölge tabanlı)* örgütlenmemesi bu sorunun temelindeki etmendir.

4. **Aile hekimliği sisteminde karmaşıklık ve yetersizlik**: Aile hekimleri sözleşmeli hekim statüsündeki özel hekimlerdir. Ama birlikte görev yaptığı aile sağlığı çalışanı *(elemanı)* ve kendilerine bağlı olan sağlık evlerinde çalışan ebe ya da hemşire memur statüsündedir. Aile hekimleri ile ilçe sağlık müdürlüğü arasında hiyerarşik bağlantı yoktur. İlçe sağlık müdürleri bölgeleriyle ilgili verilere bile ulaşamamaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışması gereken aile hekimliği uzmanlarının çoğu hastanelerde görev yapmaktadır. ASM'lerin teşhis ile ilgili tıbbi donanımları yetersizdir. Halk bu nedenle birinci basamağa değil, hastanelere başvurmayı tercih etmektedir.

5. **Kırsal bölgeler açısından eşitsizlikler:** Türkiye'de yaklaşık 80.000 yerleşim yeri vardır. Bunların 36.000 kadarı köydür *(muhtarlık). (Büyük şehir belediyelerin olduğu 30 ilde köyler mahalle adını almıştır).* İl ve ilçe merkezleri ile beldeler hariç tutulduğun-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 55 23.11.2023 13:18

da çok sayıda mezra biçiminde küçük yerleşim yeri olduğu görülmektedir. Mevcut aile hekimliği modelinde kırsal bölgelerde yaşayan halkın hizmet almaları kentlerde yaşayanlara kıyasla göreceli olarak yetersizdir. Aile hekimlerinin kırsal bölgelerdeki kişileri kendi araçlarıyla ziyaret etmeleri istenmekle birlikte bu hizmetin düzgün ve verimli biçimde yürütüldüğü söylenemez. Halen 6500 dolayında "sağlık evi" bulunmakla birlikte sağlık evleri fiili olarak sistem dışındadır.

6. **Hizmet basamaklarının parçalanması**: 2013 yılında "hekim seçme özgürlüğü" adı altında yürürlüğe giren anlayış nedeniyle, eskiden ilk başvurularını sağlık ocaklarına yapıp hekim tarafından gerekli görülürse hastaneye sevk edilen hastalar doğrudan ikinci, hatta üçüncü basamaktaki uzman hekimlere başvurmaya başladılar. Böylece, kademeli sağlık sistemi *(hasta sevk sistemi; hasta triyajı; hasta filtreleme sistemi)* ortadan kaldırılmıştır. Artık ülkemizde basamaklı sağlık hizmetlerinden söz edilemez.

7. **Ticarileşme ve performans uygulaması**: Günümüzde ülkemizdeki bütün sağlık kuruluşları birbirinin ticari rakibidir. Sağlık kuruluşları hasta sayılarını arttırabilmek için reklam yapabilmekte, kendilerinin diğer hastanelerden daha iyi olduklarını söyleyebilmektedir. Özel hastaneler hekim sözleşmelerine gelir kotası koymaktadır**.** Çünkü özellikle hastanelerde ödenen ücretler "performans" sistemine göre ödenir. Yani ne kadar çok hasta bakılırsa, ne kadar çok tetkik ve tıbbi girişim yapılır ve hastaneye ne kadar çok gelir sağlanırsa o kadar yüksek ücret alınır. O nedenle, hastane yöneticilerinin başta gelen hedefi hastanenin gelirlerini arttırmaktır. Bu uygulama "hekim seçme serbestliği" ile birlikte ele alındığında şöyle bir durum ortaya çıkmaktadır: Bir yakınması olan kişi kendinde hangi hastalık olabileceğini tahmin eder *(kendisine bir tanı koyar)* ve tanıya uygun bir uzman hekime başvurmaya karar verir. Örneğin, başı ağrıyan kişi kendisinde beyin tümörü olduğu kanısına *(evhamına)* varırsa, beyin cerrahına *(tercihen profesör)* başvurur. Cerrah yaptığı muayenede hastanın baş ağrısının "hipertansiyon" nedenli olduğunu anlasa bile hastayı bir kardiyoloğa göndermeden önce beyin tümörü açısından tetkikleri de yapmayı ihmal etmez. Bunun bir nedeni hastaneye gelir getirmek, diğeri ileride bu kişide beyin tümörü gelişme olasılığına karşı kendisini "malpraktis" suçlamasından korumak için hastada şu anda tümör bulunmadığına ilişkin kanıt derlemektir. Buna "savunma tıbbı" denir. Artık ülkemizde bacağı ağrıyanlar ortopedi, döküntüsü olanlar dermatoloji, boğazı ağrıyanlar KBB, öksürenler göğüs hastalıkları uzmanına başvuruyor. Oysa bu kişilerin hepsinin önce birinci basamağa başvurması gerekirdi. Çünkü birinci basamağa başvuran hastaların en az yüzde 90 kadarına bu basamaktaki hekimler tanı koyabilir ve tedavi edebilirler. Bütün bu yanlış başvuruların sonucunda,

   (a) Uzman hekimler gereksiz yere meşgul edilmektedir;

   (b) Uzmana ihtiyacı olan hastalara haksızlık yapılmaktadır;

   (c) Muayene süreleri kısalmaktadır;

   (d) Hekim kesin tanı koyacak zamanı bulamamaktadır;

   (e) Olası tanılar üzerinden tedavi yapmak zorunda kalmaktadır;

   (f) Gereksiz tetkikler ve girişimler yapılmaktadır;



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 56 23.11.2023 13:18

(g) Sağlık harcamaları artmaktadır;

(h) Cepten harcamalar artmaktadır.

8. **Kamu – özel ortaklığı felaketi**: Kamu-özel ortaklığı çerçevesinde yapılan şehir hastaneleri ülkemizde sağlık hizmetlerinin ticarileşmesinin somut örneğidir. Bu hastaneler aynı zamanda kuruluş gerekçeleri, yönetilemez biçimde büyük oluşları *(1500 – 2000 hasta yatağı),* erişilmesi güç lokalizasyonları açısından bir planlama hatası örneğidir. Bu hastanelerin işletilmesindeki en ciddi ilkesel sorun, sağlık hizmetlerinin temel ilkelerine ters bir şekilde verilen hizmet garantileridir. Şehir Hastanesi Sözleşmelerindeki "Tarafların Hak ve Yükümlülükleri" başlıklı 7'nci maddenin 7.12'nci fıkrasına göre, "*İdare, Şirket İşletme Dönemi boyunca Miktara Bağlı Hizmetler için Miktara Bağlı Hizmetler başlıklı Bölüm B'de liste halinde belirtilen* yıllık yüzde 70 doluluk oranına göre hesaplanan aynı miktarların ödenmesini ilgili ayda gerçekleşen hasta yatak doluluk oranına bakılmaksızın garanti etmektedir. İdare, garanti edilen miktarların aşılması halinde aşılan miktarlara ait ödemenin tamamını yapacağını kabul ve taahhüt eder" denilmektedir. *(Hizmet garantisi verilen işler arasında görüntüleme, laboratuvar gibi işler vardır.)* Bu maddenin anlamı, şirketin zarar etmemesi ya da yeteri kadar kâr elde edebilmesi için idarenin *(Sağlık Bakanlığı)* şehir hastanelerine poliklinik ve yatan hastalar için yüzde 70 oranında hizmet garantisi verdiğidir. Öyle ki, bu garantinin sağlanması için şehir hastanelerinin kurulduğu kentlerde, kent içindeki hastanelerin bir kısmı kapatılmıştır. Oysa sağlık hizmetlerinin asıl amacı insanları hastalıklardan korumak ve hastanelere başvurmalarına gerek duymamalarını sağlamaktır. Hizmet garantisinin anlamı ise, bunun tam tersine kişilerin hastalanıp hastaneye başvurmalarını ummaktır. Böyle bir hizmet anlayışı kabul edilemez. Ayrıca, şehir hastanelerini işleten şirketlerden kira almak yerine devletin şirketlere ödeme yapması da kabul edilemez. Ülkemizde sağlık alanındaki kamu-özel ortaklığı ve şehir hastaneleri uygulaması ekonomik açıdan birer "kara delik" haline gelmiştir ve ülkemizdeki sağlık harcamalarının artışındaki en önemli nedendir.

9. **Finans politikaları:** Türkiye, OECD ülkeleri içinde, GSYIH içinde sağlığa ayırdığı %5 dolaylarındaki payla en düşük orana sahiptir. Öte yandan kâr odaklı hizmet politikaları nedeniyle sağlık harcamaları giderek artmaktadır. Türkiye'de yaşanan sorun, hizmet veren şirketlerin kârlarının, katkı payı, ek sigorta ya da diğer adlar altında vatandaşlara yansıtılmasıdır. SGK bütçe açığını kapatabilmek için halen hastalardan 10 çeşit katkı payı *(ilaç, muayene, tetkik vb)* almaktadır. Ülkemizdeki sosyal güvenlik sistemi tedavi edici hizmetleri *(hastalıkları*) finanse eden bir yapıdadır. Koruyucu hizmetlerin bazıları *(HPV aşıları, periyodik muayeneler, taramalar vb)* bu hizmetin dışında kalmaktadır.

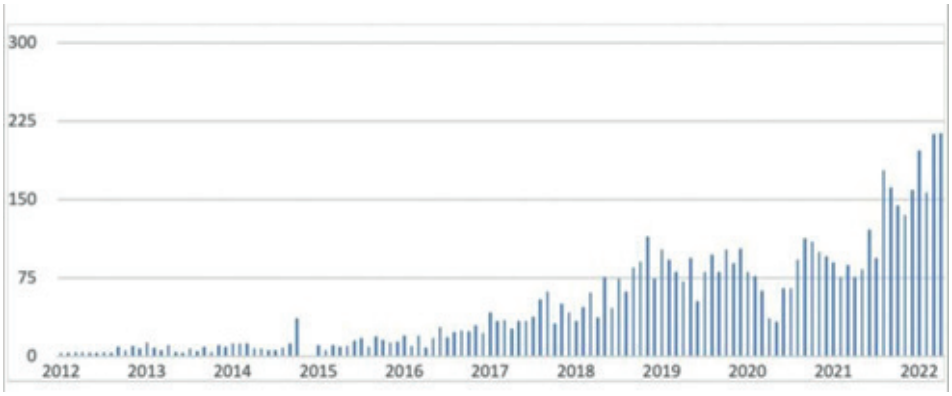
10. **Şeffaf olmayan yönetim:** Sağlık Bakanlığının çok sayıdaki verisine ulaşmada güçlükler vardır. Bu konudaki en iyi örnek Covit-19 pandemisi döneminde açıklanmayan vaka ve ölüm sayılarıdır. Öte yandan, bir il ve ilçe sağlık müdürünün bile kendi yöresindeki verilere ulaşabilmesi Sağlık Bakanlığının iznine bağlıdır.

11. **Personel eğitimi ve istihdamı sorunları**: Ülkemizde uzunca bir süredir sağlık insan gücü planlaması, eğitimi ve istihdamı konularında sorunlar yaşanmaktadır. Bunun



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 57 23.11.2023 13:18

sonucunda bazı meslekler *(eczacı, diş hekimi, veteriner hekim gibi)* için işsizlik derecesine varan fazlalık, buna karşılık bazı mesleklerde *(hemşirelik gibi)* yetersizlik söz konusudur. Türkiye'de bir hekime karşılık 1,1 hemşire vardır. Hemşire sayısının hekim sayısının en az üç katı olması beklenir. Bununla birlikte hemşire atamalarındaki hantallık ve bir kısım hemşirelerin işsiz kalmaları açıklanması zor bir durumdur. Hekimler için "devlet hizmeti yükümlülüğü" *(zorunlu hizmet)* uygulaması da ayrı bir sorundur. İstihdamın çağdaş ilkesi özendirerek çalışma olmalıdır. Hekimler ülkemizdeki hizmet koşullarından, gördükleri muameleden, şiddetten ve özlük haklarından memnun değillerdir ve ülke dışında çalışmak için başvuran hekimlerin sayısı giderek artmaktadır. TTB, yurt dışında çalışmak üzere 2022 yılında iyi hal belgesi talep eden hekim sayısının bir önceki yıla göre %91 oranında artarak 2685 olduğunu açıkladı. Aile hekimliği modeli, sağlık ocaklarındaki geniş bir ekip varlığının aksine yalnızca iki kişiden *(hekim ve aile sağlığı çalışanı)* oluşan bir grup hizmetine indirgenmiştir. Başta hemşireler olmak üzere hekimdışı sağlık personelinin eğitim aşamalarında staj yapabilecekleri yerlerin bulunmasında sınırlamalar vardır. Bu personelin *(tıp eğitiminde de benzer sorun vardır)* staj eğitimlerinde nitelik sorunu vardır. Hekim ihtiyacı ileri sürülerek, alt yapıları ve öğretim üyeleri eksik olduğu halde, çok sayıda tıp fakültesi açılmıştır. Politik gerekçelerle ve plansız olarak açılan tıp fakülteleri nedeniyle, verilen eğitim yetersiz kalmakta, öğrenciler klinik tıp eğitimi ile Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) arasında sıkışıp kalmaktadır. Uygulanan politikalar sonucu birinci basamak hekimliği, halkın algısında değer yitimine uğratılmış, tüm tıp öğrencileri uzmanlığa yönelmiştir. Tıpta Uzmanlık Sınavı, beceri ve yetkinlikleri ölçmeyip, tamamen bilgi ölçümüne dayalıdır. İnsan sağlığının sorumluluğunu alacak hekim adayları, birinci sınıftan itibaren dershanelere gitmeye başlamıştır. TUS baskısı eğitimi yönlendirmeye başlamıştır.




**Şekil 10.** Türk Tabipleri Birliğinden "iyi hal kağıdı" almak için başvuran hekimlerin yıllara göre sayıları

12. **Liyakatsiz yöneticiler:** Sağlık kuruluşlarında yönetici yetiştirmek yerine sınama yoluyla yönetici atanması uzun yıllardır ülkemizin temel sorunlarındandır. Halk sağ-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 58 23.11.2023 13:18

lığı uzmanlarının verimli biçimde istihdam edilmemeleri bu sorunun temelindeki etmendir.

13. **Özlük haklarında dengesizlik:** Özellikle üniversitelerde çalışan akademik personel ile Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda görev yapan sağlık personeli arasında eşitsiz ödemeler söz konudur. Aynı kıdem ve niteliklere sahip bir doktor öğretim üyesi, doçent ya da profesörün Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastane ya da yönetim biriminde aldığı aylık ücret üniversitelerde *(özellikle vakıf üniversitelerinde)* ödenen miktardan 2-3 kat daha fazladır. Bu nedenle üniversiteler nitelikli eleman kaybı yaşamaktadır. Aynı sorun nedeniyle özellikle vakıf üniversitelerinde araştırma görevlisi istihdamında da sorunlar yaşanmaktadır.

14. **İş sağlığı ve güvenliği özel sektöre emanet:** Ülkemizdeki işyerlerinin yüzde 99 kadarında 50'den daha az işçi çalıştırıldığından "işyeri ortak sağlık birimi" uygulaması gereksinmesi fazladır. Bu alanda çalışan özel şirketlerin sayıları giderek artmaktadır. Yani, ülkemizde bu alandaki hizmetten kamu kurumları çekilmiş ve ortamı özel sektöre devretmiş görünümündedir. Yürürlükteki mevzuata göre iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın sorumluğundadır. Bu sorumluluğun Sağlık Bakanlığına devri benimsenmiş ve adı geçen hizmetlerin TSM bünyesinde yürütülmesi kabul edilmiş olmakla birlikte bir belirsizlik söz konusudur.

15. **Çevre ve çevre sağlığı sorunları:** Çevre sağlığı sorunları yönünden, Türkiye hızlı sanayileşen ve kentleşen toplumların özelliklerini taşımaktadır. Sağlıksız konutlarda barınma, atıkların toplanması ve yok edilmesindeki yetersizlik, yetersiz içme ve kullanma suyu, çok sayıda kentte hava kirliliği önemli sorunlar olarak devam etmektedir. Ayrıca özellikle sanayi atıklarının neden olduğu akarsu ve deniz kirliliği ile büyük kentlerde giderek artan gürültü kirliliği diğer çevre sorunlarıdır. Buna karşılık çevre sorunlarına müdahale edecek kuruluşların yetki ve sorumluluklarında bir karmaşa yaşanmakta, birçok alanda çevrenin korunması göz ardı edilmekte, ülke adım adım çevresel felaketlere hazırlanmaktadır.

16. **Gıda kontrol hizmetlerindeki sorunlar:** Daha önce gıda denetimleri Sağlık Bakanlığının sorumluluğunda iken, çıkartılan bir yasa ile bu görev Tarım Bakanlığına devredilmiştir. Bu bakanlık sözü edilen hizmetleri henüz yeterli olarak yürütememektedir. Kaldı ki, bu hizmetler kırsal bölgelerde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmeye devam etmektedir. Yetki karmaşasından hayvansal ve bitkisel gıda üretiminin ve tüketimin yeteri kadar kontrol edilememesi nedeni ile hayvanlardan insanlara geçen hastalıklar *(zoonozlar)* artmıştır. Şimdiki uygulamada Tarım ve Sağlık Bakanlıkları ile belediyeler arasında yetki karışıklığı sürmektedir.

17. **Meslek birliklerinin dışlanmışlığı**: Sağlık Bakanlığı ile meslek kuruluşları arasında soğukluk olduğu ve işbirliği yapılamadığı açıktır. Meslek birlikleri görüşlerini uygulamaya yansıtamamaktadırlar. Bu kuruluşlarla ilgili yasalarda onların faaliyetlerini sınırlayan hükümler yer almaktadır. Bu birliklerin kurulmasının temelini oluşturan dayanak 1928 ve 1930 yıllarında çıkartılmış yasalardır. O tarihlerde yalnızca üniversite düzeyinde eğitim alan mesleklere *(hekim, diş hekimi, eczacı, veteriner hekim)* bir-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 59 23.11.2023 13:18

lik kurma izni verilmişti. Günümüzde bu koşullar değişmiştir. Özellikle kalabalık bir sağlık meslek grubunu oluşturan hemşirelerin meslek birliği olmaması bir eksikliktir. Sağlık meslek birliklerinin kendileri ve toplumun sağlığına ilişkin kararların alınmasına, yasaların çıkartılmasına etkili biçimde katılmaları sağlanmalıdır.

18. **Teknolojide dışa bağımlılık**: Ülkemizde sağlık hizmetleri ile ilgili politika yanlışlıklarından birisi de aşı, ilaç ve tıbbi araç-gereç sağlama konusunda diğer ülkelere bağımlı olunmasıdır. Özellikle aşı üretiminin ekonomik kaygılar nedeniyle durdurulması ve ihtiyacımız olan bütün aşıların yurt dışından sağlanması büyük bir yanlışlıktır. Özellikle ilaç üretimi alanında ARGE çalışmaları son derece yetersizdir; ilaçların patentlerine sahip ülkelerle hukuksal sorunlar yaşanmaktadır. İlaç ve tıbbi araç-gereç üretimi konusunda da benzer bir durum vardır. Ülkemizdeki ilaç sanayi ham maddeleri ya da yarı mamul ürünleri yurt dışından getirterek yurt içinde ambalajlamaktadır. Oysa bu maddeler stratejik maddelerdir ve ülkemizin bu maddeler konusunda kendi kendine yeter durumda olması gerekir. Özellikle ilaç üretimi konusundaki patent ve AB mevzuatına aykırı durumların giderilmesi gerekir. Önemli bir sorun da ülkemizdeki bazı tıbbi cihazların plansız biçimde satın alınmış ve verimsiz kullanılıyor olmasıdır. Örneğin, yalnızca İstanbul'da bir yılda yapılan MR tetkiklerinin sayısı Birleşik Krallıkta yapılandan çoktur. Kuşkusuz bu verimsiz kullanıma yol açan faktörlerden birisi basamaklı sistemin yok olması ve performans sistemidir.

19. **Halk, sağlık hizmetlerine katılamıyor**: Bir hizmetin var olması o hizmetin halk tarafından kullanılması için yetmez. Hizmetler eğer onu kullananlar tarafından beğenilmez ve benimsenmezse verimli biçimde kullanılmaz. O nedenle hizmetler planlanırken ve yürütülürken halkın fikren katılımının sağlanması gerekir. Halkın sağlık hizmetlerine katılımı çağdaş bir yönetim ilkesidir. Halkın katılımına ilişkin mekanizmanın yöntemi her ülkenin idari ve sosyal özelliklerine göre olmalıdır. Ülkemizde geçmişte uygulanan "sağlık ocağı sağlık kurulları" modeli *(bir yönetmelikle düzenlenmişti)* ne yazık ki tam olarak işletilememiştir. Bu deneyimden yola çıkarak halkın sağlık hizmetlerine katılımı konusunda uygulanabilir politikalar geliştirilmelidir.

20. **Sektörler arası eşgüdüm ve sorumluluk**: Daha önce de belirtildiği gibi her sektörün toplum sağlığı ile ilgili doğrudan ya da dolaylı sorumluluğu vardır. Ancak ülkemizde sektörlerin bu sorumluluklarını yeterince yerine getirdikleri söylenemez. Zaten böyle bir mekanizma da yoktur. Eğer olsaydı, baca filtresi olmayan termik santraller olmazdı; bütün sanayi kuruluşlarının arıtma tesisi olurdu; depreme dayanıksız binalar yapılmazdı; genetiği değiştirilmiş gıdalar yetiştirilmezdi; orta dereceli okullarda "sağlık bilgisi" dersi zorunlu olurdu; kent içlerine kadar girmiş çimento fabrikaları bulunmazdı; siyanür kullanan ve ormanları tahrip eden altın madenlerine ruhsat verilmezdi; gıda maddeleri plastik değil cam kaplara konulurdu; kurşun boyalarla boyanmış oyuncaklar ithal edilmezdi; Ergene nehrinde biyolojik yaşam olurdu. Bu önemli konuyu dikkate alarak Dünya Sağlık Örgütü "Her Sektörde Sağlık" adıyla bir proje başlatmıştır. Bu projeye göre sektörler toplum sağlığına olumsuz etkisi olabilecek kararlar almamalı, yatırımlar yapmamalıdır. Bunu sağlayan bir mekanizma oluşturulmalıdır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 60 23.11.2023 13:18

## 2.5. Çözüm İçin İlkeler

Söz konusu sorunların çözümünde göz önünde bulundurulması gereken ve genel olarak kabul gören halk sağlığı ilkeleri şunlar olmalıdır:

- Sağlık bir insan hakkıdır ve herkese eşitlik anlayışıyla verilmelidir
- Hakları sağlamak devletin ödevi olduğuna göre, sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olarak örgütlenmelidir.
- Sağlık hizmetleri herkese erişebilmeli ve sürekli olmalıdır
- Sağlık hizmetleri ekip işidir; ekibin her üyesi önemlidir
- Toplum sağlık hizmetlerinin planlanmasına uygulanmasına fiksen katılmalıdır
- Sağlık hizmetleri, tıbbi hizmetleri de içine ana geniş bir yelpazeyi kapsar ve her sektörün sağlıkla ilgili görev ve sorumlulukları vardır
- Asıl amaç insanları hastalıklardan ve sağlık sorunlarından korumaktır; Dolayısıyla koruyucu hizmetlere öncelik verilmelidir
- En çok görülen, öldüren ve sakat bırakan sorunlara *(önemli hastalık)* öncelik verilmelidir
- Asıl risk altındaki kırılgan gruplara öncelik verilmelidir
- Birinci, ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlar arasında kademeli sevk sistemi işletilmelidir.
- Koruyucu ve iyileştiricisi hizmetler entegre biçimde verilmelidir.
- Temel ilaçlar, aşılar ve gereçler açısından ülke kendine yeter durumda olmalıdır

Yukarıda özetle açıklanan politika sorunlarının çözümü ülkemizdeki toplum sağlığı düzeyinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır. Bu çözümleri ararken şu sorulara yanıt verilmesi gerekecektir:

1. Birinci basamak nasıl olmalıdır?
2. Birinci – ikinci - üçüncü basamak ilişkileri nasıl olmalıdır?
3. Performans sistemi devam etmeli midir?
4. Şehir hastaneleri nasıl düzenlenmelidir?
5. Yerel teknoloji nasıl güçlendirilmelidir?
6. Hekim ve diğer sağlık personelinin nicelik ve nitelik planlamaları nasıl olmalıdır?
7. Her sektörde sağlık yaklaşımı nasıl sağlanmalıdır?
8. Halkın sağlık hizmetlerine katılımı nasıl sağlanmalıdır?
9. Meslek kuruluşları hizmetlere nasıl entegre edilmelidir?
10. Sağlık hizmetleri nasıl finanse edilmelidir?



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 61 23.11.2023 13:18

## 2.6. Halk Sağlığı Bakışıyla Çözüm Önerileri

Ülkemizdeki sağlık politikaları ve hizmetleriyle ilgili sorunlar fazla, çeşitli ve yoğundur. Nasıl ki, sağlık politikalarıyla ilgili olarak farklı uzmanlar arasında farklı görüşler olabilirse, bu sorunların çözümleriyle ilgili öneriler de farklı kişilerce farklı biçimlerde olabilir. Önemli olan, çözüm yollarını konunun uzmanları ve yetkililer tarafından tartışılarak kararlaştırılmasıdır. Bununla birlikte, bu sorunların çözümleriyle ilgili aşağıdaki öngörüler dikkate değerdir.

Aşağıdaki öneriler ülkemizdeki sağlık sorunlarıyla yoğrulmuş uzman kişilerce ve çeşitli ortamlarda dile getirilen önerilerden esinlenilerek hazırlanmıştır. Bu önerilerin belirlenmesinde halk sağlığının temel ilkeleri, Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi, diğer uluslararası bildirgeler ve T.C. Anayasası dikkate alınmıştır.

### 2.6.1. Yeni Kurulacak Kurum ve Kuruluşlar

- **Sağlık Bakanlığı Bilim Danışma Kurulu**: Bakanlığın kararlarının bilimsellik ilkesine uygun olmasına katkı yapacaktır. Önemli politika kararları bu kurulun onayından geçmelidir. Bu kurul halen var olan ya da gerektiğinde kurulan "aşı danışma kurulu" ya da "koronavirüs bilim kurulu", "il pandemi kurulu" gibi kurullardan farklı olarak sürekli bir kurul olmalı ve Sağlık Bakanlığının her konudaki politika ve stratejileri hakkında görüşler belirleyebilmelidir. Üyeleri arasında akademisyenler, meslek kuruluşu temsilcileri ve sivil toplumda öne çıkmış bilim insanları yer almalıdır. Bu kurul, halen şekil olarak var olan, ama işlerliğini kaybetmiş bulunan "Yüksek Sağlık Şurası" nın danışmanlık fonksiyonu da devralabilir. Kurul, gerekli görürse üniversitelerden ya da uygun görülecek yerlerden görüş alabilmelidir.
- Her bakanlıkta ve bağımsız (özerk) kurumlarda birer "**Halk Sağlığı Birimi**" oluşturulmalıdır. Söz konusu kurumun yönetimleri tarafından alınan ya da alınmak istenen kararların toplumun sağlığına zarar verip vermeyeceği bu birim tarafından incelenmeli, uygun bulunmayan engellenebilmelidir. Adı geçen birimde ağırlıklı olarak halk sağlığı uzmanları görev almalıdır. Bu birimin çalışma esasları bir yasayla belirlenmeli ve vereceği kararların uygulanabilirliği sağlanmalıdır.
- **Çevre ve Halk Sağlığı Kurumu**: Türkiye'de çevre ve halkın sağlığı ile ilgili kurumlar dağınıktır. Bu kurumlar arasında Sağlık, Tarım, Sanayi, Ticaret, Turizm, Eğitim, Maliye Bakanlıkları, belediyeler, özel sektör ve çok sayıda sivil toplum kuruluşu vardır. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı hem uygulamaları başlatan hem de son kararı veren hakemdir. Dikkate değer bir başka husus, çevre ve halkın sağlığını koruma sürecinde çok önemli bir mekanizma olan çevresel etki değerlendirme (ÇED) raporlarının hazırlanmasının da aynı Bakanlığın kontrolünde olmasıdır. Oysa, ÇED raporlarının tamamen bilimsel ve özerk bir yapı içinde ele alınması evrensel bir kuraldır. Çevre ve Halk Sağlığı Kurumu bu sakıncaları ortadan kaldırabilir. Söz konusu kurum özerk olmalı ve sektörlerin alacakları her kararda toplum sağlığına zarar vermeme ilkesine *(her politikada sağlık ilkesi)* uygun davranmalarını sağlamalıdır. Ülkemizde önerilen Türkiye Çevre ve Halk Sağlığı Kurumuna benzer "**Düzenleyici ve Denetleyici Kurumlar**" vardır *(Radyo ve Televizyon Üst Kurulu; Türkiye Tütün ve Alkol Piyasası*



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 62 23.11.2023 13:18

*Düzenleme Kurulu; Nükleer Enerji Komisyonu; Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurumu; Sermaye Piyasası Kurulu Başkanlığı, Rekabet Kurumu gibi).* Önerilen bu kurul çevre ve halkın sağlığıyla ilgili konularda karar organı sıfatıyla bir tür "Danıştay" gibi düşünülebilir.

- Başlıca üniversitelerde Halk Sağlığı Enstitüleri kurulmalıdır. Bu enstitüler, YÖK yasasında var olan enstitülerden farklı olarak mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim, araştırmalar, ARGE çalışmaları, bilimsel toplantılar, uluslararası ilişkiler gibi alanlarda da etkin olmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Halk Sağlığı Okulu etkinleştirilmelidir.
- Türk Hemşireler ve Ebeler Birliği kurulmalıdır.

### 2.6.2. Örgütlenme ve İşletme

- Yerel sağlık hizmetlerinin sunum ve yönetiminde üniversitelerle işbirliği sağlanmalıdır. Tıpkı merkez düzeyde *(Sağlık Bakanlığında)* kurulması önerilen bilim kurulunun daha az sayıdaki üyeden oluşan bir örneği il düzeyinde kurulmalıdır.
- İl ve ilçe hıfzıssıhha kurulları güçlendirilmelidir; bu kurulda Valinin ya da Kaymakamın etkileri sınırlandırılmalıdır.
- Halkın sağlık hizmetlerine katılımını sağlamak için her ilde il sağlık müdürlüğü bünyesinde bir "**Katılım Masası**" oluşturulmalıdır. Bu masada *(komisyonda)* toplum liderleri *(kanaat önderleri, meslek kuruluşları, sendikalar vb)* yer almalı ve düzenli aralıklarla toplanarak ildeki sağlık hizmetlerini tartışmalıdır. Bu komisyon ile il düzeyinde kurulması önerilen bilim kurulunun irtibat halinde olmaları sağlanmalıdır.
- Sağlık ve sosyal hizmetler alanında çalışan vakıf ve derneklerle iş birliği güçlendirilmeli, bu kurumların hizmete katkılarını ve hizmet verimlilikleri arttırmak için planlamalar yapılmalıdır.

### 2.6.3. Aile Hekimliği (Birinci Basamak Hizmetler)

- Bölge tabanlı birinci basamak hizmet uygulamasına geçilmelidir.
- Aile sağlığı merkezleri "**Sağlık Ocağı**" olarak yeniden yapılandırılmalıdır. *(Zaten halk arasında ASM'lere sağlık ocağı denilmeye devam edilmektedir.)*
- Sağlık ocaklarının *(aile sağlığı merkezlerinin /ASM)* tanı ve tedavi altyapısı geliştirilerek güçlendirilmelidir.
- Hastanelere ulaşımın zor olduğu büyük yerleşim yerlerinde birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları arasında *(bir ara basamak olarak)* "**semt poliklinikleri**" düşünülebilir.
- Birinci basamakta bir hekim ve bir aile sağlığı çalışanından oluşan ekip genişletilmelidir.
- Sağlık ocağı hekimleri *(aile hekimleri)* kamu personeli olmalıdır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 63 23.11.2023 13:18

- İlçe sağlık müdürleri aile hekimlerinin amiri olmalıdır ve bütün verilerine erişebilmelidir.
- "**Aile hekimliği uzmanları**" ağırlıklı olarak sağlık ocaklarında *(ASM 'lerde)* istihdam edilmelidir.
- Eğitim sağlık ocakları *(ASM'leri)* yaygınlaştırılmalıdır.
- Kademeli sağlık hizmetleri ***(Hasta Sevk Sistemi)*** etkili biçimde uygulanmalıdır
- Kırsal bölgelerde var olan sağlık evlerine işlerlik kazandırılmalıdır.
- Toplum ruh sağlığı merkezleri ile sağlık ocakları *(ASM)* entegre edilmelidir.

### 2.6.4. Hastaneler (İkinci ve Üçüncü Basamak Hizmetler)

- Sağlıkta kamu-özel ortaklığı uygulamasına son verilmelidir.
- Şehir hastaneleri kamulaştırılmalıdır.
- Şehir hastaneleri küçültülmelidir, yatak sayıları azaltılmalıdır.
- Hastanelerin ulaşılabilir olmaları ve daha kolay yönetilebilmeleri için kent içine serpiştirilmeleri planlanmalıdır.
- Performans sistemine son verilmelidir. Sağlık personelinin özlük haklarını koruyabilmek amacıyla adil bir "**döner sermaye**" modeli kurulmalıdır.
- Üçüncü basamak hastaneler arttırılmalıdır.
- Uzun süreli bakım evleri *(long stay hospitals)* açılmalıdır.
- Özürlü misafirhaneleri / özürlü – yaşlı kreşleri açılmalıdır.
- Evde ve uzaktan bakım hizmetleri güçlendirilmelidir.

### 2.6.5. Sağlık İnsan Kaynakları

- Sağlık insan kaynakları yetiştirme ve istihdamında planlı dönem başlatılmalıdır. İnsan gücü planlamasında YÖK, Sağlık Bakanlığı ve meslek birlikleri arasında sıkı bir işbirliği mekanizması oluşturulmalıdır.
- Zorunlu hizmet uygulamasına son verilmeli, hekim ve diğer personel atamalarında özendirici önlemler alınmalıdır.
- TUS iyileştirilmelidir.
- Sağlık yöneticilerinin istihdamında liyakat politikası esas alınmalı ve sağlık yöneticisi yetiştirilmesi programları uygulanmalıdır. Halk sağlığı uzmanlarının yönetim kademelerinde görev almalarını sağlayıcı ve bağlayıcı yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
- Aile hekimliği ile halk sağlığı uzmanlarının sayısı arttırılmalıdır.
- Bütünleşik programlar *(MD + PhD / Dt + PhD / Vet + PhD / Ecz + PhD programı)* etkili biçimde uygulanmalıdır *(Tıp; Diş Hekimliği; Veterinerlik; Eczacılık)*. Bu prog-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 64 23.11.2023 13:18

ramlar arasında özellikle halk sağlığı, epidemiyoloji, iş sağlığı ve güvenliği gibi konular yer almalıdır.

- Daha fazla tıp, diş hekimliği ve eczacılık fakültesinin açılmasına izin verilmemelidir; var olanların performansları değerlendirilerek kapatılmaları ya da birleştirilmeleri sağlanmalıdır. Sağlık personeli planlamasında nicelikten önce niteliğe önem verilmelidir.
- İngilizce dilinde eğitim veren tıp, diş hekimliği, eczacılık gibi programlar gözden geçirilip verimlilikleri değerlendirilmelidir. Verimli olmayanların sonlandırılmaları düşünülmelidir.
- Sağlık personeli yetiştiren okulların ulusal ve uluslararası düzeyde akredite edilmeleri sağlanmalıdır.
- Ara sağlık personelinin *(tekniker, teknisyen vb)* arttırılması ve istihdamı sağlanmalıdır.
- Yurt dışındaki Türk bilim insanlarıyla işbirliği yapılarak deneyimlerini Türkiye'ye aktarmaları sağlanmalıdır.

### 2.6.6. Aşı, İlaç, Tıbbi Araç-Gereç

- Aşıların stratejik maddeler olduğu dikkate alınarak ve ticari kaygılar göz ardı edilerek ülkemizdeki aşı programında yer alan bütün aşılar ülke içinde üretilmelidir; bu amaçla kamuya ait üretim tesisleri kurulmalıdır.
- Temel ilaçlar yurt içinde üretilmelidir.
- İlaç ve tıbbi cihaz üreten yerli firmalara destek verilmelidir.
- Her türlü tıbbi malzemede KDV oranı sıfırlanmalıdır.
- Kan bankalarının sayısı arttırılmalıdır.
- Veterinerlik hizmetlerinde de "akıllı ilaç kullanımı" ilkelerine uygun düzenlemeler yapılmalıdır.
- Biyoteknoloji projeleri uygulanmalıdır.
- AB mevzuatına uygun ilaç patent çalışmaları yapılmalıdır.

### 2.6.7. Mevzuat

- 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu güncellenmeli ve bu kanun yerine "**Halk Sağlığı Kanunu**" çıkartılmalıdır.
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun güncellenmeli ve bu kanun yerine "**Sağlık Çalışanları Kanunu**" çıkartılmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı örgütü kararnamelerle değil yasalarla belirlenmelidir.
- "**Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kanunu**" çıkartılmalıdır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 65 23.11.2023 13:18

- Hekimler için "Devlet Hizmetiyle Yükümlülük" *(zorunlu hizmet)* yasası kaldırılırken yeni çıkartılacak olan "Sağlık Çalışanları Kanunu" nda istihdamla ilgili hususlara yer verilmelidir.
- Sağlıkta şiddet yasası çıkartılmalıdır.
- Meslek birlikleri yasaları güncellenmelidir *(Hemşireler ve diğer sağlık personeli için olanlar dahil)*
- 5072 sayılı Dernek ve Vakıfların Kamu Kurum ve Kuruluşları İle İlişkilerine Dair Kanunda değiştirilerek Sağlık Bakanlığı ile sivil toplum kuruluşları arasında yakın işbirliğinin yolu açılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarını da kapsayan bir **meslek hastalıkları yasası** çıkartılmalıdır.
- İyi klinik uygulamalarını tanımlayan, kalite standartlarını belirleyen, Tıp *(ve diğer)* eğitimi akreditasyon kurallarını oluşturan, yeni teknoloji ve ilaç kullanımın düzenleyen "**Ulusal Sağlık Uygulamaları Kanunu**" çıkartılmalıdır.
- Zorunlu ve ihtiyari olan aşılar konusunda yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
- Döner sermaye ve sağlık personelinin ücretlendirilmesiyle ilgili mevzuat güncellenmelidir.
- Çevre kanunu güncellenmelidir *(ÇED raporları, tesis izinleri, arıtma tesisleri vb)*
- İş sağlığı ve güvenliği mevzuatı gözden geçirilerek bu alanda Sağlık Bakanlığının yetki ve sorumlulukları açıkça belirtilmelidir.
- Tıpta Uzmanlık Tüzüğü güncellenmeli ve TUS ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.
- İlaç ve tıbbi cihaz üretimi ile ilgili düzenlemeler ve teşvik kuralları düzenlenmelidir.

### 2.6.8. Araştırmalar / ARGE

- Sağlık alanındaki "**hizmet araştırmaları**" *(yöneylem araştırmaları)* teşvik edilmeli: sağlıkla ilgili araştırmalara kolaylık sağlamak için Sağlık Bakanlığının kayıtları *(verileri)* bilim insanlarının kullanımına açık hale getirilmelidir.
- Her yıl akademisyenlerin, araştırmacıların, özel sektör kurumlarının, üniversite ve lise düzeyindeki öğrencilerin katılacağı sağlık alanında inovasyon yarışmaları düzenlenmelidir.
- Uygun üniversitelerde "Kanser Araştırma Enstitüleri" kurulmalıdır.

### 2.6.9. Hizmet Projeleri

- Her yıl "**ulusal pandemi planı**" hazırlanmalı ve sürekli güncellenmelidir.
- Serviks kanseri eradikasyon programı başlatılmalı, bu arada HPV aşısı ücretsiz olarak uygulanmalıdır.
- Aile planlamasında hizmet açığı giderilmeli, "**aralıklı doğum**" uygulaması güçlendirilmelidir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 66 23.11.2023 13:18

- Gıda maddesi üreten ve satan yerlerde çalışanlara *(aşçı, garson, kasap, manav, vb)* yerel kuruluşlar ve üniversitelerle işbirliği içinde "gıda hijyeni" eğitimi ve sertifikası verilmelidir.
- İlk ve orta dereceli eğitim kuruluşlarında görev yapan bütün öğretmenlere "**ilk yardım**" eğitimi ve sertifikası verilmelidir.
- Sağlık muhabirleri başta olmak üzere medyada görevli kilit personel için "sağlık hizmetleri ve halk sağlığı" eğitimi verilmelidir.
- Organ bağışı konusunda medya, kamu ve sivil toplum kuruluşlarıyla ortak projeler uygulanmalıdır.
- DSÖ'nün "**Sağlıklı kentler projesi**" yaygınlaştırılmalı, daha fazla belediyenin bu programa dahil olmaları sağlanmalıdır.
- Orta eğitim kurumlarında "**sağlık bilgisi**" dersi zorunlu hale getirilmelidir *(1593 sayılı yasa gereği)*
- Tütün mücadelesi daha etkili biçimde sürdürülmeli, kapatılmış olan **TAPDK** yeniden işler duruma getirilmelidir.
- Her üniversitede "**Tütün ve bağımlılıkla mücadele eğitim ve araştırma merkezi**" kurulmalı; Üniversiteler dumansız alan olmalıdır; tütün kullanmayan sağlık personeli mezun etmeye yönelik programlar uygulanmalıdır.

### 2.6.10. Toplum Sağlığıyla Dolaylı İlişkisi Olan İşler

- Yoksulluğu ortadan kaldıran ve gelir dağılımında eşitliği sağlayıcı projeler uygulanmalıdır.
- Çevreye vereceği zararlar dikkate alınarak İstanbul Kanalı olarak bilinen yatırım projesinden vazgeçilmelidir.
- Akkuyu ve Sinop nükleer santrallarının çevreye ve topluma olan potansiyel etkileri yeniden değerlendirilmeli ve projeden vazgeçmek dahil bütün önlemler alınmalıdır.
- Güneş, rüzgâr, dalga, biyoenerji gibi yenilenebilir enerji teknolojileri geliştirilmelidir.
- Yeni termik santrali yapılmasına izin verilmemeli, mevcutların bacalarında etkili filtre olması kesinlikle sağlanmalıdır.
- Atık arıtma sistemi olmayan hiçbir kamu ya da özel sanayi tesisinin açılmasına ve işletilmesine izin verilmemelidir.
- Birinci derecede deprem bölgesindeki yerleşim yerlerine öncelik verilerek kentsel dönüşüm ve yapıların güçlendirilmesi çalışmaları bir plan dahilinde hızla uygulanmalıdır.
- Siyanür kullanılarak ve ormanları tahrip ederek yürütülen maden *(altın)* arama ruhsatları iptal edilmelidir.
- Kadının statüsünün iyileştirilmesi için özel projeler geliştirilmelidir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 67 23.11.2023 13:18

- Tarım ve hayvancılık geliştirilmeli, özellikle süt üretimini arttırıcı önlemler alınmalıdır.

**• Sağlık mülkün temelidir.**
**• Sağlık hizmeti insan hakkıdır.**
**• Devletin en değerli hazinesi sağlıklı halktır.**
**• Hiçbir yatırım ve girişim toplum sağlığından daha değerli olamaz.**
**• Sağlık hizmetleri yurttaş dostu olmalıdır.**
**• Devlet çevre dostu olmalıdır.**

## KAYNAKLAR:


Ak B., Ataç A. (2000). Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ajans Türk mt., Ankara.

Ak B. (2017). Türkiye Cumhuriyeti'nde Sağlık Hizmetleri, Türk Tarih Araştırmaları, Türkiye Cumhuriyeti'nde Sağlık Hizmetleri (altayli.net)

Akın A. (2021). Türkiye'de sağlık eğitim araştırma bölgeleri: Nereden nereye. Eser E, editör. Bölge Sağlık Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

AKP (2002). Seçim Bildirgesi http://web.archive.org/web/20030221170512/http://www.belgenet.com/s... 8 of 14 3/30/2020, 1:52 PM

Aksakal H.İ. (2017). Dr. Refik Saydam Önderliğinde Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerini Modernleştirme Çabaları, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 27, Sayı: 1.

Aslanova K. (2013). Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Hukuku, Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi Cilt:2, Sayı:3.

Atasever M. (2014). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi, Bakanlık Yayın No: 983, Ankara,

Barış İ. (1994). Tütünün tarihçesi: Sigara ve Sağlık – Araştırma İnceleme Dizisi, Milli Eğitim Bakanlığı, İstanbul.

Başar Z. (1944). Hükümet Tabibinin Ödevleri ve Yapılış Yolları, Işık Matbaası, İstanbul.

Benli D., Özcebe H. (1991). Etimesgut Sağlık Bölgesi 1985–1989 Yılları Çalışmalarının değerlendirilmesi, HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Yayın No:91/53, Ankara.

Bilir N. (2017). Türkiye'de Tütün Kontrolünün Öyküsü, Ofset Basım, Ankara.

Çankaya H. (1992). Hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğunun tem el prensipleri ve hekim sorumluluğunda kusurun değerlendirilmesi. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Uzmanlık tezi. İstanbul.

Dağlı E. (2010). *Tütün Endüstrisi Taktikleri : (Aytemur ZA et al – Ed. Tütün ve Tütün Kontrolü, Toraks Kitapları Sayı: 10.*

Dedeoğlu N. (2001). Hıfzıssıhha Okulu, Tarihçesi, Önemi. Toplum ve Hekim, Cilt 16, Sayı 6.

Dışişleri Bakanlığı (2008). 2008 Yılı Ulusal Programı, Avrupa Birliği Başkanlığı, https://www.ab.gov.tr/_42260.html

DPT (1963). Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967). http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf,

Erdöl C. (2018). Gençler sigaraya askerde alıştırıldı (https://www.gunes.com/yasam/prof-dr-erdol-gencler-askerde-sigaraya-alistirildi)

Eren N. (1982). "Refik Saydam'ın Sağlık Politikası ve Temel Sağlık Hizmetleri", Dr. Refik Saydam 1881-1942, Ölümünün 40. Yılı Anısına, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay., No:495, Ankara.




Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 68 23.11.2023 13:18

Ertin H. Özyakal M. (2019). Hayat Ne Zaman Başlar? Ne Zaman Biter? Tıbbi, Dini ve Etik Sorunlar, İSAR Yayınları 4, Tıp ve Ahlak Dizisi 3, 2. Baskı, İstanbul.

Fişek N. (1983). Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi– Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara.

Gültekin E., Doğan G. (2018). Osmanlı Dönemi Belediye Tabipliği Uygulamasına Karamürsel Örneğinde Bir Bakış**,** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 8(3) https://apps.who.int/iris/handle/10665/272657

Hancı İH. (1995). Hekimin yasal sorumlulukları. Egem Tıbbi Yayıncılık. İzmir.

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

Kılıç B. Aksakoğlu G. (2006) Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri -1964-2005, Toplum Hekimliği Bülteni. Cilt 5, Sayı 3.

Kılıç B. (2018). Türkiye'de 2000 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: (Ed: Okyay P, Dedeoğlu N. Öztek Z. Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı – HASUDER Yayını, No. 2018/5)

Metin B. (2022). "Küresel Salgın Hastalıklar ve Uluslararası Sağlık Örgütlenmeleri – Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İlişkileri" Kitabı, Palme Yayınevi, Ankara.

Ovalı, F. (2009). Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Alanındaki Faaliyetler, SD Dergisi, No: 10.

Öymen A. (2002). Bir Dönem Bir Çocuk, Doğan Kitap, İstanbul

Özcan C. (2022). Halk Sağlığı, HASUDER Yayını No 2022/3. Manisa.

Öztek Z. (1992). Nusret Fişek ile Söyleşi, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi yayını, Ankara.

Öztek Z. (2012). Akademik Emeklilik Konferansları Dizisi: 2, Yazıt Yayıncılık, Ankara.

Öztek Z. (2012). Akademik Emeklilik Konferansları Dizisi No: 2, Yazıt Yayıcılık No 132, Ankara

Öztek Z. (2017). Dr. Behçet Uz'un Sağlık Planı: Sağlıkta Altın Olaylar – Genişletilmiş 2. Bakı, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, Ankara.

Öztek Z. (2018). Temel Sağlık Hizmetleri 1978 – 2018, HASUDER Yayını No 2018- 3, Trakya Üniversitesi Matbaası, Edirne.

Öztek Z. (2020). Halk Sağlığı – Kuramlar ve Uygulamalar, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Ankara.

Öztek Z. et al (2001). (Ed.), Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, TC Sağlık Bakanlığı, Ankara

Öztek Z. (2004). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi, Palme Yayıncılık, Ankara.

Öztek Z. (2001). Sağlık Ocağına Yazar Kasa Girdi Sosyalleştirme Yasası Bitti. https://m.bianet.org/bianet/saglik/127845-saglik-ocagina-yazar-kasa-girdi

Pala K., Aytekin H. (2018). Türkiye'de 1923 – 1960 Dönemi Sağlık Politikaları: (Ed: Okyay P, Dedeoğlu N. Öztek Z. Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı – HASUDER Yayını, No. 2018/5)

Sağlık Bakanlığı (2011). Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2012). Stratejik Plan 2013 – 2017 (https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/9843/0/saglik-bakaligi-stratejik-plan)

Sağlık Bakanlığı (2014). 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi, https://shgmsigpdb.saglik.gov.tr/Eklenti/39432/0/2023-yili-saglik-is-gucu-hedefleri-ve-saglik-egitimipdf.pdf

Sağlık Bakanlığı (Yıl belli değil). Sağlık Bakanlığı Tarihçesi. https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 69 23.11.2023 13:18

Şener C. (2014). Sosyo - Ekonomik Politikalar Çerçevesinde "Üç Çocuk" Söylemi ve Çalışan Kadınların Algısı, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Selçuk Üniversitesi - Sosyal Bilimler Enstitüsü - Sosyoloji Anabilim Dalı - Sosyoloji Bilim Dalı, Konya.

Shaw P, Samaha H. (2009). Building Capacity for Health Systems Strengthening: A Strategy That Works, The World Bank Institute's Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing, 1997 – 2008.

SSYB (1973). Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No: 422, Ankara, 1973.

Tokgöz T., Akın A. (1983). Türkiye'de Aile Planlaması Çalışmaları - Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı, Ankara.

WHO-EURO (1999). HEALTH 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 70 23.11.2023 13:18

# 3. TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

*Prof. Dr. Bülent KILIÇ*

## 3.1.Giriş

Sağlığı etkileyen sosyal değişkenler *"insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar"* yani insanların tüm yaşamını etkileyen ekonomik ve sosyal koşullar olarak tanımlanır (WHO, 2008). Bu değişkenler üst üste katmanlar halindedir ve en dış katmanda ülkenin genel ekonomik, politik yapısı, daha sonra sınıfsal konum ve sağlıklı yaşam davranışları bulunur (Dahlgren ve Whitehead, 1991). Dolayısıyla sosyal değişkenler özellikle bireylerin sınıfsal konumu üzerinden etki ederek, olumsuz koşullar yaratmaları durumunda insanların daha çok hastalanması, iş-güç kaybına uğraması ve beklenenden önce ölmesi gibi sonuçlara yol açan ve olumlu olmaları durumunda da insanların daha uzun ve daha sağlıklı yaşamasını sağlayan değişkenlerdir. Sağlığı etkileyen sosyal değişkenler sağlıkta eşitsizliklere yol açtığı için bireyler ve toplumlar arasında kabul edilemez farklılıklar yaratırlar. Yapılan araştırmalar sağlığı etkileyen sosyal değişkenlerin sağlık hizmet sunumundan çok daha etkili olduğu ve sağlık çıktıları üzerine ortalama %30-55 arasında bir etki yaptığını göstermektedir (WHO, 2022a)

Sosyal belirleyiciler ***"yapısal"*** ve ***"yakınsal"*** olmak üzere iki ana grupta toplanır (WHO, 2008; Solar ve Irvin 2010). Yapısal belirleyiciler sınıfsal konum, ulusal refah, gelir dağılımı, çalışma koşulları, eğitim politikası, sosyal politika, demokratik yapı, kültür ve toplumsal cinsiyet gibi sisteme ait en temel kurumsal ve makro yapılardır. Yakınsal belirleyiciler ise anne karnındayken başlayan ve doğduğumuz andan itibaren içinde olduğumuz gündelik yaşam koşullardır. Dolayısıyla yakınsal belirleyiciler aile ortamı, akran ilişkisi, beslenme, konut, yaşlanma, eğitim alma ve içinde yaşanılan çevre gibi insana daha yakın olan değişkenleri içerir. Sağlığı etkileyen sosyal değişkenler bu yazıda her iki grupta 13'er, toplamda 26 başlık altında sınıflandırılarak incelenmiştir (**Tablo 1**).

Yakınsal ve yapısal belirleyiciler arasında karşılıklı ve birbirini etkileyen çok yakın bir ilişki vardır. Bu nedenle değişkenlerin bazıları her iki grup içinde de yer alır (örneğin eğitim, yoksulluk, çalışma durumu vb). Ayrıca bu değişkenler birbirlerini de besler ve etkisini artırır (işsizlik barınmayı ve beslenmeyi etkiler vb). Bununla birlikte bu ilişkiyi belirleyen anahtar kavram "sosyal sermaye" kavramıdır. Sosyal sermaye her iki grup arasında bir köprü görevi görür ve bir anlamda toplumun tutkalı demek olan "sosyal ağlar"dır. Ortak bir kimlik anlayışından, güven ve dostluk gibi değerlerden gelişir. Dolayısıyla sosyal sermaye, sosyal bağlar (aile, yakın arkadaş, komşular), sosyal köprüler (iş arkadaşları, eski arkadaşlar, uzak tanıdıklar) ve sosyal zincirlerden (sosyal hiyerarşi) oluşur (Raphael, 2009).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 71 23.11.2023 13:18

**Tablo 1.** Sağlığı etkileyen sosyal belirleyiciler

| Yapısal Belirleyiciler | | Yakınsal Belirleyiciler | |
|---|---|---|---|
| 1 | Sınıfsal Konum-Statü | 1 | İntra-Uterin Dönem |
| 2 | Gelir Dağılımı-Yoksulluk | 2 | Erken Çocukluk Dönemi |
| 3 | İş-İşsizlik-Çalışma Koşulları | 3 | Aile Ortamı |
| 4 | Toplumsal Cinsiyet | 4 | Beslenme |
| 5 | Kültür-Din-İnanç | 5 | Barınma-İçinde Yaşanılan Ortam-Çevre |
| 6 | Eğitim Politikası-Sağlık Okur Yazarlığı | 6 | Sağlıklı Yaşam Davranışları |
| 7 | Savaş-Çatışma-Şiddet | 7 | Eğitime Ulaşma-Okul Ortamı |
| 8 | Göç | 8 | Akran İlişkileri |
| 9 | Salgınlar-Afetler | 9 | Çocuk İhmal ve İstismarı |
| 10 | Irkçılık-Etnik Eşitsizlikler | 10 | Çocuk İşçilik |
| 11 | Ayırımcılık- Dışlanma | 11 | Çocuk Yoksulluğu |
| 12 | Demokrasi-Sosyal Politika | 12 | Yaşlılık |
| 13 | Psikososyal Etmenler-Stres | 13 | Cinsel Yönelim |

Sosyal sermaye kavramı temelde toplumdaki sosyal ağların gücünü gösteren ve bireylerin sahip oldukları sosyal ilişkilerle kullanabildikleri "sosyal bir kredi" gibi algılanmalıdır. Sosyal sermayeyi besleyen yapılar demokrasi (sivil katılım), karşılıklı güven, toplumsal birlik, sosyal destek (aile, arkadaşlar vb) ve sosyal ağ (sosyal gruplar vb) gibi yapılardır (Kayı ve Özgülnar, 2015). Sosyal sermaye ile ilgili yapılan çalışmalarda sosyal sermayenin yetersiz olduğu toplumlarda güven düzeyi düşüklüğü, demokrasinin zayıflığı ve bununla bağlantılı olarak sağlık düzeyinin de bozuk olduğu saptanmıştır (Kawachi ve Berkman, 2000; Cockerham, 2010). Modern toplumlarda sosyal bağların ve birbirine güvenin zayıflamış olması bireylerin ruh sağlığıyla ilgili sorunların artmasına yol açmıştır. Örneğin Türkiye'de başkalarını güvenilir bulma oranı %15'dir (Uğuz, 2011). Güvenin azalmasıyla bozulan sağlık arasında ise anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (Wilkinson ve Pickett, 2009). Depresyon, intiharlar, şiddet ve cinayetlerde artış sosyal ağların zayıfladığı yerlerde daha fazla görülmektedir. Sosyal sermaye bir hastalık durumunda destek bulmakta ve bilgiye/hizmete erişmekte ise önemli bir kolaylık sağlamaktadır (Şavran, 2018). Fakat sosyal bağlar aynı zamanda kısıtlayıcı da olabilir (örneğin dini cemaatlerde, göçmen gruplarında, taraftar gruplarında ve etnik gruplarda). Dolayısıyla sosyal sermaye sağlığın sosyal iyilik hali ile yakından ilişkilidir ve hem yapısal hem yakınsal faktörler arasında bir aracı değişken veya köprü olarak yer alır.

## 3.2.Yapısal Belirleyiciler

Bu bölümde makro düzeyde yer alan ve sosyal değişkenlerle ilgili yapısal/kurumsal değişkenler 13 alt başlık altında incelenecektir. Bu değişkenler aynı zamanda "distal belirleyiciler" olarak da isimlendirilir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 72 23.11.2023 13:18

### 3.2.1. Sınıfsal Konum-Statü

Sınıfsal yapı sağlığı etkileyen en önemli sosyal değişkenlerdendir. Bunun nedeni sınıfın birçok sosyal değişkenin etkisini yansıtan bir kavram olmasıdır. Bir toplum içinde bireyler veya gruplar arasında var olan tabakalaşmalar veya yapısal farklılıklar toplumsal sınıfları oluşturur (Kılıç ve Dönmez 2020). Günümüzde sınıf çalışmaları çoğunlukla Marxist Kuramla, Weberci Kuram arasında bir ortaklık kurar. Özellikle Erik Olin Wright bu uygulamayı başarılı bir şekilde yaparak 3 ölçüt üzerinde durur: Üretim araçlarının mülkiyeti, çalışanlar üzerinde kontrol ve üretim araçları üzerinde kontrol (Özuğurlu, 2014). Bu çerçevede yapılan Türkiye sınıf analizlerinde en altta işsizler, topraksız geçimlik köylüler ve mülksüz kentli emekçiler gelmektedir (Bahçe ve ark, 2011; Boratav 2004).

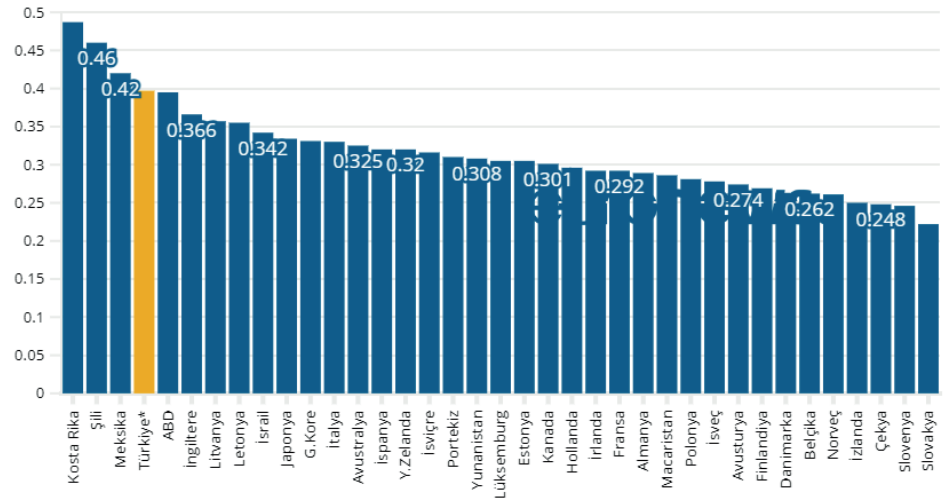
Sınıfsal konum olarak en alt gruplarla en üst gruplar arasında özellikle ölüm hızları ve beklenen yaşam süreleri açısından ciddi farklılıklar vardır. Beklenen yaşam süresini en çok etkileyen değişken Bebek Ölüm Hızıdır (BÖH). Ayrıca kazalar, cinayetler, intiharlar gibi erken ve beklenmedik ölümler de ortalama beklenen yaşam süresini kısaltır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre BÖH yoksul ailelerde, varsıl ailelere göre 5 kat daha yüksektir (HÜNEE, 2003). Anne Ölüm Oranı (AÖO) ise Türkiye'nin Doğu Anadolu Bölgesinde Batıya göre iki kat daha yüksektir (HÜNEE, 2019). Bu durum Türkiye'de alt sınıflarda erken dönem ölümlerin daha fazla görülmesi nedeniyle beklenen ortalama yaşam sürelerinde en alt ve en üst sınıflar arasında diğer ülkelerde de görüldüğü gibi en az 5-10 yıllık bir fark oluşturacaktır.

### 3.2.2. Gelir Dağılımı / Yoksulluk

Türkiye'de hane halkı gelirine göre en yüksek yüzde 20'lik grubun toplam gelirden aldığı pay %1,3 oranında artarak 2022 yılında %48'e çıkmıştır. En düşük gelire sahip yüzde 20'lik grubun aldığı pay ise %0,1 azalarak %6 olmuştur. Toplumun en zengin %20'sinin gelirinin en yoksul %20'sinin gelirine oranı ise 8'dir (TÜİK, 2023a). Gelir dağılımı eşitsizliği ölçütlerinden biri olan Gini katsayısı da 2021 yılı verilerine göre Türkiye için 0,40 olarak saptanmıştır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ülkelerindeki gelir dağılımı eşitsizliği incelendiğinde Türkiye'nin Kostarika, Şili ve Meksika'dan sonra en yüksek gelir dağılımı eşitsizliğine sahip olduğu görülmektedir (Euronews, 2023a). OECD ülkelerinin Gini katsayısı ortalaması ise 0.31'dir (**Şekil 1**).

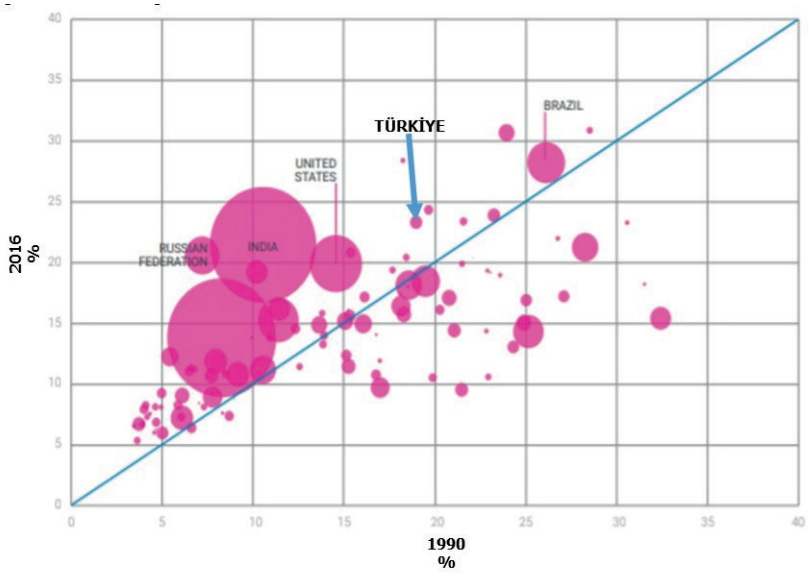


Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 73 23.11.2023 13:18




**Şekil 1.** OECD ülkelerinde Gini katsayısı (2021) (Kaynak: Euronews, 2023a)

Ancak Türkiye'de gelir dağılımı bozukluğunu en iyi gösteren durum nüfusun en zengin %1'inin ülke gelirinden aldığı paydır. Türkiye gelir dağılımı eşitsizliğinde bu göstergede dünyanın en kötü 5. ülkesidir (World Inequality Database, 2023). Daha da kötüsü 1990-2016 yıllarının karşılaştırması yapıldığında en zengin %1'lik kesimin gelirinin %18'den %22'ye çıktığı ve gelir dağılımının daha da bozulduğu görülmektedir (**Şekil 2**).

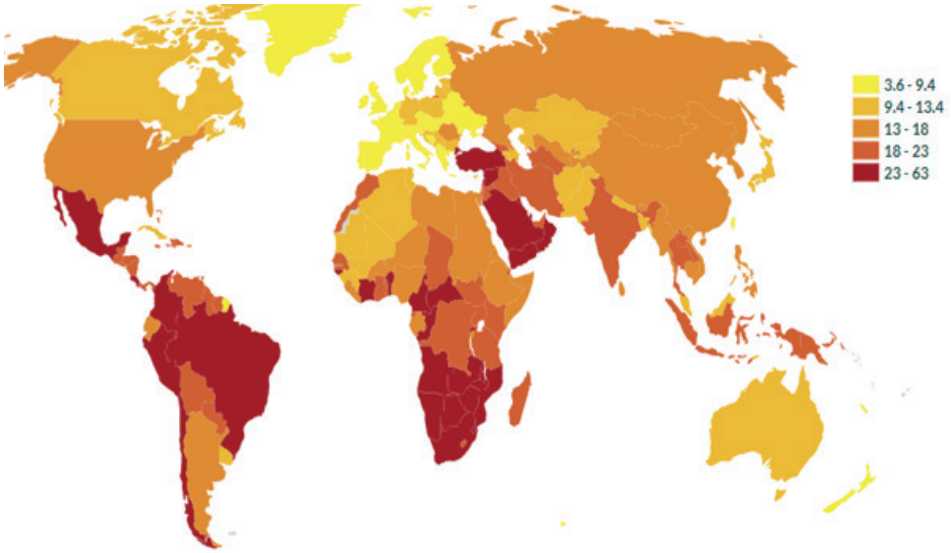



**Şekil 2.** Nüfusun en zengin %1'inin ülke gelirinden aldığı pay (1990-2016)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 74 23.11.2023 13:18

Türkiye'deki gelir dağılımının bozukluğunu gösteren bir başka bulgu ise en zengin %10'luk kesimin ülkenin en alt %50'sinin gelirinden kaç kat fazla kazandığıdır (**Şekil 3**). Literatürde 10/50 olarak ifade edilen bu oran Türkiye için 24 kat düzeyindedir (World Inequality Lab, 2021). Yani Türkiye'de nüfusun en zengin %10'u, en fakir %50'lik kesimin gelirinden 24 kat fazla kazanmaktadır.




**Şekil 3.** Nüfusun en zengin %10'unun en alt %50'ye oranı (2021) (Kaynak: WIL, 2021)

Türkiye'deki yoksulluk oranı ise medyan gelir değerinin %50'si olarak alındığında 2017 yılı için %13.5 iken 2019 yılı için %14.4 olarak hesaplanmıştır. Türkiye'de uzun yıllar sonra yoksulluk oranının da arttığı görülmektedir (TÜİK, 2020a). Türkiye'de yoksullaşmayla birlikte görülen en ciddi sorunlardan birisi de intiharların artmakta olmasıdır. Yapılan çalışmalar ekonomik sorunların intihar nedenleri içinde ilk sıralarda geldiğini ve intiharı artırıcı etkisi olduğunu göstermektedir (Kavaklı, 2023).

Gelir dağılımı bozukluğu ve yoksulluk sağlık hizmetlerine ve ilaca erişimi de etkilemektedir. Türkiye'de ilaçlara, aşılara ve diğer sağlık ürünlerinin erişilebilirliğini ve uygun fiyatlı olmasını etkileyen bazı yasal düzenlemeler vardır ancak bunlar yeterli değildir. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) aracılığıyla ilaç fiyatlarını ve ithal edilen ilaçlar için döviz kurlarını belli aralıklarla belirlemekte ve güncellemektedir. Ancak Türkiye'de yüksek enflasyon nedeniyle belirlenen fiyatlar düşük kalmakta ve ithalatçı firmalar bu ilaçların ve ürünlerin ithalatını zaman zaman durdurmaktadırlar. Bu ilaca erişim yolunda en büyük engeldir. Türkiye'de özellikle yurt dışından ithal edilen onkoloji ilaçlarına erişemeyen bir kesim vardır. Nadir hastalıklarda da ilaç ve sağlık ürünlerine erişimde bazı problemler söz konusudur. Spinal Musküler Atrofi (SMA) gibi çocukluk çağı ölümlerinde önde gelen hastalıklarda ilaç ve sağlık ürünlerine erişim oldukça önemlidir. İlaçların yüksek maliyetli olması, ilaçlara erişimde yaşanan güçlükler, hastalığın seyrinin ağır olması ve yaşam kalitesinin etkilenmesi nedeniyle bakım veren ebeveynler birçok



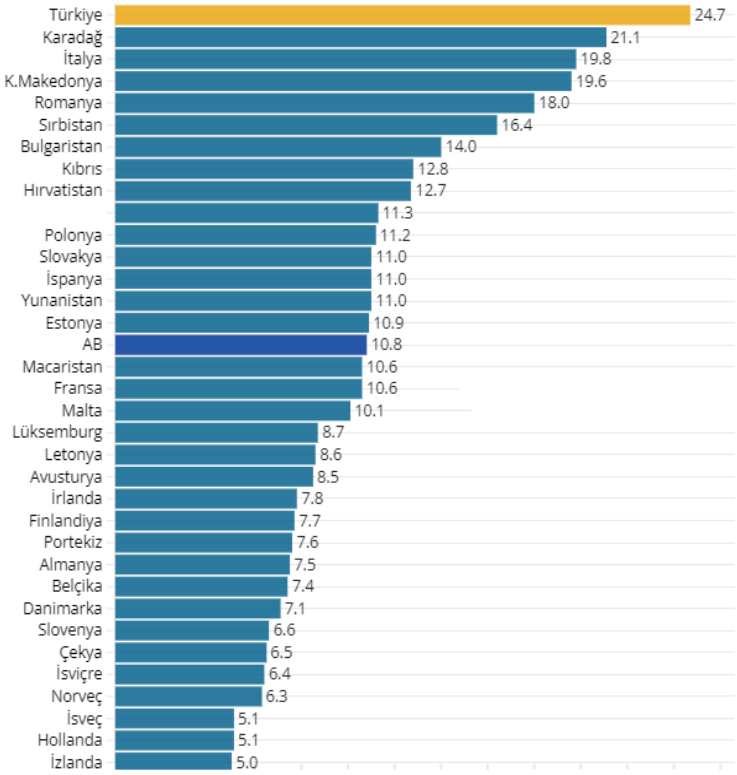
Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 75 23.11.2023 13:18

zorluk ile başa çıkmak zorundadır ve bu ilaçlar Türkiye'de halen yeterince geri ödeme kapsamına alınmamıştır (Yılmaz, 2022).

### 3.2.3. İş-İşsizlik-Çalışma Koşulları

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) verilerine göre 2017 yılında Türkiye'de istihdam oranı erkeklerde %65 iken kadınlarda %28'dir (ILO, 2019). Türkiye Hane Halkı İşgücü Anketi'ne göre ise 2021-2023 arasında erkeklerde istihdam oranı %49'a düşmüş, kadınlarda ise %31'e çıkmıştır (TÜİK, 2023b).

TÜİK verilerine göre 2023 yılı ilk çeyreğinde Türkiye'de genç nüfusta işsizlik oranı %20 'dir (TÜİK, 2023b). OECD verilerine göre de Türkiye 15-24 yaş arası gençlerde (öğrenim görenler hariç) işsizlik oranı %24.7'dir (**Şekil 4**). Bu sayı yaklaşık 3 milyon gencin işsiz olduğunu göstermektedir. Türkiye bu istatistikte OECD ülkeleri arasında ilk sıradadır. Yaş grubu 20-34 olarak alındığında ise bu oran yüzde 38'i aşmaktadır (Euronews, 2023b).




**Şekil 4.** OECD ülkelerinde ve Türkiye'de genç işsiz oranı (2021) (Kaynak: Euronews, 2023b)

Ayrıca ILO verilerine göre Türkiye'de işçilerin %15'i önümüzdeki altı ay içinde işlerini kaybedebileceklerine inanmaktadır (ILO, 2019). Bu yüksek oranlar Türkiye'de işsiz gençler başta olmak üzere çalışanlarda depresyon, anksiyete, bağımlılık, intihar gibi ciddi ruhsal sorunlara, hastalık yüküne ve erken ölümlere yol açmaktadır.



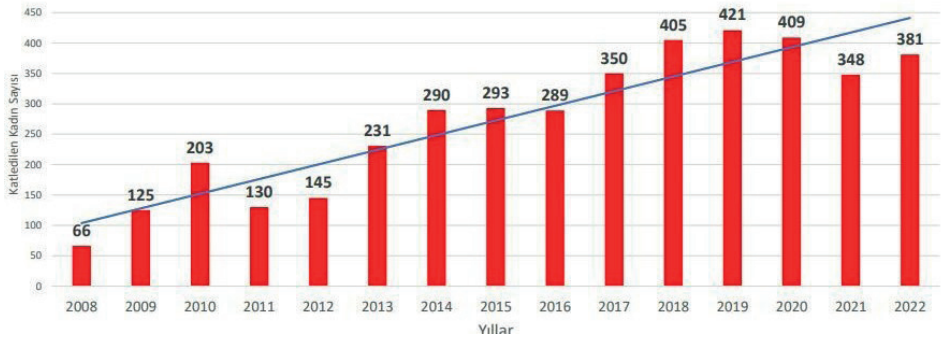
Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 76 23.11.2023 13:18

Çalışma koşulları açısından bir başka önemli gösterge haftalık çalışma süresidir. Türkiye İş Kanunu'na göre, standart çalışma süresi ülkemizde haftada 45 saattir ancak bu yasal hükme rağmen Türkiye'de işçilerin %57'si haftada 48 saati aşan bir süre çalıştığını bildirmektedir. Ayrıca Türkiye işçilerden çok hızlı çalışmaları ve belli bir tarihe kadar ellerindeki işi bitirmelerinin istenme oranının da (%51) en yüksek olduğu ülkedir (ILO, 2019).

İşsizlik de yoksulluk gibi intiharlar için önemli bir nedendir. Türkiye'de atanamayan öğretmenlerde olduğu gibi işsiz genç kesimde depresyon, anksiyete ve intihar oranları oldukça yüksektir (Tunalı ve Özkaya, 2016).

### 3.2.4.Toplumsal Cinsiyet

Toplumsal cinsiyet, toplumun kadınlar ve erkekler için uygun gördüğü rol, davranış, etkinlik ve nitelikleri ifade eder. Bu durum Türkiye'de yıllardır kadınların aleyhine bir baskı yaratmaktadır. Özellikle son 20 yıl içinde kadına yönelik şiddetin arttığı gözlenmektedir. Türkiye'de kadına yönelik şiddet oranları incelendiğinde son 12 ayda eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmış kadınların oranı yüzde 8'dir. Türkiye genelinde evli kadınların yüzde 12'si yaşamın herhangi bir döneminde, yüzde 5'i ise son 12 ay içinde cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Türkiye'de 2008-2022 yılları arasındaki kadın cinayetlerinin dağılımı Şekil-5'de verilmiştir. Cinayet sayısının yılda 66'dan 400'lere kadar çıktığı görülmektedir (TKDF, 2023).



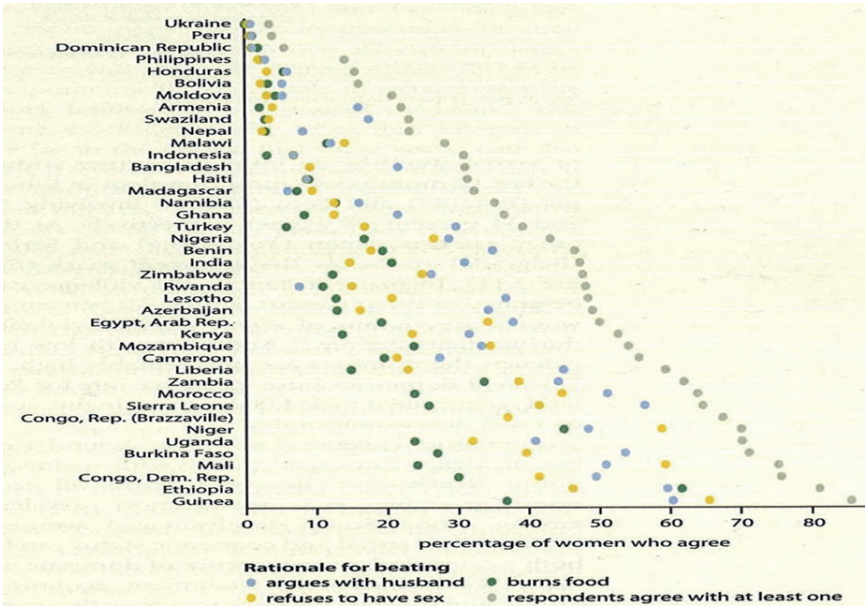

**Şekil 5.** Türkiye'de kadın cinayetleri (2008-2022) (Kaynak: TKDF, 2023)

Kadına yönelik şiddet biçimleri arasında en yaygın olanı ise duygusal şiddet ve istismardır. Türkiye genelinde kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde maruz kaldıkları duygusal şiddet/ istismar oranı yüzde 44, son bir yılda ise yüzde 26'dır (HÜNEE, 2014). OECD'nin 2019 yılı verilerine göre, 36 ülke arasında ömürlerinde en az bir kez eşinden fiziksel veya duygusal şiddet gören kadın oranının en yüksek olduğu ülke yüzde 38 ile Türkiye'dir. OECD ortalaması ise %22'dir (OECD, 2019).

Dünya Bankası tarafından yapılan bir çalışmaya göre Türkiye'de kadınların %40'ı eşlerinden dayak yemeyi kabul edilir bulmaktadır (World Bank, 2011). Bu oran Ukrayna'da %5'in altındadır (**Şekil 6**). Dünya Bankası tarafından yapılan aynı çalışmaya göre Türkiye'de kadınların %8'i geliri hakkında söz sahibi değildir ve bu oran yoksul kadınlarda %28'e kadar çıkmaktadır (World Bank, 2011).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 77 23.11.2023 13:18




**Şekil 6.** Ülkelere göre kocasından dayak yemeyi kabullenen kadın oranı (Kaynak: WB, 2011)

Kadınların statüsünü belirleyen önemli bir değişken de kadınların politik yaşamda yer alma durumlarıdır. TBMM 2023 milletvekili dağılımına bakıldığında toplam milletvekillerinin %19.8'i kadındır (TBMM, 2023). "Siyasette Kadın 2020" haritasına göre ise dünyada parlamentolarda kadın oranı %25'dir. Türkiye kadın milletvekili sıralamasında 193 ülke arasında 122. sırada bulunmaktadır. Kadın bakan sıralamasında ise Türkiye 190 ülke sıralamasında 138. Sıradadır (UN, 2020).

Kadın ve erkeklerin işgücüne katılım oranına bakıldığında da Türkiye'de aradaki fark %35 oranındadır. Kadınların yönetici pozisyonunda çalışması incelendiğinde de Türkiye'nin %13 ile dünya ortalamasının (%27) oldukça gerisinde kaldığı görülmektedir (Akdemir, 2019).

Kadınlar sağlık ürünlerine erişimde de engellerle karşılaşmaktadır. Kadınlar bazı bölgelerde veya toplumlarda geleneksel baskıcı tutum altında isteklerini ifade edemez, sağlık sorunlarını dile getiremezler. Sağlık hizmetlerine erişim için eşinden veya büyüklerinden izin almak zorunda kalırlar. Ayrıca ağır gündelik iş yükü (çocuk bakımı, ev işi) altında buna zaman da bulamazlar. Aynı durum aile planlaması (AP) hizmetlerine ulaşımda da söz konusudur. AP, hem istenmeyen gebelikleri hem de aşırı doğurganlığı önlemede çok önemli bir sağlık hizmetidir. TNSA 2018 verilerine göre ülkemizdeki kadınların %30'u herhangi bir AP yöntemi kullanmamakta, yöntem kullanan kadınların ise %20'si geleneksel yöntemler kullanmaktadır. Kadınların karşılanmamış AP yöntem gereksinimi ise %6'dan %12'ye çıkarak iki kat artmıştır (HÜNEE, 2019).

Benzer bir durum Human Papilloma Virüs (HPV) aşısı için de geçerlidir. Serviks kanserine sebep olan etkenlerden birisi de HPV'dir. Ülkemizde kansere en çok sebep olan HPV 16 ve 18'in toplam görülme oranı %75'dir. HPV sebepli kanserler aşılar ile önlenebilmektedir an-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 78 23.11.2023 13:18

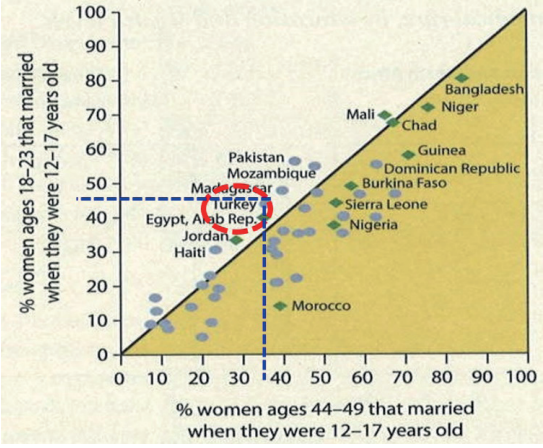
cak bu aşı geri ödeme kapsamında değildir. Maliyeti yüksek olan HPV aşısına, yeterli maddi imkanı bulunmayanlar erişememektedir (TJOD, 2023).

### 3.2.5.Kültür-Din-İnanç

Gelenekler, kültür ve inançlar insanların sağlığını etkiler. Yemek yeme alışkanlıkları veya hastalığı algılama tarzları kültürlerin bireye kazandırdığı özelliklerdir. Tüm bu nedenlerden dolayı kültürün hastalıkların oluşumunda oldukça önemli bir etkisi vardır. Türkiye'de özellikle son 10 yıllık dönemde Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere iktidar eliyle geleneksel sağlık hizmetlerinin desteklendiği ve bu yöntemlerin modern tıbba bir alternatif olarak piyasalaştırıldığı görülmektedir. Hacamat, kupa terapisi gibi uygulamaların yararı konusunda elde büyük bir kanıt yokken, bireylerin sağlığına verdiği zararlar ise sadece tanı ve tedavilerin gecikmesi ile sınırlı kalmamakta, doğrudan bireylerin fiziksel, ruhsal sağlığını da bozabilmektedir (Taneri ve Civaner, 2023). Trabzon'da 2006 yılında yapılan bir çalışmada halen annelerin çocuklarını hastalıklardan korumak için dua etmek, kuran okumak, çocuğun elbiselerine nazar boncuğu, muska vb şeyler koymak gibi geleneksel veya dini uygulamalar yaptıklarını göstermektedir (Kahriman, 2011).

COVID-19 salgınında da kaderci davranışların (hastalığın Allah'tan geldiği ve bir şey yapılamayacağı düşüncesi) ve dini inançların (Cuma namazları, cenaze namazları vb) bazı insanların alınan önlemlere uymasında ciddi sorunlar yarattığı görülmüştür. Aile içindeki bazı gelenekler (yer sofrası, birlikte yemek yeme, el öpme, bayramlaşma) ve komşuluk ilişkilerinin devam etmesi (ev ziyaretleri, yemek davetleri vb) salgının önlenmesini zorlaştıran kültürel belirleyiciler olmuştur (Kılıç, 2021).

Bir başka önemli geleneksel ve dini uygulama da erken ve zorla evlendirmelerdir. Yapılan araştırmalar ülkemizde çocuk yaşta ve zorla evliliklerin arttığını göstermektedir (World Bank, 2011). Ülkemizde 12-17 yaş arası evlenen kadın oranı %35'den %45'e çıkmıştır (**Şekil 7**).




**Şekil 7.** Ülkelere göre 12-17 yaş arası evlenen kadın oranı (Kaynak: WB, 2011)

Oysa Türkiye'de resmi TÜİK verilerine göre 2019 yılı içinde ilk evlenme yaşı erkeklerde 28, kadınlarda ise 25 yaş olmuştur (TÜİK, 2020b). Ancak TÜİK verilerine göre Türkiye'de



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 79 23.11.2023 13:18

çocuk yaşta evliliklerin azaldığı görülse de resmi nikah dışı yapılan evliliklerin ve 16 yaş altı yapılan evliliklerin istatistikleri TÜİK verilerine tam olarak yansımamaktadır. Bu nedenle aslında ülkemizde 16-19 yaş arasında gerçekleşen evliliklerin resmi istatistiklerden daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

UNFPA raporlarına göre erken yaşta çocuk evliliklerin sebepleri olarak ekonomik problemler, kırsal, az gelişmiş, yoksul yerde yaşamak, aile içi şiddet, çatışmalar, eğitimde fırsat eşitsizlikleri, zararlı geleneksel uygulamalar (namus koruma, evde kalma gibi faktörler) ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği gösterilmiştir. Sosyal sonuçları ise eğitim yoksunluğu, okuldan ayrılma, işsizlik, bağımlı olma, aile içi şiddet, ayrılma ve boşanmaların artması, yalnız ebeveynlerin artması sayılmaktadır (UNFPA, 2020). Çocuk yaşta erken evliliklerin sağlık üzerine olumsuz sonuçları oldukça iyi bilinmektedir. İstenmeyen gebelikler, güvenli olmayan düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda artış, doğum sırasında ölüm riski, düşük doğum ağırlıklı bebek riski yüksekliği olumsuz sağlık sonuçları arasındadır. Erken yaşta anne olunması hem annenin hem bebeğin birçok sağlık problemine yol açmasının yanında annenin ruh sağlığına da olumsuz etkileri olmaktadır.

### 3.2.6.Eğitim Politikası-Sağlık Okur Yazarlığı

Eğitim düzeyinin yükselmesiyle daha az hastalık, daha uzun ömür, daha uzun sağlıklı yaşam süresi, sağlık hizmetlerine erişimde artış, sağlıkla ilişkili verimde artış, sağlık bilgisinde artış görülür. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde kişisel sağlıktan duyulan memnuniyet, iş görmezlik, hayat beklentisi ve sağlıklı yaşam biçimi gibi birçok farklı sağlık göstergesi daha kötü durumdadır (Toprakçı, 2019).

Türkiye sağlık okur yazarlığı alanında iyi bir durumda değildir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2019 yılında yapılan bir çalışmada Türkiye'de toplumda yeterli sağlık okur yazarlık oranı ancak %31 çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların %43'ü hekim tarafından tanısı konmuş 6 ay veya daha uzun süreli devam eden bir kronik hastalığa sahiptir (Sağlık Bakanlığı, 2019a).

UNICEF 2016 raporuna göre Türkiye'de 2018 yılında okula kayıt oranı %98'i geçmiştir. Aynı zamanda okul öncesi ve orta eğitime kayıt da zamanla iyiye gitmiştir (UNICEF, 2016). TÜİK 2021 yılı verilerine göre de ilkokul, ortaokul ve lise tamamlama oranları 2020-21 yılında sırasıyla %98, %97 ve %73 olarak saptanmıştır. Yine TÜİK 2021 yılı verilerine göre 5 yaş okullaşma oranında ve okul öncesi okullaşma oranında da artış olmuştur (TÜİK, 2021).

Ancak her ne kadar eğitime başlama ve eğitime devam etme oranlarında artışlar olmuşsa da Türkiye'de en önemli sorun eğitim kalitesindeki düşüklüktür. 2002 yılından beri Türkiye'de eğitim sisteminde 16 kez değişiklik yapılarak tam bir yap-boz politikası uygulanmıştır. Uluslararası Öğrenci Değerlendirme Programı (PISA) 2018 sonuçlarına göre Türkiye 79 ülke arasında okuma becerilerinde 40, matematikte 42 ve fen bilimlerinde 39. sırada yer almaktadır (Tokyay, 2019).

Türkiye gibi ülkelerde annenin eğitim düzeyi de çocuk sağlığı açısından son derece önemlidir. Bu nedenle özellikle kız çocuklarının okullaşma oranı önem kazanmaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada kadının eğitim düzeyinin bebek ölümü, çocuk beslenmesi ve bağışık-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 80 23.11.2023 13:18

lama gibi sağlık düzeyi göstergelerinin tümünde temel belirleyici olduğu saptanmıştır (Ay, 2004).

### 3.2.7.Savaş-Çatışma-Şiddet

Türkiye'de son yıllarda silahlanmada ve şiddete bağlı travmalarda artış olması önemli bir göstergedir. Türkiye'de 20 milyonun üzerinde silah bulunmaktadır ve bunların %90'ı ruhsatsızdır. *"Türkiye'nin Silahlı Şiddet Haritası 2022 Raporu"* verilerine göre 2022 yılında 3984 silahlı şiddet olayında 2278 kişi ölmüş ve 4231 kişi de yaralanmıştır (**Şekil 8**). Bireysel silahlanmadaki artış bakımından 178 ülke arasında 14. ülke durumunda olan Türkiye'de her üç aileden birinde silahla ilgili bir dram (ölüm, sakatlık vb) yaşandığı saptanmıştır (Umut Vakfı, 2023).




**Şekil 8.** Bölgeler göre Türkiye şiddet haritası (2022) (Kaynak: Umut Vakfı, 2023)

Şiddete maruz kalan bireylerde post travmatik stres bozukluğu, depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu, güven sorunları ve psikosomatik bozukluklar görülmektedir. Ayrıca savaş ve çatışma yaşanan alanlarda dolaylı etkiler arasında bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarda da artış görülmektedir. Savaş ve çatışmaların eğitim üzerinde de yıkıcı etkileri olmaktadır. Eğitimden yoksun kalmak da yoksulluğa yol açmakta sağlık üzerinde olumsuz sonuçları olmaktadır.

### 3.2.8.Göç

Türkiye halen dünyada en çok dış göçmen barındıran ülke konumuna gelmiştir. Göç İdaresi Başkanlığı açıklamasına göre Türkiye'de Eylül 2023 itibarıyla toplam 4.741.715 yasal göçmen bulunmaktadır ve bunların içinde geçici koruma altındaki kayıtlı Suriyeli



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 81 23.11.2023 13:18

sayısı toplam 3.279.152 kişidir (Toros, 2023). 2021 yıl sonu itibarıyla Türkiye'de ikamet eden yabancı uyruklu nüfusun %18'i Iraklı, %10,2'si Afganistanlı, %7,2'si İranlı, %6,9'u Türkmenistanlı ve %5,8'i Suriyeli göçmenlerden oluşmaktadır (TÜİK, 2022).

Göçmenlerde barınma, beslenme, çalışma koşulları nedeniyle önemli sağlık sorunlarına rastlanmaktadır. Bu sorunlar ruhsal (depresyon, alkol, sigara, şiddet), iş kazası, meslek hastalığı, cinsel istismar, şiddet, beslenme sorunu, bulaşıcı hastalık riski olarak tanımlanabilir. Türkiye'deki geçici sığınma altındaki Suriyelilerde sosyal/kültürel nedenlerle, izolasyon, ayırımcılık, dışlanma, entegrasyon ve dil sorunu nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim sorunları saptanmıştır (WHO, 2016).

Göçmen gruplarda beslenme, barınma sorunları, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaya bağlı olarak üreme sağlığı sorunları, uygunsuz yaşam koşulları ve yetersiz aşılanma nedeniyle enfeksiyon hastalıklarında artış olduğu, yine uygunsuz koşullar ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişim sıkıntıları nedeniyle bulaşıcı olmayan hastalıklarda da artış olduğu gözlenmektedir. Ancak daha da önemlisi entegrasyon sorunları ve kültürel çatışmalardır. Farklı ülkelerden gelen ve farklı kültürlere sahip göçmen toplumlarıyla yerel halk arasında çatışmalar olabilmekte, göçmen gruplar bu nedenle izole olabilmektedir.

### 3.2.9.Salgınlar-Afetler

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisi Türkiye'de ciddi düzeyde mortalite ve morbiditeye sebep olmuştur. Salgının özellikle sağlığın sosyal belirleyicileri açısından (işsizlik, uzun süre çalışma, çocuk işçiliği vb) etkilerini analiz etmek gerekmektedir. Yapılan çalışmalar genellikle salgınlardan etkilenen bölgelerde anne doğum bakım hizmetlerinde %80 azalma, çocuklarda aşılama oranlarında azalmalar bildirilmiştir. Ayrıca ekonomik koşullarda kötüleşme, yiyecek fiyatlarının artması, okulların kapanmasıyla çocukların eğitim kaybı, çocuk koruma hizmetlerinin azalması, artan ergen evlilikler de salgının dolaylı etkileri arasında yer almaktadır (Elston, 2017).

Yapılan işin niteliği de COVID-19'a yakalanmada önemlidir. Evden çalışılabilecek bir işe sahip olmayan mavi yakalı işçiler, hizmetin sürekliliği nedeniyle çalışmaya devam etmek zorunda olan kargo çalışanları, şoförler, kasiyerler, teknik servis elemanları, temizlik işçileri, tarım çalışanları COVID-19 açısından daha fazla risk altında kalmıştır (Kılıç, 2021).

Salgın ve afet dönemlerinde rutin çocuk sağlığı hizmetleri etkilenmektedir. DSÖ verilerine göre COVID-19 pandemisinde çocukluk çağı aşı oranlarındaki son 30 yıldaki en büyük düşüş gerçekleşmiş ve DTP-III aşı oranı 2019'dan 2021 yılına %5 oranında azalarak (25 milyon çocuk) %81'e düşmüştür (WHO, 2022b). Salgının çocuklar üzerindeki en büyük etkilerinden birisi eğitimin aksaması olmuştur. HASUDER tarafından hazırlanan bir raporda okulları kapalı kalan çocukların büyük çoğunluğunun sosyal ve duygusal gelişim açısından önemli olan arkadaşlık ilişkilerinden uzaklaştıkları için duygusal açıdan olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir. Ayrıca salgın döneminde öğrencilerin eğitim haklarının yanı sıra okul ortamında elde ettikleri diğer haklarından da yeterince faydalanamadıkları vurgulanmaktadır (HASUDER, 2022).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 82 23.11.2023 13:18

Türkiye bir afetler ülkesidir ve son yaşanan 6 Şubat depremleri Türkiye'nin bu duruma ne kadar hazırlıksız olduğunu da ortaya koymuştur. Depremden etkilenmiş il ve ilçelerde aile hekimliği hizmetleri neredeyse durma noktasına gelmiş, birçok hastane, Aile Sağlığı Merkezi (ASM) kullanılamaz hale gelmiştir. Deprem sonrası birinci basamak sağlık hizmetlerinde ağırlıklı olarak aile hekimine kayıtlı bebek ve gebelerin aranarak aşı ve izlem gibi hizmetlerin sunulabildiği saptanmıştır. Ancak telefonla ulaşılamayan bebek, gebe ve bu gruplar dışında kalan nüfusa yönelik bir hizmet planlanmamıştır. Ayrıca geçici barınma yerlerinde hizmet bölge tabanlı sunulduğu için bu nüfusun kaydı ve izlemiyle ilgili sorunlar yaşanmıştır. Hizmet bu bölgelerde daha çok başvurana yönelik ve tedavi edici hizmet ağırlıklı sunulmaktadır. Kanser taramaları, beslenme, sigarayla mücadele, aile planlaması, koruyucu toplum ruh sağlığı gibi hizmetler aile hekimliği hizmetlerinde halen yeterince gündeme gelememiş durumdadır (HASUDER, 2023).

Depremden etkilenmiş bölgelerde, üreme sağlığı hizmetlerinin öncelikli bir hizmet alanı olarak görülmediği gözlenmiştir. Özellikle RİA uygulamasına birinci basamak aracılığıyla ulaşmak güçtür. Bunun başlıca nedeninin son yıllarda RİA sertifikası eğitimlerinin azalması ve ASM'lerde RİA uygulamasının kalkmış olması olduğu görülmüştür. Ayrıca mahremiyet koşullarının güçleştiği çadır kent ve konteyner kent gibi yaşam alanlarında cinsel şiddet de önemli olarak düşünülmesi gereken bir başlıkken, buna yönelik de kapsamlı bir politika gözlenmemiştir (HASUDER, 2023).

Deprem bölgesinde özellikle bulaşıcı hastalıklarda, akut bağırsak enfeksiyonları, kızamık ve uyuz vakalarında ciddi bir artış vardır (HASUDER, 2023).

### 3.2.10.Irkçılık-Etnik Eşitsizlikler

Etnik köken, azınlık olma veya ırkçılık nedeniyle oluşan eşitsizlikler sağlığın sosyal belirleyicileri arasında yer almaktadır. Örneğin azınlık grupların çocukları arasında yoksulluk daha yaygın, eğitime ve sağlık hizmetlerine erişim toplumun diğer kesimine kıyasla daha düşüktür. Avrupa'nın en büyük etnik azınlık gruplarından biri olan Roman çocuklar üzerinde Türkiye'de yapılan çalışmalarda da sağlık durumları, sağlık hizmetlerine erişme ve sağlığı tehdit edici daha fazla unsura maruz kaldıklarına dair çalışmalar mevcuttur (Ekmekçi, 2015; Eskiocak, 2017). Bu çalışmalardan çıkan sonuçlara göre Roman çocuklar yoksulluk, eğitimsizlik, sağlık okur-yazarlığında gerilik nedenleriyle daha fazla sağlık riskiyle karşılaşmaktadır. Örneğin; çocuk ölümü deneyimi yaşayan Romanlar ve Roman olmayanlar karşılaştırıldığında, Romanlar arasında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (%10,3'e karşılık %5,7). Yine adolesan dönemde evlilik, doğum aralığının 2 yıldan kısa süreli olması ve daha az doğum öncesi bakım alma Roman kadınlar arasında yaygın olup çocuk sağlığını etkileyen faktörlerdendir.

Türkiye'de uzun süredir Kürtler, Ermeniler, Romanlar, Rumlar, Suriyeliler gibi gruplarda mevsimlik tarım işçiliğinin ve riskli-tehlikeli işlerde çalışmanın daha yaygın olduğu, buna bağlı kazalar, bulaşıcı hastalıklar ve ruhsal sorunların daha fazla görüldüğü, etnik ayrımcılığın çocukluktan yaşlılığa kadar yaşamın tüm dönemlerinde bir sağlık sorunu oluşturduğu dikkate alınmalıdır (Alp, 2011; Aksu, 2020).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 83 23.11.2023 13:18

### 3.2.11.Ayırımcılık-Dışlanma

Ayrımcılık, aynı şartlardaki bireylere yasal bir zemine dayandırılmaksızın, sadece bazı özelliklerine bakılarak diğerlerinden farklı davranılması demektir (Alkan, 2016). Başka bir ifadeyle ayrımcılık, sosyal olarak tanımlanmış gruplar arasında eşitsizliğe yol açan bir dizi politika, uygulama ve davranış olarak karşımıza çıkar. Kişilere olumsuz davranılmasına sebep olan özellikler daha önceki başlıklarda değinilen sınıfsal köken ve ırk dışında en sık din-inanç, cinsiyet, yaşlılık, hastalık, engellilik, cinsel yönelim gibi konularda görülmektedir (Aksu, 2020). Türkiye'de son zamanlarda ayırımcı ve dışlayıcı hükümet politikalarında bir artış olduğu gözlenmektedir. Bu bağlamda söz konusu dezavantajlı gruplarda sağlık sorunları ve sağlık hizmetlerine erişememe sorunları ortaya çıkmaktadır.

### 3.2.12.Demokrasi- Sosyal Politika

Son 20 yıllık dönemde Türkiye'de giderek artan otoriter ve aşırı merkeziyetçi bir yapı gözlenmektedir. İktidarı desteklemeyen muhalif sivil toplum örgütlerine artan bir baskı gözlenmektedir. Oysa demokrasi ve sivil toplum kuruluşları bireyin sağlık hakkını savunması nedeniyle sağlıklı bir toplum için büyük bir öneme sahiptir (Kılıç ve Dönmez, 2020).

Demokrasi ve sosyal devletle paralel giden önemli bir konu da sosyal politika uygulamalarıdır. Sosyal politikanın temel özelliği toplumsal refahı yani ekonomik önlemler başta olmak üzere sosyal güvence, sosyal adalet, sosyal barış ve eşitliği sağlamak için yapılması gerekenleri konu edinmesidir (Bedir, 2015). Bu anlamda Türkiye'de hukuksal düzenlemeler kısmen yeterli olmakla birlikte uygulamada ciddi sıkıntılar vardır ve hükümet-NGO kuruluşlarının (sendikalar, dernekler, vakıflar) çalışmaları yeterli değildir.

Sosyal sigorta kapsayıcılığı son yıllarda Türkiye'de %90'nın üzerine çıkmış olmakla birlikte cepten yapılan sağlık harcamaları halen %20 dolayındadır. 2010 yılında kişi başına düşen cepten sağlık harcaması miktarı 149 USD iken, 2018 yılına gelindiğinde yaklaşık %50 artarak 214 dolara yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019b; SGK, 2020). Sosyal güvenlik harcamaları da (devlet tarafından sosyal sigorta kapsamına girmeyen veya eksik kalan alanlarda yapılan harcamalar) yeterli değildir. Kimsesizler, özürlüler, göçmenler, yaşlılar, yoksullar (çocuk, gıda, kömür yardımları), ve evde bakım hizmetlerine ayrılan para 2022 yılı bütçesinin %8'idir (Cumhurbaşkanlığı, 2022). Bu oran AB ülkelerinde ortalama %29 (Fransa %33), OECD ülkelerinde ortalama %22'dir (Kleinman, 2006).

### 3.2.13.Psikososyal Etmenler-Stres

İnsanların gündelik yaşamda iş yükleri ve bu işleri kontrol edebilme gücü arasındaki uyumsuzluklar bir gerilim/stres yaratır. Dolayısıyla kontrol edemediğimiz ama bizi baskı altına alan her iş bizi strese sokarak sağlığımızı bozar. Bu durum özellikle kronik stres varlığında stres hormonlarının artması ve başta kalp damar hastalıkları ve ruhsal hastalıkların görülmesi olmak üzere sağlığımızı bozar. Baş ağrısı, uyku problemleri, yeme sorunları, motivasyonda düşme, alkol-madde bağımlılığında artma, kaygı ve bunaltıya yol açar (IASC, 2020).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 84 23.11.2023 13:18

Psikososyal etmenler özellikle çalışma ortamında daha yoğun bir şekilde önümüze çıkmaktadır. İşin karmaşıklığı, zihinsel iş yükü, değişken çalışma saatleri, iş-ev çatışması ve ayrımcılık iş yaşamında sık rastlanan psikososyal etmenlerdir ve doğrudan çalışanın sağlığına etki eder (Şahan ve Demiral, 2018). Türkiye'de 2015 yılında sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanların %66,1'inde tükenmişlik, %42,6'sında mobbing ile ilgili risk faktörleri yüksek düzeyde, %76,5'inde stres ve şiddet artmış risk düzeyindedir. Buna bağlı olarak tükenmişlik oldukça fazladır (Kırılmaz, 2016). ILO verilerine göre Türkiye'de işçilerin %40'ı duygularını bastırmak veya gizlemek zorunda kaldıklarını ve strese girdiklerini belirtmişlerdir (ILO, 2019). Bu oran diğer ülkelere göre kıyaslandığında en yüksek oranlardan birisidir.

## 3.3. Yakınsal Belirleyiciler

Yakınsal değişkenler mikro düzeyde ve günlük yaşam koşullarıyla ilişkili değişkenlerdir. Bu bölümde intra-uterin dönemden erken çocukluk dönemine, içinde yaşanılan çevreden yaşlılığa kadar çok sayıda proksimal değişken incelenecektir.

### 3.3.1. İntra-Uterin Dönem

İntrauterin dönem ve ilk 6 yaş içinde yaşanılan sosyal çevre sağlığımızı doğrudan etkilemektedir. Özellikle kronik stres varlığında anne karnında fetüsün gelişimi olumsuz etkilenmektedir. Bu çerçevede sağlığı etkileyen sosyal değişkenlerin en somut biyolojik göstergesi düşük doğum ağırlığı olmaktadır. Çünkü annenin gebeliği öncesinde ve sırasında beslenme yetersizliği, tütün mamullerine ve dumanına maruziyet, kurşun intoksikasyonu ve enfeksiyonların yanı sıra özellikle aile içi şiddet, ırkçılık, ekonomik sorunlar ve sağlık hizmetlerine erişim yetersizliği gibi olumsuz sosyal değişkenlerin etkileri de somut olarak "düşük doğum ağırlıklı" bebeklere yol açmaktadır (Spencer, 2018; Newsreel, 2008).

Düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğumlar gerek ülkemiz gerekse sanayileşmiş ülkeler için önde gelen bebek ölüm nedenlerindendir. Son yıllara bakıldığında BÖH dünyada ve Türkiye'de azalmaktadır. Bu azalmalar genelde olumlu olsa da yeterli değildir çünkü dünyada bölgesel eşitsizlikler halen artarak devam etmektedir. Nitekim Türkiye'de 2009 yılında binde 13,9 olan BÖH, 2023 yılında binde 9,1'e düşmüş ancak Güney Doğu Anadolu'da binde 13,9, Batı Marmara'da binde 6,2 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

TNSA 2018 verilerine göre de ülkemizde bölgesel farklılıklar oldukça belirgindir. Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerinde BÖH binde 15'e kadar çıkarken Ege ve Marmara bölgelerinde binde 7'lere kadar düşmektedir (HÜNEE, 2019). Bebek ölümlerinin sosyal ve ekonomik nedenlerini tespit etmek amacıyla Türkiye'de 2014-2018 verilerine dayanılarak yapılan bir çalışmada annelerin eğitim düzeyi arttıkça bebek ölümlerinin azaldığı, doğurganlık sayısının arttıkça bebek ölümlerinin arttığı tespit edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi arttıkça sağlığa erişiminin arttığı, doğum öncesi ve sonrası takiplerine önem verdiği düşünülebilir. Ayrıca eğitim seviyesi arttıkça gelir sahibi olma ihtimali de artar bu sayede ekonomik açıdan da eğitim seviyesi düşük olan annelere göre daha avantajlı olabilir. Yine eğitim seviyesi arttıkça doğurganlık hızının azaldığı tespit edilmiştir ve bu da BÖH değerini azaltır (Yetim, 2020).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 85 23.11.2023 13:18

### 3.3.2. Erken Çocukluk Dönemi

Erken çocukluk dönemi ilk 8 yaşa kadar olan dönem olarak tanımlanır ve çocuğun beyin ve ruhsal gelişimi açısından en önemli dönemidir. Bu dönemdeki beslenme yetersizliği, barınma yetersizliği, enfeksiyonlar, kurşun maruziyeti, ev içi şiddet ve sağlık hizmeti alamama gibi riskler çocuk sağlığını etkiler. Yapılan çalışmalar erken çocukluk döneminin beyin gelişiminin dış uyaranlara karşı en duyarlı olduğu dönem olduğunu göstermektedir (WHO, 2008). Erken çocukluk döneminde kronik stres, beslenme sorunları, şiddet gibi faktörler çocuğun öğrenme ve emosyonel gelişimini etkiler (UNICEF, 2016).

Erken dönem çocuklukta beyin gelişimi için çocuğun yeni bilgiler ve deneyimlerle karşılaşması gerekir. Bu durum beyindeki sinaptik dansiteyi artırır. Bu nedenle erken çocukluk döneminde eğitime başlanması çocukların beyin gelişimi açısından önemlidir. Ancak Türkiye'de erken dönem çocukluk eğitimleri yaygınlaşamamış ve standardize olamamıştır. Bu girişimlerin başarılı olması için sistematik olması ve belli bir yoğunluğa erişmesi de gerekmektedir (Raphael, 2009). Bir başka önemli nokta erken çocukluk döneminde sosyal temasın da sağlanması gerektiğidir. Özellikle anne baba ve aile üyelerinin çocukla sosyal teması yüksek olmalıdır. Bu nedenle anne babaların iş yerinden ücretli olarak izin alabileceği sosyal destek programlarının geliştirilmesi gerekir (Raphael, 2009). Oysa Türkiye'de ekonomik, siyasal ve sosyal yapıya baktığımızda şiddetin ve krizlerin beslediği erken çocukluk döneminin özellikle yoksulluk, eğitimsizlik, aile içi şiddet ve disfonksiyonel aile yapısından önemli derece etkilendiğini söyleyebiliriz.

### 3.3.3. Aile Ortamı

Ailenin bir sosyal değişken olarak çocuk üzerine etkisi büyüktür. Ailenin sosyal statüsü ve kültürel özelliklerine bağlı olarak çocuklar sağlık tehlikelerini ve bunlara karşı önlem almayı da öğrenmektedir. Ailenin çocuğun sosyalleşme sürecindeki önemi burada ortaya çıkmaktadır. Çocuk içinde yaşadığı ortamı seçme veya değiştirme olanağına sahip değildir. Bu nedenle ebeveynleri tarafından kendisine ne verilirse onu almaktadır. Zamanla bu etki zayıflasa bile çocuk sağlığına önemli ve kalıcı bir şekilde etki ettiği saptanmıştır (Cockerham, 2010).

Çocuğun alışkanlıkları ve davranışları büyük ölçüde ailesi ile ilişkilidir. Bu alışkanlıklardan yeme içme davranışları, sigara, alkol kullanımı, spor yapma alışkanlığı gibi durumlar aile ortamında kazanılır ve çocuk sağlığını etkiler. Ailede sigara, alkol tüketimi mevcutsa çocukta da ilerde bu davranışları sürdürme eğilimi vardır (Jackson, 1997). Türkiye'nin Avrupa'da tütün kullanımında ilk sırada olması çocuk sağlığı açısından da yoğun bir risk olduğunu göstermektedir.

### 3.3.4. Beslenme

Beslenme ve sağlık sorunları incelendiğinde, Türkiye'de beslenmeye bağlı sık rastlanan sağlık sorunları obezite, demir yetersizliği anemisi, büyüme ve gelişme geriliği, iyot yetersizliği, ve vitamin yetersizlikleri görülmektedir (TBSA, 2010). TNSA 2018 verilerine göre kadınların %59'u fazla kilolu veya şişmandır (TNSA, 2019). Okul çağı çocuklarını kapsayan araştırma sonuçlarına göre ise Türkiye genelinde çocukların %6,5'inin şişman,



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 86 23.11.2023 13:18

%14,3'ünün hafif şişman/kilolu %1,3'ünün ise çok zayıf olduğu görülmektedir. Şişmanlık sorununun en fazla görüldüğü bölgeler İstanbul (%13,0) ve Batı Marmara'dır (%11,7). Türkiye genelinde 20 yaş ve üzeri bireylerde süt tüketmeyenlerin oranı %44,6; kırmızı et tüketmeyenlerin oranı %20,2; balık tüketmeyenlerin oranı ise %39,1'dir. Ambalajlı ürünlerdeki sağlık-beslenme beyanına dikkat edenlerin oranı da sadece %7,6'dır (TBSA, 2010).

UNICEF verilerine göre 5 yaş altı çocukların yaklaşık üçte biri yetersiz beslenmeye bağlı sorunlar yaşamaktadır. Çocuk beslenmesi açısından son derece önemli olan anne sütü halen göz ardı edilmektedir. Türkiye, Brezilya ve Çin gibi ülkelerde mama satışları %41'den %72'ye çıkmış durumdadır. Çocuklarda beslenme sorunları nedeniyle vitamin eksikliği görülmektedir. Ayrıca son yıllarda obez çocuk oranı da iki kat artarak her beş çocuktan birisinde görülmeye başlamıştır. Obezite çocuklarda kalp ve damar hastalıklarına, diyabete, enfeksiyonlara ve öz güven eksikliğine yol açmaktadır (UNICEF, 2019).

### 3.3.5. Barınma-Kentleşme-İçinde Yaşanılan Çevre

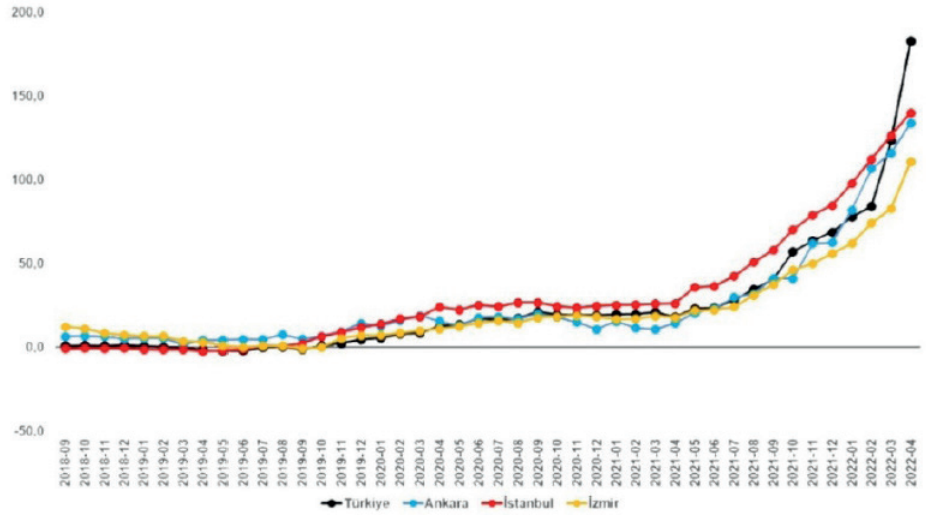
Konut kişinin temel gereksinimlerinden birisidir ve 1948 tarihinde yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde "bir insan hakkı" olarak tanımlanmıştır. Sanayileşmeye bağlı olarak kentleşmenin artmasıyla birlikte konut sorunu daha fazla ortaya çıkmıştır. Türkiye'de sanayileşme ile başlayan göç hareketliliği ile birlikte nüfusun barınma ihtiyacı ortaya çıkmıştır (Emekçi, 2019). Konut ihtiyacının en altta olması veya hiç olmaması kentlerin gelişmişliklerini göstermektedir. Türkiye'de konut sorunu konut tüketiminin eşitsiz dağılımından kaynaklanmaktadır. Türkiye'de konut için ayrılan harcama payı da oldukça yüksektir. TÜİK 2019 verilerine göre Türkiye hane halkı tüketim harcamasına bakıldığında konut ve barınmanın payı %24 olarak belirtilmiştir (TÜİK, 2019a).

BM Kalkınma Programı raporunda 2020 yılına kadar en az 100 milyon gecekondu sakininin yaşamının önemli ölçüde iyileştirilmesi şeklinde hedef belirlenmiştir. Bu bağlamda incelendiğinde Türkiye genelinde 2000 yılında toplam konut ihtiyacı 10.906.368 iken bu sayı 2.860.343 artarak 2010 yılında 13.766.711 olmuştur. Türkiye'deki konut sorununun en büyük nedenleri; hızlı ve plansız kentleşme, toprak ve kent rantı, yoksulluk, imar afları, ekonomik olmayan konut yatırımları, boş ya da aşırı derecede kalabalık konutlar (IMO, 2010).

Ancak bu sorun 2019 yılından sonra artan kira ve konut fiyatları ile daha da büyük bir kriz halini almıştır. 2019 yılında hızla artmaya başlayan kira ve satış fiyatları, 2021 ortasından itibaren günümüze kadar süren yüksek bir artış göstermiştir. Böylelikle 2018 yılıyla kıyaslandığında konut kira ve satış bedellerinin %200 artış gösterdiğini görmekteyiz (**Şekil 9** ve **10**) (Bahçeşehir Ü, 2022a; Bahçeşehir Ü, 2022b).

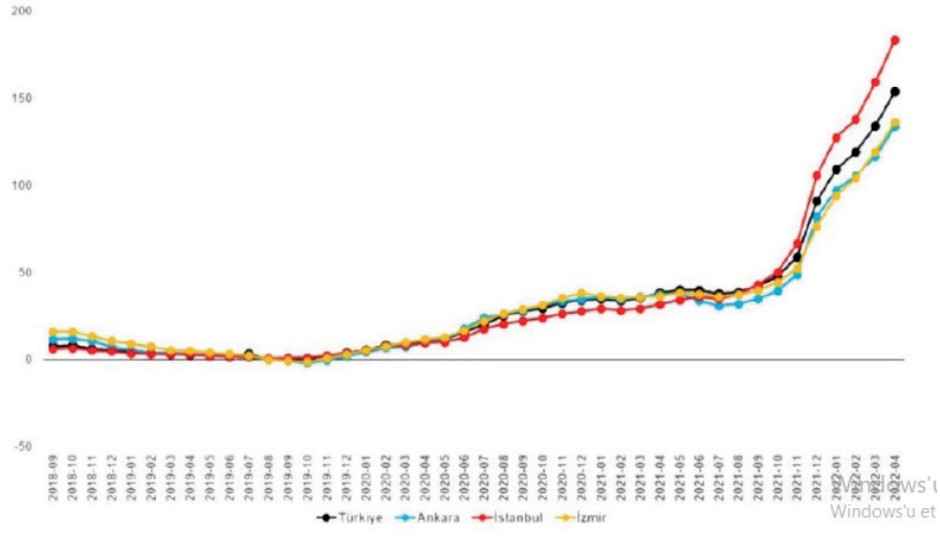


Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 87 23.11.2023 13:18




**Şekil 9.** Konut kiralarında artış oranı (2018-2022) (Kaynak: Kutsal ve Polatoğlu, 2023)

Konutların kira ve satış bedellerindeki bu aşırı artış sonrasında Türkiye'de artık düşük ve orta gelirli kesimin konut bulmakta sorun yaşadığı görülmektedir. Son zamanlarda kiracı-ev sahibi anlaşmazlıklarındaki artış da bunun somut bir göstergesidir (Kutsal ve Polatoğlu, 2023).




**Şekil 10.** Satılık konut fiyatlarında artış oranı (2018-2022) (Kaynak: Kutsal ve Polatoğlu, 2023)

Bir diğer sorun kentlerdeki gürültü ve hava kirliliğine bağlı solunum yolu hastalıkları ve işitme sorunlarının oluşmasıdır. Bu nedenle kentlerde iklim duyarlı ve doğa-esaslı uygulamalara gereksinim vardır. DSÖ ile başlayan Sağlıklı Kentler Hareketi bu anlamda



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 88 23.11.2023 13:18

ülkemizde bisiklet yolları ve kentsel dönüşüm projeleriyle kısmen de olsa olumlu örnekler içermektedir (Sağlıklı Kentler Birliği, 2019).

Hızlı kentleşmeye bağlı gecekondulaşma da Türkiye için ciddi bir sorundur. Gecekondu bölgelerinde BÖH ve bulaşıcı hastalıklar daha fazladır. Günümüz dünyasında insanlar kırsal bölgelerde alt yapı sorunlarıyla ve enfeksiyonlarla boğuşurken; kentsel bölgelerde ise buna ek olarak trafik, hava kirliliği, kazalar-yaralanmalar, uyuşturucu, alkol, barınma vb sorunlarla karşılaşmaktadır.

### 3.3.6. Sağlıklı Yaşam Davranışları

Bir kişinin sağlıklı yaşam davranışı gösterebilmesi sosyal konumundan asla bağımsız değildir. Sağlıklı yaşam davranışı belki de sosyal değişkenlerle en iç içe olan ve en kompleks yapılardan birisidir. Michael Marmot "*Status Syndrome*" isimli kitabında bunu kuşaktan kuşağa geçen uzun dönemli bir etkilenme olarak tanımlamıştır (Marmot, 2005).

Öte yandan ergenlik dönemi, sağlığı etkileyen madde kötüye kullanımı, güvenli olmayan cinsel ilişki, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları ya da kronik hastalıkların kendi kendine yönetimi gibi davranışlar geliştirilmesi açısından en önemli dönemdir. Bu davranışlar da kültürel, sosyal ve ekonomik durumlardan etkilenir. Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük gençler arasında riskli davranışlar gelişme olasılığı daha yüksektir (Viner, 2012).

### 3.3.7. Eğitime Ulaşma-Okul Ortamı

Çocukların vakitlerinin önemli bir kısmı okulda geçmektedir. Bu nedenle okul koşulları önemli sosyal değişkenler arasında sayılır. Okul belirleyicileri arasında okulun fiziksel koşulları, okullarda uygulanan sağlık eğitimleri, sağlık hizmeti, okullarda hemşire, psikolog bulunması, okuldaki öğrenci-öğretmen arasındaki ya da öğrenciler arasındaki sosyal ilişkiler (zorbalık, şiddet vs.) ve okul yapısı (öğrencilerin sosyoekonomik durumu, etnik çeşitlilik, okulun büyüklüğü) sayılabilir.

Okul belirleyicileri ile çocuk sağlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda kötü fiziki ve yapısal koşullara sahip okullardaki çocukların sağlıklarının olumsuz etkilendikleri, kaliteli sağlık eğitimi veren okullarda pozitif yönde sağlık davranışlarının (alkol, sigara kullanımının az olması vb) geliştiği, sağlık hizmeti olan okullarda çocukların fiziki ve ruhsal açıdan daha sağlıklı oldukları sonuçlarına varılmıştır (Huang, 2013). Malatya ilinde sosyoekonomik koşulları farklı iki ilköğretim okulunda yapılan çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede yer alan okulda kekemelik, gece işemesi ve okul başarısızlığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Kaya, 2006). Tüm bunlar göz önüne alındığında ülkemizde okullardaki koşullar titizlikle incelenmeli ve gereken düzenlemeler yapılmalıdır.

### 3.3.8. Akran ilişkileri

Akran ilişkilerinin de aile faktörlerine benzer şekilde gençlerin ve çocukların sağlığı üzerinde pozitif ya da negatif yönde etkileri olabilmektedir. Okul öncesi dönemde olumlu akran ilişkileri geliştirmek çocukların psikososyal gelişimini desteklemektedir. Öte yandan olumsuz akran ilişkilerinin de sağlık üzerinde riskleri olabilmektedir. Okul öncesi dönem çocuklarında yapılan bir çalışmada akran ilişkilerinin ailelerin durumunda etki-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 89 23.11.2023 13:18

lendiği örneğin ekonomik düzeyi kötü ailede yaşayan, parçalanmış aile yapısına sahip olan, ailesinin eğitim düzeyi düşük olan çocukların saldırgan/ asosyal davranış puanları yüksek bulunmuştur (Avcı, 2019).

Ayrıca özellikle ergenlik döneminde akran ilişkileri yine destekleyici olabileceği gibi sağlık açısından riskli davranışlar geliştirilmesinde teşvik edici de olabilir. Bunlar arasında sigaraya, alkole başlama, riskli cinsel davranışlar sayılabilir. Ergenlikte edinilen alışkanlıklar sonuçlarının erişkin dönemine yansıması ve hayat boyu sağlık üzerinde etkileri olması nedeniyle oldukça önemlidir.

### 3.3.9. Çocuk İhmal ve İstismarı

Çocuk ihmal ve istismarı, çocuğun ruhsal ve fiziksel sağlığına zarar veren, gelişimini etkileyen aile, sosyal çevre ya da bakım veren kişi tarafından uygulanan davranışlardır. Genellikle aile, çocuk ve çevresel kaynaklı olarak üç grupta incelenmektedir. Ailenin sosyal açıdan kısıtlı bir çevreye sahip olması, çocuk bakarken yardım alamaması sosyal çevresel sebeplerdendir (Acehan, 2013). Türkiye'de çocuk ihmal ve istismarı buz dağının görünmeyen kısmı gibidir. Sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmaya göre araştırmaya katılanların %68'inin çocuk ihmal ve istismarı konusunda herhangi bir eğitim almadıkları ve bildirim ve müdahale süreci hakkında yeterince bilgileri olmadıkları bulunmuştur (Tekin, 2020). Bu da ülkemizde ihmal ve istismar konusunda sağlık çalışanlarını bilinçlendirmeye yönelik daha fazla eğitim yapılması gerektiğini göstermektedir.

### 3.3.10. Çocuk İşçiliği

Yoksulluğun bir sonucu da aile gelirine katkı sağlamak amacıyla çalışan çocuk sayısında artış olmasıdır. TÜİK 2019 çocuk işgücü araştırmasına göre 5-17 yaş arası çalışan çocukların %36'sının hane halkının ekonomik faaliyetine yardımcı olmak, %23'ünün de hane halkı gelirine katkıda bulunmak amacıyla çalıştığı saptanmıştır (TÜİK, 2019b). Gelişme çağındaki çocukların uygun olmayan çalışma koşullarında çalışmaları eğitimlerinin aksamasının yanı sıra sağlık hizmetlerinden yararlanamamalarına da yol açmaktadır. Yine TÜİK 2019 verilerine göre çalışan çocukların ancak %66'sı aynı zamanda eğitimlerine devam edebilmektedir.

Çocuk işçiliğinin çocuk sağlığına etkileri üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Bu çalışmalarda genel olarak yetersiz beslenme ile çocuk işçiliği arasında ilişki bulunmuştur. Çalışan çocukların genellikle yaşa göre daha düşük kilo ve boya sahip olduğu saptanmıştır. Yine çalışan çocuklar arasında en sık rastlanan yaralanma türleri kırıklar, yanıklar, düşme, burkulma ve kas-iskelet sistemi ağrılarıdır. Tarım sektöründe çalışan çocukların diğer sektörlerde çalışanlara göre 4-5 kat daha fazla yaralandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca çalışan çocukların zararlı ajan maruziyetleri ile ilgili yapılan çalışmalarda çocukların tiroit hormon bozukluklarına, hafıza problemlerine, demir eksikliğine, işitme problemlerine yol açabilecek birçok zararlı ajanın kanda yüksek seviyeleri tespit edilmiştir. Çalışan çocukların çalışma ortamları incelendiğinde havalandırma, aydınlatma, sıcaklık, gürültü seviyesi ve güvenlik önlemleri açısından standartların altında olduğu saptanmıştır (Batomen, 2018). Çalışma koşullarına bakıldığında sigortasız çalışma, izin kullanamama,



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 90 23.11.2023 13:18

mesai saatlerinin normalden uzun olması ve iş yerinde fiziki ve sözel şiddete maruz kalınması gibi durumlar zaten kırılgan ve gelişim dönemindeki çocuklarda biyolojik sağlık sorunlarının yanı sıra psikolojik sağlık sorunlarına da yol açabilmektedir (Örnek, 2017).

### 3.3.11. Çocuk Yoksulluğu

Gelir eşitsizliğinin ve gelir düşüklüğünün bir sonucu olarak daha uzun ve yakıcı etkileri olan çocuk yoksulluğu karşımıza çıkmaktadır. Çocuk yoksulluğunun en önemli özelliği doğumla beraber yarattığı eşitsizliklerin (erken ölümler, hastalık yükü vb) çocuk büyüdükçe katlanarak devam etmesinden kaynaklanmaktadır. Çocuk yoksulluğu beslenme, barınma, eğitim, sağlık hizmetlerine erişim sorunu ve çocuk işçiliği gibi bir çok dezavantajlı duruma neden olmakta ve çocukların sağlığını etkileyen bir kısır döngü yaratmaktadır. Bu nedenle çocuk yoksulluğunu engellemek bu kısır döngüyü de kırmak anlamına gelmektedir (UNICEF, 2016). Yoksulluk kavramı çok boyutlu bir kavramdır ve UNICEF bu nedenle *"Çok Boyutlu Yoksulluk İndeksi"*ni geliştirmiştir.

Göreli yoksulluk (ulusal gelirin %50'sinin altında gelire sahip olmak) temel insani ihtiyaçlarını karşılayacak gelirin olmaması veya yaşanılan toplumun yaşam standartlarına erişememe olarak da tanımlanmaktadır. 2018 yılında Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde yetişkinlerde %16 olan göreli yoksulluk oranı, çocuklarda daha yüksek bir oranla ortalama %21'dir (UNICEF, 2016). Bu oran Türkiye'de %23 olup, OECD ülkeleri arasında en kötü 7. ülke ve Avrupa ülkeleri arasında da Romanya'dan sonra en kötü ikinci ülkedir (OECD, 2021).

Ülkemizin de önemli bir sorunu olan çocuk yoksulluğunun birçok belirleyicisi vardır. TÜİK verilerine göre 2020 yılında Türkiye'de göreli yoksulluk oranı %18 ile en yüksek oranda çok çocuklu ve kalabalık ailelerde saptanmıştır (TÜİK, 2020c). 0-6 yaş arası nüfusun dört yıllık gözlem süresi içinde %51'inin yoksulluktan etkilendiğini gösteren başka bir araştırmaya göre kalıcı çocuk yoksulluğunun belirleyicileri olarak daha genç ve eğitim seviyesi düşük kişilerin hane reisi olduğu hanelerde çocukların sürekli yoksul kalmaları ve ciddi maddi yoksunluk yaşamaları daha olası bulunmuştur (Dayıoğlu, 2016).

### 3.3.12.Yaşlılık

TÜİK verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi iken son beş yılda %22,6 artarak 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2017 yılında %8,5 iken, 2022 yılında %9,9'a yükselmiştir (TÜİK, 2023c). Yaşlılığın sadece biyolojik ve kronolojik değil aynı zamanda sosyal, toplumsal ve psikolojik boyutları da vardır. Yaşlı nüfusta kronik hastalıklar daha sık görülmekte, ölümler ise daha çok disfonksiyon ve kanser nedenli olmaktadır. En sık görülen kronik hastalıklar kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, inme, astım, kronik bronşit-amfizem, kanser, diabetes mellitus ve artrittir (Aslan, 2018). Türkiye'de yaşlıların ölüm nedenleri incelendiğinde ölümlerin %46'sının dolaşım sistemi, %16'sının kanserler ve %13'ünün solunum sistemi hastalıkları nedeniyle olduğu saptanmıştır (TÜİK, 2020).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 91 23.11.2023 13:18

Yaşlılar için önemli bir sorun da yaşlı nüfus için çok önemli olan diş protezi, gözlük, işitme cihazı gibi medikal ürünlerin erişilebilirliği konusudur ve bu ürünlerde katkı payları çok yüksek kalmaktadır. Örneğin, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) işitme cihazları için yeterince bir katkı vermemektedir. Ayrıca bu ürünlerde emeklilerin ödemesi gereken %10 katılım payını da SGK emekli maaşından düşmektedir (Başbakanlık, 2008).

### 3.3.13. Cinsel Yönelim

Cinsel yönelim bireyin erotik açıdan hangi cinse karşı ilgi duyduğu, hangi cinsi arzuladığıyla ilgilidir. Yapılan çalışmalara göre toplumlarda kendi cinsi ile cinsel ilişki kuranların oranı %3-5 arasında değişmektedir. Geyler, lezbiyenler, biseksüeller ve cinsiyet değiştirmişler ayrımcılığa konu olan farklı cinsel yönelimli bu azınlık grubu temsil etmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre farklı cinsel yönelimi olan kişiler sağlık kuruluşlarında çalışanların homofobik davranışları yüzünden yeterli hizmeti alamamaktadırlar (Alkan, 2016).

## 3.4. Sonuç ve Öneriler

Görüldüğü üzere Türkiye'de sosyal değişkenler sağlığı etkileyen biyolojik ve fiziksel etkenlerden çok daha önemlidir. Yoksulluk, işsizlik, toplumsal cinsiyet, şiddet ve göç gibi değişkenler tüm toplumu derinden etkilemektedir. Sağlığı etkileyen bu değişkenlerin aynı zamanda birbirleriyle de sürekli ve karşılıklı bir etkileşim içinde olduğunu belirtmek gerekir. Örneğin yoksulluk değişkeni konut, beslenme, sosyal çevre ve yaşam koşullarıyla yakından ilişkilidir. Yapılan iş meslek hastalıkları ve kazalarla sağlığı doğrudan etkilediği gibi, işsizlik nedeniyle iç veya dış göç durumuna da yol açabilir. Savaşlar, ekonomik krizler hem yoksulluğa hem işsizliğe hem de göçlere yol açabilir. Eğitimsizlik hem yoksullukla hem işsizlikle hem çalışma koşullarıyla yakından ilişkilidir. Gelenek, görenekler, kültür ve inançlar toplumsal cinsiyeti, ırkçılığı, beslenmeyi, sağlık hizmetlerine erişimi doğrudan etkiler. Sınıfsal konum ise tüm değişkenlerle ve sağlık düzeyiyle en yakından ilişkilidir (Kılıç ve Dönmez, 2020).

DSÖ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu tarafından 2008 yılında yayınlanan sağlıkta sosyal değişkenler ve eşitsizlikler konulu raporda sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilgili 3 temel strateji belirlenmiştir (WHO, 2008). Aşağıda verilen bu stratejilerin ülkemizde de yaşama geçirilmesi gerekir:

a) *Günlük yaşam koşullarına müdahale ve düzeltme:* Erken çocukluk döneminden başlayarak, doğduğumuz, büyüdüğümüz, yaşadığımız ve çalıştığımız tüm ortamlara yönelik olarak eğitim, barınma, beslenme vb gereksinimlerin giderilmesi gerekmektedir.

b) *Güç, para ve benzeri diğer kaynakların eşitsiz dağılımıyla mücadele edilmesi ve hakkaniyetli dağıtılmasının sağlanması:* Böylece sağlıkta eşitsizliklerle mücadele edilmesi ve bu amaçla güçlü bir kamu sektörü, sivil toplum, yasal düzenlemeler ve hesap verebilir bir özel sektör oluşturulması amaçlanmalıdır.

c) *Sağlık sorunlarının anlaşılması, ölçülmesi ve yapılan girişimlerin etkilerinin izlenmesi:* Böylece sağlıkta eşitsizliklerin ölçülebilmesi için sürveyans ve monitorizasyon aracılı-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 92 23.11.2023 13:18

ğıyla sosyal değişkenlerin etkilerinin gözlenmesi ve halk sağlığı yaklaşımının uygulanması gerekir.

Ancak unutmamak gerekir ki günümüz dünyasındaki sosyal değişkenlerin temelini sınıfsal farklılıklar oluşturmaktadır. Sınıfsal farklılıkların nedeni ise kaynakların eşit dağılmamasından kaynaklanmaktadır. Bunun en basit çözümü kaynakların yeniden dağıtılmasıdır (Cockerham, 2022). Bu nedenle Türkiye gibi ülkeler için yeniden dağıtım/paylaşım stratejisi üzerinden sosyal politikalar oluşturulması gerekmektedir. Bu politikaların başında zenginlerden daha fazla vergi alınması, asgari ücretin artırılması, sosyal sigorta yardımlarının genişletilmesi, işsizliğin azaltılması, eğitimin yaygın ve ücretsiz olması, evsizlere ev sağlanması, sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması ve özellikle çocukları koruyucu sosyal politikalar oluşturulması gelmektedir.

Daha eşit ve adil bir dünya kendi kendine gelişmeyecektir. Bunun için hepimizin büyük çaba harcaması gerekmektedir. Bu nedenle sosyal değişkenler üzerinde oluşturulabilecek en küçük bir ilerleme bile önemlidir. Bu küçük düzelmeler özellikle yeni kuşakların daha sağlıklı olmasını sağlayacak ve gelecekte daha sağlıklı bir toplum ve dünya oluşmasına yardım edecektir.

## KAYNAKLAR:


Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. (2013). Evaluation of Child Abuse and Neglect. Archives Medical Review Journal 2013; 22(4):591-614.

Akdemir S, Özaktaş FD, Aksoy N. (2019). Türkiye'de ve Seçilmiş Ülkelerde Kadının İşgücü Piyasasındaki Yeri. Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi, 2019(43), 184-202.

Aksu Tanık F. (2020). Ayrımcılığın Sağlığa Etkileri Nasıl Görünür Kılınır? Toplum ve Hekim, 2020, c:34, s:2:153-160.

Alkan A, Erdem R, Çelik R. (2016). Sağlık Alanındaki Ayrımcı Tutum ve Davranışlar: Kavramsal Bir İnceleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(3): 365-390.

Alp S, Taştan N. (2011). Türkiye'de Irk veya Etnik Köken Temelinde Ayrımcılığın İzlenmesi Raporu. İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2011.

Aslan D, Koç E, Çolaklar M. (2018). Yaşlıların Sağlık/Hastalık Durumlarının Toplum Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 2018, c:21 s:2:29-48.

Avcı D, Selçuk KT, Kaynak S. (2019). Okul Öncesi Dönemdeki Çocukların Akran İlişkileri ve Belirleyicileri. Güncel Pediatri, 2019:18.

Ay S, Eser E, Özcan C. (2004). Türkiye'de kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili bazı ölçütler ile sosyo-ekonomik değişkenler arasındaki ilişki:Bir ekolojik çalışma. Toplum ve Hekim, 2004;c:19, s:2:83-91.

Bahçe S, Günaydın FY, Köse AH. (2011). Türkiye'de Toplumsal Sınıf Haritaları:Sınıf Oluşumları ve Sınıf Hareketliliği Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. S.Şahinkaya, İ.Ertuğrul (Eds), Bilsay Kuruç'a armağan kitabı içinde (s:359-392). Mülkiyeliler Birliği Yayınları, Ankara, 2011.

Bahçeşehir Üniversitesi. (2022a). Kiralık Konut Piyasası Görünümü. Ekonomik ve Toplumsal Araştırmalar Merkezi & Sahibinden.

Bahçeşehir Üniversitesi. (2022b). Satılık Konut Piyasası Görünümü. Ekonomik ve Toplumsal Araştırmalar Merkezi & Sahibinden.




Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 93 23.11.2023 13:18

Başbakanlık (2008). Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Erişim linki: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/08/20080828-4.htm, İnternet Erişim tarihi: 10.11.2023

Batomen KBL, Oppong-Nkrumah O, Kaufman J, Nazif-Munoz JI, Nandi A. (2018). Child labour and health: a systematic review. Int J Public Health, 2018;63:663–672.

Bedir E. (2015). Sosyal Politikaya İlişkin Genel Bilgiler. Sosyal Politika içinde (ed:Aİ.Oral, Y.Şişman), Anadolu Üniv. Yay.No:2628, 2-27.

Boratav K. (2004). İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. İmge Kitabevi, Ankara, 2004.

Cockerham WC. (2010). Social Causes of Health and Disease. Polity Press, USA, 2010.

Cockerham WC. (2022). Sağlığın ve Hastalığın Toplumsal Nedenleri. Ayrıntı Yay, İstanbul, 2022.

Cumhurbaşkanlığı (2022). 2022 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu, Strateji ve Bütçe Başkanlığı Bütçe Genel Müdürlüğü. Ankara. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2021/10/2022_Yili_Merkezi_Yonetim_Butce_Kanunu_Teklifi_ve_Bagli_Cetveller.pdf, İnternet Erişim Tarihi: 30 Temmuz 2023

Dahlgren G, Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute for Futures Studies, Stockholm, Sweden, 1991.

Dayıoğlu M, Şeker SD. (2016). Social Policy and the Dynamics of Early Childhood Poverty in Turkey', *Journal of Human Development and Capabilities*, 2016:17(4), pp. 540–557.

Ekmekci PE. (2015). Sağlık ve Romanlar; Türkiye'de Yaşayan Romanlara Yönelik Niteliksel Bir Araştırma, 2015.

Elston JWT, Cartwright C, Ndumbi P, Wright J. (2017). The health impact of the 2014-15 Ebola outbreak. Public Health 2017;143, 60–70.

Emekçi Ş, Tanyer AM, Maliyet YD. (2019). Türkiye'de Alt Gelir Grubunun Konut Sorunu ve Yaşam Döngüsü Maliyet Analizi Tabanlı Çözüm Önerisi. Tasarım Kuram. 2019;15(27):55-63.

Eskiocak M, Akbaşak D. (2017). Roman health in Edirne: Social determinants of health and health status. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2017, 136–149.

Euronews (2023a). Türkiye OECD Gelir Eşitsizliğinin En Yüksek Olduğu 4. Ülke. 26 Eylül 2022. https://tr.euronews.com/2022/09/26/turkiye-oecdde-gelir-esitsizliginin-en-yuksek-oldugu-4-ulke#:~:text=Gini%20katsay%C4%B1s%C4%B1%200%20ile%201,(0%2C42)%20geliyor. İnternet Erişim Tarihi: 10.11.2023

Euronews (2023b). Türkiye'de genç işsizliği: 'Ne eğitimde ne istihdamda' olan gençlerde AB ve OECD sıralaması. https://tr.euronews.com/2022/05/26/turkiye-de-genc-issizligi-ne-egitim-de-ne-istihdamda-olan-genclerlerde-ab-ve-oecd-s-ralamas#:~:text=Gen%C3%A7%20i%C5%9Fsizlerde%20OECD'de%20T%C3%BCrkiye,ortalamas%C4%B1%20ise%20y%C3%BCzde%2013%2C4. İnternet Erişim tarihi: 10.11.2023

HASUDER (2022). 2022 Türkiye'sinde Çocuk Olmak. HASUDER Çocuk ve Ergen Sağlığı ÇG. 2022

HASUDER (2023). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 6 Şubat 2023 Depremleri Üçüncü Saha Raporu.12 Mayıs 2023, Ankara.

Huang KY, Cheng S, Theise R. (2013). School Contexts as Social Determinants of Child Health: Current Practices and Implications for Future Public Health. Public Health Rep 2013;128, 21–28.

HÜNEE (2003). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara, 2003.

HÜNEE (2014). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2014, http://ceidizleme.org/ekutuphaneresim/dosya/29_1.pdf. İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 94 23.11.2023 13:18

HÜNEE (2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara, 2019. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf, İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020

IASC (2020). Basic Psychosocial Skills A Guide for COVID-19 Responders. Inter Agency Standing Committee. 2020.

ILO (2019). Working conditions in a global perspective. International Labour Organization.

IMO, 2010, Türkiye'de Konut Sorunu ve İhtiyacı Raporu, İnşaat Mühendisleri Odası. http://www.imo.org.tr/resimler/dosya_ekler/9ca6617c167713d_ek.pdf?tipi=4&turu=H&sube=0, İnternet Erişim Tarihi: 03.08.2020

Jackson C, Henriksen L, Dickinson D, Levine DW. (1997). The early use of alcohol and tobacco: its relation to children's competence and parents' behavior. Am J Public Health 1997;87:359-64.

Kahriman İ, Topbaş M, Çan G. (2011). Traditional Baby Care Practices Among Mothers with Children Aged 6-12 Months in the Turkish Province of Trabzon. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011:10(1):61-70.

Kavaklı M. (2023). Türkiye'de İntiharın Sosyo-ekonomik ve Sosyo-psikolojik Belirleyicileri: Düzey 2 İçin Bir Panel Veri Çözümlemesi. Bursa Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Haziran/June (2023), 42(1):55-71

Kawachi I, Berkman L. (2000). Social Cohesion, Social Capital and Health. in Social Epidemiology. Oxford Univ Press, USA, 2000.

Kaya M, Özcan ÖÖ, Kaya B. (2006). Malatya il merkezinde farklı sosyoekonomik koşullardaki iki ilköğretim okulu öğrencilerinde ruhsal uyum taraması. *Anatolian J of Psychiatry*, 2006:5.

Kayı İ, Özgülnar N. (2015). Sağlığın Sosyal Belirleyicileri İçinde Ara Halka:Sosyal Sermaye. Toplum ve Hekim, 2015;30(1):29-41.

Kılıç B, Dönmez. (2020). Türkiye'de Sağlığın Sosyal Belirleyicileri. Üner S, Okyay P. (Ed.) Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (s:1197-1206). Hipokrat Yayınevi, Ankara, 2020.

Kılıç B. (2021). Sosyal Belirleyiciler ve COVID-19. Türkiye Klinikleri. Çöl M, (editör). Halk Sağlığı Bakışıyla COVID-19, Temmuz 2021. p:14-20.

Kırılmaz H, Yorgun S, Atasoy A. (2016). Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. International Journal of Cultural and Social Studies (IntJCSS) August 2016 : Volume 2 (Special Issue 1) pp:66-82.

Kleinman M. (2006). Kriz mi? Ne Krizi? Avrupa Refah Devletlerinde Süreklilik ve Değişim. Sosyal Politika Yazıları içinde (ed. A Buğra, Ç Keyder), İletişim Yay., 2006, s:159-193.

Kutsal S, Polatoğlu Ç. (2023). Türkiyede Artan Konut İhtiyacı ve Konut Sorununun Dinamikleri. Topkapı Sosyal Bilimler Dergisi, vol:2, no:1, 2023, pp:133-160.

Marmot M. (2005). The Status Syndrome. Holt Paperbacks, USA, 2005.

Newsreel (2008). Unnatural Causes. Episode One:In Sickness and In Wealth. California, 2008. http://www.newsreel.org; http://www.unnaturalcauses.org

OECD (2016). Factbook, 2015-2016. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/factbook-2015-en.pdf?expires=1593348476&id=id&accname=guest&checksum=E8D3066848F2FB951E5E-37750439C4A5, İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020

OECD (2019). Society at a Glance 2019. OECD Social Indicators. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2019_soc_glance-2019-en. İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020

OECD (2021). Family Database. oe.cd/fdb 1. Updated: August 2021. CO2.2: Child poverty.

Örnek Ö. (2017). Çalışan Çocukların Psikolojik Sağlık Sorunları: Sistematik Derleme. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2017; cilt 26, sayı 4, 151-161



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 95 23.11.2023 13:18

Özuğurlu M. (2014). Toplumsal Sınıflar, Kuramsal Kapsam ve Metodolojik Yaklaşımlar. Toplumsal Tabakalaşma ve Eşitsizlik içinde (ed:MC Ecevit, F Güneş), Anadolu Ü. Yay.No:2415, 3.baskı, Eskişehir, 2014, 24-43.

Raphael D. (2009). Social Determinants of Health. 2.ed. Canadian scholars press inc. Toronto, 2009.

Sağlık Bakanlığı (2019a). Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, 2019. https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiye-nin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html, İnternet Erişim tarihi: 10.09.2020

Sağlık Bakanlığı (2019b). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2019.

Sağlık Bakanlığı (2023). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni. 2 Ekim 2023. https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/46511/0/haber-bulteni-2022-v7pdf.pdf?_tag1=3F123016BE-50268AF4A10917870BF5962AC79ECF#:~:text=Resmi%20%C4%B0statistik%20Program%C4%B1%20kapsam%C4%B1nda%20yay%C4%B1mlanmaktad%C4%B1r.&-text=Bebek%20%C3%B6l%C3%BCm%20h%C4%B1z%C4%B1%20(1.000%20canl%C4%-B1,h%C4%B1z%C4%B1%2011%2C1%20olarak%20ger%C3%A7ekle%C5%9Fti. İnternet Erişim Tarihi: 11.10.2023.

Sağlıklı Kentler Birliği (2019). Uluslararası Kent ve Sağlık Kongre Kitabı. 11-14 Aralık 2019, Bursa, 2019.

SGK (2020). Aylık İstatistik Bilgileri, Mali İstatistikler ve Sağlık İstatistikleri, Nisan-Mayıs 2020. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri. İnternet Erişim tarihi: 30 Temmuz 2020

Solar O, Irvin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO, Geneva, 2010.

Spencer N. (2018). The social determinants of child health. Paediatrics and Child Health 2018, vol:28, issue:3, pp:138–143.

Şahan C, Demiral Y. (2018). Çalışma Yaşamında Psikososyal Risklerin Ölçümüne Güncel Yaklaşımlar. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2018, c:18, sayı:70.

Şavran TG. (2018). Sosyal Sermaye ve Sağlık Arasındaki İlişki: Ampirik Çalışmalar Ne Gösteriyor? Journal of Economy Culture and Society 2018; 57: 53-91

Taneri P, Civaner M. (2023). What do we know about some popular methods of complementary and alternative medicine: An overview of Cochrane systematic reviews. Turkish J of Public Health, v:21(2):261-336.

TBMM (2023). 28. Dönem Milletvekilleri Sandalye Dağılımı, Türkiye Büyük Millet Meclisi. https://www.tbmm.gov.tr/sandalyedagilimi. İnternet Erişim tarihi: 10.09.2023

TBSA (2010). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2010. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf, İnternet Erişim Tarihi: 02.08.2020

Tekin H. (2020). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları ile Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri ve Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Sınırlı Bir Araştırma. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2020; 29:85-94.

TJOD (2023). HPV Hakkında Güncel Genel Bilgi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği. https://www.tjod.org/hpv-hakkinda-guncel-genel-bilgi/#:~:text=Ülkemizde%20ise%20HPV%2016%20ve,kıtalar%20arasında%20sıklık%20oranları%20benzerdir. İnternet Erişim tarihi: 10.11.2023



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 96 23.11.2023 13:18

TKDF (2023). 2008-2022 Yılları Arasında Katledilen Kadın Sayısı. Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu, Yeşil Gazete, 3 Ocak 2023. https://yesilgazete.org/2022de-381-son-15-yilda-4-bin-86-kadin-olduruldu/ İnternet Erişim Tarihi: 1 Eylül 2023

Tokyay M. (2019). Euronews PISA 2018 açıklandı, Euronews. 3 Aralık 2019. https://tr.euronews.com/2019/12/03/pisa-2018-aciklandi-uzmanlar-turkiye-verilerini-degerlendiriyor

Toprakçı E, Meşe ÖF. (2919). Türkiye'de Bireylerin Eğitim Düzeyi ile sağlığı Arasındaki İlişki: Ulusal Veriler Işığında Bir Analiz. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2019, Sayı: 51: 118-143.

Toros A. (2023). Türkiyedeki Yabancı Sayısı Açıklandı, Göç İdaresi Başkanlığı, ekonomim, e gazete, 5 Ekim 2023. https://www.ekonomim.com/gundem/turkiyedeki-yabanci-sayisi-aciklandi-haberi-710585#:~:text=G%C3%B6%C3%A7%20%C4%B0daresi%20Ba%C5%9Fkan%C4%B1%20Toros%2C%20%22%C3%9Clkemizde,741%20bin%20115%20yabanc%C4%B1%20bulunmaktad%C4%B1r.İnternet Erişim tarihi: 5 Kasım 2023

Tunalı H, Özkaya S. (2016). Türkiye'de işsizlik intihar ilişkisinin analizi. Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi (ISSN: 2146-3417) Yıl: 2016 – Cilt: 5 – Sayı: 2.

TÜİK (2019a). Temel İstatistikler, 2019. http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist. İnternet Erişim Tarihi:03.08.2020.

TÜİK (2019b). Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları, 2019. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Child-Labour-Force-Survey-2019-33807

TÜİK (2020a). Temel İstatistikler, Eşdeğer hanehalkı kullanılabilir fert gelirine göre hesaplanan yoksul sayıları, yoksulluk oranı ve yoksulluk açığı, 2006-2019. http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist. İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020

TÜİK (2020b). Türkiye İstatistik Kurumu, Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2020 URL https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33708

TÜİK (2020c). Temel İstatistikler. Nüfus ve Demografi, 2020. http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist. İnternet Erişim Tarihi: 17.09.2020

TÜİK (2021). İstatistiklerle Çocuk 2021. sayı:45633, 20 Nisan 2022.https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2021-45633&dil=1

TÜİK (2022). Türkiyede İkamet Eden Yabancı Nüfus, 19 Aralık 2022. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Population-and-Housing-Census-2021-45866#:~:text=%C3%9Clkemizde%20ikamet%20eden%20yabanc%C4%B1%20n%C3%BCfus,3'%C3%BCn%C3%BC%20ise%20kad%C4%B1nlar%20olu%C5%9Fturdu.

TÜİK (2023a). Gelir Dağılımı İstatistikleri, 2022. 4 Mayıs 2023. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Gelir-Dagilimi-Istatistikleri-2022-49745

TÜİK (2023b). İşgücü İstatistikleri, Ocak 2023. Mart 2023. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0%C5%9Fg%C3%BCc%C3%BC-%C4%B0statistikleri-Ocak-2023-49386&dil=1. İnternet Erişim tarihi: 10.11.2023

TÜİK (2023c). İstatistiklerle Yaşlılar, 2022. 17 Mart 2023. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Ya%C5%9Fl%C4%B1lar-2022-49667&dil=1#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n%C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,9%2C9'a%20y%C3%BCkseldi.

Uğuz HE, Örseli E, Sipahi EB. (2011). Sosyal Sermayenin Ölçümü: Türkiye Deneyimi. Akademik İncelemeler Dergisi, c:6, s:1.

Umut Vakfı (2023). Türkiye Silahlı Şiddet Haritası, 2022. https://umut.org.tr/umut-vakfi-turkiye-silahli-siddet-haritasi-2022/ İnternet Erişim Tarihi: 10 Kasım 2023



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 97 23.11.2023 13:18

UN (2020). Women in Politics:2020. https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/03/women-in-politics-map-2020. İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020

UNFPA (2020). Türkiye'de Çocuk Yaşta Erken ve Zorla Evlilikler, 1993-2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Veri Analizi, 2020.

UNICEF (2016). The state of the world's children 2016: A Fair Chance For Every Child. NY, 2016.

UNICEF (2019). The state of the world's children 2019: Children, Food and Nutrition. NY, 2019.

Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. The Lancet 2012;379: 1641–1652.

Wilkinson R, Pickett K. (2009). The spirit level: Why greater equality makes societies stronger. New York: Bloomsbury Press, 2009

WHO (2008). Closing the gap in a generation:Health equity through action on social determinants of health. WHO Commision on Social Determinants of Health, Final Report, Geneva, 2008.

WHO (2016). Health Status Survey of Syrian Refugees in Turkey, Non Communicable Risk Factors Surveillance Among Syrian Refugees Living in Turkey. WHO STEPS Survey, 2016. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/suriyeli%20m%C3%BClteci%20ingilizce.pdf. İnternet Erişim Tarihi: 17.07.2020

WHO (2022a). Social Determinants of Health. Overview. 2022. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. Ulaşılma Tarihi: 15.01.2022

WHO (2022b). COVID-19 pandemic fuels largest continued backslide in vaccinations in three decades https://www.who.int/news/item/15-07-2022-covid-19-pandemic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades. Erişilme Tarihi:15 Temmuz 2022.

World Bank (2011). World Development Report 2012, Gender, equality and development. International Bank, Washington D.C, 2011.

World Inequality Lab (2021). World Inequality Report 2022. UNDP.

World Inequality Database (2023). Top 1%National Income Share. https://wid.world/world/#sptinc_p99p100_z/US;FR;DE;CN;ZA;GB;WO/last/eu/k/p/yearly/s/false/3.6475/40/curve/false/region

Yetim B, Demirci Ş, Konca M, İlgün G, Çilhoroz Y. (2020). Türkiye'de Bebek Ölüm Hızının Sosyo-Ekonomik Belirleyicileri. Sosyoekonomi, 2020. https://doi.org/10.17233/sosyoekonomi. 2021.01.18

Yılmaz S, Karaaslan BT, Akoğlu G. (2022). Gelişimsel Bakış Açısıyla Spinal Musküler Atrofi'de Çocuğun Sağlık Hakkı ve Yaşam Kalitesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(3), 629-635.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 98 23.11.2023 13:18

# 4. CUMHURİYETİMİZİN 100. YILINDA KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI; GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE VE GELECEĞE BAKIŞ

*Prof. Dr. Ayşe AKIN*

## 4.1. Giriş

Kadın konusunun geçmişini, bugününü ve de geleceğini hele de Cumhuriyetimizin 100. yılında ele alıyor isek yazıya "Cumhuriyet bir Kadın Devrimidir" diyerek başlamak doğru olur.

Kadın sağlığı pek çok faktörden etkilenen bir sonuç olup bunların başında da kadının / toplumun doğurganlık davranışı; normları, toplumun kadından beklentisi ve ona verdiği değer ki bu kısaca "toplumsal cinsiyet rolü" yani insan haklarını kadının eşit kullanabilme durumu gelmektedir. Ayrıca sağlık bağlantılı pek çok konuyu temelden etkileyen "sağlık politikaları ve uygulanan sağlık sistemleri" gibi konulardaki değişimlerin gelişme durumu, "kadın sağlığının" o ülkedeki somut sonuçları olarak ortaya çıkmaktadır.

Yüz yıllık bir dönemde bu gelişmelerin, eğilimlerin ele alınıp irdelenmesi, kadın sağlığı bağlantılı somut olaylarla ortaya konulması dünyadaki gelişmeleri de dikkate alarak geleceğe yönelik "olması gereken - yeni bir bakış açısıyla" bu hizmetlerin ülkemizdeki geleceğine yönelik yorum ve öneriler yapılması güç olsa da; Bunu yapmanın biz Cumhuriyet kuşağının "Cunhuriyete karşı ödememiz gereken bir borç olduğu düşüncesi ile HASUDER'in **Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği"** yapıtının konular bağlamında **tarihe düşülen değerli bir not olacağı** düşüncesi ile yazının kısıtlı sayfa sayısı içinde bilinenleri hatırlatarak, gerçekleri ortaya koyarak okurları düşündürecek, şimdi ne yapılmalı sorusunun ipuçlarını ortaya koymaya çalışan bir yazı olması kararı ile yazının çerçevesi oluşturuldu.

Esasen Osmanlı İmparatorluğunun en güçlü dönemlerinden birinde padişah olan Kanuni Sultan Süleyman'ın **"Halk içinde muteber bir nesne yok Devlet gibi, olmaya Devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"** sözü Osmanlı döneminin sağlığa genel bakışının, sağlığı vurgulamasının olumlu bir örneğidir. Ancak Osmanlının kadına haklar ve tabii sağlık bağlamındaki genel bakışı için "olumluydu" kelimesini kullanamıyoruz çünkü Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde kaybedilen savaşlar, topraklar ve anne-bebek ölümlerinin artması gibi nedenlerle doğurganlığa verilen önem artmış, dolayısıyla kadına bağımsız bir birey olduğu için değil gelecek nesiller bağlamında kadının sağlık durumu önem kazanmıştır. Doğum yanlısı (pronatalist) politikayı benimseyen devlet, ıskat-ı cenin denilen gebeliğin isteyerek düşükle sonlandırılması- küretaj olayını yasaklamış, yar-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 99 23.11.2023 13:18

dım edenlerin cezalandırılmasına yönelik kurallar koymuştur. Ayrıca bu dönemde, anne ölümlerinin azaltılması için ebelerin eğitilmesi gerektiği ve hamileliğin hekim kontrolünde olması gerektiği düşüncesi yaygınlaşmış buna yönelik eğitim programları geliştirilmiştir (Apay, Sakar 2015; Hamlacı 2017). Osmanlı döneminde 1827 yılında İstanbul Üniversitesi'nin açılmış olması çok olumlu bir adım olsa da Cumhuriyet dönemine dek Tıp fakültesine kız öğrenciler alınmamıştır.1898 yılında ise kadınların ısrarlı talebine karşılık "Şuray-ı Devletten "kadınların hekimlik yapamayacağı" konusunda karar çıkarılmıştır. Sözü edilen gerçekler, kadınların yaşam, çalışma, karar verme, miras, boşanma vb gibi diğer pek çok haklarını kullanamaması gibi en temel bir hak olan eğitim hakkında da ayırımcılığa uğradığının "insan hakkını eşit kullanamadığının" en somut bir göstergesi olup, kadınların insan hakklarını eşit kullanımı konusundaki bakış açısını ortaya koymaktadır.

Kaynaklardan "Osmanlı'da, kadınların kullanabildiği kamusal mekanlardaki giyim-kuşamları, davranışları, hangi mekanlara girip çıkabilecekleri padişah fermanları ve şeyhülislam fetvaları ile kısıtlandığını" öğreniyoruz (Durakbaşı, 2021).

Esasen Osmanlının son dönemlerinde gebelik ve doğum, biyolojik bir fonksiyon değil politik bir mesele olarak ele alınmış ve nüfus politikalarının temelini oluşturmuştur. Osmanlı aydınları için kadın bedeni doğurgan olduğu sürece dikkate değer bir konu haline gelmiş ve kadının asıl vazifesi çocuk doğurmak ve çocuğun bakımını üstlenmek olarak kabul edilmiştir.

Ailelerin kontrolsüz hareket etmelerini engelleyen İmparatorluk, çocuk düşürmenin yasaklanması konusuna ayrı bir önem vermiştir (Şimşek, Eroğlu, Dinç2009). Yapılan Ceza Kanunlarına bakıldığında cenin aleyhine işlenen suçların genellikle "Irkın Tümlüğü ve Sağlığına Karşı İşlenen Suçlar" şeklinde düzenlendiği görülmektedir (Hamlacı, 2017).

Düşük yapmak ve bir kadının düşük yapmasına sebep olmak İslam hukukunda cinayet sayılmakta olmasına rağmen bu konu genelde fazla öne çıkmamış veya farklı yorum yapılan konulardan biri olmuştur. Örneğin Hanefi hukukuna göre, çocuk düşürme annenin hayatının tehlikede olduğu durumlarda gebeliğin ilk 120 gününde kabul edilebilir bir durumdur (Şimşek, Eroğlu, Dinç, 2009).

Osmanlı hukukunda cenin hakkına veraset gibi hükümler uygulanacağı gibi, ceninin hayatına tecavüz cinayet sayılmaktadır. Hatta çocuğunu aldıran kadınların işlem sırasında ölürlerse bunu hak ettikleri söylenmektedir. Daha yazının başında, kadın sağlığı ile ilgili günümüzde "politikacıların – doğurganlığı teşvik eden, yasaya rağmen gebelik sonlandırmalarına yapılan "cinayet" nitelemeleri vb. gibi popülist söylemlerinin dayanağının birkaç yüzyıl önceye ait fikirler olduğunun anlaşılması yönü ile bu bilgilere özellikle yer verilmektedir. Oysa bilinmektedir ki uygar dünya 1990'lı yıllardan bu yana sağlık/ üreme sağlığı/ kadın sağlığı konularına insan hakları bağlamında bakmaktadır (Akınve Özvarış, 2020; Esin ve Mıhcıokur, 2021).

Kadın sağlığı konusunun Osmanlı dönemindeki tarihsel gelişmelerine kısaca devam edecek olursak; On sekiz ve on dokuzuncu yüzyılda anne bebek ölümlerinin en önemli sebebi puerperal ateş yani lohusalık humması olmuştur. O dönemlerde eğitimsiz ebeler steril şartların nasıl sağlanacağını bilemediklerinden temizlik/hijyenin sürdürülmesinin öne-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 100 23.11.2023 13:18

minin farkında olamamışlardır. Bu nedenle doğum sonu anne ve bebek ölüm oranları yükselmiştir. Osmanlı'da devlet adamları ve hekimler anne ölüm oranlarının yüksek olmasının sorumlusu olarak geleneksel ebeleri görmüşlerdir. Ölümleri azaltmanın tek yolu geleneksel ebelerin yerine eğitimli ebelerin gelmesini sağlamak olmuştur.

Geleneksel ebelerin doğum alanından dışlanmaya başlanması, ilk ebelik kurslarının açıldığı 1842 tarihine denk gelmiştir. 1842 yılında Tıbbiye Mektebi'nde ebelik kursları açılması için girişimde bulunulmuş 1843 yılında Tıbbiye Mektebinde ebelik bilgisi kursları açılmış, kursu başarıyla bitirenlere ruhsat verilmiş ve ruhsatı olmayanların doğum yaptıramayacağı ifade edilmiştir.

Sağlıklı bir nesil için kimlerin doğurmaya teşvik edileceği, kimlerin ise fazla çocuk doğurmasının engellenmesi gerektiği konusunda öjenik görüşler olmuştur (Beyinli, 2014).

Sonuç olarak; Geç Osmanlı döneminde kadınlara ülke politikası için doğurganlık yönünden ihtiyaç duyulması kadın sağlığını hem olumlu hem olumsuz yönde etkilemiştir. Bu dönemde kadın sağlığı dikkate alınarak ebelik eğitimine önem verilmiş, kadın doğum hastanelerinin

açılması ile anne ölümlerinin azaltılması, hamilelik ve doğumun tıbbileşmesi, infertilitenin sorunsallaşması nüfus politikalarıyla eş zamanlı olmuştur.

Günümüzde Kadın sağlığı ile ilgili bazı geriye gidişleri iyi anlamak için yazıya bilinçli olarak Osmanlı döneminin kadın haklarına sağlık durumuna çok kısa göz atılarak başlanıldı. Özet bir cümle ile ifade edilmesi gerekirse: Osmanlı döneminde kadın sağlığını/ Üreme sağlığını çok etkileyen toplumsal cinsiyet eşitsizliği yasal düzenlemeler, bakış açısı ve uygulamalarla gerçek anlamda **"kurumsallaştırılmıştır"** (Berktay, 2004; Moroğlu, 2021).

## 4.2. Kadın Sağlığı-Üreme Sağlığının Cumhuriyet Dönemindeki Gelişmeleri

Yazının bu bölümüne "Kadın Sağlığı-Üreme Sağlığının Cumhuriyet dönemindeki gelişmeleri" ile ilgili bilgiler genel hatları ile özetlenmektedir.

### 4.2.1. Cumhuriyetin İlk Yılları

Türkiye'de kadının birey olarak görünür hale gelmesi, yasalar önünde eşitlik, sosyal yaşama girme ve temsil edilebilme, eğitim, sağlık, seçme seçilme gibi "insan haklarını" kullanabilmesi, Türkiye'deki pek çok konuda olduğu gibi büyük ATATÜRK'ün önderliği ile başlatılmış ve sürdürülmüştür.

Cumhuriyet döneminin özellikle ilk yılları şöyle özetlenebilir: Cumhuriyet dönemi "İnsan haklarının kadın ve erkek tarafından eşit kullanımının sağlanması yani toplumsal cinsiyet eşitliğinin kurumsallaştırılması için" yapılan reformlar ve mücadeleler ve gelinen noktadan geri gitmemek için devam eden mücadelelerle doludur ve ne yazık ki yıllar içinde ve özellikle günümüzde **"üreme sağlığı bağlamında Türkiye Cumhuriyeti'nin 100. yılında da gündem bitmemiştir".**



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 101 23.11.2023 13:18

Yazının bitiş cümlesi, baştan ifade edildikten sonra bu paraleldeki gelişmelerin incelenmesinde vurgulanması gereken hususlar: Kadın sağlığı son derece kapsamlı ele alınabilir ancak bilinen bilimsel gerçek kadın sağlığını önemli ve ayrıcalıklı yapan kadınların fizyolojik görevleri / işlevleri olan "üreme" fonksiyonları ile bağlantılı, son derece ağır olan sağlık yükleridir. Ayrıca sözü edilen bu yükü daha da ağırlaştıran kadınların cinsiyetleri nedeni ile uğradıkları "toplumsal cinsiyet" ayırımcılığı faktörüdür.

Belirtilen nedenlerle bu yazıda, Cumhuriyet döneminde sağlık hakkının kullanımında etkili olan bazı reformlardan söz edildikten sonra esas olarak Üreme sağlığı konusundaki gelişmelere ve somut sonuçlara, sorun alanlarına değinilecektir.

### 4.2.2. Cumhuriyet Döneminde (1950'ye Dek) Kadın Sağlığını Olumlu Etkileyen Gelişmeler

Henüz Cumhuriyet ilan edilmeden Avrupa ülkelerinin çok azında bağımsız bir Sağlık Bakanlığı varken o yıllarda Türkiye'nin içinde olduğu koşullar ve genel sağlık tablosunun olumsuzluğu nedeni ile 2 Mayıs 1920 ve 3 sayılı Kanunla "Sıhhiye ve Muavenet-i İçtmaiye Vakaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 1973).

**Türkiye tarihinin en büyük devrimi 29 Ekim 1923'te Cumhuriyetin kurulmasıdır.** Cumhuriyetin ilanıyla birlikte kadınların kamusal alana girmesini sağlayan yasal ve yapısal reformlara hız verilmiştir.

Kuruluşunu izleyen ilk on yılda yapılan devrimlerle, toplumun her alanda çağdaş uygarlık düzeyine ulaştırılması hedeflenmiş ve devletin laik hukuk temelinde yapılandırılması amaçlanmıştır. Bu amacı gerçekleştirmek üzere çıkarılan devrim yasalarıyla, adeta birbiri ardına kenetlenen, birbirini tamamlayan halkalar şeklinde eğitimde birliğin, toplumsal ve ekonomik kalkınmanın, çağdaş dünyaya uyum sağlamanın temelleri atılmış, kadın erkek eşitliği temel ilke olarak benimsenmiştir. 5 Şubat 1937 tarihinde Anayasa'da eşitlik ve laiklik ilkesine yer verilerek devrim halkalarının kilit noktası oluşturulmuştur (Dışişleri Bakanlığı, 2023; Doğramacı, 1992).

Atatürk devrimlerinin yaşama geçirilmesinin her aşamasında kadınların katılımına özen gösterilmiştir. Cumhuriyetimizin kuruluş felsefesi olarak benimsenmiş olan kadın erkek eşitliği günümüzde demokrasinin ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmanın temel kriteri olarak kabul edilmektedir.

Cumhuriyetin ilanından 1950'ye dek kadın/ üreme sağlığı konularında önemli olan kanunlar ve diğer bazı olaylar:

Türkiye Cumhuriyeti, kadınının konumu ve toplumsal alanda güçlenmesi için yapılan çalışmalar açısından dünyada özel ve özgün tarihsel bir deneyime sahiptir. Kadınların ilerlemelerine ve güçlenmelerine ilişkin olarak günümüzde alınan bütün kararlarda ve uygulanan politikalarda bu tarihsel deneyimin yansımalarını görmek mümkündür. Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulduğu 1923 yılını izleyen yıllarda gerçekleştirilen reformlardan; Türk kadınını onun sağlığını etkileyenlerin başında 1924 yılında kabul edilen, eğitimi tek sistem altında toplayarak kadınlara erkeklerle eşit eğitim imkânları sağlayan Tevhid-i Tedrisat Kanunu; kadınların yasal statüsünü bütünüyle değiştirerek gerek aile



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 102 23.11.2023 13:18

içinde gerekse birey olarak eşit haklar sağlayan 1926 yılında kabul edilen Türk Medeni Kanunudur. Bunların yanı sıra kadınların yasal statülerinin eşitlenmesinde diğer önemli aşama ise siyasi hakların kazanılmasıdır. Türk kadınlarına 1930'da yerel, 1934'te de genel seçimlerde seçme ve seçilme hakkı birçok batı ülkesinden önce tanınmıştır.

Türk Medeni Kanunu'nu 1926 - 17 Şubat'ta kabul edildi. Kanun ile erkeğin çok eşliliği ve tek taraflı boşanmasına ilişkin düzenlemeler kaldırıldı, kadınlara boşanma hakkı, velayet hakkı ve malları üzerinde tasarruf hakkı tanındı, sonuçta ilk Medeni Kanunla birlikte kadınlar hukuk alanında eşit birey olarak kabul edilmiştir.

Anne ve çocuklara verilecek sağlık ve sosyal hizmetlerde önemli düzenlemeler getiren, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) 1930 yılında kabul edilmiştir. Bu dönemde savaşlar nedeni ile kaybedilen nüfus, son birkaç yıl doğumların olmaması ya da çok az olması toplam nüfusun 13 milyon civarında olması gibi nedenlerle Türkiye'de pronatalist nüfus politika izleniyordu ve UKK'da; "Doğumu arttıracak ve çocuk ölümlerini azaltacak tedbirleri almak; çocuk düşürmeye vasıta olup Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletince tayin olunacak alet ve levazımın ithal ve satışı memnudur; devletin resmi kuruluşlarında doğum yardımı meccanidir. Doğum sonrası lohusaların kuruluşta bir hafta alıkonulması mecburidir; Hükümet ve belediye tabipleri ve ebeleri fakir kadınların doğurmasından meccanen yardıma mecburdurlar" gibi anne ve çocuk sağlığını doğumdan önce ve sonra korumaya yönelik pek çok madde içermektedir.

Kadınların karar mekanizmalarında temsil edilmesi için önemli adımlar olan Belediye yasası (1930) ile kadınlara belediye seçimlerinde seçme ve seçilme hakkı tanındı. Köy Kanunu'nda değişiklik yapılarak kadınlara köylerde muhtar olma ve ihtiyar meclisine seçilme hakları 1933 yılında; 1934 yılında ise Anayasa değişikliği ile kadınlara seçme ve seçilme hakkı tanındı. Türkiye Büyük Millet Meclisi 5. Dönem seçimleri sonucunda (1935) 17 kadın milletvekili ilk kez meclise girdi, ara seçimlerde bu sayı 18'e ulaştı. Aynı yıl düzenlenen 12. Uluslararası Kadın Konferansının, Atatürk'ün himayelerinde İstanbul – Beylerbeyi Sarayında toplanması bile Cumhuriyet döneminin Kadın konusuna verdiği önemin bir göstergesi olarak kabul edilmelidir.

Türkiye yapılan davet sonucu 1932 yılında Milletler Cemiyetine 18 Temmuz 1932 yılında üye olmuştur, daha sonrasında da Türkiye özellikle DSÖ ve UNICEF ile işbirliklerini sürdürmüştür (Akın ve Günay 2020; Akşin 1996; Akın ve Türkçelik, 2018).

Yazının bu bölümüne dek Cumhuriyetin ilanını izleyen yıllarda kadınların insan haklarını "eşit" kullanabilmelerinde en önemli olan bazı örneklere değinilmiştir. Verilen örnekler kuşkusuz ülkedeki insanların sağlığını da doğrudan ve dolaylı etkileyecek önemli reformlardır **çünkü sağlık biyolojik ve sosyal pek çok olaydan etkilenen bir sonuçtur**. Dolayısı ile ekonomi ya da eğitim, kültür vb. alanlarında atılan olumlu adımlar ve ilerlemeler sonuçta ülkedeki insanların sağlığını özellikle kadın sağlığını da olumlu etkilemektedir.

### 4.2.3 Cumhuriyet Döneminin 1950- 2000 Yılı Arası Gelişmeler

1950'li yılların başına gelindiğinde hızlı nüfus artışına paralel olarak demografik yapı değişmeye başlamış, doğurganlık hızı, bebek ve anne ölümleri çok yüksek seviyelere ulaş-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 103 23.11.2023 13:18

mıştır. Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetleri hükümet tabipleri sorumluluğunda götürülmesinin yanında illerde ve nüfusu fazla olan ilçelerde Sağlık Bakanlığı bünyesinde monovalan hizmet veren Ana Çocuk Sağlığı merkezleri ile Verem Savaş Dispanserleri açılmış olup hizmet vermeye başlamışlardır (Sağlık Bakanlığı, 1973; Fişek, 1983).

1923 yılından sonra pronatalist nüfus politikası izlenen Türkiye'de 1950'li yıllara gelindiğinde hızlı nüfus artışı, istenmeyen gebeliklerin ve buna bağlı isteyerek – ancak sağlıksız koşullarda çoğu kez "self induced" yani kadının kendisinin tavuk teleği, kibrit başı vb gibi septik ya da toksik maddelerle yaptığı tehlikeli- sağlıksız düşükler ve bu uygulamalara bağlı anne ölümleri alarm verici düzeyde artmıştır. Bu durum karşısında Dr. Z.Tahir Burak,Dr. N. Fişek,Dr. Necdet Erenus'un da aralarında bulunduğu bir gurup öncü hekim, artık ülkede pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesi, kadınlara, ailelere istemedikleri gebeliği sağlıklı yöntemlerle engelleyebileceği "antinatalist" nüfus politikasına geçilmesinin gerektiğine inanarak diğer sektör ve disiplinlerle işbirliği ve iletişim içinde "savunuculuk çalışmalarını" başlatmışlardır. Nüfus konusu dünyanın pek çok ülkesinde ve Türkiye'de çoğu zaman politik malzeme yapılan "duyarlı" bir konu olmuştur. Tüm çaba ve yoğun mücadeleler sonucu nihayet 1965 yılında geriye dönüşümlü gebeliği önleyici yöntemlerin satış ve dağıtımını, kullanımını, aile planlaması eğitimini ve sadece tıbbi endikasyon durumunda küretaj yapılabileceğine izin veren 557 sayılı "Nüfus Planlaması Kanunu" kabul edilmiş olup; Böylece Türkiye'de ilk Nüfus Planlaması yasası, sivil toplum kuruluşları, kamu, üniversite ve medyanın çok sektörlü işbirliği ile 1965'te yürürlüğe girmiştir (Akın, 2007, 2010, 2012).

Esasen insan haklarından olan cinsel ve üreme sağlığı hakkının kullanımını sağlayan ve son derece önemli olan bu adımın atılması anne ölümleri yani kadının yaşam hakkının ihlal edilmemesini sağlayan; Ayrıca bireylerin- ailelerin kendilerine ait olması gereken gebelik, çocuk sahibi olup olmamaya karar verme haklarını da en azından "kontrasepsiyonla önleyebilme imkanının devlet eli ile garantilenmesi, "devrim" niteliğinde bir gelişme olarak kabul edilmelidir.

Sözü edilen 557 nolu ilk nüfus planlaması yasasından önce Türkiye'de tüm toplumun sağlığını ancak özellikle kadın-anne ve çocuk sağlığını olumlu etkileyen 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunun kabul edilmiş olması son derece önemli bir adım olmuştur.

Bu yasa, Temel Sağlık Hizmetleri konulu 1978 Uluslararası Alma Ata Konferansından 17 yıl önce, aynı ilkeleri, yani korumaya öncelik veren, sağlık hizmetlerini ekip hizmeti olarak toplumun en yakınına götüren, ebelerin ev ziyaretleri ile, 15-49 yaş grubu kadınları, gebeleri, 0-6 yaş çocukları periyodik olarak izleyen, sağlıkta sektörler arası iş birliğine önem veren yaklaşımı yaşama geçirmiştir. Birinci basamaktaki Sağlık Ocakları ve onlara bağlı Sağlık Evleri "hekimin liderliğinde-yönetiminde ve diğer gerekli personel ile birlikte - ekip olarak topluma sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır. Bu sağlık sitemi "Sağlıkta Dönüşüm girişimi sonucu 2004 yılında pilot olarak başlatılan "Aile Hekimliği Sağlık Sisteminin" 2011 yılında tüm ülkeye genellenmesine dek uygulanmıştır. Sözü edilen Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımının uygulandığı sağlık sitemin özellikle kadın- anne ve çocuk sağlığı üzerine olan olumlu etkileri 1963 yılından beri Türkiye'de her 5 yılda bir



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 104 23.11.2023 13:18

tekrarlanan "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının" sonuçlarında, çok net görülmektedir (Fişekve Shorter, 1971; HASUDER, 2020; CİSÜ Durum Analizi, 2021).

Daha önce de sözü edildiği gibi 557 sayılı yasa ile (1965), Türkiye'de doğum kontrol yöntemleri ve tıbbî nedenlerle gebelik sonlandırma yasal hale gelmiştir. Bu yasa, anne ölümlerinin önlenmesi için çok önemli bir adım olsa da, kadınların üreme haklarını tam olarak kullanabilmeleri bağlamında önemli kısıtlamalar da içermekteydi. Türkiye'de, 1981 yılında yapılan bir değerlendirmeye göre mevcut yasanın izin vermemesine karşın yılda toplam 300-400 bin isteyerek düşük yapılmakta olup bu sayının 50 bini ise, kadını çoğu kez ölüme götüren, kadının kendi müdahalesi ile yaptığı düşüklerden oluşmaktaydı. Özetle istenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşükler o dönemde sorun olmaya devam etmiştir. Bu durumu fark eden bilim çevresi - Üniversiteler, araştırmacılar, sağlık önderleri, kadın STK'ları ve Sağlık Bakanlığı, savunuculuk çabalarını isteyerek düşüklerin erken gebelik döneminde yasallaştırılması noktasına ağırlık vererek sürdürmüşlerdir.

Mevcut yasanın değiştirilmesi için kanıt üreten çalışmalardan biri de, Dünya sağlık Örgütünün (DSÖ) işbirliği merkezi (Collaborating Center) olan Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının, Prof. Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde Prof. Dr. Ayşe AKIN ve ekibinin 5 yıl süresince DSÖ işbirliğinde yürüttüğü Faz 2,3, ve 4 hizmet araştırmalarıdır (Akın, 2010). Bu araştırmalarda, ebe hemşirelerin eğitimden sonra etkili aile planlaması yöntemlerinden Rahim İçi Araç (RİA) uygulayabildikleri; pratisyen hekimlerin eğitimden sonra Karman Aspirasyon (Menstrüel Regülasyon- MR) yöntemi ile erken dönem gebelikleri başarılı bir şekilde sonlandırabildikleri; O dönem sağlıksız koşullarda yasadışı yapılıyor olan "unsafe- güvenli olmayan" düşüklerin sağlık sistemi üzerine olan yükü bilimsel araştırmalarla ortaya konulmuştur. Bu araştırmalarda üretilen sonuçlar, kanıt olarak savunuculuk amaçlı geniş ölçüde, Sağlık Bakanlığının da desteklediği toplantılarda vb. sunularak paylaşılmış, tartışılmış ve sonuçta yasa maddeleri arasında da yer almıştır.

Belirtildiği gibi bütün ilgili sektör ve disiplinlerin iş birliği ve Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünün de desteği ile 2827 sayılı Nüfus Planlaması Yasası 1983 yılında kabul edilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. Bu yasa, 10 hafta dahil gebeliğin istek üzerine sonlandırılmasını; Kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyon yöntemini serbest bırakmıştır. Ayrıca eğitimli / sertifikalı ebe-hemşirelerin RİA uygulayabileceklerini; eğitimli / sertifikalı pratisyen hekimlerin, MR yöntemi ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanı desteğinde erken dönemdeki gebelikleri sonlandırabileceğini yasallaştırmıştır.

Temel olarak bu ve daha önceki yasaya bağlı o dönemde Kadın/ Üreme Sağlığı Hizmetlerinin sistem bağlamında veriliş biçimine de bağlı olarak, sonuçta 2 büyük etki ortaya çıkmıştır: Birincisi, 2. yasa sonrası ilk kez etkili doğum kontrol yöntem kullanımı geleneksel – etkisiz yöntemleri geçmiştir (ebe-hemşirelerin etkisi). Sağlıksız düşüklerin, anne ölümleri içindeki %53 olan oranı, yasaların ve yasalara uygun uygulamaların yapılmasına bağlı olarak %2'ye düşmüştür (Özvarış, 2005; Akın, 2007).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 105 23.11.2023 13:18

Bu dönemde (1950-2000 yılları arası) Türkiye uluslararası gelişmeleri çok daha yakından izlemiş, DSÖ, UNFPA; UNICEF gibi Birleşmiş Milletler (BM) Kuruluşları ve Avrupa Birliği ile karşılıklı etkileşim içinde olarak pek çok başlangıçları bu dönemde yapmış daha sonra da bazı iniş çıkışlar olsa da bu işbirlikleri sürdürülmüştür.

Türkiye'nin katıldığı katkıda bulunduğu ve imzaladığı "Üreme Sağlığı, Sağlık Hakkı ve Eşitlik konularında uluslararası bazı önemli toplantılar ve sonuç belgeleri **Tablo 1** de belirtilmiştir.

**Tablo 1.** Sağlık hakkı ve eşitlik konularında uluslararası bazı önemli toplantılar ve sonuç belgeleri

| Tarih | Toplantı ve Sonuç Belgeleri (kronolojik) |
|---|---|
| 1948 | İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi |
| 1948 | DSÖ Anayasası |
| 1961-1996 | Avrupa Sosyal Şartı |
| 1966 | Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi |
| 1978 | Alma Ata Deklarasyonu |
| 1979 | Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) |
| 1989 | Çocuk Hakları Sözleşmesi |
| 1994 | ICPD - Kahire-Nüfus ve kalkınma Konferansı – Sonuç Belgesi |
| 1995 | IV. Dünya Kadın Konferansı, Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı |
| 2000 | Binyıl Kalkınma Hedefleri (8 Hedef) |
| 2015 | Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (17 Hedef) |
| 2018 | Astana Deklarasyonu |
| 2019 | Nairobi Zirvesi |

NOT: Tablo 1'de yer alan toplantılar ve belgeler, Türkiye'nin katıldığı, imzalayıp, kabul ettiği taahhütte bulunduğu belgelerden bazılarıdır (Akın ve Türkçelik, 2020).

Türkiye genel olarak özellikle de kadın sağlığı / üreme sağlığı; insan hakları konularında uluslararası iletişim ve işbirliğine önem vermiştir hem yararlanmış hem de katkı sunmuştur.

Bazı önemli örneklerden aşağıda bahsedilmiştir:

CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women) yani Türkçe karşılığıyla Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi kadın haklarına ilişkin sağlık dahil pekçok hususu kapsamı içine alan uluslararası bir hukuki belgedir. Sözleşme, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1979 yılında kabul edilmiştir. Türkiye sözleşmeye 1985 yılında taraf olmuştur (Akın ve Türkçelik, 2020).

CEDAW, 30 maddeden oluşan uluslararası bir Yasa olan CEDAW, TBMM tarafından onaylandığı 1986 yılından itibaren, TC. Anayasasının 90. Maddesine göre ulusal yasalarımızın üzerinde bir yasa gücü vardır. CEDAW Sağlık hakkı başta olmak üzere hak eşitliği, insan haklarına saygı, hakkaniyet ve adalete dayalı ekonomik sistem, uluslararası barış ve güvenliğin sağlanması gibi ilkeler üzerinde durmaktadır. Örneğin;



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 106 23.11.2023 13:18

CEDAW-Madde 4 - Lehe ayrımcılık: Geçici ve özel önlemler

l. Kadın ve erkek eşitliğini fiilen sağlamak için taraf devletlerce alınacak geçici ve özel önlemler, işbu Sözleşmede belirtilen türden bir ayrım olarak düşünülmeyecek ve hiçbir şekilde eşitsizlik veya farklı standartların korunması sonucunu doğurmayacaktır. Fırsat ve uygulama eşitliği hedeflerine ulaşıldığı zaman bu önlemlere son verilecektir.

2. Anneliğin korunması amacıyla işbu Sözleşmede belirtilenler dahil, taraf devletlerce alınacak özel önlemler, ayrımcı olarak nitelendirilmeyecektir.

Bizim Anayasamızın 10. Maddesi CEDAW- 4. Maddesine benzer içerikte değiştirilmiştir.

CEDAW-Madde 11, Çalışma yaşamında fırsat eşitliği konularına değinmekte olup; 12. Maddede özellikle "Sağlık hizmetlerinden yararlanmada fırsat eşitliği" başlığı altında":

1. Taraf Devletler, aile planlaması dahil sağlık bakım hizmetlerinden kadın ve erkeğin eşit olarak yararlanması için, sağlık alanında kadınlara karşı ayrımı ortadan kaldırarak bütün önlemleri alacaklardır.

2. Bu maddenin 1. paragrafında öngörülen hükümler saklı kalmak kaydıyla taraf devletler kadına hamilelik, lohusalık ve doğum sonrası dönemde gerekli hizmetleri sağlayacaklar, hamilelik ve emzirme sırasında yeterli beslenme ile birlikte, gerektiğinde ücretsiz hizmet vereceklerdir denilmektedir

CEDAW- Madde 16 - Aile içi eşitlik başlığı altında:

1. Taraf Devletler kadınlara karşı evlilik ve aile ilişkileri konusunda ayrımı önlemek için gerekli bütün önlemleri alacaklar ve özellikle kadın-erkek eşitliği ilkesine dayanarak kadınlara aşağıdaki hakları sağlayacaklardır:

   a) Evlenmede erkeklerle eşit hak;

   b) Özgür olarak eş seçme ve serbest ve tam rıza ile evlenme hakkı;

   c) Evlilik süresince ve evliliğin son bulmasında ayrı hak ve sorumluluklar;

   d) Medeni durumlarına bakılmaksızın, çocuklarla ilgili konularda ana ve babanın eşit hak ve sorumlulukları tanınacak, ancak her durumda çocukların çıkarları en ön planda gözetilecektir;

   e) Çocuk sayısına ve çocukların ne zaman dünyaya geleceklerine serbestçe ve sorumlulukla karar vermede ve bu hakları kullanabilmeleri için bilgi, eğitim ve diğer vasıtalardan yararlanmada eşit haklar; ayrıca Çocuğun erken yaşta nişanlanması veya evlenmesi hiçbir şekilde yasal sayılmayacak ve evlenme asgari yaşının belirlenmesi ve evlenmelerin resmi sicile kaydının mecburi olması için, yasama dahil gerekli tüm önlemler alınacaktır.

CEDAW toplam otuz maddesinde siyasal katılım, eğitim, istihdam sağlık ve kırsal kesimde yaşayan kadınların karşılaştıkları zorluklar gibi pek çok sosyal sorunlar ve üreme sağlığı, aile planlaması hakkında devletlerin yapması gerekenlerle ilgili yol haritası çizmiştir. Anayasamızın 90. Maddesine göre Ulusal yaslarımızdan daha fazla yasal gücü olan



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 107 23.11.2023 13:18

CEDAW ve daha sonra onun eki olan Ek Protokolün da kabulü konumuz bağlamında son derece önemli adımlardır (Moroğlu, 2018).

Kadın sağlığını üreme sağlığı dahil fiziksel ruhsal ve sosyal yönleri ile olumsuz yönde en fazla etkileyen olaylardan biri de ciddi bir insan hakkı ihlali olan "Kadınlara Karşı Şiddet uygulanmasıdır". Ne yazık ki Türkiye'de çok yoğun olup mevcut verilere göre her üç kadından biri yaşam süresince partnerinden fiziksel, cinsel ya da psikolojik şiddet görmektedir (HÜNEE, 2014). Birleşmiş Milletler Kadının Statüsü Komitesince "*Kadınlara Yönelik Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet*in" önlenmesinde hukuki temel oluşturmak amacıyla hazırlanan CEDAW Komitesinin 14 Temmuz 2017 tarihinde kabul ettiği 35 No.lu Genel Tavsiye, Birleşmiş Milletlere üye devletlerce şiddetle mücadelenin küresel yol haritası niteliğindedir.

Bu bağlamda Genel Tavsiye 35'in en çarpıcı yönlerinden biri de artık kadınlara yönelik şiddeti önlemenin devletler açısından bir uluslararası hukuk normu olarak kabul edilmesi gerektiğinin vurgulanması ve devletlerin yapmakla yükümlü oldukları çalışmalar için yol haritası çizmesidir.

İleride söz edilecek olan "İstanbul Sözleşmesinden", olması gereken hukuk yollarını izlemeden imzamızı geri çekmemizden sonra Türkiye için Kadına Yönelik Şiddetle mücadelede önemli bir dayanak olan CEDAW'ın 35 no'lu kararı daha da önem kazanmıştır (Moroğlu, 2018).

Türkiye'nin Kadın Sağlığı ve Üreme sağlığı çalışmalarında çok olumlu etkilendiği adeta bir rehber olarak izlediği bir Uluslararası toplantı da Üreme sağlığının ilk kez tanımının yapıldığı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı – ICPD'dir. Esasen tüm dünya, 1990'lı yıllardan sonra nüfus ve sağlık konularında kalkınmanın bir parçası olarak "Hak temelli sağlık hizmeti" yaklaşımını benimsemiştir. Oysa Türkiye bu başlangıcı 1961 yılında kabul ettiği 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunla" kabul ederek yasal alt yapı ve ilkeleri ile özellikle riskli kabul edilen kadın anne ve çocuk sağlığı bağlamında başlatmış olup ev ziyaretleri ile Sağlık Ocağı Bütününde hekimin liderliğindeki sağlık ekibi ile gebelerin, 0-6 yaş çocukların ve 15-49 yaş kadınların periyodik izlendiği hizmet modelini ülkede yaklaşık 50 yıl uygulamıştır. Bu tarihten yıllar sonra ancak 1978 yılında yapılan Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nın sonunda yayınlanan Alma Ata Bildirgesi'nde "sağlık hakkı" vurgulanmış Türkiye'de 17 yıl önce kabul edilmiş olan ilkelerin çoğu Alma Ata deklarasyonunda benzer şekilde vurgulanmıştır. Bu bile Türkiye'nin geçmişte sağlık, özellikle de kadın sağlığı konusunda attığı öncü adımlara bir örnek olarak değerlendirilmelidir. Nitekim yapılan pek çok olumlu başlangıçlar ve sürdürülen mücadeleler ileriki yıllarda sağlık alanındaki olumlu etkilerini Türkiye'nin sağlık göstergelerinde göstermektedir (HASUDER, 2020; Türmen ve Akın, 2021).

Türkiye, 1994 yılında Kahire'de yapılan Birleşmiş Milletler Nüfus ve Kalkınma Konferansına (ICPD) katıldı. Konferans'ta kadının statüsü ve sağlık ilişkisini vurgulayan "üreme sağlığı" kavramı üzerinde özellikle duruldu ve kadın sağlığında "bütüncül" bir yaklaşım benimsendi (Akın ve Türkçelik, 2020). Kahire Konferansında dünya için; Nüfus



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 108 23.11.2023 13:18

ve Kalkınma bağlamında üreme sağlığı, toplumsal cinsiyet eşitliği, adolesanlar, güvenli annelik, üreme sağlığında erkeklerin sorumluluğu ve katılımı, kadınların güçlenmesi ve statüsü vb. gibi konularda gelecek 20 yılın "Eylem Programı" hazırlanmıştır. Hazırlanan eylem programı doğrultusunda Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde ilgili kesimlerin, sektörlerin de işbirliği ile ilk kez Türkiye'nin "Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Eylem Planı" hazırlandı daha da önemlisi ICPD- Kahire eylem planının öngördüğü faaliyetler o dönemin Sağlık Bakanlığı AÇSAP- Genel Müdürlüğü tarafından Devlet Planlama Teşkilatının (DPT) koordinatörlüğünde politik- üst yönetimin de desteği ile izleme ve değerlendirmeler uzun bir süre sürdürülmüştür (SB-AÇSAP 1996; 1998).

Türkiye Pekin'de 1995 yılında yapılan ve 189 ülkenin katıldığı IV. Dünya Kadın Konferansı'na da katılarak taahhütleri çekincesiz olarak kabul etmiştir; Pekin Konferansında 12 Kritik alan belirlenmiş olup bunlardan biri Kadın ve Sağlık başlığını taşımaktadır. ICPD ilke ve önerilerinin kabul edildiği Pekin Konferansında "Her alandaki kadın hakları çok daha kapsamlı olarak tartışılmış ve görüş birliğine varılan "sonuç belgesi - "Platform for Action – Eylem Platformu" olarak yayınlanmış kadın konusunda izlenmesi gereken yol haritası olarak ülkelerin kullanımına sunulmuştur. ICPD-Kahire'de olduğu gibi Türkiye, Pekin Konferansına da güçlü bir delegasyonla katılmış, Konferans kararlarına ciddi katkılarda bulunurken Eylem Platformunda yer alan pek çok yeni adımı Türkiye'de kadın konularında ulusal mekanizma olarak 1990 yılında kurulmuş olan Kadının Statüsü Genel Müdürlüğünün Koordinasyonunda uygulamaya koymuştur. Bu dönemden sonra kadının sağlık hakkı dahil çeşitli ayırımcılığa uğrayan, örneğin aile içi şiddete uğrayan kişilerin korunması için gerekli tedbirlerin alınmasını düzenleyen 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun yürürlüğe girmiştir.

Türkiye, Cumhuriyetin daha ilk yıllarında kayıt bildirim konusuna önem vererek Merkezi İstatistik Dairesi adı ile 26 Şubat 1926 tarihli ve 3517 sayılı kanunla önce adı Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) olan, 2005 yılından itibaren adı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) olarak değiştirilen kuruluş, Cumhuriyetimizin ilk yıllarında kayıta-bildirime ne kadar önem verildiğinin bir göstergesidir. Böylece pek çok ülkede hele de o yıllarda mevcut olmayan cinsiyete ve yaş gruplarına göre ayrıştırılmış hayati istatistikler Türkiye'de tutulmaya başlanmıştır.

Sağlık alanında ilki 1963 yılında Prof. Nusret Fişek tarafından Population Council işbirliğinde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması bu konuda yapılan ilk araştırma olup Ülkeyi temsil eden örneklem üzerinde benzer yöntemle Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından her 5 yılda bir tekrarlanarak sonuncusu 2018 yılında yapılmıştır. Elli yılı aşkın bir süredir periyodik olarak özenle gerçekleştirilen bu araştırmalar, özellikle nüfus ve kadın/ üreme sağlığı ile ilgili tabloyu ve eğilimleri göstermesi açısından çok değerli olup, Türkiye, dünyada bunu başaran sayılı ülkelerden biridir (HÜNEE, 2022; Fişek ve Shorter, Güvenç, 1971).

Evrensel İnsan Hakları Sözleşmesine temellendirilen, ihlal edilmemesi gereken insan haklarının önemli ve ayrılmaz bir bölümü olan "Cinsel ve Üreme Sağlığı Hakları" Vizyon 2000 olarak en önemli uluslararası belgelerin bir özeti olarak 12 başlık altında toplanmış ve yayınlanmıştır (Akın ve Türkçelik, 2020; IPPF, 1996).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 109 23.11.2023 13:18

### 4.2.4. Cumhuriyet Döneminin 2000 Yılı Sonrasındaki Gelişmeler

Türkiye'de 2000 yılı sonrası kadın sağlığı ve üreme sağlığında, özellikle toplumsal cinsiyet faktörünün etkilediği alanlarda "iyileşmeler ya da bunun tam aksi durumlar gözlemlenmiştir. Şöyle ki 2000 yılı sonrasında, Avrupa Birliği müktesebatına uyum çerçevesinde yürütülen çalışmalar içerisinde kadın hakları konusunda yasal düzenlemeler de yer almıştır. Örneğin; 3 Ekim 2001 tarihinde TBMM'de kabul edilerek 17 Ekim 2001 tarihinde yürürlüğe giren Anayasa değişiklikleri, aile içinde kadın-erkek eşitliği kavramını güçlendirici hükümler içermektedir. 2001 yılında, yeni Türk Medeni Kanunu TBMM tarafından kabul edildi.

2001 yılında- 4709 sayılı Kanunun 17. maddesiyle değiştirilen Anayasanın 41. maddesinin "Aile Türk toplumunun temelidir" fıkrasına "ve eşler arasında eşitliğe dayanır" ibaresi eklenmiştir. Ancak, bu değişiklik sadece ailede eşitlikle sınırlı olmuştur.

1 Ocak 2002 tarihinde yürürlüğe giren Yeni Medeni Kanun da Anayasa değişikliklerini tamamlayıcı niteliği ile kadının hem aile içinde hem toplumsal yaşamdaki konumunu (teoride) güçlendirmiştir.

15 Haziran 2003 tarihinde TBMM tarafından kabul edilen AB- Altıncı Uyum Paketi çerçevesinde Türk Ceza Kanunu'nda yapılan değişikliklerle, "namus için çocuk öldürme" suçunun failine verilen cezalar ağırlaştırılmış ve "töre cinayetleri" olarak bilinen durumlarda failin cezasında indirim yapılmasını içeren madde yürürlükten kaldırılmıştır.

Evli kadının çalışması hususuna da yeni Medeni Kanun'un 192. maddesinde açıklık getirilerek, "Eşlerden hiçbiri iş veya meslek seçimi konusunda diğerinin iznini almak zorunda değildir" ibaresine yer verilmiştir.

TBMM'de 7 Mayıs 2004 tarihinde kabul edilerek 22 Mayıs 2004 tarihinde yürürlüğe giren Anayasa değişiklikleri çerçevesinde de Anayasa'nın "Kanun önünde eşitlik" konulu 10. maddesinde yapılan düzenlemeyle, "Kadın ve erkek eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçirilmesini sağlamakla yükümlüdür" hükmü getirilerek kadın-erkek eşitliği güçlendirilmiş ve bu yönde kurumsal düzenlemelerin yaşama geçirilmesi karara bağlanmıştır. Ayrıca, devlet personel alımlarında kadın-erkek eşitliği ilkesinin gözetilmesini teminen 22 Ocak 2004 tarihinde bir Başbakanlık genelgesi yayımlanarak, kamu kurum ve kuruluşları, Anayasa'nın ve ülkemizin taraf olduğu uluslararası sözleşmelerin ilgili hükümleri çerçevesinde personel alımlarının, görevin gerektirdiği niteliklere uygun olarak ve ayrım gözetilmeden gerçekleştirilmesi hususunda talimatlandırılmıştır.

14 Temmuz 2004 tarihinde kabul edilen ve Devlet Memurları Kanunu'na değişiklik getiren 5223 sayılı Kanun ile Resmi Gazete'de 26 Ağustos 2004 tarihinde yayınlanan Tebliğ çerçevesinde ise devlet memurlarına doğum sebebiyle verilen iznin süresi 9 haftadan 16 haftaya çıkarılmıştır. Öte yandan, sivil toplum örgütlerinin beklentileri doğrultusunda kadının toplumsal ve sosyal statüsünü daha da güçlendiren düzenlemelere yer veren yeni Türk Ceza Kanunu TBMM Genel Kurulu tarafından 26 Eylül 2004 tarihinde TBMM'nde kabul edilerek, 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 110 23.11.2023 13:18

Ayrıca, 18 Mayıs 2005 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin aldığı 849 sayılı kararla, töre ve namus cinayetleri ile kadın ve çocuklara yönelik şiddetin sebeplerinin araştırılması ve önlenmesi amacıyla bir "Meclis Araştırma Komisyonu" kurulması kararlaştırılmıştır. Komisyon, Temmuz 2006'da, alınacak önlemleri ve bunlardan sorumlu olması öngörülen birimlerin ve kurumların isimlerini içeren kapsamlı listeyi içeren bir rapor yayınlamıştır. Söz konusu liste bir Başbakanlık Genelgesi olarak 4 Temmuz 2006 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Hakkında Sözleşme 'ye (CEDAW) 1985 yılında taraf olan Türkiye, anılan sözleşmenin Ek Protokolünü de 8 Eylül 2000'de imzalamış, Ek Protokol Kasım 2001'de TBMM Genel Kurulu'nda onaylanmış, 18 Eylül 2002 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Ayrıca, Türkiye'nin bizzat destekleyicisi olduğu çalışma sonucu, namus cinayetlerinin önlenmesini hedefleyen ve genç kızlar ile kadınları hedef alan cinayetlerin önlenmesinin Hükümetlerin ve uluslararası toplumun kararlılığını gerektirdiğini vurgulayan karar tasarısı, Aralık 2004'te BM Genel Kurul'da onaylanmıştır.

2005 yılı Türkiye-Avrupa Birliği Katılım Öncesi Mali İşbirliği Programı kapsamında, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nün sorumlu kuruluş olduğu gerçekleştirilecek olan "Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Yaygınlaştırılması" (Promoting Gender Equality) başlıklı proje ve 2007-2008 yılları arasında yürütülmüştür.

Tüm bu belirtilenler Türkiye'de 2000'li yılların başlangıcında "Avrupa Birliği'ne katılma ümit ve heyecanı ile atılan "doğru adımlar". Bu adımların atılmasında Üniversitelerin, Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK), Türkiye'de 1980'li yıllarda başlayan Kadın Hareketinin sürekliliği olan ciddi savunuculuk çalışmalarının son derece büyük etki ve katkısı olmuştur. Tüm bu çalışmalar kadınların insan haklarını eşit kullanmasını destekleyici adımlar olup "sadece teoride" kalmadığı gerçek anlamda uygulamalara yansıması koşulu ile çok önemlidir.

Bu yazı kapsamında ara ara vurgulandığı gibi, insan haklarının eşit kullanımında, kadın erkek eşitliği sağlanamadığı takdirde özellikle kadınların cinsel ve üreme haklarını kullanmaları bu bağlamda kadınların CİSÜS düzeyinin istenilen ölçüde iyileşmesi mümkün olamamaktadır. Nitekim belirtildiği gibi "Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Yaygınlaştırılması" başlıklı proje hükumet sorumluluğunda yürütülmüş ve yine o dönem "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği –Ulusal Eylem Planı "2008-2013 hazırlanmıştır. Ayrıca Türkiye'de, 2003 – 2007 yılları arasında Sağlık Bakanlığı tarafından Avrupa Birliği destekli "Türkiye Üreme Sağlığı Programı" uygulanmıştır (Akın ve Türkçelik, 2020).

Son 10 yılda kadına karşı bakış açısında olumsuzlukların giderek artmakta olduğu, yasalara rağmen devam eden "kadın cinayetleri"; Yaslara ve güçlü talebe rağmen kadınların önemli koruyucu sağlık hizmetlerinden olan aile planlaması yöntem uygulamaları ve isteyerek düşük hizmetlerinin verilmemesinde açık olarak anlaşılmaktadır (O'Neil ve ark, 2020).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 111 23.11.2023 13:18

Değinildiği gibi başlangıçta "mevzuatta ve bazı projeler çerçevesinde Üreme Sağlığı ve kadınların insan hakları bağlamında atılan olumlu adımlar uygulamalara yeterli düzeyde yansıtılmamasının yanı sıra "Sağlık Bakanlığı ve şimdiki adı ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı" her iki bakanlığın da yapı ve işlevinde değişikliklere de gidilmiştir. Bu değişiklikler Türkiye'de Kadın Sağlığını/ Üreme Sağlığını etkileme olasılığı yüksek olduğu ve olumsuz sonuçları da gözlemlendiği için birkaç kısa örnekle açıklık getirilecektir. Örneğin, 1965 yılında yasa ile kurulmuş olan Nüfus Planlaması genel Müdürlüğü daha sonra Ana Sağlığı Müdürlüğü ile birleştirilerek "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü" olarak, 1983 yılında yeni bir yapılanma ve organizasyon ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü olarak değiştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1973). Türkiye'de giderek sağlığa ve kadının toplumsal rolüne bakış açısının "politik düzeyde ve zihniyet olarak" değişiyor olmasına bağlı, 19 Mart 2012 tarih ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile (KHK) ile kapatıldığı 2012 yılına dek Üreme Sağlığı, Kadın - Anne ve Çocuk Sağlığında son derece etkili iyileşmeler sağlayan çalışmalar yapmış olup bu çalışmaların sonuçları da ilgili sağlık göstergelerine de net olarak yansımıştır (Akın ve Türkçelik, 2020; HASUDER, 2020).

Kadın dağlığını son derece fazla ilgilendiren etkileyen çarpıcı bir örnek olarak; Türkiye, her tür sağlık sonucu ağır olan kadına yönelik şiddet konusunda, 1990 lı yıllardan beri "Sıfır Tolerans" stratejisini izleyen bir ülkedir. Bu konuda 1998 yılında 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun çıkartılarak "aile içi şiddet" kavramı ve olgusu ilk kez bir hukuki metinde yer almıştır. 2002 yılında Türk Medeni Kanunu (TMK) ve 2005 yılında Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) önemli değişiklikler yapılmıştır. Aile Mahkemeleri ise 2003 yılında kurulmuştur. 2006 yılında çıkarılan Başbakanlık Genelgesi, aile içi şiddetle mücadelenin bir devlet politikası haline geldiğinin ve şiddetin çok taraflı bir yaklaşımla önlenebileceğinin açıkça benimsendiği bir mevzuat düzenlemesidir. Ayrıca bu genelgeyi, İstanbul'da 2011 yılında imzalanan Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi) takip etmiştir ve en son 2012 yılında 4320 sayılı Kanun yürürlükten kaldırılarak daha ayrıntılı tedbirler getiren 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (6284 sayılı Kanun) çıkarılmıştır. Tüm belirtilenler son derece olumlu adımlar kabul edilse de gerek toplumda hala devam eden kadınlara karşı ayırımcı tutum ve davranışlar gerekse kadına yönelik şiddet (KYŞ) konusunda "sıfır tolerans" stratejisi olmasına rağmen giderek sıklık ve şiddetini artırarak devam eden KYŞ vakalarının varlığına rağmen 2022 yılında kendi ülkemizde imzaya açıldığı için "İstanbul Sözleşmesi" adını alan ve en son "önleme ve izleme" komponentleri güçlü olan "Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi'nden" kamuoyuna açıklanmış olan gerekçeler kanunda yazılı olmamasına rağmen, rutin prosedüre uymayan bir biçimde imzamızın geri çekilmiş olması belki de geri adımların en önemlilerinden biridir (İstanbul Sözleşmesi, 2011; İstanbul Barosu, 2021).

Kadına bakış açısının giderek daha da gelenekselleştirildiği ülkemizde, kadınların doğurganlık fonksiyonları öne alınmakta doğurganlık konularında özgürce kendi kararını verebilmenin bir insan hakkı olduğu hususu göz ardı edilmekte ve 1983 yılında kadının üreme sağlığını iyileştirmeyi hedefleyen, olumlu etkileri de bilimsel olarak kanıtlanmış



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 112 23.11.2023 13:18

olan halen mevcut 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Yassı" kaldırılmaya teşebbüs edilmiş, ancak bu teşebbüs "savunuculuk faaliyetlerinin gücü ile engellenebilmiştir. Yasanın kaldırılamamasına karşın "halen resmi olmayan bir biçimde devam eden "pronatalist politika ve kadına yönelik ayırımcı söylemler- uygulamalar", Sağlık sisteminde aile planlaması hizmetlerinin giderek verilmemesi ya da en aza indirilmesi şeklinde devam etmektedir.

Bu değişikliklerde dikkat çekmesi gereken durum; özellikle doğurganlığın düzenlenmesinde en önemli hizmet olan aile planlaması hizmetlerinin yani "kadının önemli bir insan hakkı olan hizmetlerin" önce ismen Sağlık Bakanlığı teşkilat şemasından kaldırılması daha sonra da değinileceği gibi birinci basamakta bu hizmetlere performans puanı/ teşvik verilmeyerek, sosyal güvenlik şemsiyesi altında mütalaa edilmemesidir. Tüm bu tutum ve uygulamalar, kadınların cinsel ve üreme sağlığı haklarını yani temel insan haklarını kullanamaması sonucunu hazırlamıştır. Yazının devamında 2019 Nairobi Zirvesi hedeflerine paralel Türkiye'deki Üreme sağlığı temelinde Kadın Sağlığı, haklar bağlamında irdelenerek bu alandaki sorunlar kanıta dayalı ortaya konulacaktır.

## 4.3. 2019 Nairobi Zirvesi Hedefleri Çerçevesinde Türkiye'de Üreme Sağlığı ve Kadın Sağlığının İrdelenmesi

ICPD- 1994 Kahire Konferansından 25 yıl sonra Nairobi'de Kenya ve Danimarka Hükümetleri ve BM-Nüfus fonu (UNFPA) iş birliğinde 172 ülkeden 8300 delege katılarak, 1.250'nin üzerinde taahhütte bulunmuştur. Zirve sonunda diğer taahhütlere temel oluşturmuş olan 12 küresel taahhüttü içeren "ICPD25 Nairobi Bildirisi: Süreci Hızlandırmak" bildirisi olarak yayımlanmıştır (ICPD25, 2019). Bildiride 2030'a kadar ulaşılması gereken üç sıfıra vurgu yapılmaktadır (Akın ve Ali, 2020; ICPD25, 2019; Özgören ve Ergöçmen, 2020).

Benzer irdelenmenin yapılmış olduğu HASUDER yayını olan Türkiye Sağlık Raporunun "Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın (ICPD) 25. Yılında Nairobi Zirvesi: Dünyada ve Türkiye'de Neler Değişti? Bölümünde de dile getirildiği gibi (Akın, Özvarış, 2020) Zirvenin temel yaklaşımı ICPD 1994'den bu yana Dünya'da Üreme sağlığında anne ölümlerinin %47 azaltılması gibi çok mesafe alınmıştır ancak "Gündem ciddiyetini korumakta olup bitmemiştir" (Kutu 1). Türkiye'de güncel göstergeler **Tablo 2**'de verilmekte olup izlenen politikaların olumlu etkilediği ya da etkileyemediği alanlar açık olarak görülebilmektedir (**Tablo 2**). Özetle denilebilir ki Türkiye'de de gündem bitmemiştir (Kutu 1 ve **Tablo 2**).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 113 23.11.2023 13:18

**Kutu 1.** Nairobi Zirvesinde ortaya konulan "Dünyanın Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığında Bitmemiş Gündemi" (UNFPA, 2020; ICPD25, 2019)

**Nairobi Zirvesinde ortaya konulan "Dünyanın Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığında Bitmemiş Gündemi:**

**Dünyada halen;**

- 295 bin çoğu önlenebilir nedenlere bağlı anne ölümü /yılda,
- 2.6 milyon yeni doğan ölümü/ yılda,
- 25 milyon sağlıksız düşük meydana gelmekte/yılda,
- Aile planlamasında 202 milyon karşılanmamış gereksinim,
- Yılda 500 milyon cinsel yolla bulaşan yeni enfeksiyon,
- 267 milyon servikal kanser,
- 1.8 milyon yeni HIV enfeksiyonu,
- 7.4 milyon HIV/AIDS tedavisine ulaşamayan kişi,
- 200 milyon FGM (genital sakatlama),
- 700 milyon çocuk yaşta evlilik vakası mevcuttur.
- Dünyada 3 kadından biri yaşamının bir döneminde – partnerinden fiziksel ya da cinsel şiddet görmektedir.

Bu gerçekler karşısında Zirvede: "Zaman daralıyor, Süreci Hızlandıralım, Taahhütleri gerçekleştirmek için Sözcükleri Eyleme çevirelim - "No one left behind" yani "Geride Kimse Kalmasın" denilmiştir.

Nairobi zirvesinde özellikle halen dünya ülkeleri arasındaki eşitsizlikler/ uçurumlar, tüm bulgular - sonuçlar değerlendirilerek, 2030 yılına dek dünyanın ulaşması beklenen 17-Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SKH) dikkate alınarak "cinsel ve üreme sağlığı" bağlamında ulaşılması gereken 4 hedef belirlenmiştir. Bu hedefler (Nairobi Report, 2020):

1. Önlenebilir nedenlere bağlı Anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi
2. AP'de karşılanmayan gereksinimin sıfıra indirilmesi
3. Cinsiyet temelli şiddet (GBV), Kadına Yönelik Şiddet (KYŞ) ve zararlı geleneksel uygulamaların (çocuk yaşta evlilikler ve Genital sakatlama sıfıra indirilmesi
4. Gençlere haklar bağlamında öncelik ve önem verilmesi - özellikle CSÜS konularında hizmet sunulması

Nairobi zirvesinde belirlen bu 4 hedef, "hak temelli sağlık hizmeti sunulmasının "ön koşulları" olup bu hedeflere ulaşmak bireylerin, ailelerin toplumun vaz geçilmez insan hakkı, gerçekleştirilmesi ise devletin- anayasal görevidir.

### 4.3.1. Türkiye'nin Bitmemiş Gündemi - Göstergelerle

Bu bölümde Türkiye'de Cumhuriyet döneminde kadın ve üreme sağlığında alınan mesafelere rağmen güncel durum, konu ile ilgili en güncel uluslararası hedefler olan Nairobi hedefleri doğrultusunda değerlendirilerek; Türkiye'de de bitmemiş gündem, haklar bağlamında ele alınacaktır. Böylece üreme sağlığı bağlamında kadın sağlığı ile ilgili güncel durum bağlamında sorunlar- tehditler; yapılması gerekenlerle ilgili önerilerde bulunulacaktır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 114 23.11.2023 13:18

Nairobi zirvesinde belirlen 4 hedef, "hak temelli sağlık hizmeti sunulmasının "ön koşulları" olup bu hedeflere ulaşmak bireylerin, ailelerin toplumun vaz geçilmez insan hakkı, gerçekleştirilmesi ise devletin- anayasal görevidir.

**Tablo 2.** Türkiye'de bazı kadın sağlığı (CSÜS) göstergeleri (TÜİK, 2022; HÜNEE, 2005; HÜNEE, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2021; HÜNEE, 2023)

| | |
|---|---|
| Anne Ölüm Oranı (100 bin Canlı Doğumda) 2005 | 28.5 |
| Kentsel alanda | 20.7 |
| Kırsal alanda | 40.3 |
| Anne Ölüm Oranı (100 bin Canlı Doğumda) 2011 | 15.9 |
| Anne Ölüm Oranı (100 bin Canlı Doğumda) 2016 | 14.7 |
| Anne Ölüm Oranı (100 bin Canlı Doğumda) 2020 | 13.1 |
| Önlenebilir Nedenlere Bağlı Anne Ölümleri (%) 2005 | 61.6 |
| Yüksek risk taşıyan gebelik sıklığı (%) 2018 | 25 |
| Toplam AP yöntemi kullananlar (15-49 yaş kadınlar %) 2018 | 69.8 |
| Etkili AP yöntemi kullanımı (%) 2018 | 49 |
| Rahim İçi Araç Kullanımı (%) 2013 | 20. |
| Rahim İçi Araç Kullanımı (%) 2018 | 14. |
| AP'de Karşılanmayan Hizmet Gereksinimi (%) 2013 | 6 |
| AP'de Karşılanmayan Hizmet Gereksinimi (%) 2018 | 12 |
| AP'de Karşılanmayan Toplam Hizmet Gereksinimi (%) 2018 | 33 |

## 4.4. Uluslararası Hedefler Doğrultusunda Türkiye'de Üreme Sağlığı - Kadın Sağlığı Alanındaki Durumun İrdelenmesi

Başlangıç bölümlerinde vurgulandığı gibi Türkiye'de Cumhuriyet döneminin başlangıcından bu yana dünya sağlığına yön veren örneğin 1978 Uluslararası Alma Ata Temel Sağlık Konferansı; 1994 – Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) - Kahire ve 1995 – Pekin, Dördüncü Dünya Kadın Konferansı öncelerinden başlanarak sağlık sistemi ve Sağlık Hizmetleri - özellikle Kadın-Anne ve Çocuk Sağlığında hizmetlerin " hak temelli sağlanması için" Örneğin, 1952 AÇS Merkezlerinin kurulması, 1960 Planlı döneme geçiş, 1961 - 224 sayılı yasa ile başlatılan Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı; 1965 – 557 sayılı ilk Nüfus Planlaması Yasası, 1983 – 2827 sayılı 2. Nüfus Planlaması Yasası (örneğin, yasların etkili uygulanmasına ve temel sağlık hizmetleri sisteminin uygulanmasına bağlı sağlıksız düşüklere bağlı anne ölümlerinin payı %53'ten %2'ye düşmüştür; genç dostu sağlık hizmeti modelinin oluşturulması gibi çok fazla gerçekleştirilenler olmuştur (Özvarış ve Akın, 2020)

Daha sonra Türkiye'de yaklaşık 40 yılı aşan bir süre uygulanmış olan Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) sisteminden vaz geçilerek, "Sağlıkta Dönüşüm" olarak bilinen değişikliğe gidilmiş ve 2004 yılında pilot uygulama olarak Düzce ilinde başlatılan ve bilimsel-ayrıntılı değerlendirmesi yapılmaksızın 2011 yılında tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılan "Aile



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 115 23.11.2023 13:18

Hekimliği- Sağlık sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Bu yeni sistemde, birinci basamakta hekim, ebe-hemşirenin olduğu ve üreme sağlığı bağlamında çok önemli olan "TSH" yaklaşımından uzaklaşılmış, tedavinin ön planda olduğu, verilen hizmetlere "performans puanının – teşvik uygulamalarının" yön verdiği, sağlık hizmetinin metalaştırıldığı – kar amaçlı olmasını öne alan, sağlık ekibini zayıflatan bir model uygulanmaya başlamıştır.

Bu sistem değişikliğinin yanı sıra özellikle kadın konusunda ataerkil zihniyetin ön plana çıktığı, kadını temel olarak doğurganlık fonksiyonu ile gören – görmek isteyen, doğurganlığını teşvik eden, doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerinde engelleyici bir "politik atmosfer" giderek hakim olmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin hak temelli olabilmesinin temel unsuru Uluslararası norm ve standartlara uygunluğunun yanı sıra mutlaka toplumun, ailelerin bireylerin (kadınların) "taleplerini" karşılamayı esas alması ve hizmetlerin eşitlik ruhu içinde verilmesidir.

Kadın konusunda ve sağlık sistemi bağlamında özellikle 2000'li yıllardan sonra Türkiye'de meydana gelen temel yaklaşım değişikliği de dikkate alınarak, "Türkiye, 2030 yılına dek Nairobi'de belirlenen hedeflere ulaşabilir mi?" sorusunun çok kısa bir değerlendirmesi yapılacak olur ise (ICPD25, 2019);

### *Nairobi Zirvesi "Üç Sıfır Hedefi" Bağlamında Türkiye'nin Bitmemiş Gündemi:*

**Hedef 1: Önlenebilir nedenlere bağlı Anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi.**

Gerek 2005 Ulusal Anne Ölüm (AÖ) Araştırma sonuçları gerekse yıllar içinde AÖ'lerinin trendi bu hedefe ulaşılmasının çok güç olmaması gerektiğini göstermektedir. Çünkü Türkiye'de 1963 yılından beri 5 yıl aralıklarla tekrarlanan "Nüfus ve Sağlık Araştırmaları" 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölüm Araştırması; Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan 2015- 2019 yılları arası Anne ölümlerinin değerlendirildiği Raporun bulguları ve ilki 2008 yılında, ikincisi 2014 yılında gerçekleştirilen Kadına Yönelik Şiddet Araştırmaları, Nairobi Zirvesinde belirlenen hedeflere ulaşmada nelerin yapılması gerektiğini bilimsel kanıtları ile çok açık göstermektedir. Şöyle ki; Gerek anne ölüm oranı gerekse yaşam boyu annelik nedeni ile ölüm, kırsal alanlarda kentsele göre yaklaşık 2 misli daha yüksektir: Türkiye ortalaması yüzbin canlı doğumda 28,5 olan Anne Ölüm Oranı (AÖO) Kentsel alanda 20,7, kırsal alanda 40,3 dür. Yine Yaşam boyu annelik nedeni ile ölüm riski Türkiye ortalaması 1536 kadında bir olup, kentsel alanda 2391 kadında bir, kırsalda 869 kadında birdir. AÖO ve yaşam boyu ölüm riskinde Türkiye'nin bölgelerine göre eşitsizlikler çok fazladır (Batı Anadolu'da AÖO yüz bin canlı doğumda 7,4, anne ölüm riski 694 kadında bir iken aynı göstergeler kuzeydoğu Anadolu için sırasıyla 68,3; 439 kadında bir'dir (HÜNEE, 2014, HÜNEE, 2005, Sağlık Bakanlığı, 2021).

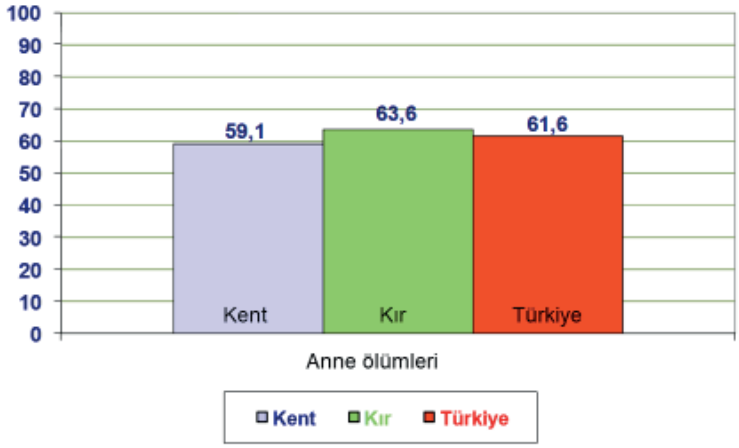
Önlenebilir anne ölümlerini engellemenin belki de en kolay yolu "riskli gebeliklerin-aile planlaması yöntemleri ile önlenmesidir". Türkiye'de çoklu risk kategorisinde olan gebeler %25 olarak çok yaygındır. (Sağlık Bakanlığı 2021; Özvarış 2020)

Türkiye'de anne ölümlerinin 2/3'ü (%62) önlenebilir nedenlere bağlı meydana gelmektedir (**Şekil 1**). Bunun anlamı, sağlık sistemi ve burada verilecek üreme sağlığı hizmetleri bu faktörleri dikkate alınarak birinci basmakta uygun bir ekiple TSH yaklaşımı ile verilebilse



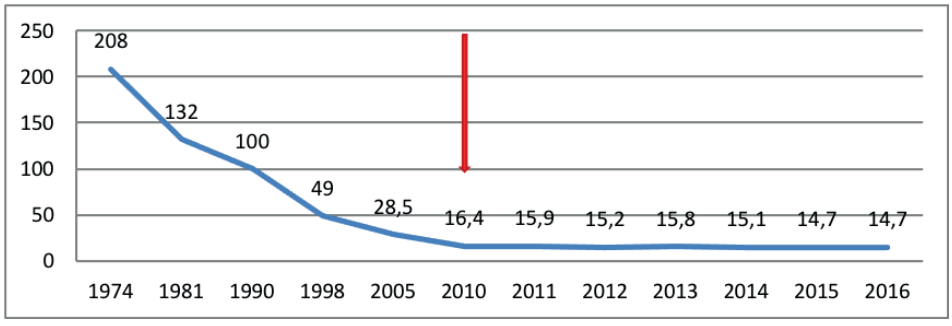
Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 116 23.11.2023 13:18

anne ölümlerinin %62 si önlenebilir bunun anlamı, Nairobi Zirvesinin 1. hedefine ulaşılması demektir. Ancak burada dikkate alınması gereken bir husus da sağlık siteminin kırsal alanları da eşit kapsayan TSH verilmesinin yanı sıra, kadının toplumsal konumunun "uygulanan toplumsal cinsiyet ayırımcılığının" önlenmesi her tür ataerkil yaklaşımın engellenmesi yani kadın - erkek eşitliğinin gerçekleştirilmesidir.




**Şekil 1.**Türkiye'de önlenebilir nedenlere bağlı anne ölümleri - 2005 UAÖA
(HÜNEE, 2005)

Yıllara göre anne ölümlerinin eğilimi incelendiğinde, sağlık siteminin AÖ'lerini indirmedeki etkisine işaret etmektedir. AÖ'lerindeki 2010 yılına dek meydana gelen çarpıcı azalma, TSH sisteminin değiştirildiği 2010 yılından sonraki yıllarda düşüşünü sürdürmemiş nerede ise aynı düzeyde devam etmiştir (**Şekil 2**) (Sağlık Bakanlığı, 2021; Özvarış ve Akın, 2020).



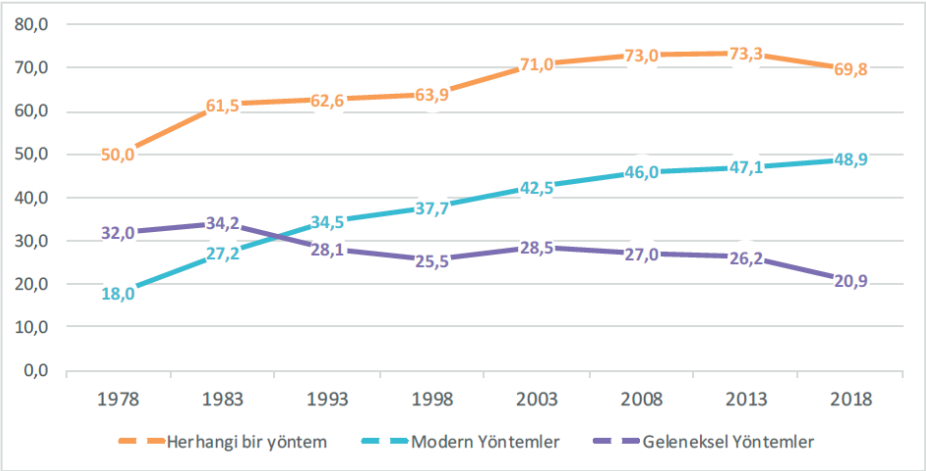

**Şekil 2.** Türkiye'de yıllara göre anne ölüm oranları (100.000 canlı doğumda)
(HÜNEE, 2005; Sağlık Bakanlığı, 2021)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 117 23.11.2023 13:18

Mevcut gelişmeler göz önüne alındığında; geçmişte Türkiye'de anne ölümlerinin en ciddi sebebi kontraseptif hizmetlerin ve isteyerek düşük hizmetlerinin yasal olarak serbest olmamasına bağlı istenmeyen gebeliklerin çok yaygın sağlıksız koşullarda yapılan düşüklere bağlı anne ölümlerinin çok yüksek olması idi. Yazının daha önceki bölümlerinde de açıklandığı gibi Türkiye yerinde yapılan müdahale çalışmaları ile bu sorunların üstesinden başarmıştır. Ancak günümüzde Türkiye'de bilimsel dayanaktan yoksun siyasi liderlerin pronatalist söylemleri ve isteyerek düşük karşıtı söylemleri nedeniyle son 10-15 yılda isteyerek düşük yaptırma hizmetini kamu kuruluşlarından alabilme giderek zorlaştırmıştır. Mevcut "liberal yasaya" rağmen toplumun kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgi ve uygulamaları azalma trendinde olup isteyerek düşük hizmetleri dahil AP hizmetleri kamudan özel sektöre kaymaktadır. Bu durumda ekonomik gücü bu hizmetleri özel sektörden almaya yeterli olmayanlar sağlık haklarını eşit kullanamama riski ile karşı karşıya olacaktır. Nitekim Kadir Has Üniversitesi - Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi tarafından 2016 yılında yapılan, 2020 yılında tekrarlanan araştırmada tespit edildiği gibi; Mevcut yasaya rağmen Türkiye'de, 81 ilden 53'ünde devlet hastanelerinin isteyerek düşük hizmeti sunmadığı saptanmıştır. Ayrıca kamu hastanelerinde isteğe bağlı kürtaj yapanların oranı 4 sene içinde %8'den %3'e düşmüştür (O'Neil ve ark, 2020).

**Hedef 2: Aile Planlamasında (AP) karşılanmayan gereksinimin sıfıra indirilmesi.** Zirvede, "eğer bu hedef gerçekleşemez ise önlenebilir anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi hedefine de ulaşılamaz" cümlesi vurgulanmıştır.

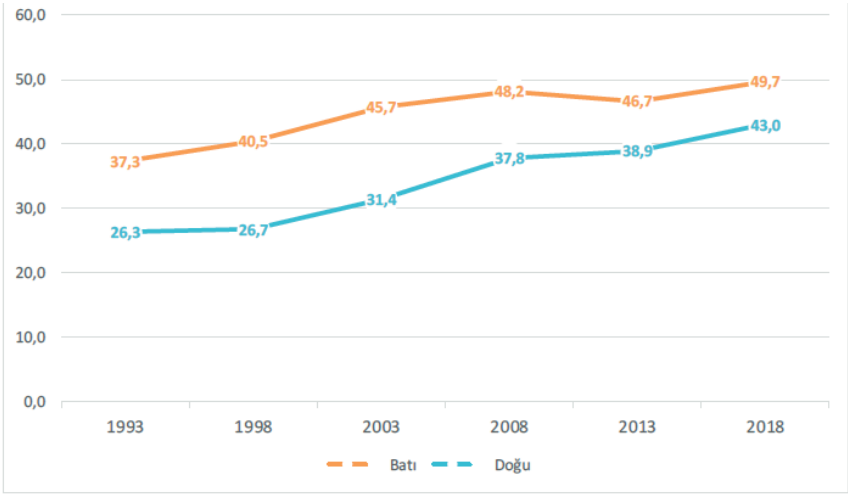



**Şekil 3.** Türkiye'de yıllara göre aile planlaması yöntemi kullanma (%) (1978-2018) (HÜNEE, 2023)

Türkiye'de AP hizmetleri ilk Nüfus Planlaması (NP) yasanın kabul edildiği 1965 yılından itibaren hizmetlerin mevcut gereksinimi karşılamak temelinde yaygın verilmesine bağlı giderek artmış olup 2. NP yasasının kabul edildiği 1983 yılından itibaren ise **Şekil 3**'te net görüleceği gibi etkili AP yöntem kullanımı ilk kez etkisiz-geleneksel yöntem kullanımını aşmış ve bu eğilim uzun yıllar devam etmiştir (**Şekil 3**). Modern kontraseptif yöntem kullanımında da Bölgeler arası farklılıklar mevcuttur (**Şekil 4**) (HÜNEE, 2018).

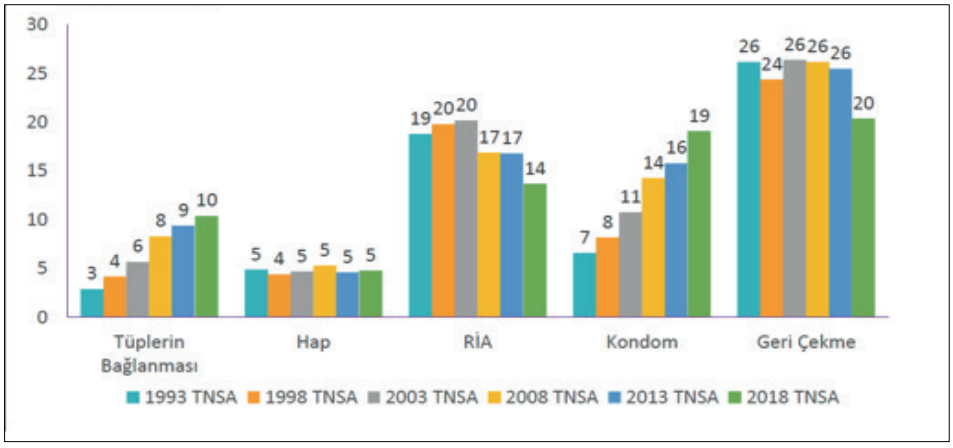


Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 118 23.11.2023 13:18




**Şekil 4.** Türkiye'de yıllara göre bölgesel olarak modern kontraseptif kullanımı (1993-2018) (HÜNEE, 2023)

Ancak 2000'li yıllardan sonra önce de değinildiği gibi birinci basamak sağlık birimlerinde AP hizmetlerinin verilmesinde "hak temelli hizmet anlayışı ile bağdaşmayan" yaklaşım değişiklikleri sonucu etkili yöntemlerin kullanımında – özellikle kullanım ve teorik etkililiği yüksek, toplumun en fazla kabul edip talep ettiği Rahim İçi Araç (RİA) kullanımında belirgin düşüşler olmuş ve bu eğilim ne yazık ki devam etmektedir (**Şekil 5**).




**Şekil 5.** Türkiye'de yıllara ve türlere göre kontraseptif kullanma (1993 – 2018) (HÜNEE, 2019)

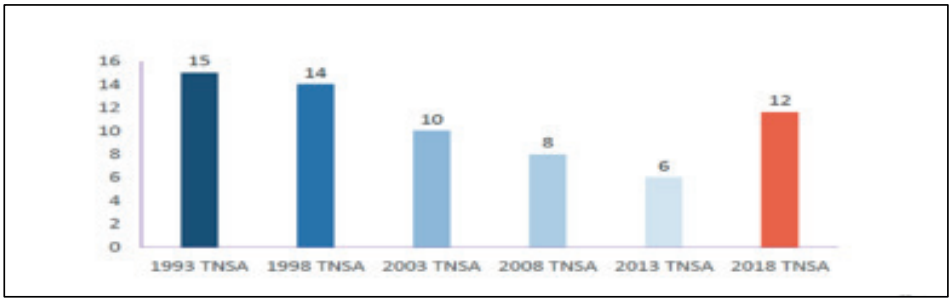
İsteyerek düşükler ailelerin çocuk sayısını kısıtlamadaki motivasyonunu gösteren bir ölçüttür ancak ailelerin düşük öncesi kontraseptif kullanımında büyük bir oranı yöntem kullanmadıkları için gebe kaldıkları bölüm oluşturmaktadır. Ne yazık ki düşük sonrası da bu oran aynen devam etmektedir. Bu da verilen hizmetin niteliği hakkında fikir veren bir



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 119 23.11.2023 13:18

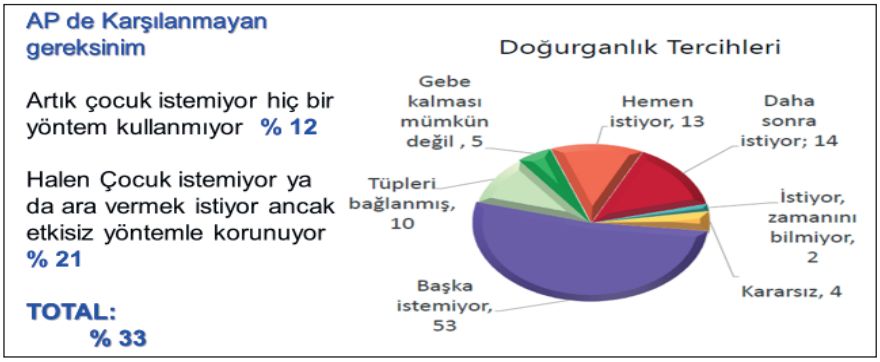
hususdur. Örneğin 2018 yılı TNSA'ya göre gebeliğini düşükle sonlandırmak isteyenlerin %64'ü isteyerek düşük öncesi hiçbir kontraseptif yöntem kullanmazken, İsteyerek düşük sonrası bu oran nerede ise değişmemiş ve %60'tır (TNSA, 2018).

Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi tarafından yapılan çalışmanın diğer önemli bir sonucu da toplam 295 kamu hastanesinden sadece 10 hastanenin mevcut yasaya uygun hizmet sunduğu diğer 185 hastanede bu hizmetlerin "herhangi bir neden gösterilmeden sağlanmadığı; Yıllar içinde bu konudaki hizmet açığının daha da arttığı tespit edilmiştir; Batı Marmara ve Doğu Karadeniz bölgelerinde, doğurganlık çağındaki (15-49) kadınlara isteyerek düşük hizmeti sağlayan tek bir devlet hastanesinin olmadığı belirlenmiştir. 2020 yılında tekrarlanan çalışmada sorunun 5 yıl önceye kıyasla daha da ciddileştiği saptanmıştır (O'Neil ve ark, 2020).




**Şekil 6.**Türkiye'de Aile Planlanmasında karşılanmayan gereksinim (1993-2018) (HÜNEE, 2019)

Türkiye'de AP'da karşılanamayan hizmet gereksinimi son 2 ulusal araştırma arası 5 yıllık sürede ikiye katlanmıştır. Eğer bu sayıya hizmet ihtiyacı olup geleneksel yöntem kullananlar da eklenecek olur ise, "AP'da karşılanmayan gereksinim %33 olmaktadır. Bunun anlamı Türkiye'de 3 aileden biri ihtiyacı olduğu halde AP hizmetine ulaşamamaktadır. Bu sonucun sağlık politikalarını oluşturanlar ve sağlık hizmeti verenler tarafından iyi değerlendirilmesi gerekir. Bu durumun hak temelli hizmet yaklaşımın tam tersi bir yaklaşım olduğunu vurgulamak sanırım "doğru bir tespit" olur (**Şekil 6** ve **Şekil 7**) (HÜNEE, 2019).




**Şekil 7.** Türkiye'de aile planlanmasında karşılanamayan hizmet gereksinimi (HÜNEE, 2019)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 120 23.11.2023 13:18

**Hedef 3: Cinsiyet temelli şiddet (GBV), Kadına Yönelik Şiddet (KYŞ) ve zararlı geleneksel uygulamaların (çocuk yaşta evlilikler ve genital sakatlamanın- FGM) sıfıra indirilmesi.**

Bu hedef bağlamında Türkiye'de, cinsiyet temelli şiddet ve çocuk yaştaki evlendirmeler: Her iki durumun da temel nedeni ülkemizde hala ciddi ölçüde ve artarak devam eden **"toplumsal cinsiyet ayırımcılığıdır"**. Yine hak ihlalinin bu iki örneğini de ne yazık ki toplumun "meşrulaştırma eğilimi" vardır. İyi bilinen bilimsel gerçek: Toplumsal cinsiyet ayırımcılığı zaman içinde değişime uğrar ve politikalarla kurumsallaştırılır. Türkiye'de mevcut tutum ve davranışlar en önemlisi de kanıtlar kadın-erkek ayırımcılığının kurumsallaştırılma adımlarının hızlandığına işaret etmektedir.

Türkiye'de 2008 yılı ve 2014 yıllarında yapılan "kadına yönelik şiddet (KYŞ) araştırmaları" son derece yol gösterici olup KYŞ'in azalmadan çok yaygın olarak devam ettiğini göstermektedir (HÜNEE, 2014).

Cinsiyet temelli şiddetin bir insan hakları ihlali olduğu, kalkınmanın önünde engel oluşturduğu ve mücadelede ciddi radikal adımların, disiplinler ve sektörler arası işbirlikleri ile atılması gerektiği bilinen bilimsel gerçeklerdir. Konu bağlamında Cumhuriyetin başlangıcından itibaren kadın-erkek eşitliği konularında yasal ve sosyal alanlarda yapılanlar; 1980'lerden sonra güçlenen "kadın hareketi", çıkarılan 4320 ve 6284 sayılı KYŞ le ilgili yasalar; Türk Ceza Kanunu'nun ve Türk Medeni Kanunu'nun ayırımcı maddelerinin ayıklanması, önemli adımlardır. Ancak tüm bunlara rağmen kadın erkek eşitsizliğini artırabilecek olumsuz adımlar da ne yazık ki atılmıştır hatta bu eğilim yani kadını hakların kullanımı bağlamında farklı bir kalıba koyma uygulamaları halen artarak devam etmektedir. Bu konuda TÜİK'in istatistik bilgileri, ya da Sağlık Bakanlığının yıllık Raporlarının incelenmesi bile kadınlara karşı ayırımcı uygulama sonuçları eğitim, istihdam, sağlık vb konularındaki sonuçları kolayca görülebilmektedir. Örnek olarak, Türkiye'de uzun yıllar 5 yıl olan İlkokul eğitimi 1997 yılında "kesintisiz olmak koşulu ile 8 yıla çıkarılmıştır". Eğitimde başlangıçta doğru atılan bu adım, 2012 yılında kabul edilen 6287 sayılı kanunla, 4+4+4 olarak bilinen kesintili hale getirilmiştir. Eğitimde kız çocukların aleyhine olacak, daha farklı eğitimlere yönlendirilmesini, hatta eğitime devam etmemelerine yol açabilecek, toplumsal cinsiyet ayırımcılığını artırıcı etkisi olacağı beklenen bir durum olduğu halde bu adım ne yazık ki atılmıştır. Çocuk yaşta evlilikleri ve gebelikleri arttıracağı bilimsel olarak kesin olan bu uygulamalar tüm itirazlara uyarmalara rağmen üzerine farklı eklemeler yapılarak sürdürülmektedir. Kadına Yönelik Şiddet konusunda "yorumlamada güçlük çekilen" bir konu ise hazırlığında Türkiye'den uzmanların emek verdiği öncülük yaptığı, ilk imzaya İstanbul'da TC. Devletinin ev sahipliğinde açıldığı için adını bile İstanbul Sözleşmesi olarak alan "Avrupa Konseyi Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Sözleşmesi", Uluslararası bir yasa olup 2011 yılında ilk imzayı atan ülke Türkiye olmuştur. İmzayı müteakip TBMM'nin de onayladığı yasa, Anayasamızın 90. Maddesine göre ulusal yasalarımızı üzerinde bir güç kazanmıştır. İstanbul Sözleşmesi, kadına yönelik şiddet konusunda koruma, önlem, kovuşturma, kadını destekleme ve bütüncül yaklaşımları getiren - garantileyen en güncel bir uluslararası yasa olup, kadına yönelik şiddeti bir insan hakları ihlali ve ayrımcılığın bir türü olarak kabul etmektedir. Eğer cinsiyet temel-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 121 23.11.2023 13:18

li şiddete karşı yeterli tepki verilmez ise, devletlerin, bundan sorumlu tutulacağını vurgulamaktadır. Türkiye'de kadın konusunda belki de en dikkat çeken geri adım İstanbul Sözleşmesinden hukuka uymayan bir yöntemle "imzamızın geri çekilmesi" olmuştur. İstanbul Sözleşmesine karşı çıkarak nelere HAYIR diyoruz konusu geleceği planlarken bilnmesinde yarar olduğu düşünülen hususlardır: Sözleşme, dört temel alanda devletlere sorumluluk yüklemektedir: Kadınlara yönelik şiddeti ve ev içi şiddeti önlemek; Şiddete maruz bırakılan kadınları ve çocukları her tür şiddetten korumak, şiddetin faillerini kovuşturmak; Uygun, yeterli düzeyde koruma ve destek mekanizmaları oluşturma; Kadına yönelik şiddetin önlenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması konusunda bütüncül politikaların geliştirilmesi. Biz Türkiye olarak izlenebildiği kadarı ile yasada varolmayan gerekçelerle ve Anayasamızda belirtilen hukuki prosedürlere uymadan imzamızı geri çekmemizin açıklamasının- kadın hakları bağlamında mutlaka yetkili ve sorumlu olanlar tarafından yapılması gerekmektedir (İstanbul Sözleşmesi, 2011; İstanbul Barosu, 2021).

Son olarak, Dünyayı dönüştürecek, 2030 yılına dek ulaşılması öngörülen BM- 17 Sürdürebilir Kalkınma Hedefinin Beşincisi, "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği"dir. Yine bilimsel olarak kanıta dayalı olarak bilinmektedir ki toplumsal cinsiyet ayırımcılığı kadının statüsünü etkileyerek sağlık hakkı, doğurganlığına özgürce karar verme hakkı başta olmak üzere diğer haklarını da kullanamamasına yol açan belirleyici bir faktör olup üreme sağlığını da son derece olumsuz etkilemektedir.

Bu bağlamda, Dünya Ekonomik Forumu'nun 2022 ve 2023 yıllarına ait toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin analiz edildiği raporundaki değerlendirmelere göre, Türkiye'nin Toplumsal Cinsiyet Uçurum Endeksinde, yani insan haklarının kullanımında, kadın-erkek eşitliğinin sağlanması ile ilgili yıllar içerisinde hiçbir ilerleme kaydedememiş, aksine Türkiye 2022 yılında irdelenen 146 ülke arasında 124. sırada iken, 2023 yılında 5 basamak daha gerileyerek 129. sırada yer almıştır. Rapor'da Türkiye'nin de içinde olduğu bölgede bu eşitsizliğin giderilmesi için 167 yıla ihtiyaç olduğunun altı çizilmektedir (World Economic Forum, 2023).

Oysa ülkemizde 2004 yılında- Anayasa'nın 10. maddesine "kadın erkek eşit haklara sahiptir; Devlet kadın erkek eşitliğinin yaşama geçirilmesinde yükümlüdür" maddesi mevcut olup 2010 yılında-referandum sonucu, Anayasanın 10. uncu maddesinin ikinci fıkrasına "Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz" cümlesi eklenmiştir (Akın ve Türkçelik, 2020).

## 4.5. Türkiye'de Kadın ve Üreme Sağlığı Bağlantılı Özgün ve Sistemden Kaynaklanan Ortak Sorunlar

Türkiye ile ilgili daha önce sunulan bilgi ve bulguların ışığında ve ayrıca Türkiye'nin 100 yıllık Cumhuriyetinin yarısından uzun bir süresini yani tam 58 yılını profesyonel bir meslek mensubu bir kadın hekim; Ülkenin her hizmet basamağında sağlık ocağı hekimliği, hastane başhekimliği, Genel Müdürlük ve Üniversite öğretim üyesi olarak görev almış; Ayrıca İncelenen konu bağlamında oldukça uzun sürede kazanılmış olan ulusla-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 122 23.11.2023 13:18

rarası deneyimleri de dikkate alan bir bakış açısı ile somut araştırmalara ve kaynaklara dayalı bilgilere kendi gözlemlerime, deneyimlerime dayalı düşüncelerimi de ekleyerek, yazının son bölümü olan "Sorunlar ve Geleceğe yönelik öneriler" bölümü, önce mevcut sorunlar daha önce belirtilen kanıtlar bağlamında başlıklar halinde listelendikten sonra geleceğe yönelik öneriler gerçekçi, uygulanabilir, özet çerçeve olarak temel başlıklar halinde belirtilmektedir (**Kutu 2**).

**Kutu 2.** Kadın ve Üreme Sağlığı konularında mevcut temel sorunlar

**Kadın- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CİSÜS) - Hakları Bağlamındaki Özgün Sorunlar:**

- Kadınların Cumhuriyetle kazandıkları insan haklarında teorik olarak bazı yapılanlar varsa da temelde bazı geriye gidişlerin olması
- Kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığını özellikle hizmete ulaşımlarını etkileyerek engelleyen "statülerinin" düşük, pek çok alanda toplumsal cinsiyet ayırımcılığının belirgin olarak çok fazla olması,
- Hiçbir bilimsel ya da etik temel olmamasına rağmen kadınların doğurganlığının teşvik ediliyor olması
- Aile Planlaması hizmetlerinin özellikle birinci basamakta yeterli düzeyde verilmiyor olması
- Zihniyet (Kadına bakış açısı – Zihniyet ( Kadın YOK aile VAR yaklaşımı)
- Kadına ayırımcı / olumsuz bakış açısının olması ve ataerkil yaklaşımların hala sürüyor olması
- Toplumsal Cinsiyet eşitliğinin kasıtlı olarak politik düzeyde hedef alınması
- Toplumda sağlık konusunda, hizmet talebinin kendi hakkı, bunu sağlamanın da devletin görevi olduğu bilincinin eksik olması
- Kadın konularında eşitlikçi politikalar oluşturulması ya da olanların uygulamalara yansıtılmasında da politik irade ortaya konulmaması hatta "politik direnç" gösterilmesi,
- Türkiye'de cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) hizmetlerine Hak temelli yaklaşımın son derece eksik olması
- Mevcut yasalarda yer alınanların / emredilenlerin bile uygulamalara yansıtılmaması
- Sağlık sisteminin özellikle kadınlara verilen "koruyucu hizmetlerin, aile planlaması hizmetleri örneğinde olduğu gibi geri plana atılması hatta engelleyici uygulamaların olması,
- Mevcut Sağlık Sisteminde uygulanan "Sağlık Hizmet modelinin"- Temel Sağlık Hizmet "TSH" model ve ilkelerinden uzak olması,
- Sağlık hizmetlerinde Uluslararası norm ve standartlara paralel "Hak temelli" hizmet modelinin dikkate alınmaması,
- Birinci Basmakta verilen CSÜS hizmetlerinin ebe ve hemşirenin de olduğu bir ekip hizmeti olmaması
- Sağlık sisteminin, hastalıkla başlayan, paraya endeksli koruyucu hizmetleri öncelemeyen bir sistem olması diğer bir ifade ile koruyucu hizmetlerin geri planda olması
- Anne ölümlerinde, Önlenebilir ölümlerin hala yüksek olması,
- Riskli gebeliklerin yaygın olması,
- Aile Planlaması hizmetlerinde isteyerek düşükler dahil karşılanmayan gereksinimin hala çok yüksek ve giderek artıyor olması,
- Tüm CSÜS göstergelerinde (anne ölümleri dahil) bölgeler arası, Kırsal-Kentsel-Kentsel; Eğitim ve ekonomik düzeye göre eşitsizliklerin devam ediyor olması
- İsteyerek düşük hizmetleri dahil tüm aile planlaması hizmetlerinin, geçmişe kıyasla birinci ve 2. Basamak sağlık birimlerinde mevcut yasaya rağmen yeterli verilmemesi, uygulamaların giderek daha da olumsuzlaşması.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 123 23.11.2023 13:18

## 4.6. Türkiye'de Kadın ve Üreme Sağlığı Bağlamında Geleceğe Yönelik Yapılması Gerekenler ve Öneriler

Esasen Türkiye'nin Demokratikleşme ve uygar dünya ile bütünleşme konusunda "yönetim ve sistem" konularında ciddi sorunları olmasa Yazının bu bölümünde yapılacak öneriler daha kolay yapılır kolayca uygulanabilir olurdu. Çünkü Türkiye "insan gücü, alt yapı hatta eknomik potansiyeli yeterli olan bir ülke olduğu bilinmektedir. Yine de konu bağlamında yazının çerçeve sınırı aşmadan Kadın sağlığında en ağır yükü oluşturan "üreme sağlığı" bağlamındaki öneriler yol göstermesi amacı ile özetlenecek olursa:

İlk belertilmesi gereken insanlık yaratıldığından bu yana kadın cinsiyeti ara ara doğurganlığı nedeni ile ön plana alındığı dönemler olsa da genellikle 2. Sınıf insan muamelesi gömüş ve gelişmemiş ülkelerin çoğunda "toplumsal cinsiyete dayalı" ayırımcılıklar nedeni ile doğuştan sahip olduğu insan haklarını kullanamamıştır.

Diğer vurgulanması gereken, Türkiye, özellikle Cumhuriyet döneminde attığı devrim niteliğindeki adımlarla uluslararası düzeyde yer ve söz sahibi olan küresel düzeyde özellikle BM kuruluşlarının çalışmalarında temsil edilen katkı veren bir ülkedir. Bu yazı kapsamında incelenen "kadın sağlığı" konularında Türkiye, DSÖ anayasası belgesinin ilk versiyonunu bizzat imzalayan ülkelerden biri olmuştur daha sonraki global sağlık toplantılarına sözleşme ve sonuç belgelerine katkı ve katılım sağlamış, taahhütlerde bulunmuştur.

Bilindiği gibi uluslararası ortak çaba ve akılla hazırlanan sözleşme – yasa, sonuç belgeleri hangi konuları ele alıyor ise konulan hedeflere ulaşmada örneğin -üreme sağlığı ve kadın sağlığını iyileştirmede- yol haritası niteliğinde stratejik belgelerdir.

Günümüzde, insan hakları bağlamında norm ve standartlarının çerçevesi çizilmiş, diğer bir ifade ile ülkelere yol gösterici ilkeler, stratejiler belirlenmiştir. Kuşkusuz gelinen yer son nokta olmayıp her zaman daha da gelişmeye açıktır.

Tüm dünyada ve Türkiye'de kadın sağlığı ve üreme sağlığını iyileştirmede teknolojik gelişmelerin çok geliştiği günümüzde bile hiç kimsenin hiçbir yönetimin elinde "sihirli değnek" olmadığı bilinmektedir. Bu durumda yapılacaklar kanıta dayalı olarak bilimin gösterdiği yolda gerekenleri yapmak olmalıdır.

Bu bakış açısı ile;

- Günümüzde en önemli eksik, var olan ilkelerin, norm ve standartların hazırlanmasına katkıda bulunulduğu halde sonuç belgeleri imzalanıp - onaylandığı halde özellikle Türkiye dahil gelişmekte olan ülkelerde uygulama aşamasının ya tümü ile göz ardı edilmesi ya da çok yetersiz – kısmen- uygulanmasıdır. O halde bu sorun politik kararlılıkla çözümlenmelidir.
- Türkiye'de Anayasanın 90. Maddesine göre ülkenin imzalayarak TBMM onayından geçmiş olan uluslararası yasaların (örneğin- Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS); CEDAW vb) ülkede eksiksiz uygulanması gerekir. Bu bağlamda Türkiye yani karar vericiler, ülkenin kendi anayasasının da emrettiği maddelerin ne ölçüde uygulandığını değerlendirerek gereğini yerine getirmelidir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 124 23.11.2023 13:18

- Uluslararası diğer sonuç belgeleri, geliştirilen alanda "güncel yol haritaları" olarak ülke çalışmalarına rehberlik etmesi sağlanmalıdır ( örneğin- DSÖ - Health For All Stratejik belgesi; "Üreme sağlığı ve Kadın Sağlığının" kapsamlı olarak yapılması gerekenleri ilkesel ve aktivite bazında ele alan 1994 - Nüfus ve Sürdürülebilir Kalkınma Konferansı ve aynı konularda yapılmış olanları ve alınan mesafelerin, sorun alanlarının değerlendirildiği 2019 Nairobi Zirvesi sonuç belgeleri Ülkemiz için de ileriye yönelik nelerin yapılması gerektiğine işaret eden rehberlerdir.

Esasen yazının son bölümünde CSÜS konuları bu hedefler paralelinde irdelenmiş sorunlar ortaya konulmuştur.

### 4.6.1. Belirtilenler Paralelinde Kadın Sağlığı – Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Konularında İleriye Yönelik Spesifik Olarak Yapılması Gerekenler

**Kadının güçlenmesi:** Sağlık hakkı dahil bireylerin insan haklarını eşit kullanabilmeleri için toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması gerekmektedir. Bunun için mevcut yasalar oldukça eşitlikçi olmasına karşın hakim olan "zihniyet, ataerkil yapı, kadını ikincilleştiren bakış açısı" uygar dünyanın standartlarına uygun değiştirilmeli; ulusal ve uluslararası yasalarda emredilenler gerçekleştirilmeli bunun için gerekli olan politik irade ortaya konulmalıdır. Daha güncel deyimle "sözcükler eyleme çevrilmeli" ve kimseyi geride bırakmadan - evrensel sağlık kapsayıcılığı tüm nüfus için uygulanmalıdır. Bu öneride belki de kilit cümle- Türkiye'de Cumhuriyetle kazanılan kadın haklarında geri adımların atılmasına izin verilmemeli; Kadını ikincil konuma düşüren düşürmeye çalışan "zihniyetle" mücadele edilmelidir. Kadının güçlenmesi için önünde yaratılan sosyal engellerin kaldırılması ve Anayasamızın 10. Maddesine göre gerektiğinde pozitif ayırımcılık yapılması yeterli olacaktır.

Milli Eğitim Sisteminde özellikle uzun erimde kadın haklarına zarar veren, ayırımcı uygulamalardan kaçınılması, sistemin bu bağlamdaki etkilerinin bilimsel yöntemlerle değerlendirilmesi (yazının kapsamı dışına çıkılmaması için ayrıntıya gidilmemiştir) ve gereğinin buna göre değiştirilmesi önemlidir.

**Sağlık sisteminin gözden geçirilmesi gereği:** Türkiye'de özellikle son 10 yıldaki bilimsel araştırma sonuçları değerlendirildiğinde uygulanmakta olan sağlık sisteminin, "evrensel halk sağlığı ilkelerinden" uzaklaştığını göstermektedir. Şöyle ki, sağlığı başvuruya dayalı hastalıkla başlatan, CİSÜS bağlamındaki koruyucu hizmetlerin ve kırsal kesimin geriye atıldığı, daha da önemlisi CİSÜS hizmetlerinde birinci basamakta kilit personel olan ebe ve hemşirelerin yer almadığı; Birinci ve diğer sağlık hizmet basamaklarında biçimi farklı olsa da "paranın" yön verdiği bir hizmet biçiminin olduğu bilinmektedir. Bu konudaki eksiklerin sonuçları istatistik bulgulara da açık olarak yansıdığı da göz önünde bulundurularak sağlık sistemi belirtilenler dikkate alınarak mutlaka gözden geçirilmeli, gereği yapılmalıdır.

**Toplumun CİSÜS konularında farkındalığının artırılması**; Sağlığın sahip olunan bir insan hakkı bu hakkı eşit kullanmanın kendilerinin hem bir insan hakkı hem de anayasa ile garantilenmiş hakları oluğu bilincinin temel olarak "uyuyan dev" diye nitelendirilen



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 125 23.11.2023 13:18

halkta ancak ayrıca her düzeyde, her sektör ve disiplinde geliştirilmesi için tüm iletişim kanalları kullanılarak bilgilendirici savunuculuk faaliyetleri düzenlenmelidir.

**Sivil Toplum Kuruluşlarının güçlendirilmesi ve işbirliği yapılması:** Toplumun sağlık bilincinin gelişmesinde rolü olan Kamu kuruluşlarının faaliyetlerini eksiksiz yapmalarının yanı sıra konu bağlamında önemli çalışmalar yapan "Sivil Toplum Kuruluşlarının", "Üniversitelerin, Kadın- Araştırma ve Uygulama Merkezleri'nin" çalışmalarının engellenmemesi aksine destek verilmesi, işbirliği yapılmasının sağlanması.

**CİSÜS konularında Türkiye ve sığınmacılar:** Bu bağlamda "güvenilir ve gerçekçi bilginin" olmadığı ülkemizde CİSÜS konularının çok daha büyük sorun alanı olduğu yapılan sınırlı araştırma sonuçlarına dayanılarak düşünülmektedir. Belirtilen nedenlerle göçmenler- sığınmacılar" konularına yazı kapsamımda özellikle değinilmemiştir. Öneri olarak her şeyden önce Devletin / Hükumetin bu konuda şeffaf çerçevesi belli ve ülkenin taşıyabileceği yüke uygun bir politika izlemesi, o zaman bilimsel yaklaşımlarla mevcut durum değerlendirilebilir ve öneriler geliştirebilir.

**Uluslararası işbirliklerinin artırılması:** CİSÜS konularında güncel bilgi ve teknoloji paylaşımının olumlu etkileri dikkate alınarak uluslararası işbirliklerinin stratejileri gözden geçirilip belirginleştirilerek işbirliği çalışmaları devam etmelidir.

**Kayıt bildirim sisteminin iyileştirilmesi:** CİSÜS konularında kayıt bildirimde özellikle dijital sistemin de desteği ile bazı iyileştirilmeler yapılmış olsa da hala morbidite, mortalite ve nedenleri vb.gibi konularda gelişmiş ülkelerde rutin kayıt bildirimle toplanan verilerin, bunları temel alarak geliştirilen göstergelerin Ülkemizde de "güvenilir, yaşa cinsiyete ayrıştırılmış olarak toplanması, göstergeler geliştirilerek ve mutlaka ilgili taraflarla "paylaşılması" sağlanmalıdır. Rutin toplanan bilgilerde boşluk olan kısımlarda "planlı araştırmaların yapılması; Bu bağlamda diğer yapılması gereken ise mevcut istatistik bilgiler ve araştırma sonuçlarının sadece rapor olarak yayınlanması yerine özellikle karar vericiler tarafından bu bilgiler esas alınarak CİSÜS konularında "müdahale" planlarının yapılarak uygulanması ve gelişmelerin periyodik olarak bilimsel araştırmalarla izlenmesinin gerçekleştirilmesi.

**Bitirirken;**

Cumhuriyetimizin YÜZÜNCÜ yılının, TC sınırları içinde yaşayan her bir birey için son derece anlamlı ve önemli olması gerekir. Çünkü Ülke - Cumhuriyetimiz, gerçek bir deha olan Mustafa Kemal Atatürk'ün liderliğinde özverili, ileri görüşlü bir grup, yurtseverin toplumla bütünleşerek verdiği bilinçli mücadelelerle ve bedeller ödenerek var olmuştur.

Bu yazı kapsamında incelediğimiz Kadın konusunda İnsan haklarının eşit kullanılması ve özelde cinsel ve üreme sağlığı ve haklar bağlamında özellikle Cumhuriyetimizin birinci yarısında atılan dev adımlar, "Cumhuriyet bir Kadın Devrimidir" bakışını haklı çıkaracak ölçüde olumlu olmuştur.

Yazının sayfa sayısı ve hazırlık süresinin kısıtlılığına rağmen Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği'nin (HASUDER) son derece değerli olan "Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği" yapıtına Cumhuriyetimizin uzun süresini yaşamış- gözlemlemiş bir hekim ola-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 126 23.11.2023 13:18

rak kanıtlara da dayanarak ara ara düşüncelerimi de ekleyerek meslek yaşamımda en fazla emek verdiğim konuda yani Kadın Sağlığı ve Üreme sağlığı bağlamında katkı yapmaya çalıştım. İnanıyorum ki genç meslektaşlarım yapılanların üzerine daha fazlasını daha iyilerini koyarak, Cumhuriyetimizi başarılı olarak nice Yüzyıllara taşıyacaklardır.

HASUDER'in sağlık bağlamında çok önemli başlıkları dikkate alarak hazırladığı "**Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği"** eserinin diğer pek çok eserle birlikte Cumhuriyetimizin gelecek 100 yıllarına temel olacağı, sağlık alanında ışık tutacağı inancı ile **"Daha Nice Yüzyıllara" …**

## KAYNAKLAR:


Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2022). Türkiye'de Kadın. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını: Ankara (https://www.aile.gov.tr/media/97652/tu-rkiye-de-kadin_20220214.pdf )

Akın, A.; Özvarış, B.Ş. (2020). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın (ICPD) 25. Yılında Nairobi Zirvesi: Dünyada ve Türkiye'de Neler Değişti?. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu 2020. ISBN: 978-605-7874-83-2 içinde ss. 137 – 149, Ankara.

Akin, A., Ali, M. (2020). Celebrating the 25th anniversary of the International Conference on Population and Development: A perspective from Turkey. *Int J Gynecol Obstet*, 148, 261–262. doi: 10.1002/ijgo.13029

Akın, A., Türkçelik, E. (2020). Türkiye'de Katılımcı Demokrasinin Güçlendirilmesi: Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin İzlenmesi Projesi "Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması", CEİD Yayınları: 9, ISBN: 978-605-64847-80, Ankara.

Akın, A. (2007). Emergence of the Family Planning Program in Turkey. In The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs, Ed. Robinson, W. C., Ross, J. A., The World Bank, Washington DC. s.85-102. The Worldbank. http://siteresources.worldbank.org/

Akın, A. (2010). From Research to Practice: Use of Non-Physicians in Family Planning Services in Turkey. Health Human Care Resource Availability: The Impact on Health in Turkey. France: Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales 50, 4, ss. 445-462.

Akın, A., Günay, T. (2020). Eds. Toplumsal Cinsiyet, Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı; In: HASUDER Türkiye Sağlık Raporu-2020, s. 123-221, ISBN: 978-605-7874-83-2, Ankara.

Akın, A. (2012). Türkiye'de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. Turkish Journal Of Public Health, Cilt 10, Düşükler Özel Sayı 1, s.43-60

Akşin, S. (1996). Ana Çizgileriyle Türkiye'nin Yakın Tarihi, İmaj Yayıncılık, Ankara.

Apay, S.E., Sakar,T. (2015). Üreme Sağlığına Farklı Bir Bakış: Osmanlı Dönemi, Lokman Hekim Dergisi, 5(2):45-51

Berktay, F. (2004). Kadınların İnsan Haklarının Gelişimi ve Türkiye Sivil Toplum ve Demokrasi Konferans Yazıları (No:7).

Beyinli G. (2014). Elleri Tılsımlı Modern Türkiye'de Ebelik. Ayizi Yayınları, Ankara.

Dışişleri Bakanlığı (2023). Türkiye'de Kadın Hakları Alanında Kaydedilen Gelişmeler https://www.mfa.gov.tr/turkiye_de-kadin-haklari-alaninda-kaydedilen-gelismeler.tr.mfa

Doğramacı, E., (1992)"Atatürk, Kadın ve Kadın Hakları", Atatürkçü Düşünce, Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Atatürk Araştırma Merkezi,−




Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 127 23.11.2023 13:18

Erbay,H. (2019): Tarihsel Süreçte Dünyada ve Türk Toplumunda Kadın Algısı ve Haklarının Gelişimi Üzerine Bir Değerlendirme, Ege Sosyal Bilimler Dergisi Cilt 2, Sayı 1, Ocak 2019, Sayfa 1- 25

Eren N. (1985) Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, HÜTF Halk sağlığı AD Yayınları, Ankara.

Esin, A. Mıhçıokur S.,Demir,C. Kanal,G. ( Ed). Türmen, T.;Akın,A. (2021); Türkiye'de Cinsel "Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu" ISBN 978-605-70326-3-8, 2021 İstanbul (cisuplatform.org.tr)

Feyzioğlu, Turhan, (1992) "Atatürk ve Kadın Hakları", Atatürkçü Düşünce, Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Atatürk Araştırma Merkezi, https://www.atam.gov.tr

Fişek, N. (1971). Türkiye'de Nüfus Araştırmaları. F. C. Shorter & B. Güvenç (Der.), Türkiye Demografyasi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Fişek N. (1983). Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara. https://www.halk-sagligiokulu.org/Kitap/Detay/halk-sagligina-giris/d7926675-7a2b-4dbf-ba0e-f7e74d62e4f3

Hamlacı,Y. (2017). Geç Osmanlı Döneminde Kadın, Doğum ve Çocuk Sağlığı, *Lokman Hekim Dergisi - Lokman Hekim Journal 2017;7(1):23-27 http://lokmanhekim.mersin.edu.tr*

HASUDER (2020) Türkiye Sağlık Raporu 2020. ISBN: 978-605-7874-83-2, Ankara

HÜNEE (2005). Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 Ana Rapor. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/Di%C4%9Fer%20Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar/UAOC2005-AnaRapor.pdf

HÜNEE (2014). Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması-Rapor. HÜNEE- yayını, Ankara. https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/analiz_ve_rapor-102

HÜNEE (2019) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara.

HÜNEE (2022). Üreme Sağlığı Konularında Tematik Analizler 1993-2018. UNFPA-HÜNEE Yayını. Ankara

HÜNEE (2023) Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Serisi; 1968-2018 Raporlar. https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/nufus_ve_saglik_arastirmalari_serisi-59

ICPD25 (2019). Nairobi Statement of ICPD25: accelerating the promise. Nairobi: Ministry of Foreign Affairs, Republic of Kenya; Ministry of Foreign Affairs of Denmark; UNFPA; 2019. Available from: http://www.nairobisummiticpd.org/content/icpd25-commitments

İstanbul Sözleşmesi (2011). https://www5.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss81.pdf

İstanbul Barosu (2021). İstanbul Sözleşmesi'nin Feshedilmesi Hakkındaki Açıklama. https://www.istanbulbarosu.org.tr/HaberDetay.aspx?ID=16262&Desc=%C4%B0stanbul-S%C3%B6zle%-C5%9Fmesi,-Cumhurba%C5%9Fkan%C4%B1-Karar%C4%B1-ile-Neden-Feshedilemez-

KSS HÜKSAM UNFPA (2006). Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık.

Moroğlu N. (2021). In: Cumhuriyet İstanbul'unda Kadın. İBB yayını, 2. Baskı, İstanbul.

Moroğlu, N. (2018) Uluslararası ve Ulusal Hukukta Kadının İnsan Hakları. https://nazanmoroglu.com/wp-content/uploads/2018/11/Uluslararası-ve-Ulusal-Hukukta..-Yeditepe-Ü.-Hukuk-makale..20.2.2018-Beykent-Ü..pdf

O'Neil, M.L., Altuntaş, D., Keskin, A.Ş. (2020). Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri-2020. Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi, İstanbul. https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/docs/2020-12/2020-kurtaj-arastirmasi-raporu.pdf



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 128 23.11.2023 13:18

Özgören A.A., Ergöçmen B. (2020). Nairobi Taahhütleri; Türkiye'de Üç Sıfıra Doğru. https://turkiye.unfpa.org/tr/publications/t%C3%BCrkiyede-%C3%BC%C3%A7-s%C4%B1f%C4%B1ra-do%C4%9Fru

Özvarış, ŞB; Akın, A. (2020). Anne Ölümleri. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde, ss.123-129, ISBN: 978-605-7874-83-2, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1973). Sağlık Hizmetlerinde 50 yıl. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2021) Sağlık Bakanlığı Anne Ölümleri Raporu: 2015-2019; Ankara https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Raporlar/Turkiye_Anne_Olumleri_Raporu_2015-2019.pdf

SB-AÇSAP (1996) AÇSAP Genel Müdürlüğü Arşivi- ISBN 975-590-010-1

Şimşek F, Eroğlu H, Dinç G. (2009). Osmanlı İmparatorluğu'nda Iskat-ı Cenin (Çocuk Düşürme). Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi; 2:593-609.

TÜİK (2022) Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri 2021. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/toplumsal_cinsiyet_istatistikleri_2021.pdf

UNFPA (2020). Accelerating the Promise: The report on the Nairobi Summit on ICPD25. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Corrected_Final_copy_2nd_June_2020_UNFPA-NairobiSummitReport.pdf

World Economic Forum (2023). Global Gender Gap Report 2023. https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2023



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 129 23.11.2023 13:18

# 5. ÇOCUK ve ERGEN SAĞLIĞI

*Prof. Dr. Burcu TOKUÇ*

Toplumun geleceği ve temel taşı olması ve toplumdaki en kırılgan nüfus gruplarından birini oluşturması nedeniyle çocuk sağlığı hizmetleri öncelikli olması gereken hizmetlerdendir. Bu bölümde, halk sağlığı hizmetleri içinde çocuk sağlığı hizmetleri ile ilgili politikalar ve uygulamalar cumhuriyet döneminde nasıl gelişim gösterdi, günümüzde durumu nasıldır ve gelecek için öngörülerimiz nedir paylaşılmaya çalışılacaktır.

## 5.1. Cumhuriyet Dönemi Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Cumhuriyet dönemi çocuk sağlığı hizmetleri 1923-1960 – Sosyalleştirme Öncesi Dönem, 1960-2000 – Sosyalleştirme Dönemi ve 2000 ve sonrası – Özelleştirme Dönemi olarak üç başlık altında incelenecektir.

### 5.1.1.Sosyalleştirme Öncesi Dönem (1923 – 1960):

Bu dönemde, çocuklara verilen önemin bir göstergesi olan, dünyada ilk kez çocuklara armağan edilen bir bayramı "23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı"nı bir yanda tutarsak, en önemli gelişmelerden biri olarak Uluslararası Çocuklara Yardım Birliği (Eftale Muaveneti Beynelmilel İttihadı) tarafından hazırlanan ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 26 Eylül 1924 tarihinde kabul edilen, Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesinin Türkiye Cumhuriyeti tarafından aynı yıl imzalanmış olmasını sayabiliriz. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi, çocukların yaşatılmaları, korunmaları ve sağlıklı gelişmelerinin temel ilke olarak uluslararası düzeyde ilk kez ele alındığı beş maddelik bir metindir (Kurt, 2016).

Cumhuriyetin kuruluşundan önce, ülke genelinde bulunan 86 sağlık kuruluşunda yalnızca 150 çocuk yatağı (toplam yatağın %2,3'ü) bulunmaktadır. 1921 yılından itibaren Ankara'da Çocuk Hastalıkları Muayenehanelerinin artışını takiben ilk çocuk doktoru kadrosu Ankara Numune Hastanesi'nde açılmış, bunu İstanbul Tıp Fakültesi'nde çocuk hastalar için 10 yataklı servisin açılması takip etmiştir. Özel İdareler tarafından yönetilen hastanelerin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na devrinden sonra hastanelerde çocuk servisleri açılmaya başlanmıştır (SSYB, 1973).

Osmanlı İmparatorluğunun son dönemlerinde, Balkan Savaşları ve Birinci Dünya Savaşı sırasında birçok cephede savaşması ve çok sayıda kayıp vermesi nedeniyle ülkede kimsesiz çocuklar önemli bir sorun halini almıştır. Meşrutiyet döneminde İttihat ve Terakki Cemiyeti'nin destekleriyle kimsesiz çocuklar sorununa çözüm amacıyla Darüleytamlar açılmıştır. Devlet eliyle kurulan Darülhayr-ı Ali ve Darüleytemların yetersizlikleri sonucu kapanması üzerine kimsesiz çocuklara bakım için yeni arayışlara girilmiş, bunun sonu-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 130 23.11.2023 13:18

cunda 6 Mart 1917'de İstanbul Himaye-i Eftal Cemiyeti kurulmuştur. 1 Kasım 1917'de Şehzadebaşı Muayenehanesinin Dispanseri, 28 Kasım 1917'de Firuzağa'da ilk Çocuk Misafirhanesi hizmet vermeye başlamıştır (ASPB, 2023a).

İstanbul Cemiyetinin uluslararası tanınmasının ardından 30 Haziran 1921 tarihinde Ankara Himaye-i Eftal Cemiyeti kurulmuş, 1 Ağustos 1921 tarihinde TBMM Başkanı Mustafa Kemal, Himaye-i Eftal Cemiyeti'nin himayesini kabul etmiştir (ASPB, 2023a).

Cemiyetin hbelirtilir (Sarıkaya, 2007):

- Çocuk dispanserleri kurmak,
- Misafirhaneler ve yetim yuvaları kurmak,
- Muakkam süt dağıtma yerleri oluşturmak,
- Fakir ve hasta çocukların tedavilerine yardım,
- Fakir çocuklara gıda ve malzeme vermek suretiyle yardım,
- Fakir okul çocuklarına gıda ve kırtasiye malzemesi vermek suretiyle yardım,
- Ücretsiz veya iaşesi (geçindirilme) ücreti cemiyet tarafından karşılanmak üzere çocukların aileler nezdine verilerek bunların durumlarının kontrol edilmesi sağlamak,
- İş görecek yaş ve yapıda olan çocuklara iş bulunması,
- Çocukların dairelerde ve muhakemelerde hukuklarının korunmasını sağlamak ve velisiz ve vasisiz çocukların kanuni temsilciliğini almak ve kanun dairesinde çocukların hak ve menfaatlerinin korunmasını üstlenmek,
- Çocuklara ait kütüphaneler kurmak,
- Çocuklar için örnek çalışma yerleri kurmak,
- Doğumlarda müracaat edenlere yardım etmek,
- Çocuklara ait adli, tıbbi, terbiyevi birçok hususta müracaat edeceklere bilgi vermek
- Çocukları sağlıklı bir tarzda eğlendirmek için oyun meydanları ve oyun bahçeleri oluşturulması

Cemiyet tarafından çocukların korunma ve bakımına ilişkin çalışmalar yürütülmüştür. 1922 yılında muayene, tedavi, para yardımı ve koruma hizmetleri başlatılmıştır. 1924 yılında paralı ve parasız süt dağıtımı başlamıştır. Cemiyet, 1926 yılında doğum yardımı, okul yardımı ve yiyecek yardımı hizmetlerini; 1927 yılında anne ve çocukların ücretli veya ücretsiz yararlanabilecekleri sıhhi banyo hizmetlerini başlatmıştır. Cemiyet 1928 yılından itibaren Çocuk Esirgeme Kurumu olarak hizmet vermeye başlamıştır. 1937 yılında kamu yararına bir dernek olarak kabul edilmiştir (ASPB, 2023a).

1-3 Eylül 1925 tarihinde düzenlenen I. Milli Tıp Kongresi'nde Müderris Doktor Asaf Derviş Paşa ve Doktor Hamid Osman tarafından "Süt Çocuklarında Ölüm" adlı bildirge sunulmuş ve her 1000 doğumdan 355'inin 15 yaşına kadar öldüğü, tahminen yarısının da ilk bir yılda yaşamını kaybettiği ifade edilmiştir. Çocuk ölümlerinin ana nedeni olarak,



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 131 23.11.2023 13:18

beslenme bozuklukları öne sürülmüştür. Çözüm önerileri olarak, Sağlık Bakanlığı'nda çocuk ölümlerine karşı bir birim açılması, şehirlerimizde doğum evleri ve çocuk hastanelerinin arttırılması, ebe yetiştirilmesi, hekimlerin çocuk hastalıkları ile ilgili eğitilmesi ifade edilmiştir (Ekmekçi ve ark., 2012). Bu önerilere paralel olarak Sağlık Bakanlığı tarafından "Doğum ve Çocuk Bakım Evleri" açılması hizmet planlarında öncelikli müdahale olarak yer almış ve 1925 yılında Ankara ve Konya'dan başlamak üzere büyük şehirlerde Doğum ve Çocuk Bakım Evleri açılmıştır (SSYB,1973).

1930 yılında ülkemizde sağlık hizmetlerinin anayasası kabul edilen Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930 tarih, 1593 Sayı) çıkarılmış ve bu yasa ile çocukluk dönemine ilişkin hizmet çerçevesi de ilk kez tanımlanmıştır. Bu yasada yer alan çocuklarla ilgili maddeler aşağıda özetlenmiştir (Özcebe, 2018);

- Doğumların sağlık kuruluşlarında yapılması önerilmekte (Madde 153), hükümet ve belediye tabipleri tarafından doğuma yardım zorunlu olarak tanımlanmaktadır (Madde 154).
- Süt ninelik yapmak için düzenli sağlık muayenelerinin gerekliliği tanımlanmakta (Madde 125), süt ninelik yapmak için kendi çocuğunun yedi aylıktan büyük olması gerektiği Kanunda yer almaktadır (Madde 157).
- Yedi yaşından küçük kimsesiz ve zor koşullarda yaşayan çocukların bakımının özel kurumlarda ya da istekli ailelerde Belediyeler (Köylerde ihtiyar heyeti) tarafından ücreti karşılanarak yapılması, bu çocukların bakımını para karşılığı üstlenen ailelerin gerekli koşulları sağlama durumunun belediyeler tarafından değerlendirilmesi (Madde 158 ve 159), çocuk bakımını üstlenen aile ve bakımevlerinde sorun olduğu zaman aileden çocuğun alınması ya da kurumun kapatılması (Madde 160) ve kimsesiz çocukların bakımının altı yaşından sonra eğitim kurumlarının vekâletine verilmesi (Madde 161) yasada yer almaktadır.
- Nüfusu 10.000'den fazla olan yerlerde belediyelerin "Süt Çocuğu Muayene ve Bakım Evi" tesis etmeleri, kurumların şartlarının ve denetimlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması, Nüfusu 40.000 den fazla olan yerlerde ise bunlara ek olarak "süt damlası[1]" tesis edilmesi, nüfusu 100.000 den fazla olan yerlerde ise gereksinime göre sayı belirlenmesi Madde 162'de yer almaktadır.
- Madde 163 ve 164'te okulların sağlık koşullarının belirlenmesinin Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacağı, öğrenci sağlığının okulların bağlı oldukları kurumlar tarafından üstlenileceği, öğrencilerin beden, ruh, göz ve kulak muayenelerinin okul hekimleri tarafından yapılması ve kayıt tutulmasının gerekli olduğu belirtilmiştir.
- Madde 165'te on yaşından küçük çocukların ebeveynleri ya da velileri tarafından kötü davranışlara maruz kalması durumunda devlet tarafından korunma altına alınacağı belirtilmektedir.

[1] Çocuk Esirgeme Kurumu'nca hayata geçirilen "Süt Damla"ları bir cumhuriyet kurumudur ve gereksinimi olanlara süt dağıtmak üzere kurulmuştur.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 132 23.11.2023 13:18

- On iki yaşından küçük çocukların ebeveynleri ve velileri yanında olsa dahi meyhaneye girmesi, on sekiz yaşından küçüklere alkollü içki satışı, on iki yaşından küçük çocukların sinema, tiyatro ve dans salonlarına getirilmesi yasaklanmakta, altı yaşından küçük çocukların ise gündüzleri sinema ve tiyatroya gitmesi uygun görülmektedir (Madde 166 ve 167)
- Madde 168'de her şehirde, şehrin nüfusuna uygun sayıda küçük çocukların temiz hava almasına uygun bahçelerin ve spor meydanlarının yapılması zorunlu kılınmaktadır.
- Kız öğrencilere bilimsel çocuk bakımı ile ilgili haftada bir saat ders verilmesi de kanunda yer almaktadır (Madde 169).
- Kanunun işçi sağlığı ile ilgili yedinci bölümünde, on iki yaşından küçük çocukların çalıştırılamayacağı, on iki – on altı yaş arası çocukların günde 8 saatten fazla çalıştırılamayacağı belirtilmektedir (Madde 173).

Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda yer alan düzenlemeler çok iyi olsa da uygulamalarda kimi aksaklıklar yaşanmıştır, çoğunlukla ekonomik nedenlerle belediyelerin pek çoğu üstüne düşen görevleri tam olarak yerine getirememiştir (SSYB,1973).

Çocuk bakımevlerinin daha çok tedavi edici hizmetleri sunması, bebek ve çocuk ölümlerini, bulaşıcı hastalıkların görülme oranlarını yeterince düşürmemiş, anne ve çocuk beslenmesinde sorunların devam etmesi de koruyucu hizmetlerin güçlendirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. 1952 yılında DSÖ ve UNICEF ile yapılan anlaşmalar gereği anne ve çocukların sağlığını iyileştirmek amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda "Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü" kurulmuştur (1955 yılında Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Ana ve Çocuk Sağlığı Şubesi kurulmuştur). Anneleri çocuk sağlığı, bakımı ve beslenmesi konusunda bilgilendirmek, 0-6 yaş grubu çocukların fiziksel ve ruhsal büyüme ve gelişimlerini izlemek, çocukların bulaşıcı hastalıklardan korunması için önlemler almak, çocukların aşılarını yapmak, sosyal yardımlarla anne ve çocukları desteklemek üzere hizmet birimleri kurulmasına karar verilmiştir. İlk olarak 1954 yılında Ankara'da "Ana ve Çocuk Sağlığı Tekamül Merkezi" kurulmuştur. Anne ve çocuk sağlığı sorunlarının çok görüldüğü bölgelere öncelik verilerek, 1960 yılına kadar 26 Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) Merkezi ve 19 AÇS Şubesi açılmıştır (SSYB,1973).

### 5.1.2. Sosyalleştirme Dönemi (1960 – 2000):

Herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamayı devlete ödev olarak tanımlayan 1961 Anayasası sonrası, sağlık sisteminde de devrim niteliğinde düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili Yasa kabul edilmiş ve sağlık hizmeti yatay bir örgütlenme ile nüfus tabanlı bir ekip hizmeti olarak verilmeye başlanmıştır (Kurt ve Şaşmaz, 2012). Çocuk sağlığı hizmetlerinin planlaması ve yürütülmesi il Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlükleri bünyesinde kurulan başkanlıklardan biri olan Ana-Çocuk Sağlığı Başkanlığı tarafından yapılmaya başlanmıştır. Sosyalleştirme yasasına bağlı çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi hakkında Yönetmelik ile anne ve çocuk sağlığına yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler sağlık ocakları bünyesinde verilmeye başlanmıştır, sağlık ocaklarında görevlendirilen halk sağlığı hemşireleri, ocak



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 133 23.11.2023 13:18

hekimine karşı sorumlu olarak, köy ebelerinin yardımı ile anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini sunmakla görevlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1964).

Sağlık ocaklarında, verilecek çocuk sağlığı hizmetlerinin temelinde bebeklerin anne karnında başlayıp okula gidinceye kadar izlemlerinin yapılması (bebeğin doğumdan sonra ilk 48 saat içinde bir kez, 15'nci günde, 41'nci günde, 2, 3, 4, 6, 9 ve 12'nci aylarda, 1-3 yaş arasında 6 ay ara ile, 4-6 yaşları arasında 1 yıl ara ile izlenmesi) vardır. İzlemler sırasında çocukların büyüme ve gelişmeleri izlenmekte, büyüme ve gelişme geriliği olanların tedavileri yapılmakta, aşıları yapılmakta, sık görülen çocuk hastalıklar hakkında anneler bilgilendirilmekte, hemoglobin düzeyleri ölçülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1964).

Ayrıca, sağlık ocaklarında çocuk bahçeleri ve spor alanlarının denetimini yapılmakta, çocuk ve gençlerin sağlığının korunması bakımından bu alanların sağlık şartlarına uygun olmaları için gerekli her türlü tedbir almak ve aldırılmakla ilgili hizmetler verilmektedir. Çocuk beslenmesinin yanı sıra, ruh sağlığı açısından da annelere danışmanlık hizmetleri sunulmakta ve okul sağlığı hizmetleri yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1964).

AÇS Merkezlerinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlarının istihdam edilmesi, sağlık ocakları tarafından sevk edilen çocukların tanı ve tedavi hizmetlerinin yapılması ve sağlık ocakları ve evlerinde çalışan personelin eğitimlerinin bu uzmanlarca yapılması da bu dönemde planlanmış ve uygulanmıştır.

1963 yılından itibaren Türkiye'de planlı kalkınma dönemi başlamış ve kalkınma planlarının tamamında ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ile ilgili hedeflere yer verilmiştir (Özcebe, 2018). Birinci beş yıllık kalkınma planında (1963-1967) ana çocuk sağlığı hizmetlerini sahada yürüten sağlık personelinin dağılımında bölgeler arası eşitsizliğin giderilmesi hedefi yer almıştır (DPT, 1963). İkinci beş yıllık kalkınma planında (1968-1972) bebek ölümlerinin yüksekliğinden söz edilmiş, ana çocuk sağlığı hizmetlerinin, personel yetersizliği, mali olanakların kısıtlılığı ve sağlık kuruluşları arasında yeterli iş birliği olmaması nedeniyle yeterli olmadığı belirtilmiş ve sosyalleştirme uygulamalarının devam etmesi hedefler arasında yer almıştır (DPT, 1968). Üçüncü beş yıllık kalkınma planında (1973-1977), 1967 yılında beş yaş altı çocuk ölümlerinin binde 211 olduğu ve hedeflerin gerisinde kalındığı belirtilmiştir. Okul öncesi çağda olan çocuklara yönelik dış kuruluşların yardımları ile yürütülen beslenme programlarının görülen beslenme bozukluklarına ve beslenme eğitimlerine ağırlık verecek şekilde yeniden düzenlenmesi ve gıdaların giderek milli kaynaklardan sağlanması hedefler arasında yer almıştır (DPT, 1973). Dördüncü beş yıllık kalkınma planı (1979-1983) durum analizinde ana ve çocuk sağlığı, halkın sağlık eğitimi ve çevre sağlığı gibi temel sağlık hizmetlerinin sosyalleştirme programı içinde bütünleştirilmesi çalışmalarına rağmen, farklı birimlerde de yürütülmesinin hizmetin etkinliğini sınırlandırdığı, tedavi edici hizmetlere olan aşırı talebi de sınırlandırmanın mümkün olmadığı belirtilmiştir. Hedefler arasında da, her düzeyde eğitimi tüm yurda yaymak, eğitimden yaralanmada fırsat eşitliğini sağlamak, eğitimle paralel olarak ana-çocuk sağlığı ve aile planlamasına da, sağlık hizmetlerinin bütünü içinde etkinlik kazandırmak yer almıştır (DPT, 1979).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 134 23.11.2023 13:18

Ülkemizde 1982 yılında olan Anayasa değişikliği ile devletin sosyal ödevleri 1961 Anayasası'ndan farklı bir biçimde ortaya konmuştur. Sağlık hizmetleri, 1961 Anayasasındaki biçimiyle devlet sağlanan temel bir hak olmaktan çok, devlet tarafından planlanan ve denetlenen bir hizmete dönüştürülmüştür. 1982 yılında Ana Çocuk Sağlığı Başkanlığı ve Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü birleştirilerek Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü adını almıştır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı sağlık ocaklarında verilen çocuk sağlığı hizmetleri yanında yeni kurulan genel müdürlüğe bağlı çalışan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde de ana ve çocuk sağlığı hizmetleri sunulmaya devam etmiştir.

Beşinci beş yıllık kalkınma planında (1985-1989) yine çocuk ölümlerinin azaltılması hedefinin yanında ana çocuk sağlığının korunması amacıyla yeterli teşkilatlanmanın sağlanması ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleri ile birlikte götürülmesine önem verilmesi de yer almaktadır. Ayrıca, korunmaya muhtaç çocukların bedensel, ruhsal, sosyal ve kültürel gelişmelerinin iyileştirilmesi için çocuk yuvalarının ve yetiştirme yurtlarının sayıca artırılması ve şartlarının iyileştirilmesi hususunda gerekli çalışmalar yapılması da planda yer almaktadır (DPT, 1984).

Altıncı beş yıllık kalkınma planında (1990-1994), çevre şartlarında yeterince düzelme sağlanamayışının sağlığı olumsuz etkilemesi üzerinde durulmuştur. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin sürekliliğinin ve etkinliğinin sağlanması hedefi yanında, çalışan çocukların çalışma şartlarının düzeltilmesi, sosyal güvenlik ve mesleki eğitimlerinin sağlanması ve uzun dönemde çocukların çalışma hayatından çıkarılmalarının sağlanması için çalışmalar yapılması da yer almaktadır. Çocukların zararlı alışkanlıklardan korunması ve suça itilmelerinin engellenmesi için bir bütün olarak önlemlerin ele alınması, çocukların oyun ve spor faaliyetleri yapabilecekleri, okuma alışkanlığı kazandırılabilecek alanların artırılması, kültürel faaliyetlere ağırlık verilmesi, eğitim ve öğretim için yazılı ve görüntülü yayın araçlarından etkin şekilde yararlanılması hedefleri de yer almıştır (DPT, 1989). Yedinci beş yıllık kalkınma planında da (1996-2000) benzer biçimde büyük bölümü önlenebilir nedenlerden kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması için, çocukların sağlıklı gelişimlerini sağlamak için, temel eğitimlerini engelleyen sorunların giderilmesi için ve muhtaç olan çocukların daha iyi korunmalarının sağlanması için kurumsal yapının etkinliğinin artırılması hedeflenmiştir (DPT, 1995).

Bu dönemde çocuk sağlığına yönelik hedefler bebek ve çocuk ölümlerini azaltmak ve risk altında bulunan çocukların korunması biçiminde olmuştur. Sağlık Bakanlığı bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılmasına yönelik olarak birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aşağıda görülen bazı programları uygulamaya koymuştur (Özcebe, 2018; TC Hükümeti-UNICEF, 1996):

- Genişletilmiş Bağışıklama Programı
- İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı
- Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları Programı
- Beslenme (Anne Sütünün Teşviki) Programı
- İyot Yetersizlikleri Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 135 23.11.2023 13:18

- Fenilketonüri Programı
- Yenidoğan Ölümlerinin Azaltılmasında Neonatal Resüsitasyon Programı
- Genetik Hastalıklardan Korunma
- Büyümenin İzlenmesi Programı
- Çocuğun Psikososyal Gelişiminin Desteklenmesi Programı
- Ağız ve Diş Sağlığını İyileştirmede Florür Kullanımı Programı

Bu dönemde sosyalleştirilen ve bütüncül bir anlayışla verilmeye çalışılan sağlık hizmetleri, uygulanan programlar ile 1965-69 döneminde binde 176 olan bebek ölüm hızı 1998'de binde 29'a düşmüştür (Peker, 2016; HÜNEE, 1999). Bütün dönem boyunca bebek ölümlerinin en sık nedeni perinatal mortalite olmuştur, 1980'lerde 2. ve 3. sırada yer alan akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishalli hastalıklar 2000'lerin başında 4. ve 5. sıraya gerilemiştir.

Bu dönemde çocuk sağlığı ve refahı için en önemli gelişmelerden biri Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin ülkemiz tarafından imzalanmasıdır. Türkiye, 1990 yılında Birleşmiş Milletler tarafından düzenlenen "Çocuklar İçin Dünya Zirvesi"nde sözleşmeye imza atmış, sözleşme 27.1.1995 gün ve 22184 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşme ile ülkemizde de hukuken çocuk tanımı yapılmış, 18 yaşın altında tüm bireyler çocuk kabul edilmiştir ve Türkiye'de hukuksal olarak çocuğa bakış açısı değişmeye başlamıştır (ASPB, 2023b).

### 5.1.3. Özelleştirme Dönemi (2000 ve sonrası):

Bu dönem 1980'den bu yana hazırlığı yapılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında uygulamaya konulan sağlık reformları dönemidir. Bu dönemde hükümetin 2002 yılında açıkladığı Acil Eylem Planında "Herkese Sağlık" başlığı altında sağlık alanına ait hedefler belirtilmiştir. Bunlar arasında sağlığın sigorta sistemi ile finanse edilmesi, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmak üzere teşvik edilmesi, Sağlık Bakanlığı örgütlenme yapısının değiştirilmesi, hastanelerin idari ve mali olarak özerk bir yapıya kavuşturulması, birinci basamakta aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, sağlık alanında e-dönüşüm projesinin uygulanması hedefleri mevcuttu (Sağlık Bakanlığı, 2023). Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan bu hedefler irdelendiğinde; "Sağlıkta Dönüşüm"ün temel amacının sağlık finansmanında sigorta sisteminin kullanılması, sağlık hizmeti sunumunda Bakanlığın rolünün azaltılması ve sağlık hizmetleri sunumunda özel sağlık sektörünün payının artırılması olduğu anlaşılmaktadır (Pala, 2007).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde çocuk sağlığı hizmetleri, 2 Kasım 2011'de çıkarılan Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kuruluş olarak yapılandırılan ve daha sonra 2017'de Bakanlığa bağlı bir Genel Müdürlüğe dönüştürülen Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından, il örgütlenmesinde ise Çocuk, Ergen, Kadın Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimleri tarafından koordine edilmeye başlanmıştır. İl düzeyinde ÇEKÜS birimleri bebek ölümlerinin izleme ve değerlendirmesini, yenidoğan tarama programlarının uygulanması ve iz-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 136 23.11.2023 13:18

lemesini, bebek ve çocuk beslenme programlarının uygulanmasını, bebek, çocuk ve ergen sağlığı ile ilgili eğitim ve danışmanlık programlarının uygulanmasını koordine etmektedir. Hizmetler ise sahada aile hekimleri ve mevcut olan ilçelerde Sağlıklı Hayat Merkezleri tarafından verilmektedir (Durmuş, 2019). Sağlık Bakanlığı'nın bu dönemde yürüttüğü çocuk sağlığı programları (Sağlık Bakanlığı, 2021);

- Perinatal ve Neonatal Ölümlerin Azaltılması
  - Evlilik Öncesi Danışmanlık ve Tarama Programı
  - Üreme Sağlığı Hizmet İçi Eğitim programı
  - Gebe Bilgilendirme Sınıfı Programı
  - Misafir Anne Uygulaması Programı
  - Acil Obstetrik Bakım Programı
- Türkiye'de Çocuk Sağlığının Aşılama Yoluyla Geliştirilmesi
- İyot Yetersizlikleri Hastalıklarının Önlenmesi
- Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı
- Demir Gibi Türkiye Programı
- Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi
- Erken Çocukluk Gelişiminin İzlenmesi Desteklenmesi

Belirtilen programların sahada yürütümünden aile hekimleri sorumlu kılınmıştır. Bebeklerin ilk hafta içinde 15. gün ve 41. günde, 2, 3, 4, 6, 9 ve 12. ayda olmak üzere toplam dokuz kez izlenmesi; 13-36 ay arası çocukların 6 ayda bir, 4-6 yaş arası çocukların en az yılda bir kez izlenmesi önerilmektedir. Çocukların sistemik muayenelerinin yapılmasının yanı sıra kalıtsal hastalıkların (fenilkentonüri, hipotiroidi, biyotidinaz eksikliği, kistik fibrozis, SMA), konjenital kalp hastalığı, gelişimsel kalça dizplazisi, obezite, görme ve işitme taramaları yapılmaktadır (Özcebe, 2018).

Planlı kalkınma bu dönemde de devam etmiştir ve bu dönemdeki kalkınma planları içinde çocukların hakları, refahı ve sağlığı için hedefler yer almıştır. Sekizinci beş yıllık kalkınma planında (2001-2005) bebek ve çocukların yaşama sağlıklı başlaması için çalışmalar yapılacağı, ergen ve gençlerin sağlıklarını koruma, geliştirme bilgi ve becerisine sahip olmaları için sağlık eğitimlerine ağırlık verileceği hedefler arasında yer almıştır. Bu planda koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin verilebilmesi için aile hekimleri ile diğer birinci basamak hizmet birimlerinin entagrasyonu amacıyla gerekli mevzuat düzenlemelerinin yapılacağı da belirtilmiştir (DPT, 2000).

Bundan sonra gelen Dokuzuncu (2007-2013), Onuncu (2014-2018) ve On birinci (2019-2023) Beş Yıllık kalkınma Planlarında önleme ve korumanın tedaviden önce gelmesi ilkesine uyarak kaynak tahsisinde, anne-çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar öncelikli olmak üzere önlenebilir hastalıkların, çevre sağlığı vb. alanlara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verileceği vurgulanmaktadır. Çocuk işçiliği sorunun ve daha çok kadınların ve çocukların maruz kaldığı şiddet sorunlarının önemini koruduğu bunlara yönelik çalış-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 137 23.11.2023 13:18

malar yapılacağı hedeflerde yer almıştır. On birinci kalkınma planında ayrıca, çocukların bağımlılık yaratan davranış ve maddelerden korunmalarına yönelik tedbirler alınması, tedavi merkezlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması, sosyal rehabilitasyon ve uyum hizmetlerinin geliştirilmesi, Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezleri (ÇEMATEM) ile buralarda istihdam edilen nitelikli personel sayısı artırılması hedefler arasında yer almıştır (DPT, 2006; Kalkınma Bakanlığı, 2013; Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2018).

Bu dönemde çocuk refahını ilgilendiren önemli kararlar alınmıştır. Çocuk Esirgeme Kurumu kapatılmış, bu kurumun görev, sorumlulukları ve çocuk hakları koordinatör kuruluş olma görevi Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde yer alan Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiştir. Çocuk Haklarına Dair Sözleşmeye Ek "Çocuk Satışı, Çocuk Fahişeliği ve Çocuk Pornografisi ile İlgili İhtiyari Protokol"ü Türkiye Cumhuriyeti 9.05.2002 tarihinde, "Çocukların Silahlı Çatışmalara Dâhil Olmaları Konusundaki İhtiyari Protokol" 16 Ekim 2003 tarihinde onaylamıştır. Çocuk Haklarına dair sözleşmeye ve diğer protokollere ilişkin bu dönemde sunulan ülke raporlarında ülke içinde eşitsizliklerin sürmesi, medeni kanunda evlilik yaşının çocuk yaş grubu içinde olması, ergen sağlığı hizmetlerinin yetersiz olması, çocukların korunmasına yönelik hizmetlerin yetersiz olması, çocukların terör olayları içinde yer alması gibi olumsuzluklar yer almıştır (ASPB, 2023b).

2005 yılında, korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla "Çocuk Koruma Kanunu" çıkarılmıştır. Bu yasa ile ülkemizde "çocuk yaş grubu daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişi" olarak çocuk yaş grubu resmen tanımlanmıştır. Çocuk Koruma Kanunu kapsamında "çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılması" amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık tedbiri uygulanabileceği de bulunmaktadır. Aynı dönemde Türk Ceza Kanunu'nda ve Türk medeni Kanunu'nda da çocuklar lehine düzenlemeler yapılmıştır.

Bu dönemde (2012) çocuklar açısından önemli bir gelişme, özellikle cinsel istismar suçları olmak üzere mağdur çocukların adli yargılama süreçlerinde örselenmesinin önüne geçmeyi amaçlayan, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler bünyesinde "Çocuk İzlem Merkez"lerinin kurulması olmuştur (Yüksel F. ve ark, 2013).

## 5.2. Cumhuriyetin 100. Yılında Çocuk Sağlığının Durumu

Sağlık göstergeleri, ülkelerin sağlık düzeyleri hakkında bilgi elde edilmesi ve ülkelerarası karşılaştırmalar yapılabilmesi ve temel sağlık hizmetlerine ilişkin politikaların belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve planlanması, sağlık alanındaki talebin belirlenmesi ve karşılanması, sağlık sorunlarının tespiti ve çözümü için objektif, standart ve niceliksel değerlerdir. Ülkelerin sağlık durumunu gösteren en önemli göstergelerin içinde de çocuk sağlığı ile ilgili değerler vardır.

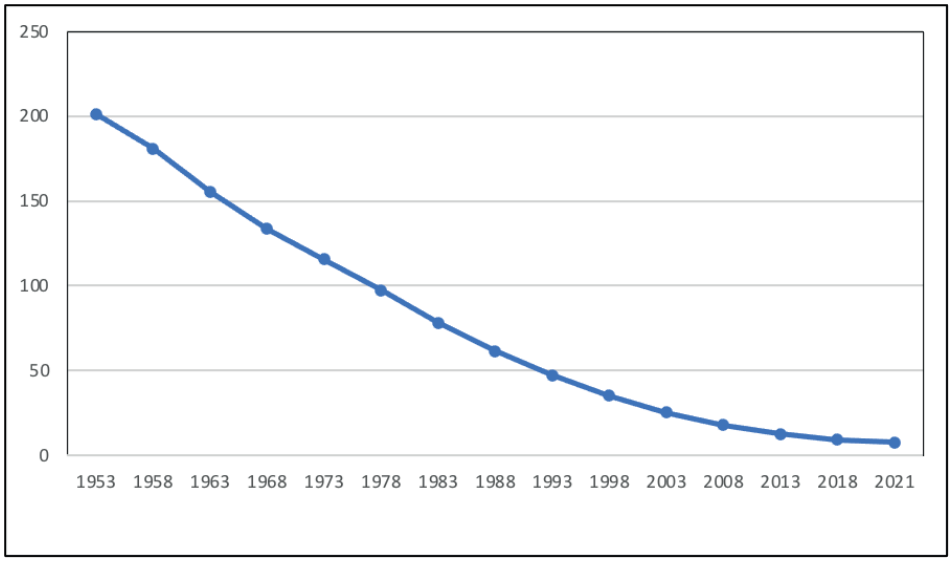


Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 138 23.11.2023 13:18

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre 2022 yılı sonu itibarı ile, Türkiye nüfusu 85 milyon 279 bin 553 kişidir, bunun 22 milyon 578 bin 378'ini çocuklar oluşturmaktadır. 0-17 yaş grubunu içeren çocuk nüfusun toplam nüfusa oranı 1970 yılında %48,5 iken, 1990 yılında %41,8 ve 2022 yılında %26,5 olmuştur. Yapılan projeksiyonlara göre çocuk nüfus oranının 2030 yılında %25,6, 2040 yılında %23,3, 2060 yılında %20,4 ve 2080 yılında %19,0 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2023a).

Bir ülkede çocuk sağlığı hizmetlerinin en iyi göstergelerinden ikisi; sağlık kuruluşunda yapılan doğumlar ve gebe, bebek ve çocuk izlemleridir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 bulgularına göre ülkemizde doğan bebeklerin %1'i (yaklaşık 12 500 bebek) sağlık kuruluşu dışında doğmuştur, 1993 yılında bu oran %40'tır (HÜNEE, 2019). Bu düşüş, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde iyi bir ilerleme sağlandığını düşündürmektedir. Sağlık kuruluşu dışında doğan bebeklerin büyük bir olasılıkla kayıtlarının olmadığı, sağlık hizmetlerinden de ya yararlanmadığı ya da geç yararlandığı düşünülünce bu oranın "0" olması beklenmektedir.

Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 2012 yılında ülkemizde tam izlem yapılma oranları gebelerde %96,1, bebeklerde %92,4, çocuklarda %90,6'dır (Sağlık Bakanlığı, 2022). TNSA 2018'e göre ise ilk iki günde sağlık kontrolü yapılmış bebek oranı %68 iken, bebeklerin %22,6'sı doğum sonrası bir sağlık çalışanından bakım almamıştır. Annenin eğitim seviyesi arttıkça ve bebeğin doğduğu hanenin refah düzeyi arttıkça bebeğin ilk 2 günde sağlık bakımı alma olasılığı da artmaktadır (HÜNEE, 2019).



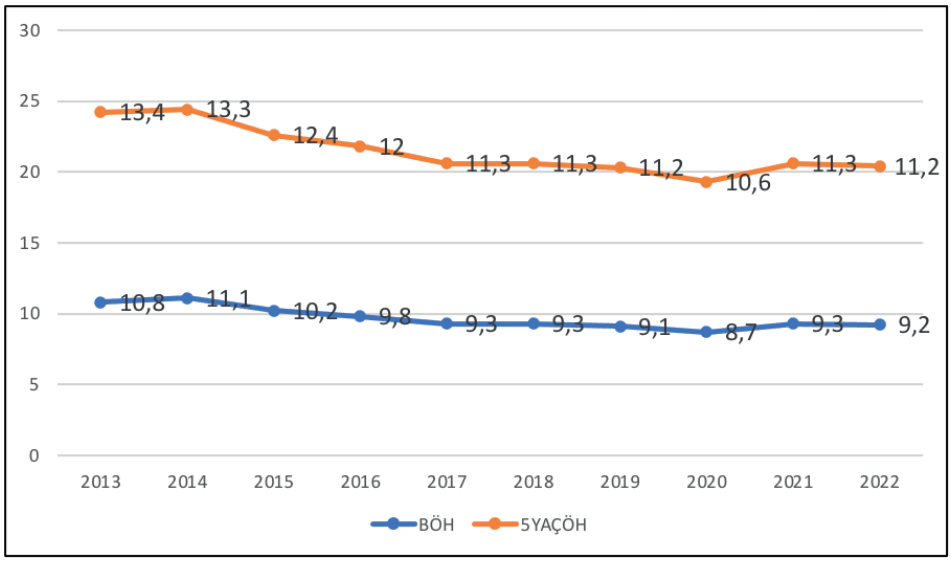

**Şekil 1.** Türkiye'de bebek ölüm hızının yıllar içindeki değişimi (DSÖ, 2023)

Bebek ve çocuk ölümleri ise, bir ülkede çocuk sağlığının önemli göstergeleri olduğu gibi, aynı zamanda ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesini gösteren önemli kalkınma göstergeleri olarak da kabul edilir. Birleşmiş Milletlerin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri içinde yer alan bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması hedefi, Cumhuriyetin kuruluşundan



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 139 23.11.2023 13:18

bu yana tüm kalkınma planlarında da yer almıştır. Bebek ve çocuk ölümleri cumhuriyetin ilk yıllarından bu yana olumlu bir gelişme göstermiştir. Son on yılda yaklaşık %30'luk bir azalma kaydedilmesine karşın halen istenilen düzeylerde değildir (**Şekil 1** ve **2**).




**Şekil 2.** Türkiye'de bebek ölüm hızı ve beş yaş altı çocuk ölüm hızının son 10 yılda değişimi (TÜİK, 2023)

Beş yaş altı ölüm hızı 2022 yılında 1000 canlı doğumda 11,2'dir. Türkiye, beş yaş altı ölüm hızına göre yapılan ülke sıralamasında 188 ülke içinde 2001'de 79. sırada iken 2020'de 122. sıraya gerileyerek gelişme sağlasa da bu hız erişilmiş en iyi düzeyin (%0 1,8) yaklaşık 5 katıdır ve canlı doğan her 1000 çocuktan 9'u önlenebilir nedenlerden dolayı 5. doğum gününden önce ölmektedir (UN, 2020).

Bebek ve çocuk ölümlerindeki azalmalar gibi, ölümlerin en önemli nedenlerinden olan çocukların beslenme durumları da yıllar içinde daha iyi duruma gelmiştir, 1993'ten 2018'e değin bodur çocukların oranında yaklaşık %70'lik, zayıf çocukların oranında da %50'lik bir azalma kaydedilmiştir (**Tablo 1**).

Bodurluk ve zayıflık azalırken günümüzde fazla kilolu ve obez çocukların oranı artmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında yürütülmüş olan Çocukluk Çağı Obezite Araştırması bulgularına göre (COSI-TR-2016) Türkiye genelinde 2015-2016 öğretim yılı ilkokul 2. sınıf öğrencilerinin BKİ-Z Skoruna göre %9,9'u şişman, %14,6'sı kilolu olarak bulunmuştur, bu oran erkek çocuklarda; %11,3 ve %13,6, kız çocuklarda %8,5 ve %15,7'dir (Sağlık Bakanlığı, 2017). TNSA 2018'e göre 5 yaş altı çocuklarda obezite oranı %8 (erkelerde %9, kızlarda %7)'dir (HÜNEE, 2019).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 140 23.11.2023 13:18

**Tablo 1.** Türkiye'de çocukların beslenme durumu 1993-2018 (TÜİK, 2020)

| Yıl | | Yaşa göre boy Bodur | Boya göre ağırlık Zayıf | Yaşa göre ağırlık Düşük Kilolu |
|---|---|---|---|---|
| **1993** | Erkek | 19,1 | 3,3 | 9,3 |
| | Kız | 18,7 | 2,6 | 9,8 |
| **1998** | Erkek | 16 | 2,1 | 8,4 |
| | Kız | 16 | 1,7 | 8,1 |
| **2003** | Erkek | 10,9 | 1,0 | 3,2 |
| | Kız | 13,6 | 0,4 | 4,7 |
| **2008** | Erkek | 9,9 | 1,5 | 2,3 |
| | Kız | 10,8 | 0,2 | 3,4 |
| **2013** | Erkek | 10,9 | 1,4 | 1,8 |
| | Kız | 8,0 | 2,1 | 2,1 |
| **2018** | Erkek | 6,1 | 1,7 | 1,3 |
| | Kız | 5,8 | 1,6 | 1,7 |

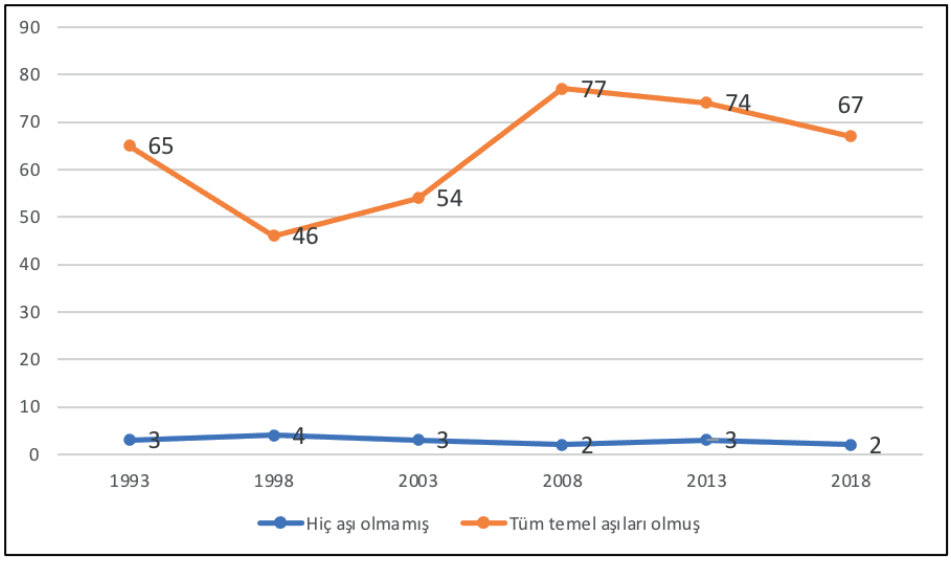
Beslenme verilerinde de bölgeler arası ve sosyoekonomik duruma göre eşitsizlikler görülmeye devam etmektedir. Bodurluk kırsal alanlarda (%8) kentsel alanlara (%5) göre daha yüksektir, fazla kilololuluk yaygınlığı ise kentsel alanlarda (%9), kırsal alanlara (%6) göre daha fazladır. İBBS 1 bölgelerine göre bodurluk en yüksek (%19) Kuzeydoğu Anadolu'da, zayıflık en yüksek (%3) Batı Anadolu'da, fazla kilololuluk en yüksek oranda (%15) Doğu Karadeniz'de görülmektedir. Hane halkı refah düzeyi ve anne eğitim düzeyi arttıkça bodurluk oranı düşerken, fazla kilololuluk oranı artmaktadır (HÜNEE, 2019).

Çocukluk çağında koruyucu çocuk sağlığı hizmetlerinin en önemlilerinden biri bağışıklama hizmetidir ve bağışıklama oranları ülkede çocuk sağlığı hizmetlerinin düzeyini göstermek bakımından da önemlidir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın açtığı davalarla hukuki zemini oluşturulan, COVID-19 pandemisi sürecinde oluşan/oluşturulan güvensizlik ve şüphe ile beslenen toplumda aşı reddi/kararsızlığı çağımızın en önemli ve maliyet-etkin hizmetlerinden olan bağışıklama hizmetleri için tehdit oluşturmaya başlamıştır. Anayasa Mahkemesi'nin aşı yaptırma zorunluluğu ile ilgili kararının üzerinden 8 yıl geçmesine karşın Sağlık Bakanlığı politik bir kararlılık gösterememiş ve halen bir yasa hazırlığında bulunmamıştır.

Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde tek tek aşıların yapılma oranları daha yüksek iken, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında temel aşıların tamamını olmuş 12-23 aylık çocuk oranları daha düşük çıkmaktadır ve aşı kararsızlığı/reddinin artmasıyla hiç aşılanmamış çocuk oranı da önlem alınmazsa daha da artacak gibi görünmektedir (**Şekil 3**). Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi yaşa göre tam aşılı olma durumunda da kent ve kır arasında ve bölgeler arasında da eşitsizlikler gözlenmektedir (HÜNEE, 2019; TÜİK, 2020b).



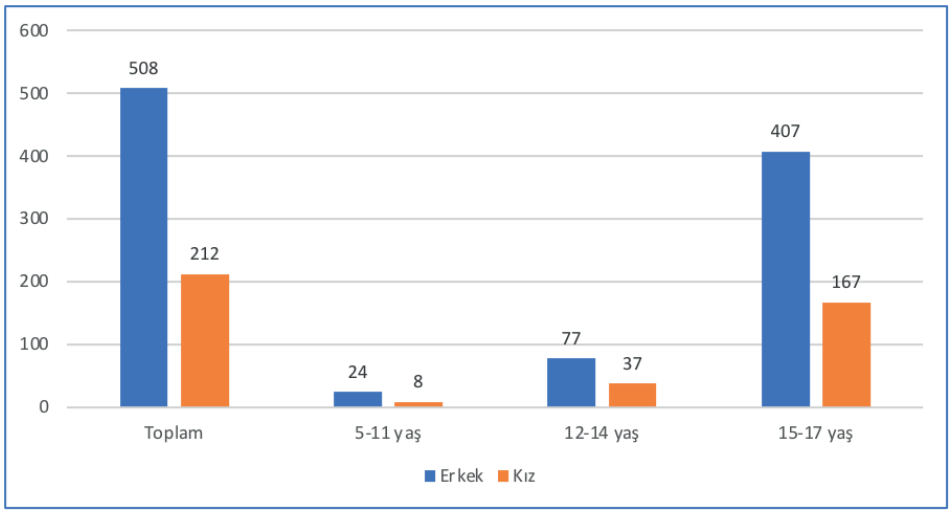
Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 141 23.11.2023 13:18




**Şekil 3.** Çocukluk çağı aşılarında değişimler
Araştırma tarihinden önce tüm temel aşılarını olmuş 12-23 ya da 15-26 aylık çocukların oranı
(*yaş gruplarındaki farklılıklar zaman içinde aşı takvimi ve yapılan aşılardaki değişiklikler nedeniyle olmuştur*)

Çocuk sağlığının çocuk hakları bağlamında en önemli göstergeleri adolesan doğurganlık hızı, çalışan çocuk oranı ve çocuk ihmali ve istismarıdır.

Adolesan doğurganlık hızı, ülkemizde 2000'lerin başından bu yana yaklaşık %75 oranında bir düşüş gösterse de (2001: Binde 49; 2022: Binde 12) halen yüksek seyretmektedir (2022 AB ortalaması Binde 7) (TÜİK, 2022b). Adolesan annelerin tüm anneler içindeki oranı ise 1993'te 10,2'den 2018'de %3,5'a gerilemiştir ancak yeterli değildir (HÜNEE, 2019).

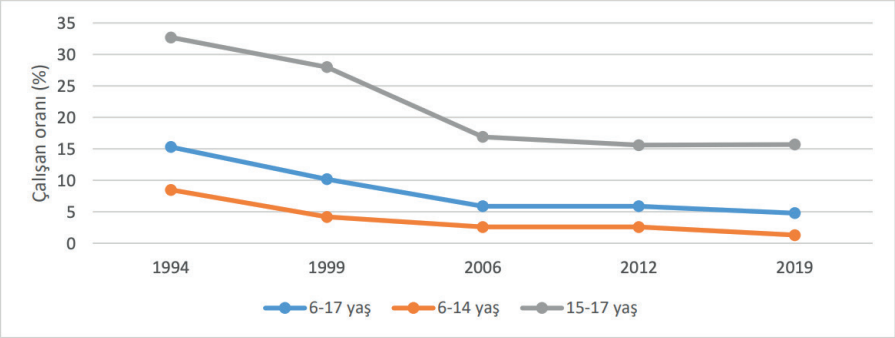



**Şekil 4.** Yaş grubu ve cinsiyete göre işgücüne katılım oranı- 2019 IV. Çeyrek (TÜİK, 2019)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 142 23.11.2023 13:18

TÜİK – 2022 Hane halkı işgücü araştırmasına göre 15-17 yaş grubunda işgücüne katılım oranı %18,7 (erkeklerde %27, kızlarda %10) olmuştur. TÜİK tarafından 2019 yılının IV. çeyreğinde yürütülen "Çocuk İşgücü Araştırması" sonuçlarına göre ise, Türkiye'de 720 bin 5-17 yaş çocuk bir ekonomik faaliyette çalışmaktadır ve bu sayı aynı yaş grubundaki çocukların %4,4'ünü oluşturmaktadır (**Şekil 4**). Çalışan çocuk sayısı yıllar içinde düşüş göstermiştir (**Şekli 5**).




**Şekil 5.** Türkiye'de yıllara göre yaş grupları bazında çalışan çocuk oranları

Çocuk ihmali ve istismarı açısından ülkemizin karnesi pek parlak görünmemektedir. TÜİK verilerine göre 2014'te 74.064 çocuk suç mağduru iken 2016'da bu sayı 83.552'ye yükselmiştir. Emniyet birimlerine 2019 yılında suç mağduru olarak 206 bin 498 çocuk gelmiştir, bu çocukların %15,2'si cinsel suçlar, %57,6'sı yaralama nedeniyle başvurmuştur. Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü verilerine göre; Çocuk cinsel istismarı nedeniyle hükümlü olanların oranı 2006 yılında %42,5 iken 2016 yılında %58,8'e yükselmiştir. Cinsel suç mağduru olan çocuk oranı 2014'ten 2016'ya %33 artmıştır. Ceza Mahkemeleri'nde çocukların cinsel istismarı ile ilgili açılan davalardaki suç sayısı 2012 yılında 17 bin 589 iken, 2019 yılında 22 bin 689'a yükselmiştir (Derebagçe ve Özerk, 2021).

## 5.3. Çocuk Sağlığında Gelecek İçin Öngörüler

Yapılan hesaplamalar, insana yapılan en yüksek getirili yatırımın erken çocukluk döneminde yapılan yatırımlar olduğu göstermiştir (HSGM, 2019). Çocuk sağlığı hizmetleri de bu yatırımların önemli bir parçası ve geleceğin sağlıklı olması için yapılan en önemli hizmetlerdendir. Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana çocuk sağlığı hizmetlerinde misyon sabit kalsa da fırsatlar ve tehditlere yanıt olarak yapılanlar zaman içinde değişmiştir. Geçen yüz yılda bilimsel keşifler, tıbbi buluşlar, değişen epidemiyolojik modeller, politik ve ekonomik güçler ve diğer toplumsal eğilimler çocuk sağlığı çalışmalarını şekillendirmiştir. Gelecek yıllar, çocukların yaşamını ve sağlığını iyileştirmek için benzersiz fırsatlar sunacağı gibi, aynı zamanda benzeri görülmemiş tehditlerle de karşı karşıya bırakabilir, o yüzden geleceğe hazırlıklı olunmalıdır. Bu hazırlık birkaç nedenden dolayı önemlidir; birincisi gelecekteki iş gücümüzü çocuk sağlığının geçmişte ve şimdiki zamanda olduğu yere göre değil, gelecekte olması gereken yere göre planlamamız gereklidir, ikincisi ortaya



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 143 23.11.2023 13:18

çıkan fırsatları değerlendirmek ve gelecekteki tehditleri önlemek için şimdiden harekete geçmemiz gereklidir, üçüncüsü, misyon, vizyon ve değerlere uygun olarak geleceği şekillendirmek için her zaman çalışma gerekliliğidir.

Bu bölümde ülkemizde çocuk sağlığını geliştirmek için fırsatlar ve çocuk sağlığına yönelik tehditler üzerinden yapılabilecekler tartışılacaktır.

### 5.3.1. Bilimsel ve Teknolojik Gelişmeler

Önümüzdeki on yılda çocuk sağlığının iyileştirilmesine yönelik büyük fırsatlar teknolojik yeniliklerden gelecektir. Genetik bozuklukların tedavisinde CRISPR'nin kullanımı, engelliliğin azaltılması için robot uzuvların kullanılması ve Tip-I diyabeti olan çocuklarda kan şekeri takibi için invaziv olmayan biyosensörlerin kullanımı gibi ileri teknolojinin kullanımı çocuk sağlığının iyileştirilmesi için umut vaat etmektedir. Aynı ileri teknolojinin birinci basamakta koruyucu hizmetlerde kullanımı da mutlaka düşünülmelidir. Çocukların yaşama sağlıklı başlaması için gebe takibinde ve önlenebilir bebek çocuk ölümlerinin azaltılması için bebek ve çocuk takibinde teknoloji nasıl yardımcı olabilir araştırılmalı ve üzerinde düşünmek gereklidir.

Dijital ortamın güçlendirilmesi ile bebek ve çocuk izlemlerinde dijital ortamın sağlayacağı kolaylıklardan yararlanılmalıdır. Önümüzdeki yıllarda, yüksek teknoloji ile çocukların yaşama daha sağlıklı başlayabilmesi için doğum öncesi kontroller ve bebek izlemleri giyilebilir cihazlar, sensörler ve laboratuvarlara kaliteli veri aktaran çipler ile sürekli ve uzaktan yapılabilir (Haghi ve ark., 2017). Bu tür veriler yalnızca biyokimyasal veriler değil, beslenme, fiziksel aktivite, uyku ve diğer çevresel faktörlerde olabilir. Bu veriler, yapay zekâ ve makine öğrenmesi yardımıyla değerlendirilip, sağlık kuruluşu ya da hekim ziyaretinde önceliklendirme ya da yapılacak tetkikler ve muayeneler ile ilgili önbilgi verme vb işlemler yapılabilir. Erişimi zor bölgelerde olanlar için dijital ortamlar ile tele sağlık erişimi sağlanabilir. Dijital ortamın güçlendirilmesi ile sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunulabilir (Lu, 2019).

Sağlık bilimlerindeki büyük ilerlemeler, nörobiyoloji, genomik ve epigenetik sağlık ve hastalığın gelişimsel kökenleri, sağlık ve hastalığın yaşam boyunca nasıl geliştiğine dair yeni bilgiler sağlamakta ve teknolojideki gelişmeler çocuk sağlığını iyileştirme konusunda umut vaad etmektedir (Halfon ve ark., 2014). Önümüzdeki yıllarda da bilimsel ilerlemeler şüphesiz çocuk sağlığında gelişmelere yön vermeye devam edecektir bu yüzden çocuk sağlığını gerçek anlamda değiştirmek için bilimsel keşiflerin etkili klinik ve halk sağlığı stratejilerine hızlı bir biçimde dönüştürülmesi çalışmalarının yapılması gerekmektedir (Lu, 2014). Ancak, bilimsel ilerlemelerin toplumsal etkisi önündeki en büyük engellerden biri, bu bilimsel gelişmelerin topluma ulaşmasını yönlendiren politika ve piyasa güçleridir ki bu da bu gelişmelere erişemeyen, maddi olanakları yetmeyen geniş kesimlerin bu hizmetlere erişimini engelleyebilir. Eğer teknolojiye erişimde farklılık ve eşitsizlik varsa sağlıkta eşitsizlikler daha da derinleşebilir. Hatta bireysel yaşamları iyileştirmek için teknolojik yenilikler peşinde koşarken, toplum sağlığı açısından gerçekten neyin önemli olduğu gözden kaçabilir; buna yalnızca teknolojik düzeltmeler değil, siyasi ve politik çözümler gerektiren sağlığın birçok sosyal belirleyicisi de dahildir. Nitekim bu geçtiğimiz yüzyılda



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 144 23.11.2023 13:18

dünyada da, ülkemizde de böyle olmuştur, bebek ve çocuk hastalıklarında, ölümlerinde bölgeler arası ve sosyoekonomik faktörlere göre eşitsizlikler süregelmiştir (HÜNEE, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2021). Bu nedenle önümüzdeki sürecin en önemli sorunlarından biri çocukların ve ailelerinin yaşamlarını sürdürebilecek, sağlıklarını iyileştirebilecek hizmetlere, bilime, teknolojiye adil erişiminin nasıl sağlanacağıdır.

### 5.3.2. Büyük Veri Yönetimi

Çağımız aynı zamanda toplum sağlığını geliştirmek ve iyileştirmek için yeni fırsatları da beraberinde getiren "büyük veri" çağıdır. Büyük veri, birbiriyle ilgisiz kaynaklardan gelen ve birbiriyle ilişkilendirilebilen büyük hacimli, karmaşık bilgiyi ifade eder (Khoury ve Ioannidis, 2014). Özelde çocuk ama genelde halk sağlığında bu verileri sosyal, çevresel, coğrafi ve hatta iklim verileriyle ilişkilendirme halk sağlığı sürveyansını ve müdahalelerini iyileştirebilir. Araştırmalarda, hücrelerden toplumsal olaylara, nöronlardan yaşadığımız çevreye, döllenmeden yaşlılığa kadar birçok kaynaktan ve birden fazla alandan gelen verileri birbiri ile ilişkilendirmek, sağlık sorunlarının nasıl geliştiğine ve neden bazı insanların daha sağlıklı, bazılarının hasta olduğuna dair bilgiler sunabilir. Uygulamada, milyonlarca çocuktan elde edilen kişisel biyolojik verilerin yanında, klinik, sosyal, çevresel veriler arasında bağlantı kurmak, analizler ve tahminler yapmak, daha iyi modeller kurmamızı, müdahaleler planlamamızı sağlayabilir.

Ancak büyük veriler aynı zamanda büyük tehlikeleri de beraberinde getirebilir. Birincisi, büyük veri her zaman yanlış korelasyonlar ve ekolojik yanılgılarla büyük hatalara neden olabilir; bu nedenle büyük verilerin her zaman saha epidemiyolojisine ilişkin güçlü bir temele oturtulması gereklidir (Khoury ve Ioannidis, 2014). İkincisi, büyük verilerin gizliliğinin korunması çok önemlidir. Üçüncüsü, teknoloji kullanımında olduğu gibi büyük veride de farklı erişim varsa eşitsizlikleri artırabilir çünkü yetersiz hizmet alabilen bölgeler ve nüfuslardan elde edilen veri kalitesi ve miktarı genelde yetersizdir. Dolayısıyla gelecekte önemli bir mücadele alanı her yerden ve herkesten kaliteli veri akışını sağlamak ve verilerin sağlıkta eşitliği sağlamak için nasıl kullanılacağı olmalıdır.

### 5.3.3. İklim Değişikliği

İklim değişikliği, Dünya Sağlık örgütü tarafından yirmi birinci yüzyılda halk sağlığına yönelik en büyük tehditlerden biri olarak tanımlamıştır (DSÖ, 2018). Önümüzdeki yıllarda milyonlarca çocuk, yağışlar, su baskınları gibi hava kaynaklı afetlerle, yangınlarla karşı karşıya kalacak, gıda üretimini olumsuz etkileyecek kuraklıklara ve vektör kaynaklı hastalıkların yayılmasına maruz kalacaktır. İklim değişikliği çocuk sağlığına yönelik en büyük tehditlerden biridir ve daha fazla ilgi gösterilmelidir.

Çocuk sağlığı savunucuları ve araştırmacıları temiz ve yenilenebilir enerjiyi teşvik eden, $CO_2$ emisyonunu azaltan, iklim dostu soğutma çözümlerini destekleyen ve küresel ısınmayı azaltan politika ve uygulamaları geliştirmek için çevre savunucuları ile güçlerini birleştirmelidir. Hem ülkenin hem de illerin acil durum hazırlık ve afet planlarında çocuklar için ayrıca planlar yapılması gereklidir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 145 23.11.2023 13:18

### 5.3.4. Bulaşıcı Hastalıklar, Antimikrobiyal Direnç ve Aşı Kararsızlığı/Reddi

Önümüzdeki yıllarda tüm topluma olduğu gibi çocuk sağlığı içinde diğer büyük bir tehdit bulaşıcı hastalık salgınlarıdır. Son yirmi yılda yaşanan grip salgınları ve 2019'da başlayan COVID-19 pandemisi buna en iyi örnektir. Önümüzdeki yıllarda devam edecek olan küreselleşme ve kentleşme eğilimleri ve iklim değişikliği başka salgınlara da yol açabilecektir. Bunlarla birlikte, İnsanlarda olduğu gibi hayvanlar içinde uygunsuz reçete edilen ve bilinçsizce kullanılan antibiyotikler nedeniyle ortaya çıkan antimikrobiyal direnç çocukluk çağı enfeksiyon hastalıkları açısından büyüyen bir başka tehdittir.

Antimikrobiyal direncin önüne geçilmesi için, insan sağlığının çevre ve hayvanların sağlığıyla bağlantılı olduğunu kabul eden "Tek Sağlık" anlayışı ile hareket edilmesi gerekmektedir. Ayrıca, salgınların ve antimikrobiyal direncin ortaya çıkışına hızlı müdahale edebilmek için dijital ortamda tüm verileri hızla değerlendirebilen erken uyarı sistemleri kurulmalı ve etkin bir şekilde işletilmesi gerekmektedir.

Yeni salgınlara, anti mikrobiyal dirence karşı çocukları koruyabilecek en önemli silahlardan biri aşılardır. Buna karşın, DSÖ'nün 2019'da dünyayı tehdit eden 10 küresel sorundan biri olarak nitelendirdiği aşı kararsızlığı/reddi ülkemizde de hızla büyüyen ve çocuk sağlığını yakından ilgilendiren bir sorundur. Aşı kararsızlığı aşılama hizmetlerinin varlığına karşın erteleme ya da reddetme durumu olarak tanımlanmaktadır. Aşılamanın yapılmaması durumunda her yıl 14.000 kadar çocuk aşıyla önlenebilir hastalıklar nedeniyle hayatını kaybedeceği gibi, 20 milyar avroluk ekonomik kayba da yol açmaktadır (Tokuç, 2019). Ülkemizde bağışıklama hizmetleri sayesinde kimi hastalıklar artık görülmemektedir ya da ciddi biçimde azalma kaydedilmiştir. Aşılama oranlarının düşmesiyle ticari, turistik aktivitelerle bu hastalıkların ülkemize gelmesi ve yeniden ortaya çıkması riski de ortaya çıkmaktadır (**Tablo 2**).

**Tablo 2.** Aşı ile önlenebilir kimi hastalıklarda aşılamaya başlama yılı ve hastalıkların görülme sayıları (BİGBP, 2023)

| Hastalık | Aşılamaya başlama yılı | 1985 | 2004* | 2019 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| Difteri | 1937 | 145 | 0 | 0 | 0 |
| Kızamık** | 1970 | 14.695 | 8.927 | 2.904 | 103 |
| Boğmaca | 1937 | 2.678 | 389 | 60 | 8 |
| Çocuk Felci | 1963 | 88 | 0 | 0 | 0 |
| Yenidoğan Tetanosu | 90'lı yılların başı | 41 | 15 | 0 | 0 |
| Tetanos | 1968 | 113 | 37 | 18 | 10 |
| Ülke Nüfusu (Bin) | | 49.660 | 67.160 | 79.810 | 85.790 |

Kişiler, siyasal, sosyal, bilimsel, dinsel ve mevcut sağlık sisteminin özellikleri ile ilgili pek çok nedenden dolayı aşı ile ilgili kararsızlık yaşamakta ya da aşıyı reddetmektedir. Bu nedenlerin bilimsel çalışmalarla belirlenmesi ve nedene özgü çalışmalarla ve kanıta dayalı güncel bilgiler ile aşı kararsızlığı/reddinin üstüne gidilmesi gereklidir. Sağlık çalışanları



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 146 23.11.2023 13:18

aşılar ve aşı ile korunulabilir hastalıklar konusunda ve bu tür olguların nasıl yönetileceği ve yönetiminde doğru iletişimin nasıl olması gerektiği konusunda eğitilmelidir. Ayrıca sağlık otoritesi politik bir kararlılık göstererek, bağışıklama hizmetleri ile ilgili gerekli mevzuat düzenlemelerini de bir an önce yapmalıdır.

### 5.3.5. Çocuklarda Artış Gösteren Kronik Hastalık Yükü

Veriler, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de çocukluk çağında kronik hastalık yükünün artmakta olduğunu göstermektedir. Yetişkinlerdeki kronik hastalık yükü kadar ağır olmasa da metabolik hastalıkların temellerinin çocukluk döneminde atıldığı düşünülünce erken dönemde müdahale edilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Giderek artan sayıda kanıt da yetişkinlerde metabolik sendromun önüne geçmek için çocukluk çağı obezitesi ile doğumdan itibaren mücadele edilmesi gerekliliğini doğrulamaktadır (Huang ve ark, 2007).

Çocuklukta kronik hastalıklarla mücadelede öncelikle bu hastalıkların sosyal ekolojisini ele alarak başlamalıdır; örneğin obezite için hazır yemeklerle, astım için barınma standartları ile, olumsuz çocukluk deneyimleri için toplumda yükselen şiddetle ve sosyal medya ile ve gençler arasında kaygının artmasına yönelik başarı baskısı ile ve tütün ve madde kullanımı ile mücadele planları yapmalı ve toplumla birlikte, toplum temelli önleme ve müdahale stratejileri geliştirilmelidir.

### 5.3.6. Toplumsal İyileştirmeler

Bilim, teknoloji ve büyük veri şüphesiz önümüzdeki yıllarda çocuk sağlığını geliştirecek olsa da, en büyük kazanımlar yine de tüm kadınlar, çocuklar ve aileler için sosyal koşulların iyileştirilmesinden gelecektir. Geçtiğimiz 100 yılda çocuk sağlığında en büyük gelişmelerin bazılarının daha iyi sanitasyon ve hijyen, daha temiz su ve daha güvenli gıda sağlanması, çocuk işçiliği yasalarının yürürlüğe girmesi ve çocuk haklarının tanınması ve ekonomik yapıdaki genel iyileşmeler ile elde edildiğini unutulmamalıdır.

Sosyal koşulların iyileştirilmesi için toplumsal eşitsizliğin artmasına neden olan ekonomi politikaları, çocuklarımızı geleceklerinden mahrum bırakacak çevre koruma konusundaki kuralsızlaştırma politikaları ve aynı zamanda kapsamlı üreme sağlığı hizmetlerine erişimi kısıtlayan politikalar gibi çocuk sağlığına da zarar veren politikalarla, bilimsel kanıtlarla toplumla birlikte mücadele etmek için çalışmaların yapılması gereklidir.

Tüm toplum sağlığına olduğu gibi çocuk sağlığı içinde çok zararlı olan hava kirliliği, su kirliliği vb. için, kamusal izleme sistemlerinin güçlendirilmesini, çevresel kimyasalların toksisite testlerini, pazar öncesi değerlendirmesini güçlendirmek için ve sürekli bir epidemiyolojik izleme sisteminin kurulması için mevzuat ve düzenlemeleri istememiz ve desteklememiz gereklidir. Çevresel izleme için kamusal izleme yanında Mc Kinley ve ark. tarafından önerilen vatandaş bilimi harekete geçirilmelidir, düşük maliyetli test kitleri ve temel eğitimle donanmış sıradan vatandaşlardan oluşan bir ekip ile, çocuklarımızın geleceği için çevre korumasının kitle kaynaklarından sağlanması için çalışmalar yapılmalıdır (McKinley ve ark. 2017).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 147 23.11.2023 13:18

### 5.3.7. Çocuk Sağlığı İçin Liderlik

Sosyal koşulları iyileştirmek, sağlık alanı dışında çalışmamızı ve sosyal belirleyicileri iyileştirmek için eğitim, konut, sosyal hizmetler, ekonomik ve toplumsal kalkınma dahil olmak üzere birçok alanda işbirlikleri kurmamızı gerektirir. Başarılı işbirliği, ortak bir gündem, paylaşılan veriler, koordineli ve karşılıklı olarak güçlendiren stratejiler, sürekli iletişim ve gerektirir ve bu işbirliklerinin omurga rolü halk sağlığı birimlerinde olmalıdır.

Çocuk sağlığını istediğimiz geleceğe, siyaset ya da ideolojiyle değil, bilim ve kanıtlarla desteklenen bir gelecek; veri ve teknolojinin boşlukları genişletmek yerine kapattığı bir gelecek; çocukları ön planda tutan ve aileleri ön planda tutan bir gelecek; ve her çocuğun ve ailenin tam potansiyellerine ulaşma konusunda adil bir şansa sahip olduğu bir geleceğe, siyasi veya piyasa güçlerinden ziyade misyon ve değerlerin yönlendirdiği bir geleceğe yönlendirmek çocuk sağlığı profesyonellerinin liderlik sorumluluğu olmalıdır.

Çocuk sağlığı program ve hizmetleriyle tüm çocuk sağlığı sorunlarını çözebileceğimizi düşünmek istesek de, en büyük sorunlarımızdan bazılarının temel nedenleriyle mücadele etmek için sosyal ve politik değişim de gerekmektedir. Daha fazla afete hazırlık planı yaparak iklim değişikliğini tersine çevirmek, yoksulluğu, ırkçılığı ve sağlıkta eşitsizliklere yol açan sosyal adaletsizlikleri ele almadan sağlık eşitliğine giden yolu tarayıp müdahale etmek mümkün değildir.

Çocuk sağlığının geleceğine öncülük edebilmek için, çalışmalarımızın temel, klinik, sosyal, davranış bilimleri ve veri bilimleri, sistemler ve toplum sağlığı bilimleri ve en önemlisi aileler ve topluluklar arasında işbirliğini içeren, bilişsel çeşitlilik ve disiplinlerarasılığın farkında olan daha bütünleştirici bir yaklaşım benimsemesi gerekmektedir. Disiplinlerarası olmak alanın en güçlü yönünü ve gelecekteki müdahalelerin temel itici gücünü oluşturacaktır. Gelecekteki çocuk sağlığı araştırmalarının, hangi müdahalenin hangi hastalar veya popülasyonlar için hangi koşullar altında en iyi sonucu verdiğini daha kesin olarak tanımlaması gerekmektedir. Araştırmanın pratiğe ve politikaya dönüştürülmesini hızlandırmak için kanıta dayalı uygulama ile uygulamaya dayalı araştırma arasında etkili bir geri bildirim döngüsünün de kurulması gerekmektedir.

Çocuk sağlığının geleceğine liderlik etmek, istediğimiz gelecek hakkında ulusal bir tartışma başlatmamızı, alan olarak nereye gitmek istediğimize ve buradan oraya nasıl varacağımıza dair net bir vizyon geliştirmeyi gerektirmektedir. Bu sadece ana ve çocuk sağlığı klinik ve halk sağlığı hizmetlerinin ve sistemlerinin organizasyonunun, sunumunun ve finansmanının yeniden incelenmesini değil, aynı zamanda net bir politika gündemi ve siyasi stratejinin geliştirilmesini ve bir sonraki dönem için ortak bir vizyonun geliştirilmesini de gerektirir.

## KAYNAKLAR:

ASPB. (2023a) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. İstanbul Himaye-i Eftal Cemiyetinin Kuruluşu. https://www.aile.gov.tr/samsun/hakkimizda/tarihce/ Erişim Tarihi 15.08.2023.

ASPB. (2023b) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Çocuk Hizmetleri Daire Başkanlığı. Tarihçe. Adres: https://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/hakkimizda/tarihce Erişim Tarihi: 26.08.2023.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 148 23.11.2023 13:18

Bağışıklama için Güç Birliği Platformu – BİGBP. (2023). Bağışıklama Hizmetleri Yaşamsal Öneme Sahiptir. https://hasuder.org/Duyurular/Detay/basin-bildirileri/bagisiklama-icin-guc-birligi-platformundan-bagisiklama-hizmetleri-yasamsal-oneme-sahiptir/56acc9d Erişim tarihi: 30.08.2023

Çocuk Koruma Kanunu. (2005). https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5395.pdf Erişim Tarihi: 30.08.2023.

Derebagçe, G. E. and Özerk, H. (2021). The Analysis and Discussion Regarding the Researches Concerning Child Abuse Prevention Programs From 1995-2020 in Turkey., Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences, 4(7): 651-670.

DPT (1963) Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl). https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Kalkinma_Plani_Birinci_Bes_Yillik_1963-1967.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2023

DPT. (1968). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Ikinci_Bes_Kalkinma_Plani-1968-1972.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2023

DPT. (1973). Yeni Strateji ve Kalkınma Planı (Üçüncü Beş Yıl). 1973. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Yeni-Strateji-ve-Kalkinma-Plani_Ucuncu-Bes-Yil_1973_1977.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2023

DPT. (1979). Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Dorduncu-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani_1979_1983.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2023.

DPT. (1984). Beşinci Beş Yıllık kalkınma Planı 1985-1989. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Besinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-1985-1989.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2023.

DPT. (1989). Altıncı Beş Yıllık kalkınma Planı 1990-1994. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Altinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1990-1994.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2023.

DPT. (1995). Yedinci Beş Yıllık kalkınma Planı 1996-2000. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Yedinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1996-2000.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2023.

DPT. (2000). Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Uzun_Vadeli_Strateji_ve_Sekizinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-2001-2005.pdf Erişim tarihi:30.08.2023

DPT. (2006). Dokuzuncu kalkınma Planı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Dokuzuncu_Kalkinma_Plani-2007-2013.pdf Erişim tarihi:30.08.2023

DSÖ. (2018). WHO calls for urgent action to protect health from climate change—sign the call. Retrieved April 7, 2018 from http://www.who.int/globa lchan ge/globa l-campa ign/cop21 /en/. Erişim tarihi: 01.09.2023

DSÖ. (2023). Global Health Observatory Data Repository – IMR European Region Data by Country. https://apps.who.int/gho/data/view.main.CHILDMORTINFANTEURv?lang=en Erişim tarihi: 01.09.2023

Durmuş A, Durmuş MN. (2019). Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi-2019; 5(2): 216-229.

Ekmekçi PE, Arda B, Acıduman A. (2012). Tıp tarihi açısından Çocuk Esirgeme Kurumu'nun kuruluş dönemi etkinliklerine bir kitap bağlamında bakış: "Büyük Çocukların Beslenme Usülleri (1927) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2012; 55: 57-69.

Haghi, M., Thurow, K., & Stoll, R. (2017). Wearable devices in medical internet of things: Scientific research and commercially available devices. Healthcare Informatics Research., 23, 4–15.

Halfon, N., Larson, K., Lu, M. C., Tullis, E., & Russ, S. (2014) Lifecourse health development: Past, present, and future. Maternal and Child Health Journal 2014;18:344–65.

Huang, J. S., Lee, T. A.. Lu, M. C. (2007). Prenatal programming of childhood overweight and obesity. Maternal and Child Health Journal 2007;11:461 – 73.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 149 23.11.2023 13:18

HÜNEE. (1979). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Turkish Fertility Survey -1978 – First Report. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/1978%20tda/1978_TFS.pdf Erişim tarihi:30.08.2023

HÜNEE. (1990) Turkey Population and Health Survey-1988. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/1988%20tdsa/1988_TPHS.pdf Erişim tarihi:30.08.2023

HÜNEE. (1994). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Turkish Demographic and Health Survey – 1993. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/1993%20tnsa/93_mainreport.pdf Erişim tarihi:30.08.2023

HÜNEE. (1999). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara, 1999. http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/02/Turkiye-Nufus-ve-Sa%C4%9Flik-Arastirmasi-1998.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2023.

HÜNEE. (2019). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Ankara, 2019. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf Erişim Tarihi: 01.09.2023

Kalkınma Bakanlığı. (2013). Onuncu Kalkınma Planı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf Erişim tarihi:30.08.2023

Khoury, M. J., & Ioannidis, J. P. (2014). Big data meets public health. Science., 346, 1054–1055.

Kurt AÖ, Şaşmaz T. (2012). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003. Lokman Hekim Journal, 2012; 2 (1): 21-30.

Kurt LS. (2016). Çocuk Haklarına İlişkin Temel Uluslararası Belgeler ve Türkiye Uygulaması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi Yıl: 16 Sayı: 36 Tarih: Ocak-Haziran 2016 Ss: 99-127

Lu, MC. (2014) Improving maternal and child health across the life course: Where Do We Go from Here? Maternal and Child Health Journal. 2014;18:339–343.

Lu, MC. (2019). The future of maternal and child health. Maternal and Child health Journal,2019; 23: 1-7.

McKinley, D. C., Miller-Rushing, A. J., Ballard, H. L., Bonney, R., Brown, H., Cook-Patton, S. C., et al. (2017). Citizen science can improve conservation science, natural resource management, and environmental protection. Biological Conservation 2017; 208:15–28.

Özcebe H. (2018). Çocuk ve Ergen Sağlığı - Okyay P, Dedeoğlu N, Öztek Z. Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı *içinde.* 1. Baskı,Trakya Üniv. Matbaası SS:86-87.

Pala K. (2007) Türkiye için nasıl bir sağlık reformu? Bursa 2007. http://www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf. Erişim tarihi: 28.08.2023

Peker M. (2016). Türkiye'de Nüfussal Dönüşüm. Sosyoloji Dergisi,2016; 34: 133-196. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/593982 Erişim Tarihi: 26.08.2023.

Sağlık Bakanlığı. (1964). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete: 09.09.1964 Sayı:11802

Sağlık Bakanlığı. (2017). Türkiye Çocukluk Çağı (İlkokul 2. Sınıf Öğrencileri) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR 2016). https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/haberler/turkiye-cocukluk-cagi-sismanlik/COSI-TUR-2016-Kitap.pdf Erişim Tarihi: 30.08.2023.

SB-HSGM. (2019) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü - Halk Sağlığı Haftası. https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/haberler/halk-sagligi-haftasi-anne-ve-cocuk-sagligi.html Erişim Tarihi: 31.08.2023.

Sağlık Bakanlığı HSGM. (2021). Sağlık Bakanlığının Kuruluşunun 100. Yılında Türkiye'de bebek Ölümleri Durum Raporu https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 150 23.11.2023 13:18

Dokumanlar/Kitaplar/Saglik_Bakanliginin_Kurulusunun_100._Yilinda_Turkiyede_Bebek_Olumleri_Durum_Raporu.pdf Erişim tarihi:30.08.2023

Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 https://www.saglik.gov.tr/TR,95109/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-yayinlanmistir.html Erişim Tarihi: 16.09.2023

Sağlık Bakanlığı. (2023). Tarihçe. Adres: https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html, Erişim Tarihi:28.08.2023.

Sarıkaya M. (2007). Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Bir Sosyal Hizmet Kurumu: Türkiye Himaye-İ Eftal Cemiyeti. A.Ü. Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi Sayı 34 Erzurum 2007. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/33100 Erişim tarihi: 15.08 2023.

SSYB. (1973) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları; Ayyıldız Matbaası; 1973:51-249.

Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2018). 100. Yıl Türkiye Planı – Onbirinci Kalkınma Planı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf Erişim tarihi:30.08.2023

T.C. Hükümeti – UNICEF İşbirliği Programı. (1996). Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. Ülke Programı. ISBN: 975-8088-26-2. Pelin Ofset, 1996.

Tokuç B. (2019). Which Threats to Global Health Pose a Problem for Turkey's Health? Balkan Med J. 2019 May; 36(3): 152–154.

TÜİK. (2020a) Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları, 2019 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Child-Labour-Force-Survey-2019-33807 Erişim tarihi: 02.09.2023.

TÜİK. (2020b). TÜİK İstatistiklerle Çocuk 2020. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/istatistiklerle_cocuk_2020.pdf Erişim Tarihi:1.9.2023

TÜİK. (2022) Doğum İstatistikleri, 2022. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2022-49673 Erişim Tarihi: 02.09.2023.

TÜİK. (2023a). TÜİK İstatistiklerle Çocuk 2022. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2022-49674#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfus%20Kay%C4%B1t%20Sistemi,7'sini%20k%C4%B1z%20%C3%A7ocuklar%20olu%C5%9Fturdu. Erişim Tarihi 17.09.2023

TÜİK. (2023b). TÜİK Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2013-2022. https://data.tuik.gov.tr/ Erişim Tarihi: 01.09.2023.

UN. (2021) Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA Population Division) https://www.indexmundi.com/facts/indicators/SH.DYN.MORT/rankings Erişim Tarihi: 05.09.2023

Yüksel F, Keser N, Odabaş E, Kars Gb, Yurtkulu F, Daşkafa F, Arslan F, Cayrat E. (2013). Çocuk İstismarı ve Çocuk İzlem Merkezleri Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, Cilt 0, Sayı 2, 2013, 18 – 22.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 151 23.11.2023 13:18

# 6. CUMHURİYETİN 100. YILINDA TÜRKİYE'DE YAŞLI SAĞLIĞI

*Prof. Dr. Dilek ASLAN*

Cumhuriyet, Gazi Mustafa Kemal Atatürk sayesinde, 29 Ekim 1923 tarihinde Türkiye'nin en önemli kazanımı olmuştur. Bu sayede, ülkemizde her alanda çok sayıda ilerleme ve gelişme kaydedilmiştir. Diğer pek çok alan gibi Cumhuriyet tarihi Türkiye'de sağlıkla ilgili önemli gelişmelerle doludur.

Türkiye'de Cumhuriyet'in kurulmasından önce sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili görev 2 Mayıs 1920 tarihinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na verilmiştir. Dönemin ilk sağlık bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur. 29 Ekim 1923 tarihinde Cumhuriyet'in ilan edilmiş ve sağlık hizmetleri ile ilgili yeni bir dönem başlamıştır. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam Mustafa Kemal Atatürk önderliğinde önemli değişimlere imza atmıştır. Dr. Refik Saydam tarafından Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur (Aksakal, 2017). Sağlık hizmetleri o dönemin gereksinimlerine göre önceliklendirilerek planlanmıştır. Dr. Saydam, çok sınırlı sayıda olan sağlık çalışanlarının bütün yurtta hizmet verebilmesi amacıyla planlamalar yapmıştır. Dr. Saydam'ın döneminde benimsenen temel ilke koruyucu hekimlik hizmetleri odaklı olmuştur. Nüfusun yapısı, ekonomik koşullar, dönemin öncelikli sağlık sorunları sağlık hizmetlerinin planlanmasına yön vermiştir. O dönemde nüfus yapısının "genç" olduğu görülmektedir. Dönemin en önemli Kanun'u 1930 tarih ve 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'dur (Eren ve Tanrıtanır, 1998). O dönemden bu döneme kadar çeşitli değişimler günümüzün sağlık durum ve koşullarını belirlemiştir. Çok farklı alanda görülen değişimler demografik olarak da gerçekleşmiş, demografik değişimle uyumlu olarak gereksinimler ve gereksinimlere yönelik hizmet modelleri de farklılaşmıştır.

Bu yazı kapsamında Cumhuriyet'in 100. yılında Türkiye'de yaşlanan toplumla ilgili güncel gelişmeleri değerlendirmek, gelecekte sağlıklı bir "yaşlanan" toplum hedefine ilişkin öneriler geliştirmektir. Yazı içeriği temel olarak iki bölümde oluşturulmuştur.

## 6.1.Cumhuriyet'ten Bu Yana Nüfus Politikaları, Yaşlılık, Türkiye İle İlgili Öne Çıkanlar

### 6.1.1. Cumhuriyet'ten Bu Yana Nüfus Politikaları ve "Yaşlılık"

Cumhuriyet'in kurulduğu 1923 yılında nüfus yapısında bugünkü durumdan çok farklı olduğu görülmektedir. Kayıtlara göre 1923 yılında ülke nüfusu 13.093 milyondur. Ülkemizde 28 Ekim 1927 yılında yapılan ilk nüfus sayımında nüfusun 13,648 milyon olduğu bilinmektedir Aksoy E, 2016). Yapılan ikinci nüfus sayımı 1935 yılındadır ve nüfus



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 152 23.11.2023 13:18

16.158.018 olarak kayıtlara geçmiştir. 1935-1990 yılları arasında sayımlar her beş yılda bir yapılmıştır. 1990 yılından sonra sayımların her 10 yılda bir yapıldığı bilinmektedir (Çalışkan ve Göl, 2022).

Ülkemizde demografik geçiş sürecinde birinci evrenin Cumhuriyet'in kuruluşundan 1950'li yılların başına kadar olan zaman dilimi olduğu ifade edilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun erişilebilen ilk resmi verileri 1935 yılına denk gelmektedir. Cumhuriyetinin kuruluşunun henüz 13. yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının %3,9 olduğu belirtilmektedir (TÜİK, Nüfus ve Konut Sayımı, 2021).

Cumhuriyet'in kurulmasının ardından Türkiye'de farklı nüfus politikaları uygulanmıştır. İlk dönemde nüfusun artırılmasına yönelik pronatalist politikalar uygulanmıştır. Pronatalist politika nüfus artışının teşvik edildiği politikalardır (Kayacan, 2022). Türkiye'de pronatalist politikaların uygulandığı ilk dönem 1923-1955 yılları arasına denk gelmektedir. Bu dönemde nüfusun artırılması için yasal düzenlemeler de yapılmıştır. Umumi Hıfzısıhha Kanunu bu konuda önemli maddeler içermektedir Kanun içeriğinde 6 ve daha fazla sayıda çocuğu olan kadınlara nakdi yardım yapılmasına ilişkin 156. Madde bu konuda önemli bir örnektir. Bu dönemde, yurt dışından göçmen getirilmesi de devletin öncelik verdiği konular arasında olmuştur (Aksoy, 2016).

Türkiye'de yaşlı bireyler ve nüfus politikaları ile ilgili önemli gelişmeler ülke kalkınma planları kapsamında görülmektedir. Yaşlı bireylere yönelik önlemler Türkiye'nin ilk kalkınma planı içeriğinde görülmektedir (Nesipoğlu, 2018). Dr. Behçet Uz'un sağlık bakanlığı dönemine denk gelen yıllarda yapılan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" kapsamında ölüm hızlarının düşürülmesi, sağlık sandıklarının kurulması, yaşlı ve düşkünlerin korunması amacıyla kurumların açılması gibi öncelikler bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, Tarihçe, n.d.). Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, 1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanarak Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946 yılında açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, Tarihçe, n.d.).

Nüfusun artması ile ilgili olarak eleştirel yaklaşımlar 1957 yılından sonra görülmeye başlanmıştır. Devlet Planlama Teşkilatının 1960'lı yıllarda kurulmasının ardından nüfusun azaltılması ve aile planlaması yaklaşımlarının benimsenmesi devlet tarafından desteklenmeye başlamıştır. Bu konuda 10 Nisan 1965 tarih ve 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" önemli bir adım olmuştur (Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1965). Bu Kanun 27 Mayıs 1983 tarihinde 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Kanunu'nun yürürlüğe girmesine kadar geçerliliğini korumuştur. 1983 sayılı 2827 Sayılı Kanun 1983 yılında yürürlüğe girmiştir (Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1983).

Türkiye'de Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın son dönemlerine denk geldiği ifade edilmektedir. Beş Yıllık Kalkınma Planlarının ilerleyen dönemlerinde yaşlılık konusu özel olarak ele alınmaya başlamıştır. Örneğin; 2001-2005 yıllarını içeren Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması beklendiği ifade edilmektedir. Sağlık ve diğer hizmetlerin yaşlılara yönelik olarak düzenleneceğine dair bilgiler yer almaktadır (DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005). Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının arttığına



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 153 23.11.2023 13:18

işaret edilmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2007). 2014-2018 yıllarını kapsayan Onuncu Kalkınma Planı'nda yaşlı nüfusun bağımlılık oranı dikkate alındığında bir "sorun" olabileceği vurgusu yapılmıştır. Ülkede uygulanan pronatalist politikalarında değişim gereksinimi vurgusu yapılmıştır. Ayrıca, Onuncu Kalkınma Planı kapsamında *"nüfus politikalarıyla doğurganlık hızının artırılması ve yaşlanan nüfusa yönelik etkin ve uygun zamanlı politikaların geliştirilmesi ihtiyacı"* belirtilmiştir. Toplam doğurganlık hızının kademeli olarak artırılması planlanmıştır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013). Dolayısıyla, T.C. Devleti resmi belgelerinde yer alan bu içerikler Türkiye'de uzun yıllardan bu yana uygulanan pronatalist politikalardan antenatalist yaklaşımlara bir geçiş olduğuna işaret etmektedir. Onuncu Kalkınma Planı'nın ardından hazırlanan On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023 yıllarını kapsamaktadır. Plan içerisinde yaşlılıkla ilgili genel çerçeve; aktif yaşlanma, yaşlılara yönelik özel politikaların gerekliliği, yaşlıların yaşam kalitesinin yükseltilmesi için çalışmalar, koruyucu ve tedavi edici hizmetler dahil yaşlıların sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, mevcut hizmetlerin güçlendirilmesi, geriatri ve palyatif bakım hizmeti sunan merkezlerin sayıca artırılması, akılcı ilaç kullanımına özel önem verilmesi, yaşlı bakım hizmetlerine ilişkin standartların geliştirilmesi konuları üzerinden çizilmiştir. Kalkınma Planı içerisinde özel olarak "Nüfus ve Yaşlanma" başlığı yer almaktadır. Bu özel başlık kapsamında ise; *"yaşlıların yaşam kalitesinin yükseltilmesi için ekonomik ve sosyal hayata etkin bir şekilde katılabilmesi, aktif ve bağımsız olarak hayatlarını sürdürebilmesi, yüksek kalitede uzun süreli bakım, sağlık ve diğer hizmetlerden yararlanabilmesi ve aktif yaşlanma ortamlarının oluşturulması"* temel amaç olarak ortaya konulmuştur (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2019).

### 6.1.2. Türkiye'de Yıllar İçinde Değişen Demografik Yapı

Türkiye'de yıllar içinde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı artmaktadır. 1935 yılında %3,9 olan pay 2022 yılında %9,9'a yükselmiştir. Değişim her iki cinsiyet için de görülmektedir. Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının iki katına çıkması için geçen sürenin yaklaşık 79 yıl olmuştur (**Tablo 1**) (TÜİK, ADNKS, 2022).

**Grafik 1**'de Türkiye'de her iki cinsiyet için yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının 10'ar yıllık değişimleri görülmektedir. Türkiye'de nüfus yaşlanmaktadır. Artmadaki eğim yıllar içinde yukarı doğru bir ivme kazanmıştır (**Grafik 1**) (TÜİK, ADNKS, 2022).

Türkiye İstatistiktik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Aralık 2022 verilerine göre Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfus 8 milyon 451 bin 669 kişidir. Nüfusun %44,4'ünü erkekler ve %55,6'sını kadınlar oluşturmuştur (TÜİK, ADNKS, 2022).

Türkiye ile 2022 yılı itibarıyla yaşlı nüfusu toplam nüfus içindeki payı en yüksek yüzde değerine sahip olduğu 10 ülke, en düşük olan10 ülke karşılaştırması **Tablo 2**'de sunulmuştur. Her üç kişiden birisinin yaşlı olduğu ülkeler mevcutken 100 kişi içinde sadece 1,5 paya sahip olan ülkeler de bulunmaktadır. Türkiye ile benzer paya (%9,9) olan diğer iki ülke Lübnan ve Brezilya'dır (TÜİK, Dünya Nüfus Günü, 2023). Toplumların yaşlanması konusunda dünyada bir eşitsizlik olduğu görülmektedir. İlk sıradaki ülke ile son sıradaki ülke arasında yaklaşık 12,4 katlık bir fark bulunmaktadır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 154 23.11.2023 13:18

**Tablo 1.** Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı (TÜİK, 1935-2022)*

| Yıl | Kadın | Erkek | Toplam |
|---|---|---|---|
| 1935 | 3,5 | 4,2 | 3,9 |
| 1940 | 3,1 | 4,0 | 3,5 |
| 1945 | 2,7 | 4,0 | 3,3 |
| 1950 | 2,6 | 4,0 | 3,3 |
| 1955 | 2,6 | 4,2 | 3,4 |
| 1960 | 2,7 | 4,3 | 3,5 |
| 1965 | 3,3 | 4,6 | 4,0 |
| 1970 | 3,9 | 4,9 | 4,4 |
| 1975 | 4,1 | 5,1 | 4,6 |
| 1980 | 4,2 | 5,3 | 4,7 |
| 1985 | 3,7 | 4,7 | 4,2 |
| 1990 | 3,8 | 4,8 | 4,3 |
| 2000 | 5,8 | 7,6 | 6,7 |
| 2007 | 6,1 | 8,1 | 7,1 |
| 2008 | 6,0 | 7,7 | 6,8 |
| 2009 | 6,1 | 7,9 | 7,0 |
| 2010 | 6,3 | 8,2 | 7,2 |
| 2011 | 6,4 | 8,3 | 7,3 |
| 2012 | 6,5 | 8,5 | 7,5 |
| 2013 | 6,7 | 8,7 | 7,7 |
| 2014 | 6,9 | 9,0 | 8,0 |
| 2015 | 7,2 | 9,3 | 8,2 |
| 2016 | 7,3 | 9,4 | 8,3 |
| 2017 | 7,5 | 9,6 | 8,5 |
| 2018 | 7,7 | 9,8 | 8,8 |
| 2019 | 8,0 | 10,2 | 9,1 |
| 2020 | 8,4 | 10,6 | 9,5 |
| 2021 | 8,6 | 10,9 | 9,7 |
| 2022 | 8,8 | 11,0 | 9,9 |

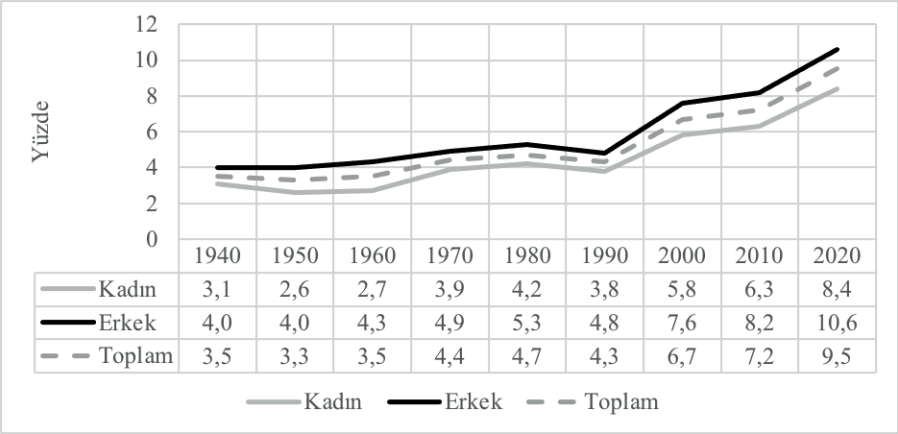
*(TÜİK, ADNKS, 2022) içeriğinde yer alan excel tablolarından yararlanılmıştır.

Durum değerlendirmesi için önemli göstergeler arasında doğuşta beklenen yaşam süresi, 65 yaşında beklenen yaşam süresi ve sağlıklı yaşam süreleri yer alır. Doğuşta beklenen yaşam süresi, mevcut durumda değişiklik olmadığında yenidoğan bir bebeğin ortalama ne kadar süre yaşayacağını tahmin eden bir göstergedir (OECD, Life expectancy, n.d.). 65 yaşında bir bireyin yaşam beklentisi de yaşa özel mortalite hızı değişmediğinde, 65 yaşındaki bir bireyin ne kadar süre yaşayacağını gösterir (OECD, Life expectancy at 65, n.d.). Sağlıklı yaşam süresi, belirli bir yaştaki kişinin ciddi veya orta dereceli sağlık sorunu olmadan yaşaması beklenen yıl sayısı olarak tanımlanmaktadır (TÜİK, Hayat Tabloları, 2019-2021).[1]

1 TÜİK, Hayat Tabloları 2019-2021 sayfasının eklerinde yer alan Word belgesinde tanımlanmıştır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 155 23.11.2023 13:18




**Grafik 1.** Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfusun on yıllık dilimlerdeki değişimi (%) (TÜİK, 1945-2020)*
*(TÜİK, ADNKS, 2022) içeriğinde yer alan excel tablolarından yararlanılmıştır.

**Tablo 2.** Türkiye ile yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının en yüksek olduğu ilk 10 ülke, son 10 ülke karşılaştırılması (2022)[1]

| Ülke adı | Toplam nüfus içindeki payı (%) |
|---|---|
| Japonya | 29,9 |
| İtalya | 24,1 |
| Finlandiya | 23,3 |
| Portekiz | 22,9 |
| Yunanistan | 22,8 |
| Almanya | 22,4 |
| Bulgaristan | 22,4 |
| Hırvatistan | 22,4 |
| Türkiye[2] | 9,9 |
| Gambiya | 2,4 |
| Nijer | 2,4 |
| Kotdivuar Cumhuriyeti[3] | 2,4 |
| Afganistan | 2,4 |
| Mali | 2,4 |
| Çad | 2,0 |
| Birleşik Arap Emirlikleri | 1,8 |
| Zambiya | 1,7 |
| Uganda | 1,7 |
| Katar | 1,5 |

[1] TÜİK, Dünya Nüfus Günü, 2023 sayfası excel tablolarından yararlanılarak oluşturulmuştur.
[2] Brezilya ve Lübnan ile aynı değere sahiptir.
[3] Fildişi Sahili'nin resmi adıdır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 156 23.11.2023 13:18

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanan 2019-2021 dönemi hayat tabloları verilerine göre; 65 yaşında olan bir kişinin kalan yaşam süresi ortalama 17,3 yıldır (erkekler için 15,4 yıl ve kadınlar için 18,9 yıl). Özetle; 65 yaşındaki kadınların erkeklere göre ortalama yaşam süresinin 3,5 yıl daha uzun olması beklenmektedir. Aynı yıl için 100 yaşında bir bireyin beklenen yaşam süresi 3,7 yıldır (erkekler için 3,4 yıl ve kadınlar için 3,8 yıl) (TÜİK, Hayat Tabloları, 2019-2021).

**Tablo 3**'te 2014-2016 ve 2019-2012 yılları için 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlıklı yaşam süresi değerleri görülmektedir. Ülkemizde 65-69 yaş grubunda sağlıklı yaşam süresi 2014-2016 yılları için 6,5 yıl iken rakam 2019-2021 yılları için 6,2 yıl olmuştur. Yaş ilerledikçe sağlıklı yaşam süresi azalmaktadır. 2014 yılından 2019 yılına gelindiğinde de sağlıklı yaşam yılı gerilemiştir. Kadınların sağlıklı yaşam yılı değerleri erkeklere göre daha azdır (TÜİK, Hayat Tabloları, 2019-2021).

**Tablo 3.** Türkiye'de 2019-2021 yılları için 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlıklı yaşam yılı değerleri*

| | 2014-2016 | | | 2019-2021 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Yaş grubu | Toplam | Erkek | Kadın | Toplam | Erkek | Kadın |
| 65-69 | 6,5 | 7,2 | 6,0 | 6,2 | 7,0 | 5,6 |
| 70-74 | 4,6 | 5,0 | 4,2 | 4,3 | 4,8 | 3,8 |
| 75-79 | 3,2 | 3,4 | 3,0 | 2,8 | 3,2 | 2,5 |
| 80-84 | 2,1 | 2,2 | 2,0 | 1,7 | 1,9 | 1,6 |
| 85+ | 1,4 | 1,4 | 1,3 | 1,1 | 1,2 | 1,0 |

*TÜİK, Hayat Tabloları 2019-2021 sayfasının eklerinde yer alan excel belgelerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

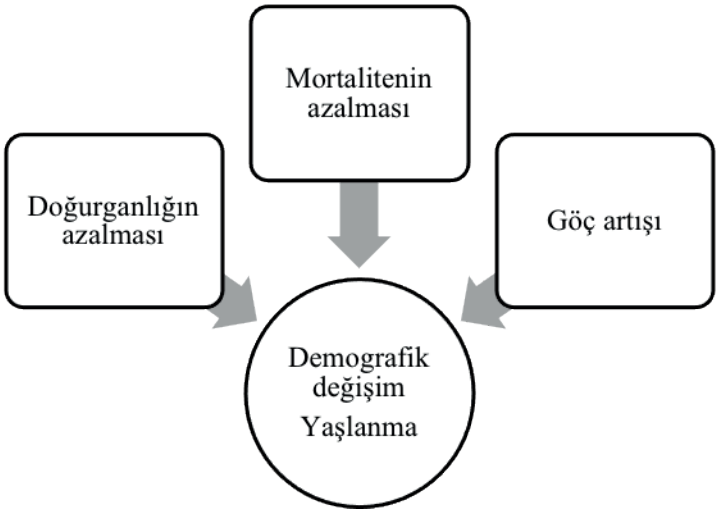
Ülkemizde 2022 yılı itibarıyla 65 yaşında olan bir bireyin yaşam beklentisinin 17,3 yıl olduğu hatırlandığında yaşlı bireylerin 10 yıldan fazla bir yaşamın ciddi ve orta düzey bir sağlık sorunu ile geçirileceği anlaşılmaktadır. Yaşlı bireyler açısından sağlıklı yaşam yılının yıllar içinde gerilemesi de yaşlılık dönemine özgü sağlık sorunlarının ayrıntılı incelenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Özetle; bu veriler ülkemizde yaşlılık dönemindeki sorunların çözümüne ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

### 6.1.3. Göçler, Demografik Değişim ve Yaşlılık

Demografik değişim; doğurganlığın azalması, mortalitenin azalmasının ardından nüfusun artması ile karakterizedir. Nüfus yapısındaki değişime önemli bir katkı da göç hareketi nedeni ile olabilmektedir (**Şekil 1**) (UN, Global issues-ageing, n.d.).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 157 23.11.2023 13:18




**Şekil 1.** Demografik değişimi/yaşlanma ve nedenleri

Göçün yoğunluğu değişimin de düzeyini belirler (Bongaartz, 2009). Yaşlılık dönemi açısından göç hareketi değerlendirildiğinde; yaşlı bireylerin göçmen gruplarında öncelikli olmadığı bilinmektedir. Ancak, dünya genel olarak yaşlandığından göç hareketlerinde de yaşlı bireylerin göçünü dikkate almak gerekir (Bongaartz, 2009). Bununla beraber, Türkiye'de TÜİK verilerine göre göç istatistikleri incelendiğinde, yaşlı nüfusun Türkiye'ye ve/veya Türkiye'den göç eden yaş grupları arasında öncelikli olmadığı anlaşılmaktadır (TÜİK, Uluslararası Göç İstatistikleri, 2022).[2]

### 6.1.4. Türkiye'de Son 10 Yılda Yaşlı Nüfusun Genel Sağlık Durumunda Değişim

Sağlık durumunun değerlendirilmesinde çok sayıda indikatör kullanılabilir. Bireylerin sağlık algısı subjektif bir değerlendirmedir, kısıtlı bir değerlendirme olmakla birlikte, genel profile ilişkin bir bilgi sunar. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından aralıklı olarak yapılan Sağlık Araştırmalarının 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık durumlarına ilişkin algılarındaki değişim **Tablo 4** içeriğinde sunulmuştur (TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2022). Yaş ilerledikçe "çok iyi/iyi" kategorisi azalmakta, "kötü/çok kötü" kategorisi artmaktadır. Bu değişim beklenen bir durumdur. 2008 yılı ile kıyaslandığında ilerleyen yıllardaki algıdaki değişim istikrarlı bir "artma" ya da "azalma" içinde olmamıştır.

Türkiye'de yaşlılık döneminde sağlık sorunları dünyadaki sorunlarla uyumludur. Dünyada yaşlılık döneminde en sık görülen sağlık sorunları bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde yaşayan yaşlı bireyler açısından gelir düzeyi daha iyi durumda olan ülkelerde yaşayan bireylerin hastalık yükünün daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Yeti kaybına neden olan diğer durumlar arasında duyu bozuklukları,

2 TÜİK, Uluslararası göç istatistikleri 2022 sayfasının eklerinden yararlanılmıştır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 158 23.11.2023 13:18

ağrı, KOAH, depresif sorunlar, düşmeler, diabetes mellitus, demans, osteoartrit öne çıkmaktadır (WHO, Ageing, 2018).

**Tablo 4.** Bireylerin genel sağlık durumlarına ilişkin algıları (TÜİK, Sağlık İstatistikleri)*

| Yaş grubu | Yıl | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 | 2016 | 2019 | 2022 |
| 65-74 | | | | | | | |
| Çok iyi/iyi | 25,9 | 28,6 | 31,9 | 26,9 | 26,1 | 25,8 | 28,5 |
| Kötü/çok kötü | 29,2 | 31,9 | 23,1 | 32,4 | 30,5 | 28,8 | 20,6 |
| 75+ | | | | | | | |
| Çok iyi/iyi | 21,8 | 17,5 | 17,9 | 17,9 | 14,0 | 14,8 | 17,2 |
| Kötü/çok kötü | 38,3 | 44,3 | 37,6 | 45,3 | 42,6 | 45,3 | 36,8 |

*TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2022 ek belgelerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

### 6.1.5. Türkiye'de Yaşlılık Döneminde Ölüm Nedenleri

Dünyada yaşlılık döneminde en fazla ölüme neden olan hastalıklar arasında kalp hastalığı, inme ve kronik akciğer hastalığı öne çıkmaktadır (WHO, Ageing, 2018). Türkiye'de de ölüm nedenleri dünya ile benzerlik göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2021 yılı verilerine göre; Türkiye'de ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almaktadır (%37,6). Solunum sistemi hastalıkları (%15,0), iyi ve kötü huylu tümörler (%12,0) ikinci ve üçüncü sırada yer alan ölüm nedenleri olmuştur. Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almıştır (TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2022). COVID-19 nedeniyle dünyada da "fazladan ölümlerin (excess mortality) olduğu DSÖ tarafından bildirilmiştir. Resmi verilere göre dünyada 1 Ocak 2020 ve 31 Aralık 2021 tarihleri arasında 14,9 milyon fazladan ölüm olduğu belirtilmektedir (WHO, News release on excess deaths, 2022). Dünya Sağlık İstatistikleri 2022 yılı raporuna göre COVID-19 nedeniyle gerçekleşen fazladan ölümlerin %70'i 45-74 yaşları arasında meydana gelmiştir (World Health Statistics, 2022). Dolayısıyla dünya genelinde olan bu önemli sağlık sorununun çözümüne ilişkin ülkemizde de gerekli önlemlerin alınması uygun olur.

Dünya Sağlık İstatistikleri 2022 yılı verilerine göre Türkiye'de 30 ile 70 yaşında arasında kalp ve damar hastalıkları, kanser, diabetes mellitus, ve kronik akciğer hastalıklarından herhangi birisine bağlı ölme olasılığı 2019 yılı için %156 olarak kayıtlara geçmiştir. Ülkemizin dünyadaki bölgesel verilerle karşılaştırılması **Tablo 5** içeriğinde sunulmuştur. Türkiye verisi dünya ortalamasından azdır. Amerika(lar) için verilen değer, Türkiye değerinden azdır. Türkiye değeri Batı Pasifik değeri ile eşittir (World Health Statistics, 2022). Bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığında artma olduğunda bu değerin de değişeceği öngörülebilir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 159 23.11.2023 13:18

**Tablo 5.** Dünyada, DSÖ Bölgelerinde ve Türkiye'de 30 ile 70 yaşında arasında kalp ve damar hastalıkları, kanser, diabetes mellitus, ve kronik akciğer hastalıklarından herhangi birisine bağlı ölme olasılığı (%) (2019)

| Bölge/ülke | Ölme olasılığı (%) |
|---|---|
| Afrika | 208 |
| Amerika(lar) | 140 |
| Güney Doğu Asya | 216 |
| Avrupa | 163 |
| Doğu Akdeniz | 245 |
| Batı Pasifik | 156 |
| Dünya | 178 |
| Türkiye | 156 |

## 6.1.6. Yaşlılık İle Kurumsal Yapılanmalar

### *6.1.6.1. Uluslararası Gelişmeler ve Türkiye Açısından Değerlendirmeler*

Dünyada yaşlanma ile ilgili olumlu değişimlerin sağlanabilmesi için Birleşmiş Milletler (BM) tarafından önemli adımlar atılmaktadır. Birleşmiş Milletler'in tarihinde çalışmaların 1948'lere uzanan boyutları olduğu bilinmektedir (UN, Vienna International Plan of Action, n.d., UN, Report of the World Assembly on Aging, 1982).

Türkiye tarafından da yakından takip edilen bu çalışmaların bazıları aşağıda sunulmuştur (UN, Global issues-ageing, n.d. UN, Vienna International Plan of Action, n.d. UN, World Elder Abuse Day, n.d.WHO, Decade of Healthy Aging, 2021-2023, n.d.):

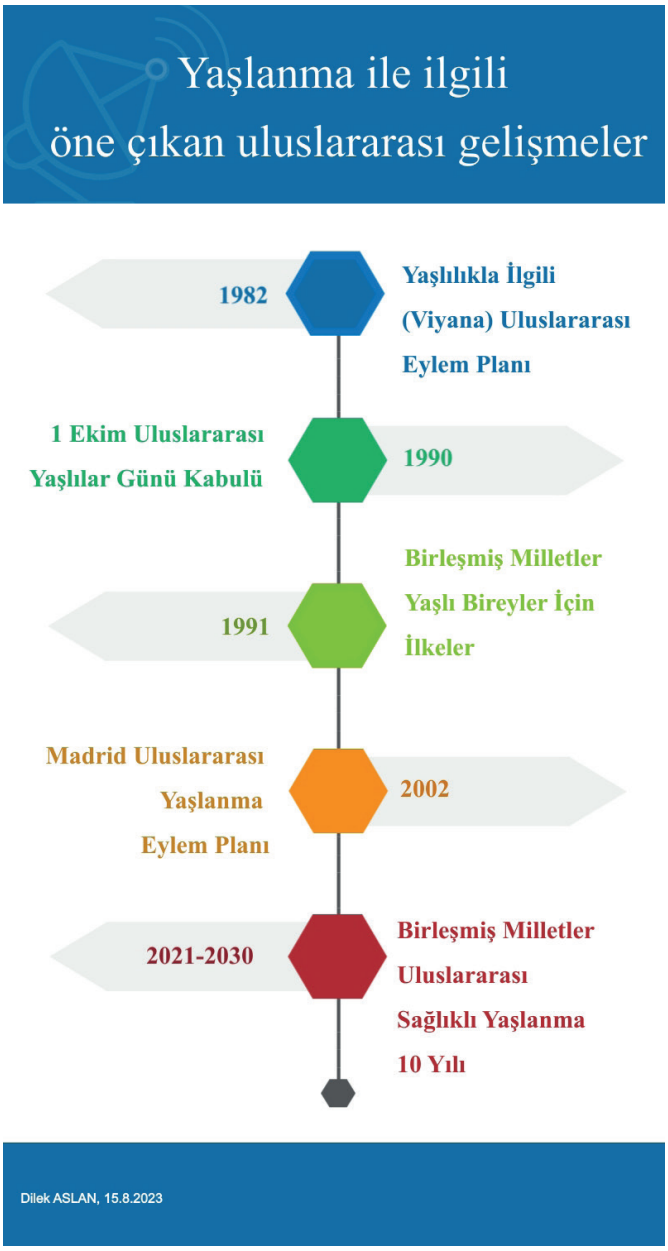
- Yaşlılıkla ilgili Uluslararası Eylem Planı (Viyana, 1982)
- 14 Aralık 1990; BM Genel Kurulu tarafından 1 Ekim Uluslararası Yaşlılar Günü olarak belirlenmesi
- BM Yaşlı Bireyler İçin İlkeler (1991)
    - 1999 yılının Uluslararası Yaşlılar Yılı olarak kabulü
- BM Yaşlanma Bildirisi (1992)
- BM Madrid Uluslararası Eylem Planı (2002)
- 15 Haziran Dünya Yaşlı İstismarı Farkındalık Günü (2006)
- BM Uluslararası Sağlıklı Yaşlanma 10 Yılı (2021-2030)

Temel gelişmeler **İnfografik 1** içeriğinde özetlenmiştir.

Türkiye, BM tarafından hazırlanan ve taraf ülkelere iş birliği çağrısı yapılan yaşlılıkla ilgili uluslararası belgeleri ve çalışmaları takip etmektedir. Bununla birlikte, önerilerin hayata geçmesi ile ilgili çalışmaların hızlandırılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 160 23.11.2023 13:18



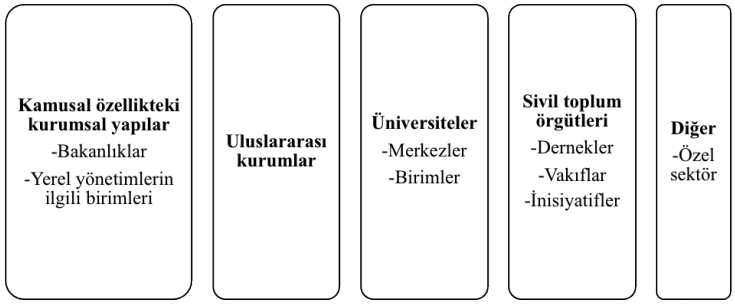

**İnfografik 1.** Yaşlılıkla ilgili uluslararası önemli gelişmeler

### *6.1.6.2. Türkiye'de yaşlılık konusunda çalışan kurumlar*

Türkiye'de yaşlılıkla ilgili önemli kurumsal yapılanmalar bulunmaktadır (**Şekil 2**). Kurumların birbirleri ile iletişim ve ilişki içinde olmaları gerekmektedir. Kamusal hizmetlerin ağırlıklı olması, modellerin kamunun eşit ve hakkaniyet temelli yaklaşımı ile uyumlu çalışmaların yapılması uygun olur.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 161 23.11.2023 13:18

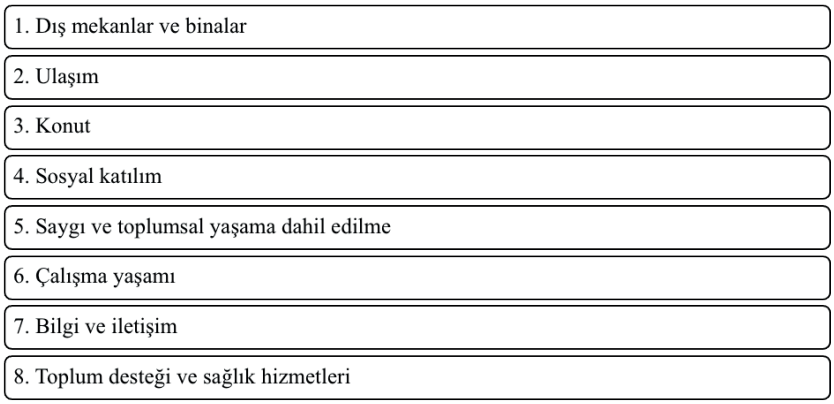



**Şekil 2.** Türkiye'de yaşlılık ile ilgili başlıca kurumsal yapılar

Kamusal yapı içinde özellikle iki bakanlık bünyesinde tanımlanmış yaşlılıkla ilgili birimler aşağıda sunulmuştur:

1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, n.d.)
2. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı (T.C. Sağlık Bakanlığı, HSGM, Kronik Hastalıklar, n.d.) Yaşlı Sağlığı Birimi (T.C. Sağlık Bakanlığı, HSGM, Yaşlı Sağlığı Birimi, n.d.)

Yerel yönetimlerin yaşlılıkla ilgili birimleri de önemli görevler sürdürmektedir. Özellikle sağlıklı yaşlanma modelleri yerel yönetimlerin iş birliğinde daha kolay sürdürülmektedir. Bu modeller arasında "Yaşlı Dostu Kent" yaklaşımı DSÖ tarafından oluşturulmuş ve taraf ülkelere çağrı yapılmıştır (WHO, The WHO Age Friendly Cities Framework, n.d.). Yaşlı Dostu Kent, kentsel alanlarda yaşlıların toplumsal yaşama katılımlarını desteklemek için atılmış önemli bir adımdır. Model, yaşlılık dönemi için kabul edilmiş BM ilkeleri ile uyumludur. Aktif yaşlanma yaklaşımını öne çıkarmaktadır. Aktif yaşlanma kavramı 2002 yılında kabul edilen BM Madrid Eylem Planı'na katkı yapabilmek amacıyla geliştirilmiştir. İlerleyen yıllarda (2007) modelin sekiz temel bileşeni tanımlanmıştır (WHO, Global Age Friendly Cities, 2007) (**Şekil 3**).




**Şekil 3.** DSÖ Yaşlı Dostu Kent Modeli bileşenleri



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 162 23.11.2023 13:18

Dünya Sağlık Örgütü 2010 yılında Yaşlı Dostu Kentler ve Topluluklar Küresel Ağı'nı oluşturmuştur (WHO, The WHO Age Friendly Cities Framework, n.d.). Bu gelişme, DSÖ'nün 2017-2020 yıllar için sağlıklı yaşlanma konusunda on önceliğinden birisi olarak kabul edilmiştir. D2011 yılından itibaren de konu ile ilgili uluslararası toplantılar yapılmaya başlamıştır. İlerleyen yıllarda Yaşlı Dostu Kent Modeli BM Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarıyla da uyumlu hale getirilmeye çalışılmıştır. Türkiye'den ağa katılan bir il ve üç ilçe bulunmaktadır. Mersin, Muratpaşa (Antalya), Kadıköy (İstanbul) ve Seyhan (Adana) küresel ağın üyesi olan Türkiye'den kentsel yerleşim alanlarıdır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında sayının oldukça az olduğu görülmektedir. Bununla beraber, küresel ağda yer almayan ülkeler de sayıca fazladır (WHO, Maps, n.d.).

## 6.2. Gelecek İle İlgili Engeller/Riskler, Tehditler, Öneriler

Bölüm 1 içeriğinde yaşlılık ile ilgili Cumhuriyet döneminden bu yana öne çıkan tespitler yapılmıştır. Bu bölümde Türkiye'de gelecek dönemlerde yaşlı sağlığının geliştirilmesinin önündeki engeller, riskler, tehditler ortaya konulmuş ve geleceğe ilişkin öneriler sunulmuştur.

### 6.2.1. Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesine İlişkin Engeller/Riskler:

Bu konuda öne çıkan konular aşağıda sunulmuştur:

a. Yaşlanan toplumun ihtiyaçlarına anında ve kapsayıcı yanıt verecek modellerin eksikliği
b. Yaşlılık dönemine ilişkin sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin eksiklikler
   - Örneğin; uzun süreli bakım, palyatif bakım seçeneklerinin yetersizliği
c. Kurumlar arası koordinasyonun zayıflığı
d. Ekonomik koşullardaki zorluk
e. Yaşlılık döneminde eşitsizlik yaratan durumların çözümüne ilişkin mekanizmaların eksiklikleri
f. Yaşlı sağlığı ve hastalıkları ile ilgili yetkin personelin sayıca azlığı
g. Yaş nedenli ayrımcılık, kötü muamele, ihmal, istismar gibi konuların yaygınlığı
h. Yaşlılık dönemine ilişkin bilimsel araştırmaların azlığı
i. Yaşlılık dönemine ilişkin interdisipliner çalışma olanaklarının yetersizliği
j. Yaşlılara yönelik bakım hizmeti verenlerin nicelik ve nitelik açısından yetersizlikleri
k. Yerinde yaşlanma modellerinin ülke çapında yaygınlaşamaması
l. Kurumda bakım ihtiyacı olanlara yönelik modellerin yetersizliği
m. Yaşlılık döneminde bakım hizmetlerinin ekonomik açıdan karşılanamaması
n. Yaşamın sonu kavramının sağlık profesyonelleri tarafından yeterince bilinmemesi
o. Afet durumlarında yaşlılara özel çalışmaların eksikliği
p. Kamusal mekanizmaların yetersizliği
r. Sağlık hizmetlerinin bütün yaşlı bireyler için %100 karşılanamaması



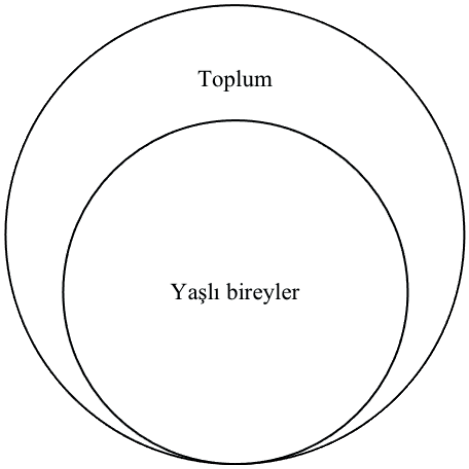
Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 163 23.11.2023 13:18

### 6.2.2. Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesine İlişkin Olanaklar:

a. Yaşlı sağlığı alanında çalışan nitelikli personel
b. Yaşlı sağlığı konusunda profesyonel meslek gruplarının varlığı
c. Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında yaşlı sağlığının entegre edilmiş olması
d. Uluslararası gelişmelerin yakından takip ediliyor olması
e. Kamusal hizmet modellerinin varlığı

### 6.2.3. Nasıl Bir Model?

Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalıklarla mücadele için halk sağlığının genel korunma yaklaşımlarının benimsenmesi gerekmektedir. Bireye ve topluma yönelik çalışmaları eşgüdüm içinde planlanması gerekir. Topluma yönelik müdahalelerde bireylerin gereksinimleri dışarda bırakılmamalıdır, karşılanmalıdır (**Şekil 4**).



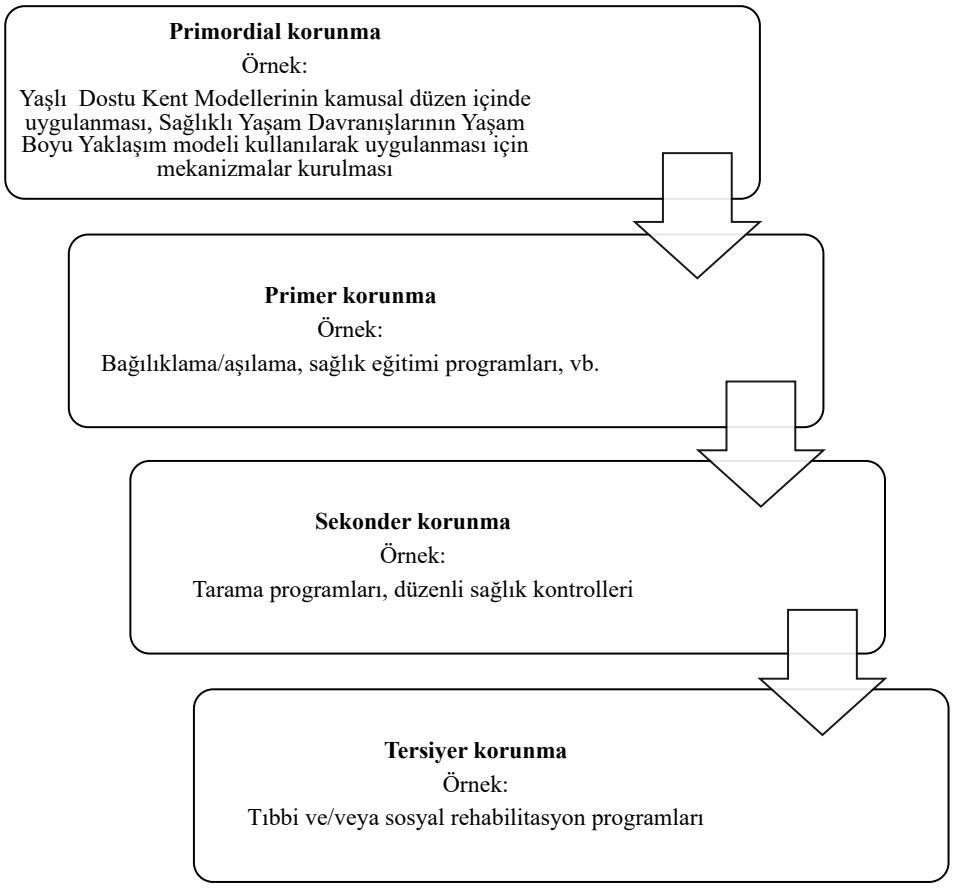

**Şekil 4.** Yaşlı bireyler ve toplum gereksinimleri

Bu noktada, halk sağlığının primordial, primer, sekonder ve tersiyer korunma yaklaşımlarını hatırlamakta yarar bulunmaktadır (**Şekil 5**). Primordial korunmada hedef "nedenlerin nedeni" olarak belirlenmiştir. Bir başka ifadeyle, toplumun geneline, hastalıkların belirleyicilerinin ortadan kaldırılması için yapılan müdahaleleri kapsar. Primer korunma risk gruplarına yönelik müdahalelerdir. Sekonder korunmada hedef erken tanı ve tedavidir. Tersiyer korunma ise komplikasyonların önlenmesini hedefleyen rehabilitasyon çalışmalarıdır. Rehabilitasyon çalışmaları tıbbi ve/veya sosyal alanlarda olabilir (Aslan, 2022).

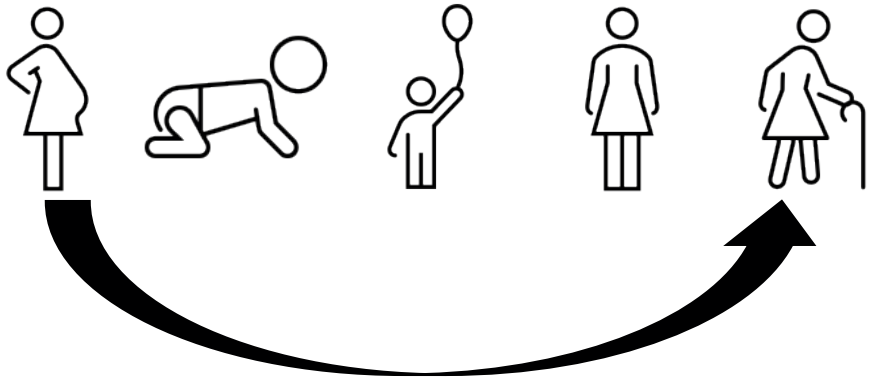
Sağlıklı yaşlanma için hizmet modelinin Yaşam Boyu Yaklaşım ile uyumlu olması gerekmektedir (**Şekil 6**). Bireyin doğumunun öncesinden başlayan bir süreçte başlayan bu yaklaşım yaşamın sonuna dek sürmelidir. Her insanın onurlu bir doğum, onurlu bir yaşam, yaşlılık dönemini de onurlu bir şekilde geçirme hakkı bulunmaktadır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 164 23.11.2023 13:18




**Şekil 5.** Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi için korunma düzeyleri



**Şekil 6.** Hizmet Modelinde Yaşam Boyu Yaklaşım



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 165 23.11.2023 13:18

*Sonuç olarak,* Türkiye'nin var olma sürecinin temel yapı taşı olan Cumhuriyet'in kurulduğu 1923 yılından bu yana toplumun demografik yapısı değişmiş, Türkiye, yaşlanmaya başlayan bir ülke olmuştur. Gelecek öngörülerinin yaşlı nüfusun artacağı üzerine olduğu ülkemizde yaşlı sağlığını iyileştirici modellerin yaygınlaştırılmasına, kamusal modeller içinde güçlü bir şekilde yer bulmasının sağlanmasına, sorunların hızlı ve akılcı yöntemlerle çözülmesine, sağlığın sosyal belirleyicilerini dikkate alan çözüm modellerinin interdisipliner yaklaşımlarla üretilmesine, yaşlılık döneminin ihtiyaçlarını karşılayan yatırımların yapılmasına, yaşlı sağlığı ve hastalıkları konusunda profesyonellerin yetiştirilmesine hız kazandırılmasına, yaşlılığın yarattığı ayrımcılık, kötü muamele, vb. olumsuzlukların giderilmesi için sistematik yaklaşımların geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bütün bu gereksinimlerin kamusal düzen içerisinde, koordinasyon sağlanarak, ilgili STK'lar, meslek örgütlerinden destek alınarak, ilgili diğer birey, kurum ve kuruluşların katkısı ile sistematik bir şekilde karşılanması uygun olur. Ancak bu yaklaşımla Cumhuriyet'in 100. yılına yakışır bir yaşlılık dönemi ülkemizdeki her birey için olanaklı olabilir.

## KAYNAKLAR:


Aksakal, H. (2017). Dr. Refik Saydam önderliğinde Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetlerini modernleştirme çabaları, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Vol. 27, no. 1, pp 219 - 231.

Aksoy, E. (2016). '1919-1955 yılları arasında Türkiye'nin nüfus yapısı ve uygulanan nüfus politikaları. Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi. Vol. 0, no. 24, pp 27 - 44.

Aslan, D. (2022). Yaşlılık dönemi için tanı ve tedavi protokolleri koruyucu hekimlik açısından temel yaklaşımlar. Geriatri Klinik Protokolü-1 Kitabında. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, pp 1-15. [online] Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/43414/0/geriatriklinikprotokolupdf.pdf [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

Bongaarts, J. (2009). Human population growth and the demographic transition, Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. Vol. 364, no. 1532, pp 2985-90.

Çalışkan, H, Göl, C. (2022.) 'Türkiye'de cumhuriyet döneminde yaşanılan demografik değişimlerin arazi kullanım türü/arazi örtüsü üzerine etkileri', Anadolu Orman Araştırmaları Dergisi, Vol. 8, no. 1, pp. 100-112.

DPT, Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005). [online] Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Uzun_Vadeli_Strateji_ve_Sekizinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-2001-2005.pdf [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

Eren, N, Tanrıtanır, N. (1998). Cumhuriyet ve Sağlık. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, pp 7,8 [online] Available from: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/cumhuriyet_saglik.pdf [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

Kayacan, E. (2022). Türkiye'nin nüfus politikalarındaki değişimin kalkınma planları üzerinden değerlendirilmesi, Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, Vol. 22, no. 54, pp. 107 - 139.

Nesipoğlu, G. (2018). 'Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları: 1920-1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleği', Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Vol. 21, no. 1, pp. 165 - 177.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (557 sayılı, 1/4/1965 kabul no [online] Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/11976.pdf [Ziyaret Tarihi: 31 Ağustos 2023].

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (2827 sayılı, 24/5/1983 kabul no [online] Available from: https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf [Ziyaret Tarihi: 31 Ağustos 2023].




Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 166 23.11.2023 13:18

OECD, Life expectancy at birth. [online] Available from: https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

OECD, Life expectancy at 65 years old. [online] Available from: https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm#indicator-chart [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, [online] Available from: https://www.aile.gov.tr/eyhgm ([Ziyaret Tarihi: 31 Ağustos 2023].

T. C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik hastalıklar, [online] Available from: https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-anasayfa [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yaşlı Sağlığı Birimi [online] Available from: https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-birimler/ya%C5%9Fl%C4%B1-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-birimi.html [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

T.C. Kalkınma Bakanlığı Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), 2006. [online] Available from: https://fka.gov.tr/sharepoint/userfiles/Icerik_Dosya_Ekleri/Kalkinma_Planlari/IX.%20Be%C5%9F%20Y%C4%B1ll%C4%B1k%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1%20 2007-2013.pdf [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

T.C. Kalkınma Bakanlığı Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018), 2013. [online] Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf pp 49, 50. [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

T.C. Kalkınma Bakanlığı On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023), 2019 [online] Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

T.C. Sağlık Bakanlığı, Tarihçe. [online] Available from: https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

TÜİK, ADNKS, 2022 [online] Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2022-49685 [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

TÜİK, Dünya Nüfus Günü, 2023 [online] Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2023-49688 [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

TÜİK, Hayat Tabloları, 2019-2021 [online] Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2019-2021-45592 [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2022 [online] Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2022-49667 [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

TÜİK, Nüfus ve Konut Sayımı, 2021, [online] Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-ve-Konut-Sayimi-2021-45866 [Ziyaret Tarihi: 31 Ağustos 2023].

TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2022, [online] Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747 [Ziyaret Tarihi: 31 Ağustos 2023].

TÜİK, Uluslararası göç istatistikleri 2022, [online] Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Uluslararasi-Goc-Istatistikleri-2022-49457 [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

UN, Global issues-ageing. [online] Available from: https://www.un.org/en/global-issues/ageing [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

UN, Report of the World Assembly on Aging, 1982 [online] Available from: https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

UN, Vienna International Plan of Action, [online] Available from: https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/vienna-international-plan-of-action.html [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 167 23.11.2023 13:18

UN, World Elder Abuse Awareness Day, 15 June, [online] Available from: https://www.un.org/en/observances/elder-abuse-awareness-day [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

WHO, News release on excess deaths, 5 May 2022, [online] Available from: https://www.who.int/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021 [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

World Health Statistics 2022, [online] Available from: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1502907/retrieve p 22, 98 [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

WHO, Ageing, 2018 [online] Available from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/ageing#:~:text=health.,dementia%20and%20osteoarthritis [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

WHO, Maps, WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities [online] Available from: https://who.maps.arcgis.com/apps/instant/minimalist/index.html?appid=66799d4ec039487e8ef8367f0254a99a [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

WHO, WHO's work on the UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030), [online] Available from: https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

WHO, The WHO Age friendly cities framework, [online] Available from: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-cities-framework/ [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].

WHO. (2007). Global age-friendly cities : a guide. Geneva. [online] Available from: http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf [Ziyaret Tarihi: 30 Ağustos 2023].



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 168 23.11.2023 13:18

# 7. BULAŞICI HASTALIKLARLA "SAVAŞ"IN YÜZYILI VE GELECEĞİ

*Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR*

## 7.1. Giriş

Bulaşıcı hastalıkların toplam hastalık yükü ve ölümler içindeki payı, epidemiyolojik geçiş / değişim sürecinde giderek azalmaktadır. Küresel Hastalık Yükü Çalışması verilerine göre, 1990'dan 2019'a Dünya'da ve Türkiye'de hastalık yükü, sırasıyla, barsak enfeksiyonları için %54 ve %53; tüberküloz ve diğer solunum yolu enfeksiyonları için %51 ve %84, sıtma ve ihmal edilen tropikal hastalıklar için %33 ve %76; HIV-AIDS ve CYBH dışındaki "diğer bulaşıcı hastalıklar" için %70 ve %92 azalmıştır (IHME, 2020).

Bu azalış eğilimi, bulaşıcı hastalıkların halk sağlığı açısından öneminin azalması olarak görülemez. HIV-AIDS'e bağlı hastalık yükü ve ölümlerin özellikle 90'larda ve 2000'lerin başlarında en yüksek düzeye erişmesi, yeni ortaya çıkan etkenlerle oluşan salgınlar ve 2019 sonunda başlayan COVID-19 pandemisinin yol açtığı ağır yıkıcı etkiler bulaşıcı hastalıkların her zaman potansiyel halk sağlığı tehditleri olmaya devam edeceği gösteriyor. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili halk sağlığı tehditlerinin önümüzdeki yıllarda daha da çeşitlenerek artacağı öngörülebilir. Bu iki olgu -azalan hastalık yükü ve artan tehditler- bulaşıcı hastalık kontrol programları ve stratejilerinin geliştirilmesinde belirleyici iki unsurdur.

Türkiye'de bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yapılan çalışmalar Osmanlı dönemine uzanır. 1840'lardan itibaren karantina uygulamaları belirli bir sistematiğe bağlanır; 1871'de yayımlanan İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi ile tanımlanan "Memleket Tabibi" bulaşıcı hastalıkların yerel hükümet yetkililerine ve Nezaret-i Tıbbiye-i Mülkiye'ye ihbarı ve gerekli tedbirlerin alınması ile görevlendirilir (İlikan Rasimoğlu, 2013). 19. yüzyıl sonlarında ve 20. yüzyıl başlarında tıbbi uygulamalar, sağlık örgütlenmesi, laboratuvar kapasitesi ve aşı üretiminde önemli gelişmeler yaşanır.

Osmanlı Devleti'nin zayıflaması ve Balkan Savaşları ve 1. Dünya Savaşı ile çökmesi, beraberinde sağlık alanında da çöküntüyü getirir. Bu çöküşün en ağır sonuçları bulaşıcı hastalıklar alanında kendisini gösterecektir. Cumhuriyet'in kurucuları ağır bir miras devralırlar; yokluk koşulları içinde salgınlar ve bulaşıcı hastalıklarla savaşma ve bu savaşı ülke nüfusunun tümünü kucaklayarak yürütme görevini üstlenirler.

Geçtiğimiz 100 yıllık sürecin tüm ayrıntılarını bir kitap bölümünde ortaya koymak olanaklı değil. Ancak, özellikle kuruluş aşamasında sağlık alanında nereden yola çıktığımızı ve nasıl bir yaklaşım izlediğimizi hatırlamak, güncel durumu dahi iyi değerlendirebilmek ve gelecek perspektiflerimizi geliştirebilmek için önemli bir gereklilik. "Türkiye'de Halk



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 169 23.11.2023 13:18

Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği" başlığını taşıyan kitabın bu bölümünde, Türkiye'de bulaşıcı hastalıkların Cumhuriyet'in kuruluşu sırasındaki durumunu ve ilerleyen süreçteki seyrini gözden geçirmek ve güncel durumu ve tehditleri bu perspektifle değerlendirerek bazı öngörüler ortaya koymak hedeflendi.

## 7.2. Bulaşıcı Hastalıklarla "Savaş"ın Yüzyılı

### 7.2.1. Milli Mücadele Yılları ve Bulaşıcı Hastalıklar

Türkiye'de Cumhuriyetin kuruluş dönemi, art arda gelen ve uzun süren savaşlarla yıpranmış, dağılmanın ve sömürgeleşmenin eşiğinden dönmüş bir ülkenin yeniden ayağa kalkma dönemidir. Bu, bir yanda ağır yoksulluk, eğitimsizlik, tükenmişlik, kurumsal yapıların zayıflığı, teknik olanaklar ve insan gücü yetersizliği; diğer yanda ise yeni bir vizyon, özgüven, akılcı bir yönetim yaklaşımı ve zorlukları yenme kararlılığı anlamını taşıyordu.

Aynı ikili özellik, bulaşıcı hastalıklar için de geçerlidir. Sağlık alanında, Cumhuriyetin ilk dönemine damga vuran, bir yanda bulaşıcı hastalıklara bağlı ağır bir yük, diğer yanda bu hastalıkların kontrol altına alınması için gösterilen yoğun ve kararlı çabadır.

2 Mayıs 1920'de 3 no'lu kanun ile kurulan Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nin (Sağlık Bakanlığı) başına Dr. Adnan Bey (Adıvar) getirildi. Adıvar, Mustafa Kemal (Atatürk)'ün yakın mücadele arkadaşı idi ve eşi Halide Edip (Adıvar) ile birlikte, Padişah tarafından idam cezası onaylanan, Mustafa Kemal'in de aralarında bulunduğu altı kişi arasında yer alıyordu. Bu dönemde hazırlanan ilk çalışma programı içinde, verem sanatoryumlarının sayısını artırmak, sıtma, frengi, trahom ve diğer sık görülen hastalıklarla mücadele etmek öncelikler arasında yer aldı (Tuğluoğlu, 2008). Anadolu'ya aşı, serum, kinin ve frengi ilaçlarının temin edilmesinde güçlükler yaşanıyordu. Bu dönemde, İstanbul'da laboratuvarda görevli Dr. Muammer Zekai Bey (Tunçman) Anadolu'dan acil yüz bin kişilik çiçek ve diğer aşılar ile kolera ve veba kültürleri talebi üzerine bakteriyoloji laboratuvarında gizlice istenen kültürleri hazırladı, Sıhhiye Umum Müdürü Abdullah Cevdet'in göz yumması ile başka bir laboratuvardan çiçek aşılarını çıkardı. Aşı, serum ve deney hayvanları ile birlikte deniz yoluyla İnebolu'ya, oradan da Kastamonu'ya kaçtı. Burada dört yıl boyunca aşı ve serum üretti. Bu dönemde, bir yandan milli mücadele sürerken, bir yandan da Ankara'da kuduz, tifo ve kolera aşısı üretimi için ilk girişimler başlatılmıştı (Ersoy, 1996; Gümüşoğlu, 2001).

Milli mücadele yıllarında bulaşıcı hastalıkların yaygın olmasında, sürmekte olan savaş ve ağır yokluk koşulları ile birlikte, Balkan Savaşları sonrasında Balkan ülkelerinden Anadolu'ya yoğun göç ve Kırım'dan Kuzey Afrika'ya, Orta Doğu'dan Kafkaslara çok geniş bir coğrafyada savaşlara katılmış askerlerin memleketlerine dönüşleri etkili oldu. Galiçya bölgesindeki frengi hastalığı, Hicaz'daki kolera ve Mısır ve Beyrut'taki veba, bu nüfus hareketliliği ile Anadolu'ya taşındı. 1. Dünya Savaşı sırasında çeşitli bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler yüzbinlerle ifade edilmektedir ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda tifüs yer alır. Savaştan dönen askerler hastalığı Anadolu'nun köy ve şehirlerine taşıdılar (Töre, 2021). 1920 yılında, ölüm nedeni olan bulaşıcı hastalıklar arasında sıtma, tüberküloz, kolera, grip ("İspanyol nezlesi"), tifo, tifüs, çiçek, kızamık, veba, difteri ön sı-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 170 23.11.2023 13:18

ralarda yer alıyordu (Tantay, 2007). İstanbul'da Ekim-Kasım 1919 döneminde Galata'da bazı fabrikalarda başlayıp diğer mahallelerde devam eden veba salgınında 56 olgudan 20'sinin öldüğü kaydedilmiştir. Eylül 1920'de Selimiye Kışlası'nda Mısır kökenli 13 veba vakası saptanmış; aynı yıl içinde İzmir ve Antalya'da veba vakaları bildirilmiştir (Billur, 2020; Abdulaziz Kardaş, 2020; Salep, 2022; Tantay, 2007). 1918-1920 arasında dünyada 60 milyon kişinin ölümüne yol açan İspanyol gribinin Türkiye'de de çok sayıda ölüme yol açtığı bilinmekte (Tantay, 2007), ancak kaç kişiyi etkilediği iyi bilinmemektedir.

Sifiliz (frengi) hastalığının özellikle Kastamonu ve Bolu'da 1890'lardan başlayarak yaygın görüldüğü bildirilmiştir (Özdinç, 2020). Bu nedenle, hastalığın en yaygın olduğu Kastamonu, Safranbolu, İnebolu, Bolu ve Sinop'ta Frengi ve Gureba Hastaneleri kurulmuştu (Karcı, 2019). Bir yandan hastanelerin bütçe yetersizlikleri ve yaşanan bazı yolsuzluklar (Karcı, 2019), diğer yandan da Balkan savaşları ve 1. Dünya Savaşı nedeniyle doktorların farklı yerlere görevlendirilmeleri (Tekir, 2019), bu dönemlerde frengi kontrol çalışmalarını olumsuz etkiledi. 1. Dünya Savaşı sırasında hastalığın yaygınlığının bir göstergesi olarak, frengi hastalığı olanların askerliğinin ertelendiğini ve Selimiye Kışlası'nda ve bazı diğer birliklerde frengili askerleri diğerlerinden ayırmak üzere "Frengi Bölükleri" oluşturulduğunu görüyoruz. Savaşların yol açtığı yoksullukla birlikte, Anadolu'nun küçük kasabalarında dahi "fuhuş"un çok artış gösterdiği bildirilmekteydi. Bu dönemde, özellikle sahil bölgeleri ve göçmenlerin yoğun olduğu bölgelerde frengi vakaları da artış gösterdi (Tekir, 2019). 1919-1920 yıllarında frengi ve bel soğukluğu nedeniyle Emraz-ı Zühreviye Hastanesine yatırılan kadın hasta sayısı 6510 oldu (Özkaya, 2016). TBMM'nin ilk oturumlarında frengi sorunu gündeme gelmiş, kadın hastaların muayenesini yapabilecek kadın doktorların yetiştirmesi gerekliliği uzun tartışmaların konusu olmuştur. Frengi kontrol çalışmalarını bir plana bağlamak üzere, Dr. Fuat Bey ve Dr. Emin Bey'in girişimleri ile 5 Şubat 1921'de "Frenginin Men'i Sirayet ve İntişarının Tahdidi Kanunu"nun TBMM'de kabul edilmesi, bir yandan Milli Mücadele sürerken bir yandan bulaşıcı hastalık kontrol programlarının oluşturulmasının ifadesidir. Bu kanunla frenginin ihbarı, zorunlu tedavi, ücretsiz tedavi ve hekim yükümlülükleri düzenlenmiştir.

Savaşlara bağlı olarak yaygınlığı artan bir diğer hastalık trahomdur. Birinci Dünya Savaşı sırasında savaş bölgeleri arasında yer alan güney cephelerinden, askerlerin dönüşü ile birlikte Anadolu'ya yoğun olarak trahom taşınıyordu. Hastalığın adlarından biri "Mısır göz hastalığı" olup, Mısır ve Nil Nehri dolayında çok sık görülmekteydi. Savaşın sona ermesiyle, Mısır coğrafyasından dönen 4.345 subay ve 54.734 asker arasında 138 subay ve 8392 askerin trahomlu olduğu tespit edilmiştir. Dönem kayıtlarına göre, 1 Mart 1919-15 Temmuz 1923 arasında yapılan 11.801 göz muayenesinde 1341 trahom tanısı konmuştu (Tekir, 2019). 8 Eylül 1923 günü Sağlık Bakanı Dr. Rıza Nur mecliste yaptığı konuşmasında, teslim aldıkları savaş yetimleri arasındaki trahom sıklığını "Üç bin çocuğun içerisinde -pek fecidir- 800 kadarı trahom denilen vahim bir göz hastalığına mübteladır" sözleriyle ifade etmiştir (Özkaya, 2016).

Sıtma, tüm bulaşıcı hastalıklar arasında en fazla ölüme neden olanıydı. Cumhuriyet'in ilk yıllarında Türkiye'deki sıtma hastası sayısı milyonlarla ifade edilmektedir. Kurtuluş Savaşı sırasında, askerlerin %40 oranında sıtmaya yakalandığı (Tekin, 2011), Cumhuriyet'in ilk



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 171 23.11.2023 13:18

yıllarında Adana'da merkezde %51, köylerde %92 oranında sıtma görüldüğü belirtilmektedir. 1920 yılında kurulan TBMM'nin ilk "İcra Vekilleri Heyeti" programında bulaşıcı hastalıkların evvelki harp senelerine göre azaldığı, ancak sıtmanın hala en öncelikli sorun olmaya devam ettiği belirtilmiştir. 1921 yılında inceleme yapmak üzere Antalya'ya gönderilen Hıfzıssıhha Umumiye Müdürü Ekrem Hayri Bey'in hazırladığı raporda halkın %86'sında dalak büyüklüğü görüldüğü ("dalak indeksi") ve 200 bin nüfuslu Antalya'da 172 bin sıtmalı olduğu belirtilmektedir. Hayri Bey, raporunda, her sıtma hastasının yılda ortalama 10 sıtma nöbeti geçirdiği varsayımı ile sadece Antalya'da sıtmaya bağlı 4 milyon saatlik çalışma saati kaybı oluştuğunu hesaplamış ve "malarya mücadelesinin aynı zamanda bir iktisat meselesi olduğunu" ifade etmiştir (Aydın, 1998). Belirtilen bu sıklık verileri ne kadar abartılı görünse, dalak indeksi ölçütü ne kadar kaba veya dolaylı bir ölçüt olsa da; bu veriler bize sıtma sıklığının çok fazla olduğunu ifade ediyor. Sağlık kuruluşu verileri incelendiğinde, bu dönemde tüm başvurular içinde sıtmanın önemli yer tuttuğu, örneğin 1926'da Ankara merkezinde kanlarında sıtma etkeni taşıyan hasta oranının %11,8 olduğu, çevre birimlerde bu oranın %31'e ulaştığı görülüyor. 1924 yılında memleket hastanelerine başvuran her üç hastadan biri sıtma hastasıdır (Tuğluoğlu, 2008). Ölüm nedenleri arasında sıtma üst sıralardadır. Nüfusu 200 bin dolayında olan Antalya'da 1920 yılında 1299 ve 1921 yılında 1050 doğum gerçekleşmiş iken, bu yıllarda Antalya'da sıtmadan ölenlerin sayısı 2597 ve 2684 olarak bildirilmiştir (Aydın, 1998).

Dr. Adnan Bey (Adıvar), Meclis başkan yardımcılığı görevine getirilmesi üzerine 10 Mart 1921'de Bakanlık görevinden ayrılmış, kendisinden sonra Cumhuriyet'in ilanına kadar geçen sürede Dr. İbrahim Refik Bey (Saydam) ve Dr. Rıza Bey (Nur) Sağlık Bakanı olarak görev yapmıştır.

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, milli mücadele koşullarında dahi Cumhuriyet'in kurucuları için en öncelikli hizmetler arasında yer aldı. TBMM başkanı Mustafa Kemal (Atatürk) 1 Mart 1922'de TBMM'de yaptığı konuşmada çiçek, kolera ve tifo aşılarının üretim ve uygulamalarından söz etmiş ve mücadelenin İstanbul ve Sivas'taki kurumların yanı sıra, Diyarbakır, Afyonkarahisar, Eskişehir, Niğde, İzmir ve Ankara'da açılacak kurumlarla süreceğini belirtmiştir. Aynı konuşmasında Mustafa Kemal (Atatürk), çiçek aşılamasında sağlanan başarıyı şu sözlerle ifade etmiştir: "Bu sene emraz-ı sariye istilasına (bulaşıcı hastalıkların yayılmasına) meydan verilmedi; baş gösterenler derhal tedabir-i sıhhiye ittihazıyla olduğu yerde itfa olundu. Emraz-ı sariyeye karşı en kati tedbir olan aşılar artık tamamiyle memleketimizde istihsal olunmaktadır. Üç milyon küsur kişilik çiçek aşısının Sivas'ta istihsal edilmiş olduğunu zikretmek bu bapta kâfi bir fikir verebilir" (Abdullah Kardaş, 2020). Bu konuşma, bulaşıcı hastalıklarla "savaş"ın "hattı müdafaa değil sath-ı müdafaa" anlayışı ile yürütüldüğünü ifade eder. Konuşmada, bu mücadelenin ülkenin öz kaynakları ile yapılmasının önemi de özellikle ve gururla vurgulanmıştır.

### 7.2.2. Cumhuriyet'in Bulaşıcı Hastalıklarla "Savaş"ı

29 Ekim 1923'te Cumhuriyet ilanının edilmesinin ertesi günü, Dr. Refik Bey (Saydam) yeniden Sağlık Bakanı olmuş ve birkaç aylık kısa bir dönem dışında 14 yıl bu görevi yürütmüştür. Bu dönem Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık politikalarının ve örgütlenmesinin



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 172 23.11.2023 13:18

şekillendiği, sağlığı koruyucu programların kurumsallaştığı dönemdir ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü en öncelikli konular arasında yer almıştır.

Dr. Refik Saydam, 19 Mayıs 1919 günü Mustafa Kemal Atatürk ile birlikte Samsun'a çıkan heyet içerisinde yer almış ve bunu izleyen süreçte Havza, Amasya, Tokat, Sivas, Erzincan ve Erzurum'da kendisi ile birlikte hareket etmiştir. 10 Eylül 1919'da İstanbul hükümetince Erzurum Askeri Hastanesi Bulaşıcı Hastalıklar şefliğine atanmış, ancak heyetteki diğer arkadaşları gibi, kendisini milli mücadeleden alıkoyacak olan bu görevi kabul etmeyerek askerlikten istifa etmiştir (Aksakal, 2017). Milli mücadele döneminde Adnan Bey (Adıvar)'den sonra bir süre Sağlık Bakanlığı görevini yapmış, Cumhuriyetin ilanından sonra görevi yeniden devralmıştır. Bunu izleyen 14 yıllık sürede Bakanlık teşkilatının geliştirilmesi ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesindeki çalışmalarının başarısında, dönemin milli mücadele anlayışının belirleyici rolü olmuştur. Dr. Adnan Adıvar'ın 1 Eylül 1925'te Birinci Milli Tıp Kongresi'nde yaptığı konuşmada, hekimlerin görev alanını "Misak-ı Tıbbi" olarak adlandırması (Aksakal, 2017) bu anlayışın ifadesidir.

Trahom, frengi, sıtma, tüberküloz, kuduz hastalıklarının kontrolü için dikey olarak örgütlenmiş hastalık kontrol programlarının bazıları Osmanlı döneminde başlamıştı ve Cumhuriyetin ilk yıllarında da bu strateji örgütlenmeye önemli ölçüde yansımıştır. Hastalık kontrol programlarının "savaş" olarak nitelenmesi Kurtuluş savaşından sonra da devam etmiş ve bugüne kadar gelmiştir. Bu, ülkeyi yok etmeye çalışan "düşmanlar"a karşı mücadele algısının, bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye yansımasıdır. Uluslararası literatürde bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için yapılan çalışmaların "savaş" olarak adlandırılması seyrek olarak karşımıza çıkar. Türkiye'de ise bugüne ulaşmış, hatta bulaşıcı hastalıklarla sınırlı kalmayıp, "kanser savaş" gibi adlandırmalarla bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi çalışmalarına da yansımıştır. Bu adlandırma, Osmanlı döneminden başlayarak, Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarına damgasını vuran var olma mücadelesinde, bulaşıcı hastalıkların ne kadar ciddi bir tehdit olarak görüldüğünü ifade eder. Esasen, bundan günümüze de bir ders çıkarmak gereklidir. Öyle ki, halkın sağlığının korunması ve hastalıkların kontrol edilmesi küresel istikrarsızlığın giderek arttığı günümüzde de ülkelerin, halkların var oluşlarını sürdürebilmeleri için yüksek öncelikli bir konu olarak görülmelidir. 20'nci yüzyıl başlarında olduğundan daha az olmayacak düzeyde, halk sağlığı tehditleri bugün önemli potansiyel istikrarsızlık kaynaklarıdır. Sağlık sistemleri bu anlayışla kurgulanmalıdır.

Uzun süren savaşlardan yeni çıkmış ülkede, 1924 yılında, sağlık alanındaki gereksinimlerin saptanması, programlar geliştirilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından kapsamlı bir çalışma başlatılmış, bu çalışmalar arasında sağlık insangücünü geliştirmek, sık görülen bulaşıcı hastalıklar için kontrol programları oluşturmak, verem senatoryumları açmak, mevzuatı geliştirmek, ulusal ölçekte bilimsel toplantılar düzenlemek gibi başlıklar yer almıştır. Aynı yıl, Heybeliada'da Verem Sanatoryumu ile Haydarpaşa ve İzmir'de Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastaneleri açılmıştır. Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastaneleri'nin özellikle su ve gıda kaynaklı hastalıklar konusunda çalışması hedeflenmiştir. (Salep, 2022) 1925'te Erzurum ve Sivas'ta 1926'da Diyarbakır'da ve 1930'da İzmir'de Kuduz Tedavi Müesseseleri kuruldu.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 173 23.11.2023 13:18

1902-1925 arasında tüberküloza bağlı olarak İstanbul'da her yıl ortalama 2800 ölüm gözlendiği ve bu sayının tüm ölümler içinde %8-15 arasında olduğu belirtilmiştir. Tüberküloz ile mücadele, önceleri "cemiyet"ler üzerinden yapılanmıştı. 1918'de Dr. Besim Ömer'in girişimiyle kurulan Verem ile Mücadele Osmanlı Cemiyeti, İstanbul'un işgaline dek çalıştı. Daha sonra, Şubat 1923'te İzmir'de Dr. Behçet Salih'in girişimiyle İzmir Verem Mücadele Cemiyeti kuruldu. 1927'de İstanbul'da ve izleyen yıllarda Samsun, Denizli ve diğer şehirlerde de cemiyetler kuruldu. Bu "cemiyet"ler önemli çalışmalar yaptılar. 1930'da Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun çıkarılmasıyla, devlet tüberküloz kontrolü konusunda sorumluluğu daha belirgin olarak üzerine aldı (Çakır, 2021). Düzenlemede, verem hastalarının ve veremden ölenlerin ihbarı zorunlu tutuldu; vaka tespitinde yapılacak işlemler, Sağlık Bakanlığının denetleyici işlevleri, hastaların evlenmesine, emzirmesine, gıda işlerinde çalışmasına ilişkin kısıtlamalar yer aldı. 1931'de deneme niteliğinde -BCG aşısı uygulamaları başladı; ancak aşının zararlı olabileceği endişeleri yaygın uygulamayı önledi. 1931-1937 arasında yılda sadece 2-17 doz BCG uygulaması yapıldı. BCG aşısının yaygın olarak uygulanması için çalışmalara ancak 1947'den sonra başlanabildi (Çakır, 2021; Gümüşoğlu, 2001). BCG aşısı, tüberküloz ölümlerini önemli ölçüde azaltması ve yaygın uygulamanın kolay olması nedeniyle uzun yıllar tüberküloz kontrolünün en önemli aracı oldu. Ancak BCG aşısı tüberküloz yayılımını değil, tüberkülozun ağır formlarını önlüyordu. Enfeksiyonun yayılımını önlemek için balgam kültürü gibi duyarlılığı yüksek tarama testleri ile kaynak vakaların bulunması ve etkili tedavilerinin sağlanması gerekiyordu; ancak bu gibi etkili uygulamalar yeterince yaygınlaşmadığından tüberküloz insidansının azalması onyıllara yayılan bir süreç oldu.

Tüberküloz mücadelesinde "Cemiyet"lerin başlangıçta oynadığı rol, bugüne kadar ulaşan Verem Savaş Dernekleri yapılanmasını doğurmuştur. Her sosyal hastalık için bu tür "Cemiyet" yapılanmaları bulunmamakla birlikte, Verem Savaş Dernekleri bugün dahi önemli yapılar olmayı sürdürmektedir. Dünya'da HIV salgını ilk başladığı yıllarda, devletin konuya el atma ve toplumda farkındalık yaratma konusunda atıl kaldığı ilk aşamada AIDS Savaşım Derneği gibi hekim merkezli ve topluma yönelik "Cemiyet" yapılarının ortaya çıkması ve etkili olması bu deneyimin izlerini taşır.

Sıtma kontrolünü sağlamak için 1924'te bilimsel temellere dayalı bir sıtma teşkilatı kurulması amacıyla çalışmalara başlanmış, ilaç (kinin) ve mikroskop kapasitesini artırmak üzere alımlar yapılmıştır. Aynı yıl, İstanbul Bakteriyolojihanesi'nde bir kurs düzenlenerek, eğitim verilen personel ile Ankara, Afyon ve Adana'da sıtma mücadele merkezleri açılmıştır. 1926 yılında Sıtma Mücadelesi Kanunu çıkarılmıştır (Özkaya, 2016; Salep, 2022). Bu kanun ile belirlenen üç temel strateji şunlardır: Kanlarında parazit taşıyan (hastalığa kaynak oluşturan) hastaları tespit ve tedavi etmek, sıtma hastalarının sivrisineklerle temasını kesmek ve sivrisineklerin üremelerini önlemek. Kanunda ayrıca, hükümet tabibine bağlı çalışacak sıtma savaş memurları ve görevleri tanımlanmıştır. 1928'de Adana'da bir Sıtma Enstitüsü kurulmuş ve bu enstitü sonraki yıllarda sıtma kontrolü için önemli çalışmalar yapmıştır.

Sıtma kontrol çalışmalarının olumlu etkileri görülmekle birlikte, özellikle hastaların tedavisi için ilaç temini büyük bir problem idi. Sıtma yaygınlığı çok fazlaydı ve tüm hastalara



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 174 23.11.2023 13:18

tedavi sağlamak için tonlarca kinin ilacı gerekli olmasına karşın mali kaynaklar bunun ancak küçük bir bölümünü almaya yetiyordu. **Tablo 1**'de, 1927-1930 yıllarında, tüm bulaşıcı hastalıklar içinde bütçeden en fazla mali kaynak ayrılan hastalığın sıtma olduğu görülüyor (Tekir, 2019). Buna rağmen, çok yüksek yayılım hızına sahip olan sıtmanın kontrol altına alınması ancak uzun yıllar ve yoğun çabalarla mümkün olacaktı.

**Tablo 1.** 1927-1930 yıllarında bulaşıcı hastalık kontrol programları için özel olarak ayrılan mali kaynaklar (Tekir, 2019)

| YIL | Trahom (TL) | Sifiliz (TL) | Tüberküloz (TL) | Lepra (TL) | Sıtma (TL) | Diğer Bulaşıcı Hastalıklar (TL) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1927 | 24.500 | 87.500 | 0 | 0 | 480.000 | 26.500 |
| 1928 | 50.000 | 130.000 | 0 | 0 | 520.000 | 45.000 |
| 1929 | 92.000 | 266.000 | 53.000 | 10.000 | 836.000 | 65.000 |
| 1930 | 100.000 | 284.000 | 45.000 | 5.887 | 916.317 | 70.000 |

1921'de Dr. Ekrem Hayri Bey (Üstündağ), saha çalışmalarına dayalı olarak hazırladığı raporunda şu saptamayı yapmıştı: "… bu esbap (sıtma) memleketimizde mukavemetsiz bir savlet (saldırı) ve sür'atle tahribat ika ediyor. Bunun önüne geçilmediği takdirde Anadolu az zaman zarfında bir şurezar (çorak) olacak, Türk devleti artık maazallah tarihin son yaprağını kapamak tehlikesine düşecektir." Dr. Ekrem Hayri Bey, milli mücadele yıllarında karşı karşıya olduğumuz bu "düşman"ın yarattığı tehlikenin nasıl varoluşsal bir tehlike olduğunu ifade ediyor. Daha derinde, bu sözler, genel olarak hastalık kontrol çalışmalarının ve özelde bulaşıcı hastalık kontrol çalışmalarının nasıl da ülkenin varoluşsal sorunu olduğunu ortaya koyuyor. Bugün, sıtmanın, kontrol altına alınamadığı Afrika ülkelerinde nasıl da yıkıcı ve ülkeleri çöküşe götüren etkiler yaptığı açıkça görülebilir. Bu tehdidin sıtma ile sınırlı olmadığını, HIV veya COVID-19 gibi örneklerle yeniden ve yeniden görmek mümkündür.

Sıtma sıklığının zaman içinde değişimini gösteren **Şekil 1**'deki grafikte, 20'li ve 30'lu yıllarda gözlenen yükselişin, büyük oranda vaka tespitlerindeki artışla ilişkili olduğunu söyleyebiliriz. 1937 yılında Sıtma Mücadele Merkezlerinin sayısı 16'ya çıkarılmış ve tedaviye erişimin yaygınlaştırılmasına çalışılmıştır. 1930'lu yıllarda vektör kontrolü çalışmalarında izlenen başlıca yöntem bataklıkların kurutulmasıdır. 1933'e kadar Türkiye'de 143 milyon $m^2$ bataklık kurutulmuştur. Bugünkü bilgimizle, bataklıkların kurutulması ekosistem ve biyoçeşitlilik açısından yıkıcı, uzun vadede faydadan çok zararı olan bir çalışmadır; o dönemde ise sivrisinek yoğunluğunun azaltılması ve işlenebilir verimli arazi kazanılması bakımından sevinçle karşılanan bir çalışma olmuştu (Çakır, 2021). İkinci Dünya Savaşı döneminde gözlenen yeni salgınla birlikte, 1945 yılında, Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre Türkiye'de 2,5 milyon hasta bulunmaktadır (Akdur, 2006). Bu veri, bataklık kurutma çalışmaları ile aslında umulduğu kadar etkili bir sıtma kontrolü sağlanamadığının göstergesidir.

Türkiye'de yapılan sıtma kontrol çalışmaları arasında çok dikkat çekici bir girişim, 1936 tarihli Çeltik Ekimi Kanunu ile getirilen uygulamadır. Bu kanun ile kurulan yerel Çeltik



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 175 23.11.2023 13:18

Komisyonları içinde Sıtma mücadele başkanı veya sıtma hekiminin de yer alması kararlaştırılmıştı. Böylece, tarım ve sulama çalışmalarının nasıl yapılması gerektiği konusunda karar verici yapılanma içinde, konuyu sağlık perspektifinden gören bir hekimin yer alması kuralı getirilmiş oluyordu. Çalışmaların, vektör üremesini azaltacak, tarım işçilerinin maruziyetini önleyecek şekilde yürütülmesi amaçlanıyordu. Aslında, bugün de bu stratejinin halk sağlığını etkileyecek her süreçte izlenmesi büyük bir gerekliliktir. Tarım, endüstri, kentleşme, çevre, eğitim vb her konuda, farklı sektörlerde, bütün kararların sağlık süzgecinden geçirilmesi gerekir. Günümüzde, "bütün politikalarda sağlık" olarak formüle edilen bu stratejinin tarihimizde tarım, çevre gibi alanlarda iyi uygulama örneklerinin olduğunu hatırlamamız gerekir.

1925 yılında frengi (sifiliz) ile mücadele amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde uzman hekimlerden oluşan bir Frengi Komisyonu kurulmuş, bu komisyonun önerileri ile Frengi Tedavi Talimnamesi hazırlanmış, evlilik öncesi tıbbi muayene zorunluluğu getirilmişti. Ülke genelinde, 1926 yılında 84.662 ve 1927 yılında 96.092 frengi vakası tespit edilmiştir (Özdinç, 2020; Tekir, 2019). "Frenginin Men'i Sirayet ve İntişarının Tahdidi Kanunu"nun kabul edilmesini izleyen çalışmalarla, frengi önleme çalışmaları bireysel uygulamalar olmaktan çıkıp, bir ulusal programa doğru adımlar atıldığı görülür. Tarama çalışmaları, programın önemli bileşenleri arasında yer alır. 1926 – 1947 yılları arasında 2,25 milyon kişinin tarandığı ve 862 bin tanı konduğu kaydedilmiştir (Özdinç, 2020). Saptanan vakaların tedavisi için ithal edilen –yan etkileri çok olmakla birlikte etkili bir sifiliz ilacı olan neosalvarsan miktarı 1924'te 20 kg, 1928'de 30 kg, ve 1930'da 100 kg olmuştur (Tekir, 2019). Bu artışın tarama programları ile artan tanı sayısına paralel olduğu görülebilir. Böylece "kaynak" olguların tedavisi ile yayılımın önüne geçilmesi hedeflenmiştir. 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisinin ücretsiz olacağı kanunla belirlenmiştir. Ayrıca, hastalık saptanan kişilere ve ailelerine tedavi zorunluluğu getirilmiş ve hastalık süresince evlenmeleri yasaklanmıştır. Bu doğrultuda 1931 'de hazırlanan Evlenme Muayenesi Hakkında Tüzük" ile uygulamanın nasıl yürütüleceği belirlenmiştir.

Frengi kontrol çalışmaları, ancak penisilinin keşfedilmesi ve böylece hem güvenli hem de etkili bir tedavi yönteminin var olması ile ancak 40'lı ve 50'li yıllardan sonra başarılı olabildi. Önceleri savaş ve göçler sonucu artan yayılım, evlilik öncesi muayene zorunluluğu ve paralı seks yapan kadınlara yönelik denetimler ile etkili biçimde kontrol altına alınamadı. Bu enfeksiyonun öncelikle cinsel ilişki ile bulaşıyor olması –cinsel ilişkiyle bulaşan diğer enfeksiyonlar gibi- kontrol çalışmaları açısından en büyük sorunu oluşturmuştur. 1920'de, 1. Mecliste, frenginin kontrolü hakkında çıkarılacak kanun hakkında tartışmalarında öne çıkan konular, "bakire" kızlar muayene edilsin mi edilmesin mi, evlilik öncesi kadınların muayenesi nasıl yapılsın, kadın doktorlara ihtiyaç var mı yok mu soruları üzerine yoğunlaşmıştı. Öyle ki; kanun teklifini Meclise getiren Dr. Fuat Bey (Umay), konuşmasında "Efendiler, bugün karşımızda iki mesele vardır; bir, kadınların muayenesi meselesi, bir de frenginin tedavisi meselesi" ifadesini kullanmıştır (Çakır, 2021). Hastalığın yayılmasından seks işçilerinin sorumlu tutulması ve konunun "Fuhuşla Mücadele" ile eşleştirilmesi de kontrol çalışmaları açısından en büyük güçlükler arasında yer alır. Fuhuşun önlenmesi yoluyla "gürbüz nesiller yetiştirmek" olarak dile getirilen



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 176 23.11.2023 13:18

(Çakır, 2021) sosyal hijyen yaklaşımı, bakteriyel bir hastalık olan frengiyi kontrol etmek için etkili bir araç olarak algılandı. Bunun sonucu olarak, hem Dünyada hem Türkiye'de, paralı seks yapanlara yönelik suçlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımlar, salgının suçlusu olarak toplumdan dışlanmak istenen belirli grupların hedef gösterilmesi gibi tutumlar akılcı ve bilimsel temellere dayalı bulaşıcı hastalık kontrol programlarının geliştirilmesini bugün dahi zorlaştırmaktadır.

1924'te Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam çeşitli şehirlerdeki göz uzmanlarından bilgi toplamış, İç Anadolu ve Güney Anadolu'da trahom salgınının durumunu incelemek üzere Dr. Vefik Hüsnü Bey'i (Bulat) görevlendirmiş, bu incelemenin sonuçlarına göre trahom kontrol çalışmaları planlanmıştır. 1925 yılında, Adıyaman ve Malatya'da Trahom Hastaneleri açılmış, bu hastanelere sonraki yıllarda Gaziantep, Adana, Urfa ve Maraş'ta açılan dispanser ve hastaneler eklenmiştir (Özkaya, 2016; Salep, 2022). Temmuz – Aralık 1925 döneminde Adıyaman Trahom Hastanesi'ne 5685 hasta başvurusu olmuş, bunlardan 850'sine trahom tanısı konmuştur. Aynı dönemde, seyyar sıhhiye memurları tarafından Adıyaman köylerinde yapılan trahom taramalarında 302 trahom hastası saptanmıştır. Malatya Trahom Dispanseri'nde de aynı dönem içinde2376 başvuru içinde 833 trahom hastası saptanmıştır. Hastalığın en sık görüldüğü Güney ve Doğu illeri dışında, İstanbul'da Kasım 1925 – Kasım 1926 döneminde 4560 göz hastası içinde 494; Ankara'da 1926 yılında ve 1927 ilk altı ayında 2924 göz hastası içinde 553 trahom hastası saptandı. Kars'ta iki okulda yapılan göz taramasında 214 öğrencinin 18'inde trahom saptandı (Tekir, 2019). 1930 yılında Trahom Mücadele Reisliği kurulmuş, dikey örgütlenme daha da kurumsallaştırılmıştır. 1936'da hastanelere başvuran 92.000 kişi arasında 54.000 trahom tanısı konmuştu. Aynı yıl, seyyar trahom teşkilatı faaliyet gösterdiği 426 köyde 44.286 kişiye trahom tanısı koymuştu (Çakır, 2021).

Cumhuriyet'in ilk yıllarındaki en önemli etkinliklerden biri, 1925 yılında, Türkiye Tıp Encümeni isimli ulusal ölçekli hekim meslek örgütü tarafından TBMM salonunda düzenlenen Birinci Milli Tıp Kongresi'dir. Kongre için belirlenen üç ana tema çocuk ölümleri, sıtma ve cerrahi veremdir. TBMM çatısı altında yapılan bu Kongreyi çok sayıda bakan ve milletvekillerinin izlemesi, açılış konuşmasını Başvekil İsmet Paşa (İnönü)'nın yapması ve Mustafa Kemal Atatürk'ün de bir ara Kongreyi ziyaret ederek izlemesi, hastalıklarla "savaş"a büyük önem atfedildiğinin ve bunun milli mücadele bilinciyle yapıldığının bir diğer göstergesidir. 1927'de yapılmasına karar verilen ikinci kongrenin ana konuları tüberküloz ve trahom (Salep, 2022), 1929'da yapılacak üçüncü kongrenin konusu frengi olacaktır.

Çiçek hastalığına karşı etkili aşılar Osmanlı döneminden beri biliniyor ve uygulanıyordu. Ancak toplumu kapsayıcı aşı programlarının olmaması nedeniyle hastalığın kontrol altına alınması mümkün olmamıştı. 1925'te Sivas ve İstanbul Hıfzısıhha Müesseselerinde yaklaşık 3.250.000 doz aşı üretilmiş ve dağıtımı yapılmıştı. 1926'da Suriye'de çıkan çiçek salgını, önce Türkiye'nin sınıra yakın köylerinde, sonra Urfa ve Gaziantep'te ve giderek diğer illerde etkili olmaya başladı. 1929'da İran'da da çiçek salgını başladı. Türkiye'de, aşı üretiminin ve uygulamanın artırılmasına karşın 1929'a dek salgının önü alınamayınca Seyyar Sıhhat Memurları görevlendirilerek, Mardin, Diyarbakır, Elazığ, Osmaniye,



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 177 23.11.2023 13:18

Malatya, Maraş ve Siirt öncelikli olmak üzere yaygın bir saha çalışması başlatıldı. Yeni vakaların telgrafla hemen bildirilmesi için ihbar sistemi kuruldu. 1930'da Dr. Vefik Vassaf Bey (Akan), Bakanlık tarafından çiçek salgınında son durumu incelemek üzere Mardin'de görevlendirildi. Dr. Vassaf Bey, hazırladığı raporda, sınırdaki kalabalık nüfus geçişleri, "fenni" yöntemle aşı uygulaması yerine halk arasında görülen yanlış uygulamalar ve aşı uygulamaları sırasında tutulan kayıtların, asker kaçaklarını yakalama amaçlı olduğu dedikodularına bağlı aşıdan kaçınma tutumlarının hastalığın yayılımını artırdığını, halkın genel barınma ve sağlık koşullarındaki olumsuzlukların de hastalığa bağlı ölümleri artırdığını bildirdi. Bu salgının etkisi 1931 yılında azaldı, ancak Suriye ve İran kaynaklı salgınlar sonraki dönemlerde de (1942-1944 ve 1956-1957) görüldü. Bu salgınlarda da Sağlık Bakanlığı tarafından yerinde incelemeler yapıldı, yoğunlaştırılan bağışıklama çalışmaları ile salgınlar kontrol altına alındı (Abdullah Kardaş, 2020; Tekir, 2019). 1936 yılında imzalanan Montrö Boğazlar Sözleşmesinde Türkiye'ye çiçek, veba, kolera, sarıhumma, lekeli humma girişini önlemek üzere bir madde yer aldı. 1957'den sonra Türkiye'de yeni çiçek vakası görülmedi.

Veba ve kemiricilerle ve vektörlerle bulaşan diğer bazı hastalıkların kontrolü için, ilk dönemlerden itibaren hudut ve sahillerde alınan tedbirler öne çıkmıştır. Mübadele, İmar ve İskan Vekaleti, Yunanistan'dan ülkeye veba taşınmasını önlemek için, 23 Şubat 1924'te yayımladığı yazı ile muhacir nakleden vapurların her 40 günde bir ilaçlanarak fare temizliği yapılmasını zorunlu tutmuştur. Sağlık Bakanlığı 23 Ağustos 1924'te Yunanistan'daki veba vakalarından dolayı, veba görülen bölgelere seyahat edenlerin 5 gün süreyle tıbbi gözetim altında tutulması tedbirini getirmiştir (Abdulaziz Kardaş, 2020). 1907'de Roma'da imzalanan, sınır ve sahillerde bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlamaya yönelik uluslararası antlaşmaya Türkiye 1925'te taraf olmuştur (Salep, 2022). Bu antlaşmayı takiben, sınır ve sahillerde bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlayan teşkilatlanma yapılandırılmış ve personel sağlanmıştır. 1919-1920 yıllarında başlayan veba salgınları Türkiye'de 1929 yılına kadar etkisini sürdürmüştür (Abdulaziz Kardaş, 2020; Salep, 2022). Veba olgularının ihbarı zorunluluğu önceden de bulunmakla birlikte, 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile birlikte bunun ne şekilde ve kimler tarafından yapılacağı daha kapsamlı olarak tanımlanmıştır.

1931 yılında Sovyetler Birliği'nde ve özellikle Türkiye sınırına yakın bölgelerde veba olguları görülmesi üzerine, riskli görülen illerde alınacak tedbirler hakkında tebligatlar yapıldı ve laboratuvar, veba aşısı, veba serumu ve diğer malzemeler gönderilerek tedbirler alındı. Sınır kapıları kapatıldı; Iğdır köprüsü ve Kars treni ilk istasyonuna muayene istasyonları kuruldu. Alınan önlemlerle, Nahcıvan ve Culfa bölgelerinde etkili olan veba salgınının Türkiye'ye yansıması önlendi. 1931-1945 yılları arasında, Cezayir, Beyrut, Hindistan, Suriye ve İtalya'da veba olguları görüldüğünde benzer sıkı tedbirler alınarak etkenin ülkeye girişi önlendi.

1945-1956 yıllarında Filistin'in Hayfa, Yafa ve Mısır'ın İskenderiye limanlarında veba olgularının görüldüğü süreçte, Mart 1947'de Urfa Akçakale'ye bağlı köylerde veba vakaları ortaya çıktı. Olguların ihbarı sonrasında, numuneler Ankara Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü'nde incelendi ve veba tanısı doğrulandı. Bunun ardından, yeni



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 178 23.11.2023 13:18

numunelerin uçakla gönderilmesi talimatı verildi; bölgeye seyyar laboratuvarlar ve bir seyyar hastane gönderilerek, yaygın aşı çalışması ve vektör mücadelesi başlatıldı. Köyler karantinaya alındı. Yeni vaka görülmeyen iki haftalık bir aradan sonra, aynı bölgedeki bir köyde yeniden veba vakaları saptandı. Alınan önlemler yoğunlaştırılarak, çalışmalar seferberlik anlayışı ile sürdürüldü ve salgın kontrol altına alındı. 1947 Urfa - Akçakale veba salgınında Türkiye'de toplam 20 veba ölümü saptandı (Abdulaziz Kardaş, 2020). Sonraki yıllarda, Türkiye'de veba vakası görülmedi.

1931 yılında Basra'da başlayan ve Amara kentine doğru ilerleyen kolera salgını sonrası, Türkiye güney sınırını kapatmış ve tüm gıda maddelerinin girişini durdurmuştu. 1939 yılında da Afganistan ve İran'da görülen kolera salgınında benzer sınır önlemleri alınmıştı. Alınan önlemlerle bu salgınların Türkiye'ye yansıması önlenmiştir (Özer, 2020).

### 7.2.3. Merkez Hıfzısıhha Müessesesi ve Umumi Hıfzısıhha Kanunu

Dr. Refik Saydam, 1925 yılında hazırlanan Bakanlık programları içinde, Merkez Hıfzısıhha Müessesesi'nin kurulmasını öngörmüştü. Bu kurum, bütün halk sağlığı sorunları ile ilgili çalışacak, bulaşıcı hastalıkların kontrolü için referans bir yapı olacak ve bütün biyolojik maddeleri üretecektir. Gerektiğinde devlete sağlık hizmetlerinde yardımcı olacaktır. Programda aynı zamanda sağlık personeli yetiştirecek bir Hıfzısıhha Okulu açılması yer almıştı. Refik Saydam'ın hazırladığı ve 17 Mayıs 1928 tarihinde kabul edilen yasayla, Bakanlığa bağlı Merkez Hıfzısıhha Müessesesi kurulması kabul edildi. Binasının inşaatı 1929'da başladı ve 1933'e kadar sürdü. Müessese 1933'te kuduz aşısı üretimine başlamıştır. 1892'de İstanbul'da kurulan aşıhane 1934'te Ankara'ya nakledilerek bu Müessese'ye dahil edilmiş; Müessese, ülkenin çiçek aşısı ihtiyacını karşılar duruma gelmiştir. 1935 yılında Farmakoloji Şubesi kurularak ilaç ve biyo-materyal üretimine başlanmıştır. 1937'de kuduz serumu üretimi başlamıştır. Bu dönemde ve sonraki yıllarda Yunanistan'a, Suriye'ye, Irak'a tetanoz ve difteri serumları, Çin'deki kolera salgınında bu ülkeye 1 milyon doz kolera aşısı gönderilmiştir. Dr. Refik Saydam'ın 1942'de ölümünün ardından aynı yıl, Müessese'ye Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Müessesesi adı verilmiştir. Müessese'de 1947 yılında biyolojik kontrol laboratuvarı kurulmuş, aynı yıl BCG aşısı üretimi başlamıştır. 1948 yılında Viroloji ve Virüs Aşıları Şubesi kurulmuş, boğmaca aşısı üretimi ve influenza ve diğer virüslerle ilgili araştırmalar başlamış; bu birim 1950'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından International Regional Influenza Center olarak tanınmıştır (Ersoy, 1996).

1929 yılında ABD merkezli olarak dünyayı etkileyen büyük ekonomik kriz toplumsal yaşamın kritik alanlarında devletçilik ilkesinin öne çıkmasında etkili olmuştu. Cumhuriyet Halk Fırkası'nın (Daha sonra CHP) temel ilkeleri arasına Devletçilik ilkesinin ilave edilmesi 1931 yılına rastlar. Devletçi ve planlı ekonomi yaklaşımının ilk somut ifadelerinden olan Birinci Beş Yıllık Sanayi Planı (1934-1938) aynı sürecin sonucudur. Devletçilik ilkesinin sağlık alanındaki somut yansıması, 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'dur.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, temel olarak sağlık alanında Devletin rolünün öne çıkarılmasını sağlayan bir düzenlemedir. Dağınık yapıdaki sağlık mevzuatının derlenip topla-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 179 23.11.2023 13:18

ması ve eskimiş kısımlarının güncellenmesinin ötesinde, uluslararası gelişmelerle uyumlu bir dizi yeni düzenleme içeren, devletin rolünü öne çıkaran, uygulamalara açıklık getiren, bütünlüklü yapıda bir sağlık mevzuatıdır. Böylece, dönemin en öncelikli sağlık sorunları olan bulaşıcı hastalıkların kontrolü konusunda da içerik olarak hazırlandığı dönemin güncel bilimsel gelişmeleriyle uyumlu ve Devletin rolünü ve sorumluluğunu öne çıkaran bir mevzuattır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanununda bulaşıcı hastalıklar açısından öne çıkan bazı hususlar şöyle sayılabilir:

- Bulaşıcı hastalıkların kontrolü (tüm halk sağlığı çalışmaları gibi) aslen devletin görevidir.
- Halkın sağlığını korumaya ilişkin devletin pozitif yükümlülüğü vardır; bunun için gerekli tedbirleri alabilir. Bunlar arasında zorunlu aşı ve serum uygulama, tedavi, karantina gibi uygulamalar sayılabilir. Kanunun adına yansımış olan temel yaklaşımı, "sağlığın korunması"dır.
- Yaklaşımında, sık görülen hastalıkların önceliği ve evrensellik ve ilkelerini gözetir.
- Salgın hastalıkların kontrolü için yapılacak çeşitli çalışmalar, bugünkü "sosyal devlet" çerçevesi ile uyumludur. Devletin yükümlülüğü altındaki çeşitli hizmetler ücretsiz olarak sunulur. Hastalık nedeniyle evlerinde izolasyona tabi tutulan veya işlerini yapmaktan menedilen kişilerin ve ailelerin geçimlerinin devletçe sağlanacaktır.
- İl ve İlçelerde Umumi Hıfzıssıhha Meclisleri ile "yerinde karar" ilkesini öne çıkarır. Bu Kurullar önceki yıllarda da mevcut olmakla birlikte Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile işleyişleri ve yetkileri yeniden tanımlanır.
- Hastalık kontrolü çerçevesi güncel bilimsel temeller üzerine kuruludur. Hazırlanmasında, döneminde geçerli uluslararası bir belge olan "Uluslararası Sağlık Tüzüğü"nden yararlanılmıştır. Bilimsel evrensel bir çerçeveye sahiptir.
- Sıtma, kolera, veba, çiçek, difteri, verem, trahom, dizanteri, şarbon ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve evlilik öncesi sağlık kontrolleri, içme ve kullanma sularının kontrolü ve iyileştirilmesi ve sınır ve sahillerde alınacak önlemlere ilişkin özel hükümler vardır.
- Gıda güvenliği konusunda belirli denetim ve yasakları tanımlayan özel hükümleri vardır; bu hükümlere ve yine 1930 yılında çıkarılan Belediye Yasası'na dayalı olarak 1942 yılında Gıda Nizamnamesi ve 1952 yılında Gıda Maddeleri Tüzüğü çıkarılmıştır.
- Göçmenler, hapishaneler ve mezarlıklarla ilgili sağlık uygulamaları hakkında özel hükümleri vardır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, üzerinde yapılan sayısız değişiklikle birlikte bugün hala yürürlüktedir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 180 23.11.2023 13:18

### 7.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sonrası

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1960 yılında Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulması ve Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967) ile aynı tarihsel dönemde çıkarılmıştır. Ocak 1961'de yürürlüğe giren Kanun, kamucu sağlık hizmetleri anlayışı ve sağlığın korunmasına verilen öncelik yönünden 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile uyumludur. Asıl odak noktası sağlık hizmetlerinin örgütlenmesidir ve bunu aynı yıl referandumla kabul edilen 1961 Anayasası'nda yerini bulan sağlık hakkı ve eşitlik ilkelerine dayalı olarak, toplumun tüm kesimlerini kucaklayacak şekilde yapmayı hedefler. Bu kapsayıcılığı sağlamak üzere coğrafi bölge tabanlı nüfusa dayalı hizmet benimsenir.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, öncelikle bulaşıcı hastalıkların kontrolüne odaklanan ve belirli teknik düzenlemeler getiren bir kanun olmamakla birlikte, öngördüğü sağlık örgütlenmesi bulaşıcı hastalıkların kontrolü için çok elverişli bir yapıdır ve –yasa özüne uygun olarak tam uygulanmasa dahi- sonraki dönemlerde yapılacak olan bulaşıcı hastalık kontrol çalışmaları ve programlar için çok uygun bir zemin sağlamıştır.

Sağlık hizmetlerinin toplumun tümünü kapsayan bir yapı içinde sunulması bulaşıcı hastalıkların kontrolü için özellikle önemlidir; çünkü aşı, vektör kontrolü vb koruyucu önlemlerle "kitle bağışıklığı"nın sağlanması ancak bu şekilde olanaklıdır. Coğrafi bölge tabanlı nüfusa dayalı hizmet ise bireylerin ve belirli bir bölgede yaşayan nüfusun sağlık sorunlarının yaşadıkları çevre içinde değerlendirilebilmesi ve bulaşıcı hastalık kontrolünün önemli bir bileşeni olan çevresel müdahalelerin yapılabilmesi için önemlidir. Birinci basamak sağlık örgütlenmesi için getirilen model, bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik çeşitli programların entegre hizmet yaklaşımı içinde yürütülmesini olanaklı kılmıştır.

Bulaşıcı hastalıklar yönünden Sosyalleştirme ile getirilen en önemli değişiklik, dikey örgütlenme yaklaşımından uzaklaşılarak, sağlık hizmetlerinin yatay entegrasyonunun öne çıkarılması oldu. Sıtma, tüberküloz, trahom gibi belirli hastalıklara yönelik dikey örgütlenme yapıları gereksinimler ölçüsünde sürdürüldü. Böylece, o güne kadar sağlanan değerli özgün kapasite korundu; ancak bu yapıların sağlık sistemi içindeki ağırlığı giderek azaldı.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin dayandığı ilkeler ve örgütlenme yaklaşımı, on yıllara dayanan uluslararası deneyimlerin bir araya geldiği Alma-Ata'da, 1978 yılında, Birleşmiş Milletler düzeyinde bir uluslar arası belge niteliği kazandı ve "Temel Sağlık Hizmetleri" olarak adlandırılan uluslar arası bir kavramsal çerçeveye kavuştu. Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı, 1978'de bulaşıcı hastalıklar, kadın ve çocuk sağlığı, üreme sağlığı konularının en öncelikli halk sağlığı sorunları olarak ele alındığı bir dönemde şekillenmişti. Bunun izlerinin hem Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi planında hem Alma-Ata bildirgesinde görmek olanaklıdır.

Alma-Ata'dan sonra, aradan geçen sürede, epidemiyolojik dönüşüm sürecinde bulaşıcı hastalıkların toplam hastalık yükü içindeki payı giderek azalmış, buna karşın kronik hastalıkların yükü hem göreli hem de mutlak olarak önemli ölçüde artmıştır. Ancak bu durumu, sağlık hizmetleri açısından Temel Sağlık Hizmetlerinin öneminin azalması olarak



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 181 23.11.2023 13:18

okumak doğru değildir. Alma-Ata Konferansı'nın 40'ncı yılında yapılan çeşitli değerlendirmelerin birleştiği nokta Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımının geçerliliğini ve değerini koruduğu, ancak epidemiyolojik ve ekolojik değişiklikler ve politik bağlam dikkate alınarak geliştirilmesi ve güncellenmesi gerektiğidir.

Aynı durum bulaşıcı hastalıklar için geçerlidir. Toplam hastalık yükü ve mortalite içindeki payı ne kadar azalırsa azalsın, bulaşıcı hastalıklar yeni ve yenilenen biçimlerde önemli halk sağlığı sorunları olmayı sürdürmekte, hatta -HIV ve COVID-19 pandemileri ile görüleceği gibi- kimi zaman çok büyük küresel tehditler oluşturmaktadır. Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar dahil tüm sağlık sorunları için -epidemiyolojik değişimi, ekolojik ve mali/politik koşulları dikkate alan güncellemeler yapılarak- Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı değerini korumaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un öngördüğü birinci basamak sağlık kuruluşları olarak Sağlık Ocakları, yerelde bulaşıcı hastalık sorunlarının erken saptanması ve yerinde kararlar ve önlemlerle kontrol altına alınması için etkili ve yetkili yapılar olarak tanımlandı. Yasadaki özüne tam uygun olmasa da birinci basamakta Sağlık Ocağı örgütlenmesi 1970'lerde kısmen ve 80'lerde tam olarak, ülke geneline yaygınlaştı. Bu örgütlenme, bazıları bugün halen devam eden ulusal programların geliştirilmesine ve uluslar arası programların Türkiye'de başarıyla uygulanabilmesine zemin sağladı.

Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkilerinin çevre, gıda ve sosyal hizmetler gibi sağlığı birinci derecede etkileyen alanları da kapsaması nedeniyle, gıda kuruluşlarında denetim yapmak, suların sağlığa uygunluğunu denetlemek, lağımların, ahırların, açıktan akan suların vb bulaşıcı hastalık riski yaratabilecek kaynakların saptanması ve gereken önlemlerin alınması için Sağlık Ocakları yetkili yerel kuruluşlar olarak çalıştılar.

Ulusal bağışıklama programlarının, spesifik hastalık kontrol programlarının, alt solunum yolu enfeksiyonları kontrol programı ve ishalli hastalıkların kontrolü programının ve diğerlerinin en önemli uygulama ayağı Sağlık Ocakları oldu. Salgın tehdidi oluşturacak durumlar için yerinde inceleme (filyasyon) yapmak, gıda, dışkı, su vb numuneler alarak laboratuvarlara göndermek, suları klorlamak, hastalık tarama programlarını yürütmek, topluma bulaşıcı hastalıklardan korunma konusunda eğitim vermek, salgın çıktığında kontrol önlemlerini yerinde almak konularında Sağlık Bakanlığı'nın yereldeki uzantısı ve uygulayıcı birim Sağlık Ocakları oldu.

Sağlık Ocakları'nın ülke geneline yayılması ile bulaşıcı hastalık kontrolü açısından olumlu sonuçlar alındı. 1985 yılında yapılan yoğunlaştırılmış çalışmalar ile (o dönemde bu çalışmalar popüler yaklaşımla "kampanya" olarak adlandırılmıştı") bağışıklama oranları %60'lardan %80'lere yükseltildi. Aşı ile önlenebilen boğmaca, difteri, poliomyelit gibi bazı hastalıkların insidansları önemli ölçüde azaldı. Her ilde Halk Sağlığı Laboratuvarları ve birçok ilçede enterobakteri laboratuvar üniteleri açıldı. Tedavi olanaklarının da artması ile birlikte, bulaşıcı hastalıklara bağlı mortalite azaldı. İhbarı zorunlu hastalıkların listesi genişletilerek hastalık sayısı önce 35'e daha sonra 39'a çıkarıldı. İhbar sistemi iyileştirildi (Dedeoğlu, 2008).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 182 23.11.2023 13:18

Buna karşın, 1980'li ve 90'lı yıllarda kızamık, sıtma, kızıl, menenjit ve brusella sıklığında artışlar görüldü. İshalli hastalıklarda mevsimsel olarak önemli artışlar oldu; "yaz ishali" olarak adlandırılan yaz dönemi atakları, uzun yıllar önemli bir morbidite nedeni olmaya devam etti. Küresel hastalık yükü çalışma verilerine göre 1990 yılında Türkiye'de barsak enfeksiyonlarının toplam hastalık yükü içindeki payı %1,63 dolayındadır (IHME, 2020). Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004 verilerine göre ise ishalli hastalıkların toplam hastalık yükü içindeki payı erkekler için %2,1 kadınlar için %2,5 düzeyindedir (Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, 2006). 80'li ve 90'lı yıllarda dizanteri, Hepatit A, paratifo gibi endemik hastalıklarda da önceki dönemlere göre artışlar görüldü. Bu artışların, bildirimlerin artmasına bağlı olması olasıdır. 1983 öncesinde, henüz sosyalleştirilmemiş olan illerdeki vaka sayılarının sosyalleştirilmiş illere göre daha az olması bu olasılığı destekleyen bir veridir. Diğer yandan, 60'larda artan ve sonrasında devam eden hızlı kentleşme ve buna bağlı altyapı sorunları ile birlikte kır – kent nüfus hareketliliğinin artması da yeni bulaşıcı hastalık riskleri olarak süreci olumsuz etkilemiştir (Dedeoğlu, 2008).

Sağlık hizmetleştirilmesinin sosyalleştirilmesi planı başlangıçtaki özüne ve öngörülen şekle uygun olarak yürütülmedi; özüne uygun olarak uygulanmadı. Sağlık Ocakları, görev tanımı ve yetkileri bakımından bulaşıcı hastalıkların kontrolü için aslında kritik çevresel müdahaleler yapabilecek kuruluşlar olmakla birlikte, uygulamada bu alanda kapasiteleri ve müdahaleleri sınırlı kaldı. 80'li ve 90'lı yıllarda çevre sağlığı ve gıda güvenliği ile ilgili görev ve yetkiler Sağlık Bakanlığı'ndan alındı ve ayrı bakanlıklara paylaştırıldı. Çevre, tarım, hayvancılık ve gıda kaynaklı sağlık sorunları için hem merkezde hem taşrada ilgili bakanlık teşkilatları arasında çok iyi bir koordinasyon ve Sağlık Bakanlığı'nın söz sahipliği gerekirken, iyi işleyen koordinasyon mekanizmaları kurulamadı ve sağlığı etkileyen çevresel faktörlere yönelik karar süreçlerinde halk sağlığı perspektifi eksik kaldı.

## 7.3. Güncel Durum ve Gelecek İçin Öne Çıkan Konular

### 7.3.1. Epidemiyolojik Değişim ve Bulaşıcı Hastalıklara Bağlı Hastalık Yükü

Bulaşıcı hastalıkların tüm ölümler ve toplam hastalık yükü içindeki payı, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de giderek azalmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2019'da tüm ölümlerin %2,77'si, 2020'de %2,52'si ve 2021'de 2,97'si "enfeksiyonlar ve paraziter hastalıklar"a bağlı olarak meydana gelmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2022c) Bakanlığın raporlarında bulaşıcı hastalık ölümlerinin hastalıklara göre dağılımına yer verilmemiştir.

Küresel Hastalık Yükü 2019 verilerine göre Türkiye'de 2019 yılında bulaşıcı hastalıklara bağlı 18.566 ölüm meydana geldiği tahmin edilmiştir. Tüm ölümler içinde, bulaşıcı hastalıklara bağlı Orantılı Ölüm Oranı %4,1 düzeyindedir. Solunum sistemi hastalıkları bağlı (tüberküloz dahil) 15.711 ölüm, bu sayının en büyük bölümünü (%84) oluşturmaktadır; barsak enfeksiyonlarına bağlı ölüm sayısı 962'dir. (IHME, 2020)

Küresel Hastalık Yükü Çalışması verilerine göre Türkiye'de 1990 ve 2019 yıllarında bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık yükü (DALY) ve Türkiye'nin toplam hastalık yükü içindeki payı **Tablo 2**'de sunulmuştur.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 183 23.11.2023 13:18

**Tablo 2.** Türkiye'de 1990 ve 2019 yıllarında bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık yükü (DALY) ve toplam hastalık yükü içindeki payı

| Hastalık grubu | 1990 Toplam DALY= 23.532.391 | | 2019 Toplam DALY= 19.629.284 | | Değişim | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hastalık yükü (DALY) | Toplam yük içinde payı (%) | Hastalık yükü (DALY) | Toplam yük içinde payı (%) | Mutlak değer olarak değişim (%) | Toplam yük içindeki payın değişimi (%) |
| Solunum sistemi enfeksiyonları ve tüberküloz | 2.752.156 | 11,70 | 441.648 | 2,25 | - 84,0 | - 80,1 |
| Barsak enfeksiyonları | 383.160 | 1,63 | 182.142 | 0,93 | - 52,5 | - 43,0 |
| Sıtma ve diğer ihmal edilen hastalıklar | 59.048 | 0,25 | 14.062 | 0,07 | - 76,2 | - 71,5 |
| HIV/AIDS ve CYBH | 22.986 | 0,10 | 25.425 | 0,13 | + 10,6 | + 32,6 |
| Diğer bulaşıcı hastalıklar | 1.102.069 | 4,68 | 89.464 | 0,46 | - 91,9 | - 90,3 |
| Tüm bulaşıcı hastalıklar (toplam) | 4.319.419 | 18,36 | 752.741 | 3,83 | - 82,6 | - 79,1 |

(IHME, 2020)

**Tablo 2**'de sunulan veriler incelendiğinde, HIV/AIDS ve CYBH dışındaki bütün bulaşıcı hastalık gruplarında belirgin azalışlar olduğu görülür. Bu azalışlar bulaşıcı hastalıkların öneminin azalması olarak okunamaz. Bunun birinci nedeni, COVID-19 pandemisinde açıkça görüldüğü gibi, bulaşıcı hastalıkların her an büyük krizler yaratma potansiyeli taşımalarıdır. Yeni ve yeniden önem kazanan enfeksiyonlar bu potansiyeli sürekli güncel tutacaktır. Ayrıca, bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık yükü toplumun tüm kesimlerinde aynı düzeyde azalmış değildir. Eşitsizlikler perspektifinden baktığımızda, **Tablo 2**'de izlenebilen gelişmeden herkes aynı derecede yararlanabilmiş değildir. Bundan başka, mikroorganizmaların antibiyotiklere direnç kazanmasına yanıt olarak geliştirilen yeni antibiyotikler giderek daha pahalı hale gelmektedir. Bunlar hem sağlık sistemleri üzerinde artan bir yük oluşturacaktır; hem de sağlık sigorta sistemlerinin kapsayıcılığı azaldıkça bu yeni tedavilere herkesin erişimi mümkün olmayacaktır.

HIV enfeksiyonu pandemisinde, dünyada insidans ve mortalite hızları düşmekteyken, Türkiye'de–COVID-19 pandemisine bağlı geçici bir azalış dönemi haricinde- HIV enfeksiyonu insidansında aynı düşüş söz konusu değildir. 2019'da yıllık 4019 yeni vaka saptanmışken, 2020 ve 2021 yıllarında 2076 ve 3002 vaka saptanması COVID-19 pandemisi nedeniyle tanı azlığını düşündürmektedir. Nitekim, 2022 yılında 3908 vaka saptanması



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 184 23.11.2023 13:18

insidansın azalma eğiliminde olmadığını göstermiştir. Türkiye'deki HIV enfeksiyonu insidansı, dünyadaki çoğu ülkeden düşüktür. Buna karşın, dünyada hemen tüm bölgelerde insidans azalma eğilimindeyken Türkiye'de aynı azalmanın gözlenmemesi etkili bir kontrol programının olmadığını düşündürmektedir.

2018 yılında hazırlanan "Türkiye HIV AIDS Kontrol Programı 2019-2024" büyük ölçüde kağıt üzerinde kalmış görünmektedir. Sürveyans sisteminin iyileştirilmesi, anneden bebeğe geçişi önlemek üzere her hamilelikte tarama testi yapılması için protokoller hazırlanması konularında olumlu gelişmeler olmakla birlikte; programda yer alan "güvenli cinsel davranışın teşvik edilmesi", "koruyucu yöntemlere erişimin kolaylaştırılması", "test ve danışmanlık merkezlerinin sayısının artırılması", "anonim test merkezlerinin sayısının artırılması", "danışmanlık merkezlerine başvurunun teşvik edilmesi", "HIV'in tedavi ile kontrol altına alınabilen bir hastalık olduğu bilincinin toplumda yaygınlaştırılması", "hassas gruplarda risk farkındalığını artıracak çalışmalar yapılması" hedeflerine yönelik herhangi bir çalışma görülmemektedir. Ayrıca, program hedefleri ölçülebilir olarak değil, niyetler biçiminde ifade edildiği için, herhangi bir başlıkta program değerlendirmesi yapmak olanaklı değildir.

Türkiye'de hükümetlerin üreme sağlığı politikaları, son on yıllarda ağırlıklı olarak muhafazakar yaklaşımlara bağlı olarak şekillenmektedir. Bunun HIV/AIDS alanına yansıması, Ulusal Program'da yer alan hedeflere yönelik atalet, kondom dahil tüm güvenli cinsel davranış seçeneklerinin desteklenmesine yönelik isteksizlik, topluma yönelik HIV AIDS eğitim ve farkındalık çalışmalarının yapılmaması, anonim test merkezlerinin yaygınlaştırılmaması ve risk altındaki grupların marjinalize edilmesi şeklinde olmaktadır.

**Tablo 2**'deki veriler bir başka konuya daha dikkatimizi çekiyor: Bugün, toplam hastalık yükü içinde bulaşıcı hastalıklara bağlı yükün oranı azalmış olmakla birlikte, halen ön sıradaki yerini koruyan bulaşıcı hastalık alt grupları solunum sistemi enfeksiyonları ve barsak enfeksiyonlarıdır. Bu iki hastalık grubuna yönelik kontrol programları öncelikli olarak ele alınmalıdır. 90'larda ve 2000'li yılların başlarında, birinci basamak temelli olarak yürütülen ASYE Kontrol Programı ve İshalli Hastalık Kontrol Programı yeniden öncelikli olarak ele alınmalı, güncel koşullar ve olanaklar çerçevesinde güçlendirilerek sürdürülmelidir.

Sıtma, Cumhuriyet'in ilk on yılları boyunca en yüksek morbidite ve mortaliteye yol açan bulaşıcı hastalık olmuş, sonraki dönemlerde de uzunca bir süre önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmüştür. **Şekil 1**'de görüldüğü gibi, yıllık sıtma insidansında 1930'lar, 40'lar, 70'ler, 80'ler ve 90'larda artışlar kaydedilmiştir (Salman & Erbaydar, 2016). Daha önce değindiğimiz çeşitli saha gözlemleri, 20'li ve 30'lu yıllarda Türkiye'de gerçek sıtma vaka sayısının **Şekil 1**'deki grafikte görünenden çok fazla olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, grafikte 30'larda ve 40'lardaki artış eğilimi daha ziyade vaka tespitlerinin artmasıyla ilişkili olarak düşünülebilir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında sıtma yayılımında gözlenen belirgin azalma ise (**Şekil 1**) önemli ölçüde vektör mücadelesine bağlıdır ve bunda en önemli araç DDT kullanımıdır. Her ne kadar daha sonra doğada yol açtığı kalıcı hasarlar nedeniyle kullanımı yasaklanmış olsa da, DDT kullanımının o dönemlerde sıtma kontrolü için büyük fayda sağladığı açıktır. Ne yazık ki, ağır bir toksik - ekolojik bedel ödenerek sağlanan bu başarı aynı zamanda rehavete yol açmış; bu yolla sıtmanın elimine edileceği inan-

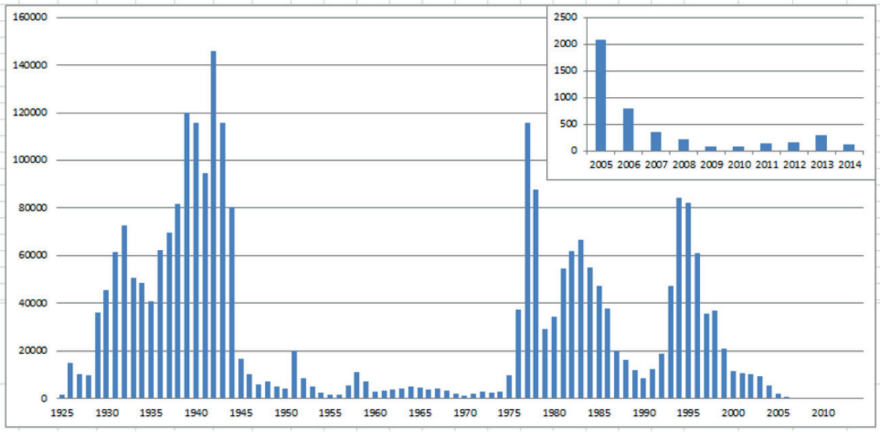


Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 185 23.11.2023 13:18

cı ortaya çıkmış ve kaynak vakaları bulmak ve tedavi etmek için yürütülen aktif çabaların gevşemesine yol açmıştır. Kontrol çalışmaları için dikey örgütlenme modelinin seçilmesi, uzman bilgi birikimi sağlamak ve hedefe odaklı çalışmalar yapmak gibi bazı avantajlar sağlamış olmakla birlikte, yeterli insan-gücü ve mali kaynakların sağlanmadığı dönemlerde bu avantaj kullanılamamıştır. Bunun yanı sıra, yanlış sulama ve tarımsal ilaçlama uygulamaları, sivrisineklerin DDT'ye direnç kazanması, Çukurova bölgesindeki tarım işçilerinin nüfus hareketliliği ve bazı yerel yönetimlerin üzerlerine düşen çalışmaları yapmamalarına bağlı olarak, 70'lerden itibaren sorunun yeniden alevlendiği görülür. Bunun kontrol altına alınması sonraki on yıllarda, uzun bir dönemde mümkün olacaktır (Akdur, 2006; Aydın, 1998).

Sıtma kontrolünün zor bir süreç olduğu, çeşitli uluslararası deneyimlerle bilinmektedir. Sıtmanın klinik özellikleri, etkili bir aşısının –yakın zamana kadar- olmaması ve vektör kontrolünü kalıcı olarak sağlamanın mümkün olmaması bunda etkilidir. Son yüzyıl içinde gözlenen büyük dalgalanmalara karşın, genel olarak bakıldığında, Türkiye'de sıtma savaşında önemli başarı sağlandığı açıktır. Bu başarı, sadece 2002 sonrası insidans azalışlarının gösterildiği bazı resmi raporlardakinden farklı olarak, yüz yıllık toplam bir başarıdır.

Son yıllarda Türkiye'de yerli sıtma vakalarının görülmediğini, saptanan olguların tümünün ithal olgular olduğunu bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporlarında; 2018'de 193, 2019'da 254, 2020'de 109 ve 2021'de 109 Suriye uyruklu kişide sıtma saptandığı belirtilmiş; 2022 Faaliyet raporunda ise ithal vakalara ilişkin bilgi verilmemiştir.




**Şekil 1.** Türkiye'de sıtma olgularının yıllara göre dağılımı (Salman ve Erbaydar, 2016)

Tüberküloz hastalığı Türkiye'de son yüzyıla damgasını vurmuş, bugün azalmış olsa da önemli olmayı sürdüren bir halk sağlığı sorunudur. **Tablo 3**'te 1960 – 2020 arasında tüberküloz sıklığının değişimi görülmektedir. Tüberküloz, patlama tarzında salgın yapması beklenen bir hastalık olmadığından, 1960-65 arasında gözlenen yükselişin olgu tespitlerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu kısa süreli artış haricinde, uzun süreye yayılmış yavaş bir insidans azalışı olduğu görülmektedir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 186 23.11.2023 13:18

**Tablo 3.** Türkiye'de tüberküloz hastalarının toplam sayısı ve yıllık insidans (1960-2020)*

| Yıllar | Toplam tüberküloz olgu sayısı* | Yıllık tüberküloz insidansı (yüzbinde) |
|---|---|---|
| 1960 | 37.998 | 31.88 |
| 1965 | 131.674 | 172,87 |
| 1970 | 153.565 | 126,53 |
| 1975 | 43.152 | 50.68 |
| 1980 | 38.121 | 52,23 |
| 1985 | 35.955 | 61,54 |
| 1990 | 27.426 | 44,00 |
| 1995 | 21.992 | 35,48 |
| 2000 | 19.524 | 26,24 |
| 2005 | 20.535 | 29,4 |
| 1010 | 16.551 | 22,0 |
| 2015 | 12.772 | 15,9 |
| 2020 | 8.925 | 10,6 |

* 1960-2000 (TTB, 2006); 2005-2020 (Sağlık Bakanlığı, 2022a)
** Eski olgular, nüksler ve yeni olguların toplam sayısı

**Tablo 4**'te seçilmiş bazı hastalıkların 1970-2004 döneminde Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre sıklıkları görülüyor (TTB, 2006). Özellikle aşı ile önlenebilen hastalıklarda zaman içinde insidans azalması daha düzenli olarak izlenebilir. Brusella, tifo ve amipli dizanteri gibi bazı hastalıkların ise insidansının giderek arttığı görülüyor. Bu durumun önemli ölçüde bildirimlerin artması ile ilişkili olduğu düşünülebilir. **Tablo 4**'teki veriler -veri kalitesi değişken olsa da- 2004 yılına kadar olan durum hakkında bir değerlendirme olanağı vermektedir. Ancak, -2004'te yayınlanan Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Sistemi Yönergesi ile 2005 yılından itibaren bildirim sisteminde önemli değişiklikler yapıldı ve bildirimi zorunlu hastalık sayısı 39'dan 51'e çıkarılırken, bazı hastalıkların bildirim kriterleri de değişti. Olası tanı veya kesin tanı kriterleri ayrı ayrı belirlendi. Bildirim sisteminin iyileştirilmesi açısından önemli olan bu değişikliklerle birlikte, yıllık raporlamalarda bazı sorunlar ortaya çıktı. Örneğin, bazı hastalıkların insidansı **Tablo 4**'te yer alan 2000-2004 ortalamasına göre 2006'da aşırı ölçüde azaldı; kızamık (yüzbinde) 19,91'dan 0,1'e; tifo 34,48'den 2,3'e düştü. Bu azalışlar esas olarak bildirim kriterlerinin değişmesine bağlıdır ve verilerdeki bu kırılma 2005 öncesi ile sonrasını güvenilir biçimde karşılaştırmayı engellemiştir (Dedeoğlu, 2008).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 187 23.11.2023 13:18

**Tablo 4.** Türkiye'de seçilmiş bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların insidans hızları 1970-2004 (yüzbinde)*

| Hastalıklar | 1970-74 | 1975-79 | 1980-84 | 1985-89 | 1990-94 | 1995-99 | 2000-04 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Boğmaca | 13,99 | 6,03 | 7,69 | 1,80 | 0,87 | 0,74 | 0,44 |
| Brusella | 0,17 | 0,20 | 1,29 | 3,72 | 10,41 | 16,71 | 21,90 |
| Difteri | 0,25 | 0,30 | 0,03 | 0,04 | 0,01 | 0,00 | 0,00 |
| Hepatit A | | | | | 37,89 | 26,24 | 13,65 |
| Hepatit B | | | | | 4,38 | 5,78 | 7,88 |
| Kızamık | 92,23 | 41,64 | 44,97 | 17,69 | 39,13 | 33,43 | 19,91 |
| M.Menenjit | | | | | 2,80 | 1,51 | 0,84 |
| Polio | 1,39 | 0,81 | 0,34 | 0,06 | 0,05 | 0,03 | 0,00 |
| Şarbon | | | | | 0,60 | 0,76 | 0,55 |
| Şark çıbanı | | | | | 4,54 | 3,32 | 3,27 |
| Tetanoz | | | 0,41 | 0,24 | 0,18 | 0,08 | 0,03 |
| Tifo | 5,19 | 1,88 | 3,61 | 7,47 | 21,23 | 43,30 | 34,48 |
| Kala-Azar | | | | | 1,07 | 0,63 | 0,04 |
| A.Dizanteri | | | | | 16,00 | 32,82 | 32,47 |
| B.Dizanteri | | | | | 2,95 | 2,67 | 1,29 |
| Paratifo | 1,71 | 1,10 | 1,73 | 2,10 | 1,33 | 1,24 | 0,90 |

* TTB, 2006

**Tablo 5**'te Sağlık Bakanlığı verilerine göre bildirimi yapılan şarbon olgularının 10 yıllık zaman dilimleri içindeki sayıları yer almaktadır (Erbaydar et al., 2012; Kanadalı et al., 2020). 2007-2019 arasında hayvan şarbonu olgu sayısı / insan şarbonu olgu sayısı, ortalama 4,8 olup, 2007'de 2,2'den 2019'da 15,5'e yükselmiştir. Bu veriler şarbonun giderek azalmakla birlikte, halen önemini korumayı sürdürdüğünü, hastalığın etkili bir şekilde kontrolü için hayvan sağlığı çalışmalarının önemini göstermektedir (Kanadalı et al., 2020).

**Tablo 5.** Türkiye'de bildirilen yıllık ortalama şarbon olgusu sayıları 1960-2010

| Dönem | Ortalama vaka sayısı /yıl * |
|---|---|
| 1960-1969 | 1.072 |
| 1970-1979 | 537 |
| 1980-1989 | 442 |
| 1990-1999 | 422 |
| 2000-2009 | 315 |
| 2010 - 2019 | 110 |

*1960-2009 (Erbaydar et al., 2012); 2010-2019 (Kanadalı et al., 2020)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 188 23.11.2023 13:18

**Tablo 6**'da 1970 yılından bu yana tifo bildirimlerine dayalı veriler sunulmaktadır (Aytaç et al., 2012; Bakanlığı, 2022b). Bu tabloda dikkati çeken, verilerin olgu sıklığı ile birlikte bildirim sisteminin işleyişini de yansıttığıdır. 1980'li ve 90'lı yıllarda görülen insidans artışının kısmen hızlı kentleşmeye bağlı olarak biriken kentsel altyapı sorunlarına bağlı olması olasıdır. Aynı zamanda, bildirim sisteminin daha fazla işlemesine bağlı olarak kayda geçen tanı sayısının da arttığı düşünülebilir. 2004 yılında yayımlanan Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Sistemi Yönergesi ile bildirim kriterlerinin değişmesi, 2005 ten itibaren verilerde dramatik değişikliklere yol açtı. **Tablo 6**'da yer alan 2005 sonrasına tifo bildirimlerinin gerçek durumu yansıttığını düşünmek güçtür. 2019-2020 yıllarında sadece Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde laboratuvar olarak doğrulanan tifo vaka sayısı Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı Türkiye vaka sayısına eşittir (Avcı et al., 2022). Bildirim sistemi teknolojik olarak çok gelişmiş, kriterler açısından çok ayrıntılanmış olabilir; ancak işleyiş açısından sorun olduğu anlaşılmaktadır.

**Tablo 6.** Türkiye'de tifo olgularının yıllık sayısı ve morbidite hızı (1970-2020)

| Yıllar | Yıllık olgu sayısı* | Morbidite hızı (yüzbinde) |
|---|---|---|
| 1970 | 3.402 | 9,63 |
| 1975 | 860 | 2,15 |
| 1980 | 1.425 | 3,21 |
| 1985 | 2.052 | 4,08 |
| 1990 | 10.052 | 17,46 |
| 1995 | 21.506 | 34,04 |
| 2000 | 25.840 | 38,09 |
| 2005 | 5.165 | 7,17 |
| 1011 | 25 | 0,03 |
| 2015 | 12 | 0,02 |
| 2019 | 1 | 0,00 |
| 2020 | 3 | 0,00 |
| 2021 | 16 | |
| 2022 | 2 | 0,00 |

*1970-2005 (Aytaç et al., 2012); 2011-2021 (Sağlık Bakanlığı, 2022b); 2022 (Sağlık Bakanlığı, 2023)

Kolera, geçtiğimiz yüz yıllık süreçte uluslararası ölçekteki salgınlarla sürekli tehdit olmayı sürdürmüş bir hastalıktır. 1931 Irak-İran salgını, 1939 Hindistan - Afganistan salgını, 1947 Mısır – Suriye salgını, 1951 Yemen, 1960 Pakistan, 1965 İran ve 1966 Irak salgınlarının Türkiye'ye yansıması sınır geçişlerinin durdurulması, gıda girişlerinin yasaklanması, Hacdan dönenlere karantina uygulanması ve risk altındaki nüfusta aşılama gibi çalışmalarla önlenebilmiştir. Türkiye, bu salgınlardan etkilenen ülkelere önemli miktarda aşı desteği sağlanmıştır. Alınan önlemlerin çok yoğun olmasının Türkiye'de aslında koleranın olduğu ve bunun saklandığı şeklinde yurt dışında bazı değerlendirmelerin yapılması üzerine, Sağlık Bakanlığı DSÖ'ye başvurmuş, Türkiye'de epidemiyolojik değerlendirme yapılmasını istemiştir. Bunun üzerine Türkiye'ye gelen DSÖ heyeti, sınır bölgelerinde



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 189 23.11.2023 13:18

ve çeşitli kentlerde inceleme yaparak Türkiye'de kolera olmadığını raporlamıştır (Özer, 2020).

1970'te Afganistan kaynaklı İran – SSCB kolera salgını Mısır, Suriye ve Çekoslovakya'ya yansımış; salgının Türkiye'ye sıçramasını önlemek için diğer önlemlere ek olarak, sınır önlemleri ve aşılama çalışmalarının yanı sıra Asi nehrinde suya girmek yasaklanmıştır. Ekim 1970'te İstanbul'un Sağmalcılar semtinde kolera salgını ortaya çıkmıştır. Uluslararası işbirliği ve bilim insanlarının katkıları ile alınan yoğun salgın önlemleri sonucunda salgın kontrol altına alınmıştır. Bu salgında, hastanelerde tedavi edilen olgu sayısı 1200-1500 arasındadır ve 52 kişi hayatını kaybetmiştir (Bakar, 2017; Özer, 2020). Daha sonra, 1971 yılında İstanbul'da bazı kolera olguları görüldüğü tıbbi kayıtlara yansımıştır (Bakar, 2017). Sağmalcılar'ın adı salgını izleyen yıllarda Bayrampaşa olarak değiştirilmiştir.

Koleranın sağlık yöneticilerinde yarattığı yüksek endişe, hastalığın bildirimi üzerine olumsuz etkiler yaratmıştır. 1970 Sağmalcılar kolera salgınında ve öncesindeki kolera önleme çalışmalarındaki açık tutumun aksine, 1990'lı yıllarda Ankara'da ve İstanbul'da gözlenen bazı ishal vakaları "Alkış pozitif vakalar" veya "Eltor vakaları" şeklinde ifade edilmiş; resmi verilerde ve açıklamalarda kolera vakaları görüldüğü doğrulanmamıştır. Dünya Sağlık Örgütü kayıtlarında, Türkiye'de 2005 öncesinde son olarak 1977'de kolera olguları görüldüğü yer almıştır. 2005 yılında, Türkiye'den Belçika'ya dönen bir turist grubunda 2 doğrulanmış, 4 olası kolera olgusu saptanmış, olgular incelendiğinde bulaşmanın bu kişiler Türkiye'de bulundukları sırada olduğu bildirilmiştir (De Schrijver et al., 2005).

2005 yılında bulaşıcı hastalık bildirim sisteminin değişmesi sonrasında Sağlık Bakanlığı'nın istatistik yıllıkları ve faaliyet raporlarında bulaşıcı hastalıklara ilişkin veriler büyük ölçüde paylaşılmamaya başlandı. 2005 öncesinde uzun bir dönem boyunca, bildirimi zorunlu birçok hastalığın yıllık olgu sayıları ve bazı dağılım özellikleri Sağlık Bakanlığı'nın yıllık raporlarında yer alırken, 2005 sonrası raporlarda sadece HIV/AIDS, tüberküloz, kızamık ve sıtma hastalıklarına ilişkin verilere yer verilip, bu dört hastalık dışında rutin bilgi paylaşımı yapılmamaya başlandı. Daha sonra COVID-19 pandemisi döneminde yaşadığımız veri gizleme ve veri güvenilirliği sorunlarının esasen çok önce başlamış bir veri politikasının sonuçları olduğu düşünülebilir. 2005 sonrası döneme ait Türkiye bulaşıcı hastalık verileri HIV/AIDS, tüberküloz, kızamık ve sıtma dışında düzenli olarak raporlanmamaktadır. Bazı hastalıklara ait veriler düzensiz olarak elde edilebilmekte; bazı veriler ise elde edilememektedir.

**Tablo 7**'te 2010 yılına ait zoonotik hastalık verileri yer almaktadır. Zoonotik hastalıklar söz konusu olduğunda özellikle tarım sektöründeki uygulamalar, hayvan sağlığı, kırsal altyapı sorunları, vektör ekolojisi ve ve ekosistem sorunları öne çıkar. Morbidite ve mortalite açısından en yüksek sayılar olarak görünmemekle birlikte, vektörlerle bulaşan ve zoonotik hastalıklar salgın potansiyeli oluşturdukları ve yeni görülen hastalıklar açısından önümüzdeki on yıllarda başlıca tehlike kaynağını oluşturduğu için halk sağlığı öncelikleri olarak görülmelidir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 190 23.11.2023 13:18

**Tablo 7.** Türkiye'de 2010 yılında bazı zoonotik hastalıkların olgu sayıları

| Hastalık | Olgu sayısı | | |
|---|---|---|---|
| | Kadın | Erkek | Toplam |
| Brusella | 3984 | 3719 | 7703 |
| Şark Çıbanı | 1218 | 1019 | 2237 |
| Şarbon | 37 | 57 | 94 |
| Tularemi | 861 | 670 | 1531 |
| Toksoplazmoz | 32 | 9 | 41 |
| Leptospiroz | | | 26 |
| Kist Hidatik | 226 | 155 | 381 |

(Erbaydar et al., 2012)

**Tablo 8**'de sunulan veriler, Türkiye'de insan kistik ekinokokkoz vakalarının sıklığının giderek arttığını gösteriyor. Özellikle 2017'den başlayarak, sorunun bir salgın niteliği kazandığı söylenebilir. Hayvanlarda enfeksiyonun çok yaygın olduğu, kesimhanelerde yapılan hayvan taramalarında kistik ekinokokkoz sıklığının Doğu Anadolu'da %31,7 ile %46,4 arasında İç Anadolu'da %4,9, Karadeniz Bölgesinde %6,5, Marmara bölgesinde (Tekirdağ'da) %22,9 olduğu bildirilmiştir (Altıntaş et al., 2020). Bu bulgular dikkat çekicidir ve -diğer zoonotik hastalıklar için olduğu gibi- hayvan sağlığı ve insan sağlığının bütüncül olarak ele alınması gerektiğine dikkat çeker.

**Tablo 8.** Türkiye'de 2005-2019 yılları arasında bildirilen ortalama yıllık kistik ekinokokkoz olgu sayıları

| Yıllar | Olgu sayıları* |
|---|---|
| 2005 | 175 |
| 2006 | 280 |
| 2007 | 379 |
| 2008 | 408 |
| 2009 | 434 |
| 2010 | 381 |
| 2011 | 579 |
| 2012 | 572 |
| 2013 | 616 |
| 2014 | 449 |
| 2015 | 544 |
| 2016 | 787 |
| 2017 | 1728 |
| 2018 | 1704 |
| 2019 | 1867 |

*2005-2010 verisi (Erbaydar et al., 2012); 2011-2019 verisi (Altıntaş et al., 2020)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 191 23.11.2023 13:18

**Tablo 9**'da Sağlık Bakanlığı 2022 ve 2023 raporlarında açıklanan bazı bulaşıcı hastalık verileri yer almaktadır. 2022 yılında Sağlık Bakanlığı'na bildirimi yapılan 3 lepra olgusu olduğu görülmektedir. İstanbul Lepra Hastanesi'nin yayımlanmamış kayıtlarına göre, hastanede 2011-2022 döneminde saptanan lepra olgusu sayısı 12'dir.

**Tablo 9.** Türkiye'de 2021 ve 2022 yıllarında bildirimi yapılan bazı bulaşıcı hastalıkların olgu sayıları

| Hastalık | Olgu sayısı |
|---|---|
| Kızamık** | 103 |
| Kızamıkçık** | 33 |
| Kabakulak** | 480 |
| Hepatit B** | 802 |
| Hepatit A** | 113 |
| Suçiçeği** | 3659 |
| HIV / AIDS** | 3.908 |
| Sifiliz* | 2800 |
| Gonore* | 57 |
| Klamidya* | 62 |
| Rotavirüse bağlı gastroenterit* | 36.771 |
| Norovirüse bağlı gastroenterit* | 657 |
| Adenovirüse bağlı bağlı gastroenterit* | 17.219 |
| Tifo** | 2 |
| Tularemi* | 46 |
| Şark çıbanı* | 2.176 |
| Lepra* | 3 |
| Lejyoner hastalığı* | 25 |
| Neonatal tetanoz *** | 0 |

*2021 yılı vaka sayısı (Sağlık Bakanlığı, 2022b)
**2022 yılı vaka sayısı (Sağlık Bakanlığı, 2023)
***2021 yılı ilk 11 ay vaka sayısı (Sağlık Bakanlığı, 2022b)

### 7.3.2. Bulaşıcı Hastalık Kontrol Programları ve Bildirim Sistemi

Sağlık Bakanlığı tarafından planlanmış, yürürlükte bulunan çok sayıda bulaşıcı hastalık kontrol programı ve bulaşıcı hastalıklarla ilişkili çalışma ve eylem planları bulunmaktadır. Bunlar arasında başlıca Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Kızamıkçık Sendromunun Önlenmesi Programı, Kabakulak Kontrol Programı, Su Çiçeği Kontrol Programı, Polio Eradikasyon Programı, Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı, Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023), Streptococcus Pneumonia ve Hemofilus İnfluenza Tip B'ye Bağlı İnvazif Hastalıkların Kontrolü Programı, Sentinel İnfluenza Benzeri Hastalık Sürveyansı, Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Sürveyansı, Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 192 23.11.2023 13:18

2023), Sıtma Eliminasyon Programı, Üreme Sağlığı Hizmetleri Programı, Evlilik Öncesi Danışmanlık Programı ve Hastalık Tarama Sistemi, Servikal Kanser Tarama Programı, Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı (2019-2024), Türkiye Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonları Önleme ve Kontrol Programı (2019-2024), Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı, 2030 Yılına Kadar Tüberkülozu Sona Erdirme Sürecini Hızlandırmak İçin Çok Sektörlü Sorumluluk Çerçevesi sayılabilir.

Yukarıda adları sayılan programları bu metinde tek tek ele alma olanağı bulunmamaktadır. Programların tümü dikkate alındığında, Sağlık Bakanlığı'nın bulaşıcı hastalıklarla ilgili birimleri tarafından yürütülmesi gereken spesifik çalışmaların sayısının oldukça fazla olduğu dikkati çekecektir. Bu şekilde, öncelikli ve spesifik özellikleri olan konularda hedefler belirlenmesi ve bu hedeflere yönelik spesifik çalışma planları yapılması çalışmaların etkililiğini artırıcı olabilir. Yeni karşılaşılan ve önem kazanan konularda odaklanmış çalışmalar yapmak için spesifik programlar yürütmek işlevlidir. Özellikle, bu programlar birbiri ile entegre olarak ve birinci basamak temelinde yürütülebildiği ölçüde, program sayısının artması sorun teşkil etmeyebilir ve işlevsel olabilir. Böylece öncelikli sağlık sorunlarına daha fazla odaklanmak ve bunları bütüncül çerçeve içinde yürütmek olanaklıdır.

Ancak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri anlayışı ile yürütülmediği, sağlık sisteminin odak noktasının hastaneler ve klinik uzmanlık alanları olduğu günümüz sağlık sistemi koşullarında, bu programların sayısının artması bulaşıcı hastalıkların daha iyi kontrol edilmesini sağlamak yerine, -dikey örgütlenmeye dayalı sağlık hizmetlerinde olduğu gibi- yönetimde, kaynak dağılımında ve hizmet sunumunda dağınıklığa yol açabilir.

Programların dağınıklığa yol açmasını önlemek için birbiri ile entegre olarak tasarlanması ve uygulamanın birinci basamak hizmetleri temelinde planlanması gerekir. Genişletilmiş bağışıklama programı, ishalli hastalıkların kontrolü programı, ASYE kontrolü programı gibi programlar bu açıdan iyi örnekler olarak düşünülebilir. Genişletilmiş Bağışıklama Programı, kendi içinde kızamıkçık eliminasyonu, kabakulak kontrolü, polio eradikasyonu gibi bir dizi programı entegre etmektedir. Aynı şey, ishalli hastalıkların kontrolü ve ASYE kontrolü programları için geçerlidir. Entegre programlar birinci basamak sağlık sistemini temel almaya daha uygun yapıdadır. Ancak, son yıllarda Sağlık Bakanlığı faaliyet raporlarında ishalli hastalıkların kontrolü ve ASYE kontrolü programlarından neredeyse hiç söz edilmemektedir.

Bulaşıcı hastalıkların bildirimi sistemi, ilk kez bütüncül olarak kurgulandığı 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzısıhha Kanunu'ndan bu yana yıllar içinde çeşitli değişiklikler geçirmiştir. 2004 yılında yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi Yönergesi ile DSÖ ve CDC esaslarına göre düzenleme yapılmış; daha sonra, 2007 ve 2011'de yayımlanan Yönetmelikler ve 2015'te yayımlanan ve bu Yönetmeliklerin tam olarak uygulanmasını hedefleyen bir Genelge ile sistem bugünkü yapısını kazanmıştır. 2019'da kullanıma giren Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi (İZCİ) ile sistemin teknolojik alt yapısı önemli ölçüde iyileştirilmiştir (Karakoç, 2021). Aynı süreçte, Laboratuvar sürveyansı alanında da gelişmeler sağlandı; 2007'de Ulusal Enterik Patojen Laboratuvar Sürveyans Ağı (UEPLA), 2011'de Ulusal Antimikrobiyal Direnç Sürveyans Sistemi



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 193 23.11.2023 13:18

(UAMDSS), 2012'de Antitüberküloz İlaç Direnci Laboratuvar Sürveyans Ağı (TuLSA) kurulmuştur.

Bulaşıcı hastalık bildirimleri, teknolojik altyapının iyileşmesine rağmen hala çok eksiktir. Kullanıcı hataları, kurum yöneticilerinin ilgisizliği, ihmal, program kaynaklı hatalar vb yanında en çok üzerinde durulması gereken konulardan biri, birçok yerde İlçe ve İl Sağlık Müdürlüklerinde sürveyans sorumlularının mesleki yeterliliği olmayan kişiler olmasıdır (Karakoç, 2021). Verilerin epidemiyolojik olarak değerlendirilmesi ve karar süreçlerinin veriye dayalı olması sağlık yönetiminin temeli olmalıdır. Hekimlerin bildirimleri eksik yapmalarına yol açan faktörlerden biri, geribildirimin olmayışıdır. 2022 yılında bütün Türkiye'de nasıl olup da sadece 2 tifo vakası saptanabildiği açıklanmalıdır. Barsak enfeksiyonları tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de azalmakla birlikte, 2019'da hala Türkiye'deki toplam hastalık yükünün %0,93'ünü oluşturmakta iken (IHME, 2020) 2022 yılı boyunca kayda geçen toplam tifo olgu sayısının sadece 2 olması olanaksızdır. Nitekim, yayınlanmış bir araştırmanın verilerine göre, 2019-2020 yıllarında Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde saptanmış ve laboratuvar olarak doğrulanmış tifo vaka sayısı 4'tür. (Avcı et al., 2022) Aynı dönemde İZCİ kayıtlarına göre bütün Türkiye'de görülen tifo vakası sayısı da 4'tür. (Sağlık Bakanlığı, 2022b) Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Türkiye'deki binlerce sağlık kuruluşundan sadece biri olduğu ve ülkenin sanitasyon açısından Tekirdağ'dan çok daha sorunlu birçok bölgesi olduğu düşünüldüğünde, İZCİ verilerine göre Türkiye genelinde iki yılda 4 tifo vakasının kayda geçmiş olması önemli bir problemin işaretidir. Teknolojik olarak gelişkin bir bilgi sistemi ve gelişkin laboratuvar altyapıları, iyi bir program yönetimini garanti etmemektedir.

Son dönemde, Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı Sağlık İstatistik Yıllıkları'nda sadece 4 bulaşıcı hastalığın–kızamık, HIV/AIDS, sıtma, tüberküloz- yıllık verileri düzenli olarak yer almaktadır. Bazı verilere Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporları'nda veya diğer kaynaklarda ancak düzensiz olarak ulaşmak olanaklıdır. Olguların il ve kişi özelliklerine göre dağılımları ve diğer ayrıntılarına çoğu kez ulaşılamamakta, ya da sistemsiz ve eksik olarak ulaşılmaktadır. Bulaşıcı hastalık verilerinin kalitesine ve veri paylaşımının sistematikten ve şeffaflıktan yoksun oluşuna bakıldığında, COVID-19 pandemisi sırasında ortaya çıkan veri kalitesi, veri gizleme ve veri çarpıtma sorunlarının kökünün pandemiden önceye dayandığı anlaşılabilir.

### 7.3.3. Genişletilmiş Bağışıklama Programı ve Aşı Politikaları

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1974 yılında geliştirilen Genişletilmiş Bağışıklama Programı'na Türkiye 1981 yılında katıldı. Program bütüncül olarak 1985'ten itibaren uygulanmaya başladı (Eskiocak ve Marangoz, 2019). Aşı ile önlenebilen hastalıkların kontrolü ve eliminasyonu için entegre bir program olarak uzun yıllar başarıyla uygulandı. Aşı teknolojisindeki gelişmeler ve epidemiyolojik gereksinimler doğrultusunda yıllar içinde içerik ve takvim yönünden çok sayıda değişiklik yapılmış olmakla birlikte temel yaklaşımının korunduğu söylenebilir. Temel yaklaşımı, belirlenen aşıları bütünleşik bir yapıda ve standart bir takvim çerçevesinde uygulama, toplumun bütününü kapsama,



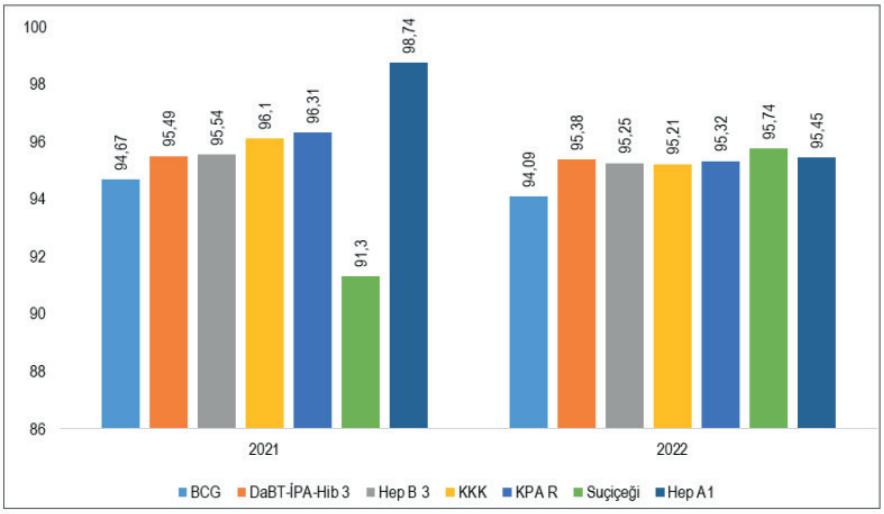
Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 194 23.11.2023 13:18

hedef gruplarda belirlenen bağışıklık düzeyini temin etme ve sürekliliğini sağlama, kitle bağışıklığı yoluyla enfeksiyonların kontrol ve eliminasyonunu sağlama ve sistematik izleme ve değerlendirme olarak ifade edilebilir. Aşıların temini, soğuk zincir güvenliğinin sağlanması, kayıt sistemi ve personel eğitimleri gibi bileşenleri ile birlikte bütünlüklü bir program yapısına sahiptir.

Son yıllarda ortaya çıkan kızamık salgınları bağışıklama programı ile daha önce elde edilmiş olan aşı kapsayıcılık oranlarının gerilemesi ile ilişkilidir. Sığınmacı nüfus başta olmak üzere dezavantajlı grupların bağışıklanmasında sorunlar yaşanmaktadır. Bu toplulukların yaşam alanlarında enfeksiyona duyarlı kümeler halinde bulunmaları, salgınlar için elverişli başlangıç zemini sağlamıştır. Aile hekimliği sisteminin bölge tabanlı değil listeye dayalı olarak kurulmuş olması, bazı durumlarda bağışıklama hizmetini bir bölgeyi tam kapsayıcı olarak sunmayı güçleştirmektedir (Eskiocak ve Marangoz, 2019). Bu olumsuzluklara ek olarak, pandemi sonrasında çocukluk çağı aşılarında da retler artmıştır.

2019 yılından bu yana kızamık salgınları tekrarlayan ataklarla günümüze kadar gelmiş, 2023 salgınında, yılın ilk altı ayında saptanan olgu sayısı 2833 olmuştur (TTB, 2023). Bu vakalar içinde, 1-4 yaş grubundakilerin yaklaşık yarısı aşısızlardan oluşmaktadır. 2013 ve 2015 salgınlarında da vakaların sırasıyla %68,74 ve 78,14'ü aşısızlardan oluşmaktadır (Eskiocak ve Marangoz, 2019). 2016 yılında kızamığın eliminasyonuna yaklaşmış olan Türkiye'de, 2023 yılında kızamık salgını ile mücadele edilir olmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nca yayımlanan 2021 ve 2022 aşılama oranları **Şekil 2**'de sunulmuştur.




**Şekil 2.** Türkiye'de 2021 ve 2022 yılları bağışıklama hızları
(Sağlık Bakanlığı, 2023)

**Şekil 2**'de yer alan değerler Türkiye genelindeki ortalama bağışıklama hızlarıdır. Ancak, ortalama değerler her toplum kesimindeki durumu yansıtmaktan uzaktır. Bölgeler arasında, vatandaşlık durumuna göre ve sosyo-ekonomik duruma göre önemli farklılıklar vardır ve aşılama hızında gözlenen bu eşitsizlikler Genişletilmiş Bağışıklama Programı



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 195 23.11.2023 13:18

kapsamında yer almayan HPV aşısı gibi aşılar söz konusu olduğunda daha da fazladır (Eskiocak, 2021).

Türkiye'de, 90'lı yıllardan başlayarak, "ithal etmek üretmekten daha ucuz" gerekçesi ile aşıların kamu tarafından üretilmesine son verilmiştir. Önce uzunca bir dönem aşı üretim birimlerinin iyileştirilmesi için gerekli kaynaklar ayrılmamış, 1996'da DBT, 1997'de BCG ve zaman içinde diğer aşı ve serumların üretimlerine son verilmiştir. Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü 2011 yılında kapatılmıştır. Böylece, Enstitü'nün 90'lı yıllarda başlayan gerileme sürecine son nokta koyulmuştur.

2009 H1N1 ("domuz gribi") pandemisi, Türkiye'nin aşı politikaları konusundaki kararsızlığının önemli dönüm noktalarındandır. Pandemide en üst düzeyde devlet yetkililerinin aşının gereksizliğine ve aşı yaptırmayacaklarına ilişkin açıklamaları toplumda büyük bir güvensizlik oluşmasına yol açtı. Bunun ardından Sağlık Bakanlığı aşının yararı konusunda açık mesajlar verse de toplumda büyük tereddüt oluştu. İzleyen süreçte, yurt dışından ülke ihtiyacının çok üzerinde ve çok yüksek maliyetle ithal edilen ve sonrasında önemli bir kısmı kullanılamadan kalan aşılar da tartışmalara yol açtı.

Aşı politikalarındaki kararsızlığın bir diğer önemli adımı Anayasa Mahkemesinin 2015 yılında verdiği karar oldu. Bu karar, bağışıklama uygulamaları hakkında düzenlemeler içeren Umumi Hıfzıssıhha Kanununda ve Genişletilmiş Bağışıklama Programı'na ilişkin Genelgede zorunlu aşı uygulamasına dayanak teşkil edecek açık bir düzenleme bulunmadığı gerekçesine dayalı idi. Bu durumda yapılması gereken, çocukların sağlık haklarını korumaya yönelik gerekli yasal düzenlemenin yapılması iken, Sağlık Bakanlığı ve hükümetler konunun üzerine gitmeme yolunu seçtiler. Ortada kalan verili durum, aşı karşıtlarının savlarını hak savunuculuğu söylemi ile güçlendirmelerine yol açtı.

COVID-19 pandemisi ile birlikte hükümetlerin aşı politikaları konusundaki kararsızlığının olumsuz sonuçları daha belirgin olarak ortaya çıktı. Sağlık Bakanlığı'nın COVID-19'a karşı koruyucu etkisi görece düşük inaktif aşıları ithal etmeyi öncelikli tercih olarak belirlemesi, bunu yaparken mRNA aşılarının güvenilir olmadığı yönünde açıklamalar yapması ve bu konuda Bakanlık ile akademik çevreler arasında görüş ayrılığı ortaya çıkması toplumda aşı kararsızlığının daha da artmasına yol açtı. Sonraki süreçte, Sağlık Bakanlığı'nın mRNA aşılarının da güvenilir ve etkili olduğunu kabul etmesi ve ithal edilerek uygulamaya başlamasına rağmen, kamuoyunda oluşan güvensizlik devam etti. Aşı kararsızlığı ve aşı reddi tutumları COVID-19 pandemisi sürecinde Türkiye'de diğer birçok ülkeden daha fazla etkili oldu.

COVID-19 pandemisi sürecindeki en önemli gelişmelerden biri yerli aşı geliştirme ve üretme çalışmalarıdır. Ülkenin kendi aşısını üretme kapasitesinin ne kadar önemli olduğu bu dönemde açıkça görülmüş ve yerli aşı geliştirme ve üretme çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışmaların kaotik bir iletişim ortamında ve şeffaflıktan uzak olarak yürütülmesi çeşitli spekülasyonlara yol açmış olsa da bu çalışmalarla sağlanan bilgi birikimi ve teknik kapasite ileriye dönük olarak önemli bir kazanımdır.

Yerli aşı etkinlik çalışmalarının sonuçları uzunca bir süre açıklanmaması, açıklama yapılmadan ve programa dahil edilerek uygulanmaya başlanması ve etkinlik çalışması so-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 196 23.11.2023 13:18

nuçlarının çok sonra açıklanması eleştiri konusu oldu. Aşı etkinlik çalışması sonuçları açıklandığında, yerli aşının etkinliğini karşılaştırmak için referans olarak Çin'de üretilen düşük etkili inaktif aşıların seçilmiş olduğu ve sonuçta yerli aşının bu aşılardan "daha az etkili olmadığı"nın saptandığı anlaşıldı. Esasen son derece değerli olan ve gelecek için ümit verici bir gelişme olan yerli aşı geliştirme ve üretme çalışmalarının değeri oluşan güvensizlik ortamında gölgelendi.

Sağlık Bakanlığı, 2011 yılında kapatılan Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü yerine, Ankara'da Hıfzıssıhha Türkiye Aşı ve Biyoteknolojik Ürün Araştırma ve Üretim Merkezi'nin kuruluş çalışmalarının sürdüğünü açıklamıştır. Merkezin Türkiye'nin aşı gereksinimi karşılayacak araştırma geliştirme ve üretim kapasitesine sahip olacağı belirtilmiştir. Bundan başka, TUBİTAK Marmara Araştırma Merkezi bünyesinde Gebze'de TUBİTAK Aşı ve İlaç Geliştirme Kampüsü'nün açılışı yapılmıştır. Kampüs'te, KBRN tehditlerine karşı savunma ürünlerinin test ve sertifikasyonlarının yapılacağı Ulusal Biyolojik ve Kimyasal Test Merkezi ve aşı ve ilaç geliştirme çalışmalarının yapılacağı Medikal Biyoteknoloji Mükemmeliyet Merkezi kurulduğu belirtilmiştir.

Yerli aşı geliştirme ve üretme kapasitesinin geliştirilmesi hem halk sağlığı hem de ulusal güvenlik açısından stratejik önemdedir. Aşıların Türkiye'de üretilmesi kadar, kamunun sahipliğinde üretilmesi de hayati önemdedir. Kurulmakta olan yerli aşı geliştirme ve üretme çalışmalarının kamu-özel ortaklığı anlayışından ve ekonomik fayda önceliklerinden uzak tutulması gerekir.

### 7.3.4. Yeni ve Yeniden Görülen Enfeksiyonlar

1918-1919 İspanyol gribi pandemisi, Türkiye'nin Birinci Dünya Savaşı'ndan yeni çıktığı, Milli Mücadele'nin başlangıç dönemine denk düşüyordu. Bu pandeminin Türkiye'deki etkisine dair kapsayıcı sayısal veriler olmamakla birlikte, dünyadakine benzer düzeyde etkili olduğuna dair bilgiler mevcuttur (Tantay, 2007; Temel, 2020). Dünya genelinde nüfusun üçte biri hastalandığı ve hastalar arasında fatalite hızının %2,5 olduğu düşünülürse, Türkiye'de de hastalığa bağlı çok sayıda ölüm meydana geldiği tahmin edilebilir.

Cumhuriyet'in yüzüncü yılında yeni ve yeniden önem kazanan bulaşıcı hastalıklar artık daha önemli, daha büyük bir tehdit haline gelmiş durumda. Ekolojik sorunlar, hızlı ve büyük ölçekli uluslararası nüfus hareketleri, hayvan ticareti, kötü tarım ve hayvancılık uygulamaları, nüfus artışı ve yaşlanması, yoksulluk, anti bakteriyel ve biyosidal ürünlerin aşırı kullanımı gibi etkenler bu tür hastalıkların daha sık ortaya çıkmasına ve daha geniş coğrafyada etki göstermesine neden olmakta. Bunlarla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü Güney-Doğu Asya Bölgesi'nin 1996 yılında yayımladığı raporda, yeni ve yeniden görülen enfeksiyon hastalıkların yayılmasına –ve etkili olmasına- katkı yapan en önemli faktörün birçok ülkede halk sağlığı hizmetlerine önem verilmemesi ve desteklenmemesi olduğu belirtilmiştir (WHO, 1996).

Yeni ortaya çıkan, yeniden görülmeye başlayan ve önem kazanan enfeksiyon hastalıklarına karşı sağlık sistemleri ve toplum hazırlıksızdır; bu hastalıkların tedavileri çoğu kez bilinmez ve hazırda aşıları yoktur. Sadece çok sayıda kişinin hastalanmasına ve ölmesine yol açmakla kalmayıp, beklenmedik etkileriyle önemli toplumsal ve ekonomik zararlara



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 197 23.11.2023 13:18

yol açarlar. SARS, MERS, kuş gribi, zika virüs enfeksiyonu, ebola virüs enfeksiyonu, maymun çiçeği, Batı Nil ateşi ve diğer çok sayıda hastalık son on yıllarda önemli halk sağlığı acilleri olarak ortaya çıktılar. Grip virüsleri, sürekli yenilenen genetik yapılarıyla kronik bir tehdit halini aldı. HIV enfeksiyonu ve COVID-19 pandemileri küresel ölçekte ağır halk sağlığı zararlarına yol açtılar.

Türkiye'de 2006'da yaşanan kuş gribi salgını kamuoyu gündemine büyük ölçekli yansıyan salgınlardan biri oldu. 12'si doğrulanan 21 insan olgusu saptandı, 4 kişi hayatını kaybetti. Salgının ağır sosyal ve ekonomik etkileri oldu. Sağlık sisteminin bu tip sorunlara hazırlıksız olduğu gözlendi. Tarım ve Orman Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında koordinasyon eksiklikleri yaşandı (Küçükkaya ve Erbaydar, 2012; Sarıkaya ve Erbaydar, 2007). Bugün, kuş gribi salgınlarının tekrarlaması için bütün koşullar yerinde durmaktadır. Bundan başka, H5N1 virüsünün evrim sürecinin, insandan insana kolay geçişi sağlayacak bir aşamaya ulaşması halinde, büyük bir pandemi ortaya çıkması olasıdır. Kuş gribi hastalığının yüksek fatalite hızı nedeniyle, böylesi bir pandeminin yol açacağı mortalite çok yüksek olabilir.

Türkiye'nin taraf olduğu Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi'nin 2023'te yayımlanan 8. Ulusal Bildirim'inde "Halk Sağlığı" başlığı altında, Türkiye'de aşırı iklim olaylarının etkisi ile vektörler ve kemirgenlerle bulaşan hastalıkların artabileceği belirtilmiş, bu grupta tehdit oluşturan bulaşıcı hastalıklar olarak, sıtma, dang humması, sarı humma ve Lyme hastalığı sayılmıştır. (2019'daki 7. Bildirim'de tehditler olarak sayılan tularemi ve Kırım-Kongo kanamalı ateşi hastalıkları 2023'te tehditler arasında yer almamıştır). Metinde, kuduz, HIV/AIDS, kızamık ve tüberküloz hastalıkları da sıklığında artış beklenen bulaşıcı hastalıklar olarak sayılmıştır. Ayrıca temiz su temini ile ilgili sorunların olduğu yerlerde su kaynaklı enfeksiyonların, gastroenteritlerin, kolera, tifo, paratifo gibi hastalıkların ve bunlara bağlı ölümlerin artması olasılığı olduğu belirtilmiştir (Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 2023).

Kırım-Kongo kanamalı ateşi, Türkiye'de 2002 yılından beri görülen, günümüzde endemik nitelik kazanmış bir hastalıktır. 2002'den itibaren vakalar artmış, en fazla yıllık olgu sayısı 2008 ve 2009 yıllarında (1315 ve 1318 olgu) gözlenmiş, sonrasında azalarak 2018 yılında 479 olgu saptanmıştır (Saka ve Satar, 2021). COVID-19 pandemisi ile birlikte kırsal alanlarla vektör temasının artması sonucu, Kırım-Kongo kanamalı ateşi olgularının arttığı bildirilmiştir.

Yeni ortaya çıkan hastalıkların büyük çoğunluğu başlangıç olarak zoonotik ve/veya vektörlerle bulaşan hastalıklardır. Etken çoğunlukla hayvanlarda önceden beri bulunan bir mikroorganizmadır. Bu mikroorganizma evrimleşerek hayvan-insan tür bariyerini aşabilir, insandan insana geçiş yeteneği kazanabilir. Vektörle bulaşan bir mikroorganizma, vektör ekolojisindeki değişimlere bağlı olarak, önceden görülmediği bölgelerde görülmeye veya ender görüldüğü yerlerde sık görülmeye başlayabilir. Kentleşme, değişen iklim ve çevre koşulları ve demografik değişim bu tür yeni ve yeniden görülen enfeksiyonlara uygun zemin hazırlar.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 198 23.11.2023 13:18

İklim değişikliğine bağlı vektör ekolojisindeki değişimler vektörle bulaşan ve zoonotik hastalıkların görülmesini önemli ölçüde etkilemektedir. Kırım Kongo kanamalı ateşi hastalığının Türkiye'de 2002 sonrası görülmeye başlaması, kısmen önceki dönemlerde bazı vakaların saptanmamış olmasıyla ilişkili olabilir; ancak ağırlıklı olarak iklim değişikliği sonucu vektör populasyonu artışına bağlı bir sonuçtur. Vektörlerin coğrafi yayılımında ve nüfusundaki değişiklikler, Kırım Kongo kanamalı ateşi, Batı Nil ateşi, Lyme hastalığı, Hantavirüs enfeksiyonu, Deng humması gibi hastalıkların görülmeye başlamasının, şark çıbanı, tularemi gibi önceden var olan hastalıkların ise sıklığının artmasının veya salgınlar olarak karşımıza çıkmasının başlıca nedenleri arasındadır (Pala, 2019).

İklim değişikliğinin önemli etkilerinden biri, önümüzdeki yıllarda Türkiye'de etkisini artıracak olan su krizidir. Yeterli miktarda temiz suyun sağlanamadığı durumda insanların güvenli olmayan su kaynaklarını daha fazla kullanmaya başlayacakları açıktır. Bunun sonucunda fekal-oral yolla bulaşan hastalıkların artması tehlikesi vardır.

Biyoçeşitliliğin azalması, vektör ekolojisini etkileyen diğer bir faktördür. Kemiricilerin doğal düşmanları olan yılanlar, yabani kuşlar ve diğer hayvanların tür ve sayıca azalması kemirici nüfusunun artmasına yol açmaktadır. Türkiye'de tularemi salgınları -diğer ülkelerdeki çoğu örnekten farklı olarak- kenelerin insana tutunması ile değil, enfekte kemirici çıkartıları ile kontamine olmuş doğal su kaynaklarının insanlar tarafından doğrudan kullanılması sonucu meydana gelmektedir. Bir başka ifadeyle, tularemi salgını görülen bir bölgede iki sorunun üst üste gelerek bu sonucu doğurduğu düşünülebilir: temiz su temini sorunu ve kemirici sorunu. Kemiricilerin çıkartıları ile suların kontamine olması yoluyla insana bulaşan diğer bir hastalık olan hantavirüs enfeksiyonu da 2004 yılından bu yana özellikle Karadeniz bölgesinde yoğun yağış ve taşkınlar sonrasında oluşan salgınlarla kendini göstermektedir. Tularemi, hantavirüs, leptospirozis hastalıkları yol açtıkları doğrudan etkiler açısından bakıldığında yüksek mortalite ve hastalık yükü oluşturmadıkları düşünülebilir. Ancak bu hastalıkların varlığı, aynı bulaşma yollarını izleyerek daha büyük etkiler yaratabilecek salgınların oluşma potansiyelinin var olması anlamına geldiği için önemli görülmelidir.

2000'li yıllarda Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından yürütülmeye başlanan, zoonotik hastalıkların önlenmesine yönelik dış destekli "proje" yapısındaki çalışmalar Tarım ve Orman Bakanlığı'nın kapasite gelişimine katkı sağlamıştır. Ancak proje yapısındaki çalışmaların sağladığı yararlar her zaman kalıcı olmamaktadır. Laboratuvar ve teknik kapasitenin ve insangücü kapasitesinin etkili kontrol çalışmaları yürütmek üzere artırılması gereklidir. Tarım ve Orman Bakanlığı 2022 İdari Faaliyet Raporuna göre, Bakanlığın bünyesinde merkez ve taşra teşkilatındaki toplam veteriner hekim sayısı 6934'tür. Bu sayının az olduğu açıktır. Kesimhanelerde yapılan hayvan taşıyıcılığı taramalarında kistik ekinokokkoz sıklığının Doğu Anadolu'da %31,7 ile %46,4 arasında İç Anadolu'da %4,9, Karadeniz Bölgesinde %6,5, Marmara bölgesinde (Tekirdağ'da) %22,9 olması (Altıntaş et al., 2020) hayvan sağlığı ve zoonotik hastalıkların kontrolü alanında sorunlar olduğunu gösterir. **Tablo 7**'deki verilere göre insan kistik ekinokokkoz insidansında da son yıllarda önemli artış söz konusudur.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 199 23.11.2023 13:18

Hayvan sağlığı ve refahının, Onbirinci Kalkınma Planı'nda Tarım ve Orman Bakanlığı'nın sorumluluğunda olduğu belirtilen politikalar arasında ve Tarım ve Orman Bakanlığı 2019-2023 stratejik planında yer alan amaç ve hedefler arasında, çok kısıtlı olarak ele alındığı, sorumlulukların ve amaç ve hedeflerin ağırlıklı olarak ekonomik çerçevede tanımlandığı görülmektedir. Planda, hayvanlardan insanlara geçen bulaşıcı hastalıklardan bahsedilmemektedir. Bu yaklaşımla, örneğin Kırım Kongo kanamalı ateşi gibi hayvanlarda hastalık yapmayan ama hayvan sağlığı sorunları nedeniyle insanlara bulaşan bir hastalığın Tarım ve Orman Bakanlığı'nın sorumluluk alanında yer bulması zor olmaktadır. Bunun bir göstergesi, Tarım ve Orman Bakanlığı, Kırım-Kongo kanamalı ateşi riskini azaltmak için sığırlarda kene kontrolünün sağlanması amacıyla kullanılacak harici ektoparaziter veteriner tıbbi ürünleri 2020 yılına kadar Sağlık Bakanlığı'ndan talep etmesidir (Tarım ve Orman Bakanlığı, 2021).

Zoonotik hastalıkların kontrolü için Sağlık Bakanlığı ve Tarım ve Orman Bakanlığı başta olmak üzere farklı kurumlar arasında paylaşılmış işlevlerin koordineli yürütülebilmesi için Türkiye Zoonotik Hastalıklar Milli Komitesi 1991 yılında kuruldu. Komitenin dayandığı "tek sağlık" yaklaşımı zoonotik hastalıkların önlenmesi açısından değerlidir. Ancak, Milli Komite'nin etkili bir çalışma yürütmesi uzun bir süre sağlanamamıştır.

2018'de yenilenen bir protokolle Türkiye Zoonotik Hastalıklar Milli Komitesi yeniden yapılandırılmış ve 2019-2023 Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı hazırlanmıştır. Eylem Planı, önemli bilgiler, hedefler ve aktivite planları içeren, olumlu yaklaşıma sahip bir metin olmakla birlikte, brusella, şarbon, tularemi, kistik ekinokokkoz, toksoplazmoz, Batı Nil ateşi, leptospiroz, Lyme ve diğer birçok hastalığı tek tek kontrol etmeyi hedefleyen bir yapıda olması ve hedeflerin somut ölçütlerle tanımlanmaması Eylem Planı'nın zayıf yanını oluşturmuştur. Ayrıca hedeflerin genel niyetler olarak ifade edilmesi ve ölçütlerinin belirtilmemesi de yapılması istenen çalışmaları belirsizleştirmektedir. Eylem Planının en zayıf yanı ise kurumlar için bağlayıcılığı olmamasıdır. Plana göre 6 aylık ilerleme raporları ve yıllık raporlar hazırlanması gerekmektedir ve Eylem Planı'nın izlenmesi ve değerlendirilmesi görevi Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından yapılacaktır. Bugüne kadar, Sağlık Bakanlığı'nca yayımlanmış veya ilgili Daire Başkanlığı'nın kurumsal web sayfalarında yer alan, yayımlanmış herhangi bir izleme raporu bulunmamaktadır.

Türkiye Zoonotik Hastalıklar Milli Komitesi'ni daha işlevli kılabilmek için Komite'nin özünde var olan "tek sağlık" yaklaşımının hükümetlerin sağlık politikalarında öncelikli yer bulması, hazırlanan Eylem Planlarının gerçek hedefleri içermesi ve böylece planlarda belirtilen etkinliklerin kurumlar tarafından gerçekten uygulamaya konması gereklidir.

Avrupa Birliği uyum sürecinde Tarım ve Orman Bakanlığı'nca zoonotik hastalıkların kontrolüne yönelik önemli düzenlemeler yapılmıştır. Zoonozlar ve zoonotik etkenlerin izlenmesine dair Avrupa Birliği Konsey Direktifi ile uyumlu olarak hazırlanan "Zoonozlar ve Zoonotik Etkenler, İlgili Antimikrobiyal Direnç ve Gıda Kaynaklı Salgınların İzlenmesi Yönetmeliği" 2011 yılında Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Tarım ve Orman Bakanlığı'nca 2010 yılında yayımlanan Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu ile buna bağlı hayvan sağlığı ile ilgili çeşitli Yönetmelikler de Tarım ve



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 200 23.11.2023 13:18

Orman Bakanlığı'nın zoonotik hastalık kontrolü konusundaki misyonunu yerine getirmesine yönelik önemli düzenlemelerdir. 2010 yılında açılan Gıda Güvenliği, Veterinerlik ve Bitki Sağlığı Politikası Faslı kapsamında yapılan mevzuat çalışmaları da hayvan sağlığını, gıda güvenliğini ve bunlarla ilişkili insan sağlığını olumlu etkileyecek düzenlemelerdir.

İnsan sağlığı alanında olduğu gibi, hayvan sağlığı alanında da sürveyans çalışmalarının ana bileşenlerinden biri geribildirimi ve raporlanmadır. Hayvan hastalıkları, hayvanlarda antibiyotik kullanımı, antimikrobiyal direnç gibi çeşitli başlıklarda düzenli raporların yayımlanması ve erişime açık olması gerekir.

Yeni ve yeniden önem kazanan bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için pandemi hazırlık planlarının hazırlanması ve bu planların tatbikatlarının yapılması önemlidir. Pandemik influenza için hazırlık planı çalışması 2004 yılından itibaren başlamış ve 2006 yılında Pandemi Hazırlık Planı tamamlanarak Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. Buna bağlı silsile halinde İl ve İlçe hazırlık planları yapılmıştır. 2009 yılında yaşanan influenza pandemisinden sonra, planlar yeniden çalışılmış ve 2019 yılında "Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı" hazırlanmıştır.

Influenza sürveyansı, 2004 yılında yayımlanan Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi kapsamında başlatılan çalışmalardandır. 2005 yılında senetinel IBH (influenza benzeri hastalık) sürveyansı, ve 2015 yılında SARI (ağır akut solunum yolu enfeksiyonu) sürveyansı başlatılmıştır. 2015 yılından bu yana haftalık İnfluenza Sürveyans Raporları düzenli olarak raporlanmakta ve erişime açık olarak paylaşılmaktadır. Bu bilgi paylaşımı, diğer konularda da uygulanmak üzere iyi bir örnek niteliğindedir. Düzenli işleyen sürveyans sitemleri, sorunları ve sorunların nitelik veya niceliğindeki değişimleri erken saptamak, doğru tanımlamak ve zamanında etkili müdahale edebilmek için önemlidir. Yeni ve yeniden önem kazanan enfeksiyon hastalıkları söz konusu olduğunda bu kapasite ve deneyim daha da önemlidir.

COVID-19 pandemisinde 2022 yılı sonuna kadar resmi verilere göre Türkiye'de 17 milyondan fazla vaka ortaya çıktı ve 100 binden fazla kişi COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetti. Pandemi süreci Türkiye'nin sağlık sisteminde var olan zaafların katlanarak açığa çıktığı bir süreç oldu. En büyük sorun salgını sahada karşılayacak bir temel sağlık hizmetleri yapılanmasının bulunmaması idi. Sözleşmeli muayenehaneler (Aile Hekimliği Birimi) ve müşterek muayenehanelerden (Aile Sağlığı Merkezi) oluşan birinci basamak örgütlenmesi pandemiye sahada müdahale için uygun olmadığından, salgın büyük ölçüde hastanelerde karşılanmaya çalışıldı. Halk sağlığı yaklaşımı yerine, salt klinik bakış açısı ile pandemi yönetilmeye çalışıldı. Bilim insanları ve meslek örgütleriyle işbirliği sağlanmadı. Önemli veriler paylaşılmadı veya eksik ve çarpıtılmış olarak paylaşıldı. Zaman zaman salgını hangi kurumsal yapının yönettiği belirsizleşti; Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Cumhurbaşkanlığı arasında rollerin dağılımının belirsiz olduğu görüldü. Toplumda oluşan güven bunalımı bilim dışı söylentilerin, bilim karşıtlığının, aşı karşıtlığı ve aşı kararsızlığının çok artmasına yol açtı. Pandemi sonrasında, bugün dahi aşı kararsızlığı ve aşı karşıtlığı tutumlarının güçlenmiş olarak devam ettiği, bunların mevcut bağışıklama programlarını olumsuz etkilediği görülüyor.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 201 23.11.2023 13:18

Bundan sonra ortaya çıkabilecek çeşitli yapıdaki halk sağlığı krizlerine karşı bugünden yapılması gereken, COVID-19 pandemisinden dersler çıkarmak, bu doğrultuda eksikleri ve zaafları gidermektir. Ancak, bunun yapılmıyor olduğu, eleştiri, değerlendirme ve istişare süreçlerinin işletilmediği, pandeminin "neyse ki sonunda bitti" yaklaşımıyla geride bırakılmak istendiği görülüyor. Bu, önümüzdeki dönem karşılaşabileceğimiz yeni ve yeniden önem kazanan bulaşıcı hastalıklara karşı hazırlıklı olmak, hızlı yanıt üretebilmek, oluşacak krizlerin etkisini azaltabilmek açısından tehlikeli bir tutumdur.

Yeni ve yeniden önem kazanan bulaşıcı hastalıklara karşı etkili önlemler alabilmek, görüldüklerinde en az zararla kontrol altına almak için sağlık sisteminin bu risklere yönelik dirençli yapıda olması gerekir. Kuraklık bilgisi olmadan tarım yapılamayacağı, deprem bilgisi ve hazırlığı olmadan binalar ve şehirler inşa edilemeyeceği gibi, salgınlara ve yeni ortaya çıkacak halk sağlığı sorunlarına karşı yapısal ve işlevsel olarak hazırlıklı olmayan bir sağlık sistemi de düşünülemez.

Bunun için öncelikle yapılması gereken, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, var olan yapıyı kamusal sağlık hizmeti anlayışıyla yeniden yapılandırmaktır. Aile sağlığı birimlerinin coğrafi bölge tabanlı nüfusa hizmet vermesi, bulundukları bölgede kamu sağlık otoritesi olması, bulaşıcı hastalık tehdidi oluşturacak çevresel, gıda veya tarımla ilişkili, riskleri yerinde ortadan kaldırmaya yönelik bilgi, otorite ve lojistik olanaklara sahip birinci basamak sağlık kuruluşları olması gereklidir. Hastaneler sahadaki önlemlerin yeterli olmadığı yerde devreye girecek destek sistemleri olarak düşünülmelidir.

Mevzuatta zaten yeri olan İl ve İlçe Hıfzıssıhha Kurulları'nın işlerliği iyileştirilmelidir. Pandemi sürecinde yapılan en önemli girişimlerden biri "yerinde karar" mekanizmalarının işletilmesi denemesi idi. Ne yazık ki, İl ve İlçe düzleminde karar inisiyatifi oluşturacak özellikte Hıfzıssıhha Kurulu çalışması çoğu yerde yapılamadı ve kısa bir süre sonra "yerinde karar" uygulamasından vaz geçildi. Bu mekanizmanın işletilebilmesinin başlıca koşulu, İl ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinde bölge sağlık yönetimi yapısının güçlendirilmesidir. Sadece merkezi olarak planlanmış programların ve kararların yerel uygulayıcıları olmak yerine, bu Müdürlüklerin epidemiyolojik değerlendirme, risk analizi, öncelik saptama, müdahale planlama, raporlama ve geribildirim yapma kapasitelerinin olması gereklidir. Var olan bilgi sistemlerinin verimli kullanılması da bu şekilde mümkündür. Halk sağlığı uzmanları bu süreçte en kritik insan gücü olarak değerlendirilmelidir. Bu kapasiteye sahip İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri, İl ve İlçe Hıfzıssıhha Kurullarının yerinde ve halk sağlığı bilgisine dayalı kararlar vermesini sağlayabilirler.

90'lı yıllarda bu yana, bakterilerin ve virüslerinin genom sekanslarının saptanması çalışmaları dünyada hızla ilerlemiş ve genetik yapının incelenmesine dayalı çalışmalar, bulaşıcı hastalıklar epidemiyolojisinde giderek artan yer bulmaya başlamıştır. Yeni ve yeniden ortaya çıkan hastalıklar söz konusu olduğunda, virüs ve bakterilerin genetik yapılarının analizi ve buna dayalı değerlendirmeler daha da önemli olmaktadır. COVID-19 pandemisi sırasında Türkiye'nin bu alandaki laboratuvar kapasitesinin yetersiz olduğu ve bunun önemli bir eksiklik olduğu açıkça görülmüştür. Moleküler mikrobiyolojik incelemelerin, sekans analizlerinin Türkiye'de yapılabilmesi, yeni durumlara hızlı yanıt verilebilmesi ve nicel kapasitenin de büyük ölçekli sorunları karşılayabilecek seviyede yüksek olması ulu-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 202 23.11.2023 13:18

sal güvenlik konusu olarak görülmeli ve özellikle Sağlık Bakanlığı'nın kendi laboratuvar kapasitesinin nitel ve nicel yeterliliği artırılmalıdır.

### 7.3.5. Antimikrobiyal Direnç ve Hastane Enfeksiyonları

Antibiyotikler, insanlığın hastalıklara karşı en büyük başarılarından biri oldu. Antimikrobiyal direnç ise bu büyük başarının sonunu getirmek üzere büyüyen bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü, antimikrobiyal dirence bağlı her yıl 700.000 ölüm meydana geldiğini bildirmiştir ve antimikrobiyal direnç sorununun insanlığın önündeki 10 büyük halk sağlığı tehdidinden biri olduğunu belirtmiştir. Enfeksiyon hastalıklarının tedavisinin güçleşmesi, bu hastalıklara bağlı mortalitenin ve yeti kayıplarının artması yanında, antimikrobiyal direnç kanser tedavileri ve cerrahi girişimlerle sağlanan başarıları da tehdit etmektedir. Hastane enfeksiyonları hem hastalığa bağlı mortalite ve morbiditeyi artırmakta hem de doğrudan tedavi giderlerini ve hastanede yatış süresini uzatarak sağlık sistemi üzerinde de önemli yük oluşturmaktadır.

Antimikrobiyal direnci, mikroorganizmaların var olma mücadelesi olarak görmek gerekir. Direnç geliştirerek varlığını sürdürmeye çalışan yeni ve daha donanımlı mikroorganizmalara karşı her zaman yeni antimikrobiyaller geliştirilmesi olasıdır; ancak, bu ilaçlar da her seferinde daha pahalıya mal olacaktır. Daha pahalı ilaçlar daha az kişi için ulaşılabilir olacaktır. Bu, Türkiye gibi ilaç üretiminde dış bağımlılığı yüksek ülkeler için daha büyük bir sorundur. Akılcı antibiyotik kullanımı, bu süreci yavaşlatmak üzere önemli bir stratejidir ve uygulanmalıdır; ancak mikroorganizmaların evrim sürecini tümüyle durdurmak olanaksızdır. Bu nedenle çoklu stratejiler uygulanmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü, 2015 yılında yayımlanan ve antimikrobiyal direnç konusunu ele alan raporunda, hayvan ve insan sağlığı için akılcı antibiyotik kullanımının yanı sıra, başlıca stratejiler arasında etkili sanitasyon, hijyen ve enfeksiyon kontrol önlemleri ile enfeksiyon insidansının azaltılmasının gerekliliğini vurgulamıştır. Bağışıklama, sağlıklı beslenme yoluyla genel bağışıklığın desteklenmesi, temiz su temini, kamusal olarak kullanılan kapalı alanların iyi havalandırılması, kentsel sanitasyon altyapılarının iyileştirilmesi gibi yollarla önlenecek her enfeksiyon olgusu bu süreçte büyük kazanım olarak görülmelidir. Bu, hem antimikrobiyal kullanımını azaltarak direnç gelişmesini yavaşlatmayı, hem de direnç geliştirmiş olan mikroorganizmalara maruziyeti azaltmayı sağlayacaktır.

Sağlık Bakanlığı girişimiyle ve Tarım ve Orman Bakanlığı, SGK gibi kurumların katılımlarıyla geliştirilen Ulusal Antimikrobiyal Direnç Stratejik Eylem Planı (2018-20123) bir dizi stratejik hedef içermektedir. Bunlar, Akılcı antibiyotik kullanımı için koordinasyon, ulusal antibiyotik tüketim sürveyansı geliştirilmesi, ulusal antimikrobiyal direnç sürveyansı geliştirilmesi, hastane enfeksiyonu sürveyansının güçlendirilmesi, hayvan sağlığı alanında antibiyotik kullanımı sürveyansının güçlendirilmesi, yeni ilaç teknolojileri geliştirilmesi, sağlık çalışanları ve toplum farkındalığının artırılmasıdır.

Ulusal Antimikrobiyal Direnç Stratejik Eylem Planı'ndaki stratejilere yakından bakıldığında konunun neredeyse insan ve hayvan sağlığı için akılcı ilaç kullanımı ile sınırlı görüldüğü, farklı stratejiler olarak sayılan maddelerin aslında hepsinin tek bir stratejinin alt başlıkları olduğu görülür. Farklı olan sadece yeni ilaçlar geliştirilmesi stratejisidir; o da za-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 203 23.11.2023 13:18

ten antmikrobiyal direnç gelişimini önlemekle ilişkili değildir. 2015'te yayımlanan Dünya Sağlık Örgütü raporunda önemle vurgulanan, sanitasyon ve diğer sağlığı koruyucu önlemlerle enfeksiyonların insidansının azaltılması stratejisine Ulusal Eylem Planımızda yer verilmemesi önemli bir eksikliktir. Sorunları sadece klinik uzmanlık alanlarının perspektifiyle ele almak önemli bir eksikliktir. Bu, COVID-19 pandemisini hastanelerde göğüslemeye çalışan, sürveyansı hastane tabanlı hale getiren, bulaşıcı hastalık kontrol programlarını sadece tekil hastalıklar bazında ele alan yaklaşımların bir benzeridir.

Ulusal Antimikrobiyal Direnç Stratejik Eylem Planı'nda yer alan, sürveyans sistemlerinin kurulması ve var olanların güçlendirilmesi hedefi, önemli bir kazanımdır. Türkiye'de Ulusal Antimikrobiyal Direnç Sürveyans Sistemi 2011'de kurulmuştur. Hayvancılık alanında da 2011 yılında yayımlanan "Zoonozlar ve Zoonotik Etkenler, İlgili Antimikrobiyal Direnç ve Gıda Kaynaklı Salgınların İzlenmesi Yönetmeliği"ne bağlı olarak sürveyans sistemleri kurulması öngörülmüştür. Bu yönetmelikle ve Ulusal Antimikrobiyal Direnç Stratejik Eylem Planı ile hayvan sağlığı uygulamalarında aşırı ve gereksiz antibiyotik kullanımının sınırlandırılması konusunun kapsam içine alınması önemlidir. Yönetmelik Tarım ve Orman Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasındaki ortak çalışma usullerine ilişkin kuralları da belirlemektedir. Yönetmeliğin tam olarak uygulanması ve sürveyans verilerinin raporlanıp yayımlanması önemli bir gelişme olacaktır.

Antimikrobiyal direnç sorunu ile kol kola ilerleyen diğer bir halk sağlığı sorunu sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar, diğer adıyla hastane enfeksiyonlarıdır. Türkiye'de bu konudaki düzenlemeler 1974 yılında Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'nde hastanelerde "İnfeksiyon Komitesi"nin üyeleri ve görevlerinin tanımlanmasına uzanır. 1983 yılında Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastane enfeksiyonlarının önlenmesi çalışmaları tanımlanmıştır. 2004 yılında başlayan ulusal ölçekli bir sürveyans sistemi kurma çalışmaları çeşitli aşamalardan geçerek ilerlemiş, bugün yürütülmekte olan "Türkiye Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonları Önleme ve Kontrol Programı 2019-2024" ve buna bağlı "Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Sistemi"oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı 2008-2017 hastane enfeksiyonu sürveyans verilerine göre, hastane enfeksiyonları insidansı, daha komplike olguların görüldüğü Üniversite hastanelerinde en yüksektir; bunu Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Devlet Hastaneleri izlemekte, özel hastanelerde ise en düşük sıklık gözlenmektedir. Yürütülen kontrol programlar ve standartların iyileştirilmesi ile 2008'den 2017'ye kadar yoğun bakım ünitelerinde santral kateter ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu hızı 1000 kateter gününde 5,68'den 3,77'ye; üriner kateter ile ilişkili üriner sistem enfeksiyonu hızı 1000 üriner kateter gününde 5,22'den 1,79'a; ventilatör ile ilişkili pnömoniler 1000 ventilatör günü başına 17,26'dan 5,2'ye gerilemiştir. 2016 ve 2017 yıllarında, sırasıyla, toplam 59.174 ve 61.745 hastane enfeksiyonu bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

2008 – 2017 yılları arasında sağlanan iyileşme bilim dünyası ile iyi entegre olmuş kontrol programlarının önemini ortaya koymaktadır. Diğer yandan, yıllık "Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı Özet Raporu" verilerine göre Türkiye'de 2019'dan 2022'ye antibiyotik direnç oranlarında ciddi düzeyde artışlar gözlenmiştir. Bu durum,



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 204 23.11.2023 13:18

kontrol çalışmaları ile sağlanan kazanımların önümüzdeki dönemde antimikrobiyal direnç gelişimi nedeniyle kaybedilmesi riskini doğurmaktadır.

### 7.3.6. Bulaşıcı ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrol Programlarının Entegrasyonu

HIV enfeksiyonu, tüberküloz ve diğer bazı enfeksiyonlar kronik hastalık özellikleri taşırlar. Çok sayıda enfeksiyon hastalığı doğrudan veya dolaylı olarak diğer kronik hastalıkların etyolojisinde doğrudan veya dolaylı rol oynarlar. Serviks, karaciğer ve mide kanserlerinin önemli ölçüde enfeksiyon etkenlerine bağlı olarak oluştuğu biliniyor. Hamilelikte geçirilen bazı enfeksiyonlar çocukta ağır kronik tablolara yol açabilir. Birçok bulaşıcı olmayan hastalık, enfeksiyon hastalıkları için davranışsal, metabolik ve çevresel risklere yol açabiliyor. Kronik hastalıklara ve beslenme yetersizliğine bağlı olarak, spesifik olmayan bağışıklığın azalması sonucunda enfeksiyon hastalıkları daha ağır ve ölümcül seyredebiliyor. Hastane enfeksiyonları kronik hastalıkların prognozunu büyük ölçüde etkileyebiliyor. COVID-19 pandemisi de bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar arasındaki yakın etkileşimi belirgin bir şekilde yeniden ortaya koydu. Pandemide belirli kronik hastalıkları olanlar hastalığı daha ağır geçirdiler ve daha fazla hayatlarını kaybettiler. Diğer yandan COVID-19 geçirenlerin bazıları önemli kronik rahatsızlıklarla hayatlarını sürdürmek zorunda kaldılar.

Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların birbiri ile bu yoğun etkileşimi, önümüzdeki dönemlerde bulaşıcı olmayan hastalık kontrol programları ile bulaşıcı hastalık kontrol programlarının daha fazla birlikte düşünülmesini gerektiriyor (WHO ve UNDP, 2020; WHO, 2023). Epidemiyolojik değişim sürecinde ağırlığın bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayanlara doğru kayması -bu açıdan bakıldığında- enfeksiyon hastalıklarının gündemden çıkması olarak değil, bulaşıcı olmayan hastalıklarla daha fazla iç içe geçmesi olarak görülebilir.

Bu iki alandaki programların entegrasyonu mali, yönetimsel /örgütsel ve klinik düzlemlerde yapılmalı ve sağlık bilgi sistemleri önümüzdeki dönemde bu yönde geliştirilmelidir. Birinci basamak hizmetlerinin hastalık kontrol programlarının temel basamağı olarak güçlendirilmesi; birinci basamak hizmetleri ile ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinin entegre edilmesi ve merkez, il ve ilçe sağlık yönetim birimlerinde program yönetiminde halk sağlığı uzmanlarına görev verilmesi program entegrasyonunun önemli adımları olarak düşünülmelidir. Halk sağlığı biliminin bütüncül yaklaşımı programların yapısına olduğu gibi yönetimine de yansıtılmalıdır.

### 7.3.7. Biyolojik Savaş / Biyoterör Tehlikesi

Biyolojik silahların kullanımını önlemek amacıyla 1925 Cenevre Protokolünde bazı sınırlamalar getirilmiştir. Etkili düzenlemeler içeren "Bakteriyolojik ve Toksin Silahların Geliştirilmesi, Üretilmesi ve Depolanmasının Yasaklanması ve İmha Edilmesi Sözleşmesi" (kısa adıyla Biyolojik Silahların Yasaklanması Sözleşmesi) 1972'de imzaya açılmış, Türkiye sözleşmeye 1974'te taraf olmuş ve sözleşme 1975'te yürürlüğe girmiştir. Sözleşmeye rağmen, devletlerin sınırlamalara uymamaları, devlet dışı yapıları kullanarak



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 205 23.11.2023 13:18

biyolojik saldırıda bulunmaları veya terör örgütlerinin biyolojik silahları geliştirmeleri veya elde etmeleri olasılıkları vardır.

Çiçek, tularemi, veba, şarbon, bazı kanamalı ateş virüsleri ve diğer çok sayıda mikroorganizmadan oluşan, biyolojik silah olarak kullanıma aday etkenlerin uzun bir listesi vardır. Bunların dışında yeni etkenler geliştirilebilir veya bilinen etkenlerin direnç ve virülans özellikleri geliştirilmiş formları söz konusu olabilir. Bu gruptaki bulaşıcı hastalık tehditleri esasen yeni ve yeniden önem kazanan hastalıklar gibidir; ancak doğrudan insan eliyle üretilmeleri ve zarar verme amaçlı kullanılmaları ile ayrılırlar. Toplum bağışıklığının olmadığı etkenlerin özellikle seçilmiş olması, laboratuvar ortamında direnç ve virülans özellikleri artırılmış suşların geliştirilmesi ve istenen belirli özelliklerin genetik müdahalelerle kazandırılması olasılıkları bu etkenleri yeni ve yeniden önem kazanan diğer biyolojik etkenlerden daha tehlikeli kılar. Biyolojik silahları kullanan tarafın devletler veya terör örgütleri olması ilke olarak benzer olabilir; ancak, biyolojik silahın kullanım şekli ve etkenin seçimine ilişkin senaryolar saldırganın kim olduğuna bağlı olarak değişir. Devletler tarafından biyolojik silah geliştirilmesi söz konusu olduğunda, saldırgan devletin kendi toplumunu, askeri gücünü ve kritik kadrosunu bu etkene karşı koruyacak bilgiye, tedaviye veya aşıya sahip olması gerektiği düşünülebilir. Ancak, saldırının etkisi öngörülenden farklı olabilir ve süreç içinde saldırgan ülke tarafından elde var olduğu kabul edilen tedavi veya aşılar da etkisiz kalabilir. Biyolojik silahların terör yapıları tarafından kullanılması durumunda ise öngörüde bulunmak çok daha güçtür.

Biyolojik savaş ve biyoterör tehlikesi ulusal güvenlik konusu olarak düşünülmelidir. Bu silahlar kullanıldığı durumda, sürveyans sistemleri, laboratuvar, aşı ve gen teknolojileri gelişkin olan ülkeler duruma hızlı yanıt verebilir; bunlara sahip olmayan ve satın alma yoluyla bağımlı kılınmış ülkeler çok daha ağır etkilenebilir.

Türkiye'de biyogüvenlik konusu, Sağlık Bakanlığı dışında, İçişleri Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, AFAD gibi çok sayıda kurumun da görev alanına girer. 2020 yılında çıkarılan "Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehdit ve Tehlikelere Dair Görev Yönetmeliği"ne göre kurumlar arasında koordinasyonu sağlamakla görevli kurum İçişleri Bakanlığı'dır.

2014 yılında Türkiye'de bazı konsolosluklara ve Ankara Adliye Sarayı'na sarı renkli toz madde içeren zarflar gönderilmiş; incelemeler sonucunda zarf içeriğinde biyolojik materyal olmadığı anlaşılmıştır.

Biyolojik saldırı tehlikesinin ulusal güvenlik konusu olması konunun yüksek öncelikli ele alınmasını, yeterli kaynakların ayrılmasını, çok sektörlü hazırlık planlarının yapılmasını gerektirir. Diğer yandan, konu salt güvenlikçi yaklaşımla ele alınmamalı, hazırlık ve önleme çalışmaları halkın sağlığının korunması anlayışıyla yapılmalı, tehlikenin temelde önlenmesi için hükümetler uluslararası ölçekte barışın desteklenmesi ve uluslar arası anlaşmalara saygılı bir küresel iklimin oluşturulması için çalışmalıdır.

Sağlık kuruluşları ve bunlar arasında özellikle hastaneler biyoterör saldırısı sonucu ortaya çıkacak sonuçların ilk fark edilecekleri noktalar olabilirler. Sürveyans sistemleri ve erken uyarı sistemleri yeni bir biyolojik ajanın yayılımını en erken aşamada saptamak ve



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 206 23.11.2023 13:18

spesifik tanıyı en erken aşamada yapmak için zinde tutulmalıdır. Biyolojik saldırı senaryoları hastane afet planları kapsamında öncelikli senaryolar arasında ele alınmalı, masa başı ve uygulamalı tatbikatlarla sağlık çalışanlarının farkındalığı ve hastanelerin yanıt kapasitesi yüksek düzeyde tutulmalıdır. Ulusal afet planları kapsamında da aynı yaklaşım izlenmelidir.

## 7.4. Bulaşıcı Hastalıklara Bağlı Küresel Riskler

Küresel Sağlık Güvenliği (GHS) indeksi, Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne taraf olan 195 ülkenin küresel / sınır-ötesi biyolojik tehditlere ve salgınlara karşı kapasitelerini değerlendirmek ve ülkeleri geliştirmeleri gereken temel unsurlar ve planlama öncelikleri konusunda bilgilendirmek üzere tasarlanmış bir değerlendirme aracıdır. Ülkelerin kapasiteleri Genel GHS indeksi puanı ve 6 alt bileşene ait puanlarla değerlendirilir. Türkiye 2019 yılında, COVID-19 pandemisinden birkaç ay önce yapılan değerlendirmede, genel puan bakımından 195 ülke arasında 40'ıncı sırada yer alırken, 2021 yılında yapılan değerlendirmede 46'ncı sıraya gerilemiştir (Bell ve Nuzzo, 2021).

**Tablo 10.** Türkiye'nin Küresel Sağlık Güvenlik İndeksi puanları ve dünyadaki konumu – 2021 (Bell ve Nuzzo, 2021)

| Küresel Sağlık Güvenliği (GHS) Puan türü | Türkiye | | Dünya ortalaması |
|---|---|---|---|
| | Puan* | Sıra** | Puan* |
| Genel GHS indeksi puanı | 50,0 | 46 | 38,9 |
| Patojenlerin ortaya çıkmasını ve yayılmasını önleme | 51,1 | 23 | 28,4 |
| Salgınları ve potansiyel uluslararası tehditleri erken saptama ve raporlama | 41,4 | 55 | 32,3 |
| Bir salgının yayılmasına hızlı yanıt ve hafifletme | 36,6 | 90 | 37,6 |
| Hastaların tedavisi ve sağlık çalışanlarını koruma için yeterli ve güçlü sağlık sistemi | 53,9 | 29 | 31,5 |
| Ulusal kapasitenin geliştirilmesi için kararlılık, eksikleri gidermek için mali planlar ve küresel normlara uyumluluk | 59,7 | 41 | 47,8 |
| Genel risk ortamı ve ülkenin biyolojik tehditlere duyarlılığı | 57,2 | 88 | 55,8 |

*100 üzerinden; yüksek puan daha iyi durum
**Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne taraf 195 ülke sıralamasındaki yeri

**Tablo 10**'da Türkiye'nin 2021 genel GHS puanı ve 6 bileşendeki puanları sunulmuştur. Tabloda yer alan 6 bileşen, toplam 37 indikatör ve bunların altında yer alan 171 sorunun bileşiminde hesaplanmaktadır.

**Tablo 10**'da Tükiye'nin ülkeler sıralamasında görece ileride olduğu bir bileşen "Patojenlerin ortaya çıkmasını ve yayılmasını önleme"dir; bu bileşenin hesaplanmasında kullanılan indikatörler, "antimikrobiyal direnç", "zoonotik hastalıklar", "biyogüvenlik", "araştırmaların ikili kullanımı ve sorumlu bilim" ve "bağışıklama"dır. Türkiye'nin görece



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 207 23.11.2023 13:18

iyi durumda olduğu diğer bir bileşen, "Hastaların tedavisi ve sağlık çalışanlarını koruma için yeterli ve güçlü sağlık sistemi"dir; bu bileşen, "hastane, klinik ve toplum sağlık merkezlerinin sağlık hizmet kapasitesi", "sağlık sistemi ve çalışanlar için tedarik zincirleri", "halk sağlığı acillerinde tıbbi karşı önlemler ve personel sağlama", "sağlık hizmetlerine erişim", "halk sağlığı acillerinde sağlık çalışanlarıyla iletişim", "enfeksiyon kontrol uygulamaları" ve "tıbbi önlemleri test etme ve onaylama kapasitesi" indikatörlerinden hesaplanmaktadır.

Tükiye'nin ülkeler sıralamasında görece en geride olduğu bileşen "Bir salgının yayılmasına hızlı yanıt ve sınırlama" bileşenidir; bu bileşenin hesaplanmasında "acil duruma hazırlık ve yanıt planı", "yanıt planlarının tatbikatı", "acil durum yanıtının yürütülmesi", "halk sağlığı ve güvenlik otoritelerinin ortak hareket etmeleri", "risk iletişimi", "halkın iletişim altyapılarına erişimi", "ticaret ve seyahat kısıtlamaları" indikatörleri kullanılmaktadır. Türkiye'nin sıralamada geride olduğu "Genel risk ortamı ve ülkenin biyolojik tehditlere duyarlılığı" bileşeninin hesaplanmasında kullanılan indikatörler ise "politik risk ve güvenlik riski", "sosyo-ekonomik dayanıklılık", "alt yapı uygunluğu", "çevresel riskler" ve "halk sağlığı kırılganlıkları"dır.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü için ülkelerin mikrobiyolojik ve genetik laboratuvar altyapısı, aşı geliştirme ve üretme kapasitesi gibi teknik altyapısının ve insan gücünün çok önemli olduğu açıktır. Bu noktada, Cumhuriyetin ilk yıllarında ülkenin bağımsızlık ve kalkınma çabalarının önemli bir bileşeni olarak Hıfzıssıhha Enstitüsünün kurulması ve geliştirilmesi bu kapasitenin stratejik öneminin çok iyi görüldüğünü ortaya koyar. 1990'larda Enstitünün kapatılması bu açıdan ne kadar büyük bir kayıp ise, yukarıda değindiğimiz "Hıfzıssıhha Türkiye Aşı ve Biyoteknolojik Ürün Araştırma ve Üretim Merkezi"nin kurulması o denli önemli bir süreçtir. Bu "Merkez"in kurumsal yapı ve işleyişinin nasıl olacağı henüz açık değildir. Açıldığında, bu kurumun adının "Türkiye Cumhuriyeti Refik Saydam Hıfzıssıhha Araştırma, Aşı ve Biyoteknolojik Ürün Geliştirme ve Üretim Merkezi" veya "Enstitüsü" olarak düşünülmesi, kurumsal kökleri ve Cumhuriyet ile özdeşleşmiş tarihi açısından çok anlamlı olacaktır.

Diğer yandan, GHS indeksi değerlendirme kriterleri ayrıntılı olarak incelendiğinde, teknik ve laboratuvar kapasite ve insangücü kapasitesinin iyileştirilmesinin bulaşıcı hastalık tehditleri karşısında tek başına yeterli olmadığı da görülecektir. Bundan çok daha geniş bir çerçeve söz konusudur. GHS indeksi esas olarak küresel risklere odaklanmış olmakla birlikte, ulusal tehditler için de büyük ölçüde geçerli bir yaklaşım sunar. İndeksin hesaplanmasında dikkate alınan ölçütler sağlık sistemi, sağlık politikaları, laboratuvar kapasite, sağlık insangücü, yanıt kapasitesi, finansman, çevresel riskler, halk sağlığı kırılganlıkları, sosyo-ekonomik dayanıklılık, risk iletişimi ve araştırma gibi çok sayıda bileşeni içerir ve bulaşıcı hastalıkların kontrolünü etkileyen geniş çerçeveyi ortaya koyar. Bu, Türkiye'de bulaşıcı hastalıklarla savaşın yüzyılını ve gelecek perspektiflerini konu aldığımız bu metinde yer yer dile getirdiğimiz bütüncül ve çok boyutlu halk sağlığı yaklaşımın bir örneği olarak görülebilir.

Son yüz yıl içinde gözlenen büyük epidemiyolojik değişim sürecinde bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler ve hastalık yükü önemli ölçüde azalmıştır. Ancak bu durumu bulaşıcı



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 208 23.11.2023 13:18

hastalıkların öneminin azalması olarak değerlendirmek doğru değildir. Öncelikle, bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık yükü toplumun bütün kesimlerinde aynı derecede düşük seviyede değildir. Dezavantajlı gruplar halen fekal oral yolla bulaşan hastalıklar ve aşıyla önlenebilen hastalıklar yönünden yüksek risk altındadır. Bulaşıcı hastalıklar, birçok durumda bulaşıcı olmayan hastalıkların etyolojisinde veya prognozunda önemli rol oynayabilmektedir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların siyasal kaygılarla göz ardı edilmesi ve risk altındaki grupların kriminalize edilmesi HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların artmasına yol açabilir. Bilim dışı ve bilim karşıtı ideolojik tutumlar hükümetlerin aşı politikalarında kararsızlığa ve toplumda aşı karşıtlığı ve aşı kararsızlığına yol açabilmektedir. Bulaşıcı hastalıklar salgınlar ve pandemiler oluşturarak büyük ölçekli halk sağlığı krizleri yaratma potansiyelini sürdürmektedir. İklim değişikliğine bağlı olarak, bulaşıcı hastalıkların da aralarında yer aldığı yeni ve artan halk sağlığı sorunlarının ortaya çıkması ve ulusal ve küresel ölçekli halk sağlığı krizlerinin doğması olasıdır. Yeni ve yeniden önem kazanan enfeksiyon hastalıkları, biyolojik savaş ve biyoterör tehditleri, antimikrobiyal direnç ve hastane enfeksiyonları bulaşıcı hastalıkları güncel halk sağlığı sorunları olarak gündemde tutmaya devam edecektir.

Tablonun bütünü dikkate alındığında, bulaşıcı hastalıkların giderek daha komplike bir tehdit alanı haline geldiği, kronik hastalıklar, afetler, ekosistem, biyogüvenlik, insan hakları, risk iletişimi, iklim, hayvancılık, genetik gibi çok sayıda alanla eklemlendiği görülür. Bu durum, halk sağlığı uzmanlarının da içinde yer aldığı farklı disiplinlerden bilim insanlarının hem interdisipliner hem de transdisipliner yaklaşımla çalışmalarını gerektirir. Halk sağlığı biliminin çalışma alanı enfeksiyon, mikrobiyoloji, genetik, ekosistem, hayvan sağlığı, ekonomi ve sosyal bilimler gibi birçok farklı bilim alanına uzanır. Halk sağlığı uzmanları bugün her zaman olduğundan daha geniş bir bilimsel çerçevede bilgi sahibi olmak, araştırmak ve çalışmak durumundadır. Benzer şekilde, enfeksiyon ve mikrobiyoloji, cerrahi bilimler, genetik, siyasal bilimler, çevre bilimleri, veterinerlik, şehircilik, güvenlik, uluslararası ilişkiler vb bütün alanlarda çalışanların temel halk sağlığı bilgilerine ve halk sağlığı yaklaşımına sahip olmaları önemli bir gereksinimdir.

## KAYNAKLAR:


Akdur, R. (2006). Sıtma ve Sıtma Salgınları Tarihi. Bilim Tarihi Araştırmaları(2).

Aksakal, H. İ. (2017). Dr. Refik Saydam önderliğinde Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerini Modernleştirme Çabaları. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 27(1), 219-231.

Altıntaş, N., Topluoğlu, S., Yıldırım, A., Uslu, H., Ekşi, F., & Ok, Ü. Z. (2020). Türkiye'de Kistik Ekinokokkoz Mevcut Durum Raporu. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 77, 1-52.

Avcı, G., Kiraz, N., Duran, H., & Erdal, B. (2022). Akut Gastroenteritli Hastaların Klinik Örneklerinde Salmonella, Shigella ve Campylobacter Türlerinin Kültür Yöntemi ve Moleküler Yöntem ile Tespit Edilmesi. Osmangazi Tıp Dergisi, 44(6), 807-813.

Aydın, E. (1998). Türkiye'de Sıtma Savaşı. Türk Tabipleri Birliği.

Aytaç, N., Zencir, M., & Çalışkan, D. (2012). Su ve Besinlerle Bulaşan Enfeksiyonlar. In M. Ertem, T. İnandı, & G. Çan (Eds.), Türkiye Sağlık Raporu 2012 (pp. 52-83). HASUDER.

Bakar, C. (2017). Kırkyedi Yıl Sonra Yeniden Bir Salgının Hikayesi: 1970 Sağmalcılar Kolera Salgınından Günümüze Dersler. Turkish Journal Of Public Health, 15(3), 245-269.




Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 209 23.11.2023 13:18

Bell, J. A., & Nuzzo, J. B. (2021). Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis, 2021. www.GHSIndex.org

Billur, D. (2020). İstanbul'da Bulaşıcı Hastalık Tairihinden Kesitler: Şahsiyetler, İmgeler ve Mekanlar Üzerinden bir İnceleme. MSGSÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 2(22), 218-237.

Çakır, G. K. (2021). Cumhuriyet Dönemi Toplum Sağlığı Politikalarında Bulaşıcı Hastalıklar 1920-1940. SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi (53), 202-228.

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı (2023). Eight National Communication and Fifth Biennial Report of Türkiye Under The UNFCCC. Ankara: TC Çevre ve Şehircilik Bakanlığı

De Schrijver K., Boeckx H., YTop G., Mertens A., De Mol P. (2005). Cholera In Belgian Tourists After Travel To Turkey. Euro Surveillance, 10(41).

Dedeoğlu, N. (2008). Cumhuriyetten Bugüne Bulaşıcı Hastalıklarda Değişme ve Sağlık Politikaları İle İlişkisi. Toplum ve Hekim, 23(6), 430-435.

Erbaydar, T., Serpen, A., & Kurt, A. Ö. (2012). Zoonozlar. In M. Ertem, T. İnandı, & G. Çan (Eds.), Türkiye Sağlık Raporu 2012. HASUDER.

Ersoy, T. (1996). Bir Portre; Anılardan, Dr. Adnan Adıvar. Toplum ve Hekim, 11(74), 67-68.

Eskiocak, M. (2021). Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu ve Bağışıklamada Eşitsizlikler. In S. Üner & P. Okyay (Eds.), Türkiye Sağlık Raporu 2020 (pp. 493-506). HASUDER.

Eskiocak, M., & Marangoz, B. (2019). Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Gümüşoğlu, F. (2001). Türkiye'nin Pasteur'u Dr. Z. Muammer Tunçman. Berfin Yayınları.

IHME Institute For Health Metrics And Evaluation (2020). GBD Compare Data Visualization. In. Seattle: IHME, University of Washington.

İlikan-Rasimoğlu, C. G. (2013). Taşrayı iyileştirmek: 19. Yüzyıl Osmanlı İmparatorluğu'nda Memleket Hekimleri. Lokman Hekim Journal, 3(1), 1-6.

Kanadalı, A., Topluoğlu, S., Aktaş, D., Şahin, M., Akbulut, A., & Kılıç, S. (2020). Türkiye'de Şarbon Mevcut Durum Raporu. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 77, 1-20.

Karakoç, F. Y. (2021). Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansında Gelişmeler, Değişiklikler. In S. Üner & P. Okyay (Eds.), Türkiye Sağlık Raporu 2020 (pp. 613-619). HASUDER.

Karcı, E. (2019). Sinop Frengi ve Gureba Hastanesi'ne Dair Bazı Tespitler. Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi, 19(39), 461-483.

Kardaş, A. (2020). Cumhuriyet Döneminde Çiçek Salgınları ve Alınan Önlemler. The Journal of Academic Social Science Studies, 13(82), 309-321.

Kardaş, A. (2020). Cumhuriyet Döneminde Veba Salgınları ve Alınan Önlemler (1943-1947). Akademik Tarih ve Düşünce Dergisi, 7(4), 2054-2079.

Küçükkaya, S. B., & Erbaydar, T. (2012). Behaviors and Experiences of Poultry Owners in Dogubeyazit Whose Poultry Were Culled During the Avian Influenza Epidemic. European Journal of Public Health, 22(2), 174-177.

Özdinç, A. (2020). Cumhuriyetin İlk Yıllarında Frengi: 1916-1925 Yılları Arasında Salnamelerde Bolu Sancağı Örneği. Abant Tıp Dergisi, 9(1), 8-19.

Özer, İ. (2020). Türkiye Cumhuriyeti Sınırlarını Tehdit Eden Kolera Salgınları ve Alınan Korunma Tedbirleri. ODTÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 10(1), 201-216.

Özkaya, H. (2016). Cumhuriyet Döneminde Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 20(2), 77-84.

Pala, K. (2019). İklim Krizi ve Sağlık Etkileri. Toplum ve Hekim, 34(6), 409-417.

Sağlık Bakanlığı (2019). Türkiye Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonları Önleme ve Kontrol Programı 2019-2024. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 210 23.11.2023 13:18

Sağlık Bakanlığı (2022a). 75. Verem Eğitim ve Propaganda Haftası Bilgi Notu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı (2022b). 2021 Faaliyet Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı (2022c). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Ankara: Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı (2023). 2022 Faaliyet Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı (2006). Türkiye Hastalık Yükü Çalışması

Saka, G., & Satar, A. (2021). Vektörlerle Bulaşan Hastalıklar. In S. Üner & P. Okyay (Eds.), Türkiye Sağlık Raporu 2020. HASUDER.

Salep, M. (2022). Salgın Hastalıklarla Mücadele Sürecinde Birinci Milli Tıp Kongresinin Toplanması. Tarih Okulu 15(60), 3152-3181.

Salman, Ö., & Erbaydar, T. (2016). İlaç Dirençli Sıtma. TAF Preventive Medicine, 15(4), 368-375.

Sarıkaya, Ö., & Erbaydar, T. (2007). Avian Influenza Outbreak in Turkey Through Health Personnel's Views: A Qualitative Study. BMC Public Health, 7(330).

Tarım ve Orman Bakanlığı (2021). 2020 Faaliyet Raporu. Ankara

Tantay, A. (2007). Milli Mücadele Yıllarında İzmir'de Etkili Olan Bazı Bulaşıcı Hastalıklar (Emraz'ı Sariye). Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi, 6(15), 39-54.

Tekin, G. (2011). Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti'nden Sağlık Bakanlığı'na (1920-2000) Ankara Üniversitesi]. Ankara.

Tekir, S. (2019). Erken Cumhuriyet Dönemi Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele (1923-1930). Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi(65), 407-430.

Temel, M. K. (2020). The 1918 "Spanish Flu" Pandemic in the Ottoman Capital, İstanbul. Canadian Bulletin of Medical History, 37(1), 195-231.

Töre, O. (2021). Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşım. Klimik Dergisi, 34(1), 1-12.

TTB (2006). Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006.

TTB (2023, 15.08.2023). Kızamık Salgını Sürüyor

Tuğluoğlu, F. (2008). Türkiye'de Sıtma Mücadelesi (1924-1950). Türkiye Parazitoloji Dergisi, 32(4), 351-359.

WHO & UNDP (2020). Responding To Non-Communicable Diseases During And Beyond The COVID-19 Pandemic - Policy Brief. World Health Organization and United Nations Develeopement Progeamme.

WHO (1996). New, Emerging and Re-emerging Infectious Diseases: Prevention and Control (14th Meeting of Ministers of Health of the Countries of WHO South-East Asia Region, Issue. WHO.

WHO (2023). Integrating The Prevention And Control Of Noncommunicable Diseases in HIV/AIDS, Tuberculosis, And Sexual And Reproductive Health Programmes: Implementation Guidance. World Health Organization.



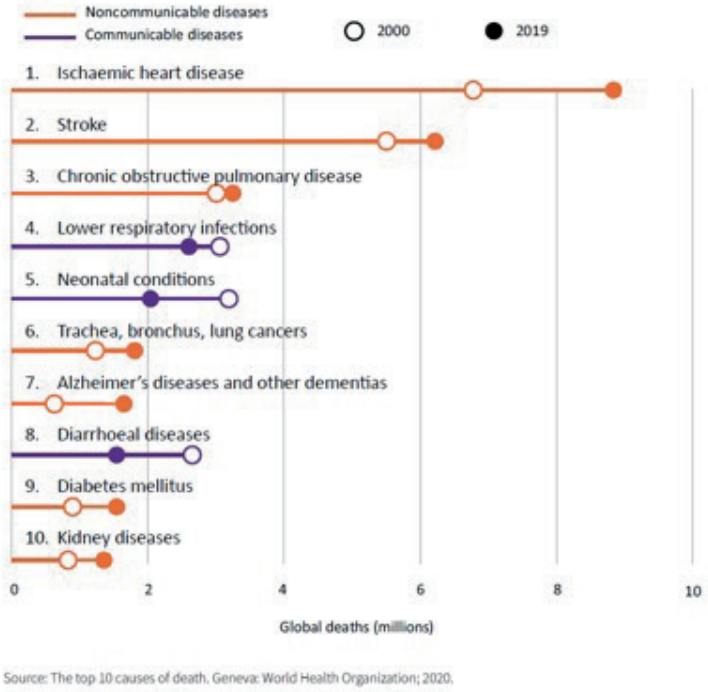
Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 211 23.11.2023 13:18

# 8. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR - GENEL ÇERÇEVE

*Prof. Dr. Belgin ÜNAL*

## 8.1. Giriş

Dünyada ekonomik gelişmeler, hızlı kentleşme, beslenme ve yaşam alışkanlıklarının değişmesi ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi gibi etkenlerle doğuşta beklenen yaşam süresi uzamıştır. Demografik dönüşümü epidemiyolojik dönüşüm izlemiş böylelikle toplumlardaki sağlık sorunları çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklarlardan bulaşıcı olmayan hastalıklara doğru değişmiştir. Küresel düzeyde bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümler artarken bulaşıcı hastalıklar ve perinatal nedenlere bağlı ölümler azalmıştır. Günümüzde kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları başta olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) küresel ölümlerin %74'ünü oluşturmaktadır. Küresel ölüm nedenlerinin ilk sırasında iskemik kalp hastalıkları ikinci sırasında ise inme yer almaktadır (**Şekil 1**) (WHO, 2023a).

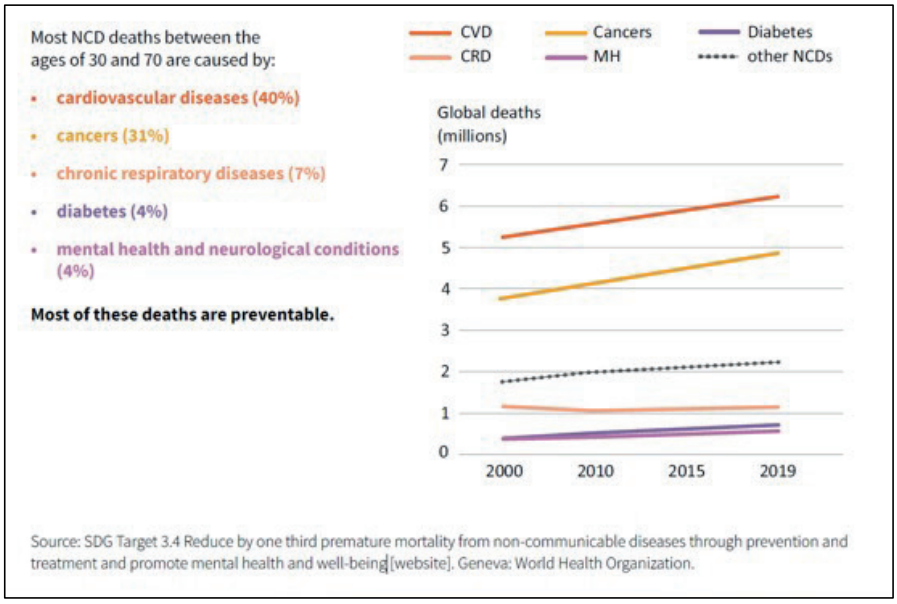



**Şekil 1.** Küresel ölüm nedenleri (2000-2019)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 212 23.11.2023 13:18

Dünyada her yıl 17 milyon insan bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle, erken yaşta (70 yaş öncesi) ölmektedir (**Şekil 2**). BOH erken ölümlerin en önemli nedenidir. Kalp damar hastalıkları tek başına erken ölümlerin %40'ından sorumludur (**Şekil 2**). Erken ölümlerin %86'sı düşük ve orta gelirli ülkelerdedir (WHO, 2023b).




**Şekil 2.** Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı 30-70 yaş arası ölümler

## 8.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadelede Kilometretaşları

Bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel sorun olarak tanımlanması ve kontrolü yönünde politik adımlar atılması 2000li yıllarda hızlanmıştır. **Şekil 3**'de BOH ile ilgili önemli aşamaları gösteren bir zaman çizelgesi sunulmuştur (Isarauwatcahai 2019). Çizelgede uluslararası kuruluşlar tarafında oluşturulan politikalar, anlaşmalar, BOH kontolünde önemli araştırma ve yol gösterici rehberler izlenmektedir.

DSÖ önderliğinde 1990 yılında yapılan Küresel Hastalık Yükü (KHY) Çalışması, dünyada en çok ölüm ve yeti yitimine yol açan hastalıkları tanımlamıştır (IHME, 2023). Belli aralarla tekrarlanan KHY çalışmaları dünyadaki hastalık yükü ve risk faktörlerindeki değişim konusunda politika belirlemede yol gösteren önemli bilgiler sunmuştur.

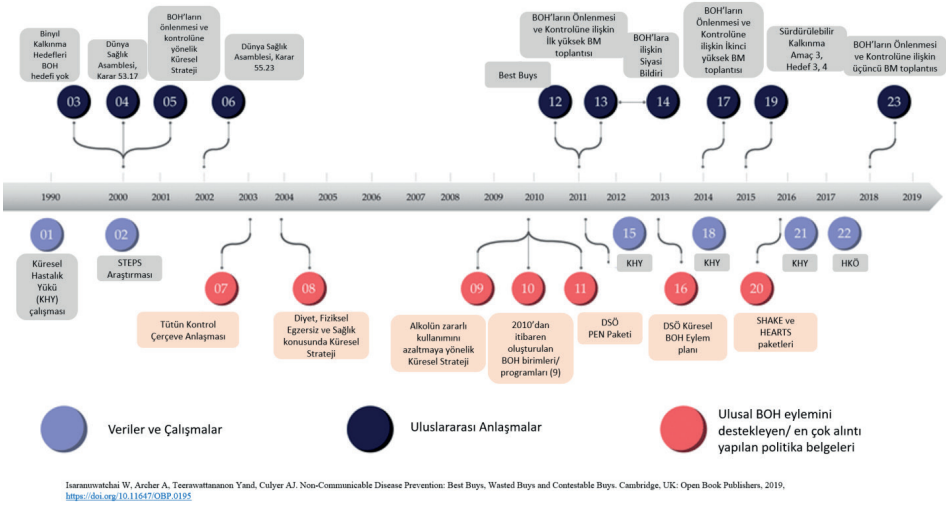
DSÖ tarafından 2000 yılında BOH ve risk faktörlerinin zaman içindeki değişimini izlemek ve ülkeler arası karşılaştırılabilir veri elde etmek amacıyla STEPS Çalışması yöntemi geliştirilmiştir. STEPS yaklaşımının amacı, düşük ve orta gelirli ülkelerde kronik hastalık ve risk faktörlerinin sürveyansının başlatılmasıdır (WHO, 2023c) (**Şekil 3**).

BM Genel Kurulu, 2015 yılında Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi'ni kabul etmiştir. Gündem 17 amaç ve 169 hedef içermektedir (SDG Indicators, 2023). Amaç 3.4 2030'a kadar, önleme ve tedavi yoluyla bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan er-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 213 23.11.2023 13:18

ken ölümlerin üçte bir oranında azaltılması ve ruh sağlığını ve esenliğini desteklemek şeklinde ifade edilmiştir (SDG Indicators, 2023).




Isaramuwatchai W, Archer A, Teerawattananon Y and, Culyer AJ. Non-Communicable Disease Prevention: Best Buys, Wasted Buys and Contestable Buys. Cambridge, UK: Open Book Publishers, 2019, https://doi.org/10.11647/OBP.0195

**Şekil 3.** Küresel bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü konusunda kilometre taşları

### *2000: BOH'ların önlenmesi ve kontrolüne yönelik küresel strateji:*

Mayıs 2000'de Dünya Sağlık Asamblesi (WHA), Üye Devletlere rehberlik sağlamak amacıyla bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için bir karar almıştır (WHA 53.17 kararı) (WHO,2000). Arkasından Dünya Sağlık Örgütü, ülkelere rehberlik ederek BOH'ları ele alma konusunda 4X4 olarak bilinen pragmatik bir halk sağlığı stratejisi sunmuştur. Bu strateji dört ana BOH (kalp damar hastalıkları, kanser, kronik solunum yolu hastalığı ve diyabet) ve dört değiştirilebilir risk davranışına (tütün kullanımı, zararlı alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve sağlıksız beslenme gibi) müdahaleyi içeriyordu. Strateji aynı zamanda BOH'ların sosyal belirleyicilerini, tüm topluma yönelik müdahalelerin önemini ve yaşam boyu, yaşam tarzı ve çevresel risk faktörlerine müdahale kavramlarının da altını çiziyordu(WHO, 2008).

Küresel BOH stratejisinin onaylanmasını takip eden 10 yıl, önemli politikaların belirlenmesine tanık olmuştur:

- 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından tütün kontrolü çerçeve sözleşmesi (WHO, 2003) kabul edilmesi
- 2004 yılında Dünya Sağlık Asamblesi tarafından küresel beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık stratejisi onaylanması (WHO,2004);
- 2008 yılında Dünya Sağlık Asamblesi tarafından bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik küresel stratejinin onaylanması ve küresel önleme ve kontrol stratejisi için 2008-2013 eylem planı oluşturulması (WHO, 2008).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 214 23.11.2023 13:18

- 2010 yılında Dünya Sağlık Asamblesi tarafından alkolün zararlı kullanımını azaltmaya yönelik küresel stratejinin kabul edilmesi (WHO, 2010);
- 2010 yılında BOH'ların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurul kararının kabul edilmesi (Res 64/265, 2010) sayılabilir.

### *2011- BM Genel Kurulu'nun üst düzey toplantısı:*

Eylül 2011'de BM Genel Kurulu, devlet ve hükümet başkanlarının katılımı ile üst düzey bir toplantı gerçekleştirdi. BM Genel Kurulu'nun BOH'ı önleme ve kontrol konusundaki üst düzey toplantısında devlet ve hükümet başkanları BOH'ların dünya çapında sosyal ve ekonomik gelişmeleri baltaladığını ve yönetimlerin buna tüm sektörleri dahil ederek yanıt vermeleri gerektiğini kabul ettiler. 2013 yılına kadar bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin çok sektörlü ulusal politika, planlar geliştirme/güçlendirme, ulusal koşullara uygun ulusal hedefler ve göstergeler geliştirilmesi konusunu değerlendirme taahhüdünde bulunmuşlardır (UN Resolution 66/2, 2011).

İzleyen on yıllık dönemde BOHların önlenmesi ve kontrolü konusunda politika, eylem planı ve araçlar geliştirilmiştir.

- 2013- NCD'lerin Önlenmesi ve Kontrolü için Küresel Eylem Planı 2013–2020 açıklandı (WHO, 2013). Eylem planı üye ülkelere planı dokuz gönüllü hedef öneriyordu.
- 2013- WHA tarafından benimsenen BOH'ların önlenmesi ve kontrolüne yönelik küresel izleme çerçevesi benimsendi (WHO, 2017b).
- 2014- BOH'ların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin küresel durum raporu yayınlandı.
- 2014- Genel Kurul'un BOH'lara ilişkin ikinci BM üst düzey toplantısı gerçekleştirildi.
- Birinci basamakta BOHın tedavi ve izleminde temel ilaçlar ve yaklaşımları içeren Hearts (WHO, 2016a) ve PEN paketleri (WHO, 2019b) ile tuz tüketimini azaltmaya yönelik SHAKE paketi (WHO, 2016b) geliştirilmiştir.
- 2018- Genel Kurul'un BOH'lara ilişkin üçüncü BM üst düzey toplantısı gerçekleştirildi. BOH'ların önlenmesi ve kontrolüne yönelik taahhütlerin gerçekleştirilmesine yönelik eylemin yetersiz olduğu, bugüne kadarki ilerleme ve yatırım düzeyinin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin 3.4 numaralı hedefini karşılamada yetersiz olduğu kabul edildi.

## 8.3. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Çalışmaları

Türkiye'de BOH'a yönelik politika, strateji ve uygulamalar 2000'li yıllarda Dünyadaki çalışmaların bir yansıması olarak hız kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 yıllarını kapsayan stratejik planında bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerinin önlenmesi ve kontrolü konusunda ölçülebilir stratejik hedefler yer almıştır. Bu hedefler:



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 215 23.11.2023 13:18

- **SH 1.5.** Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri ve hastalık sıklıklarını %25 azaltmak.
- **SH 1.6.** On beş yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını 2014 yılına kadar %80'in üzerine çıkarmak, alkol kontrol programını uygulamaya koymak, bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak.
- **SH 1.7.** Sağlıklı ve güvenli fiziki çevrede yaşayanların oranının artırılması için destek sağlamak şeklinde özetlenebilir.

Sağlık Bakanlığı içinde kronik hastalıkların kontrolü açısından yeniden yapılandırılma çalışmaları yapılmıştır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü içinde 2007'de kurulan Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı ile Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığının yanı sıra 2008 yılında Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar ile Sağlığın Geliştirilmesi Daire Başkanlıkları kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2011 yılında 663 sayılı KHK ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurularak bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili birimler bu kurum altında yer almıştır. 2017 yılındaki 694 sayılık KHK ile Halk Sağlığı Kurumu Genel Müdürlük haline getirilmiştir. Günümüzde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü altında Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı, Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Kanser Dairesi Başkanlığı, Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı ve Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı yer almaktadır (https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/birimler.html).

## Kalp Damar Hastalıkları:

Türkiye'de yılda BOH nedeniyle 407,300 ölüm olmakta bir başka söyleyişle tüm ölümlerin %89'u BOH nedeniyle olmaktadır. Türkiye'de BOH nedeniyle erken ölüm olasılığı %16'dır(WHO, 2020a). Türkiye'de BOH'ın 2016 yılındaki toplam maliyeti 69.7 milyar TL ya da Gayrisafi Yurtiçi Hasılanın 3.6%'sı olarak hesaplanmıştır (Kontsevaya et al, 2018).

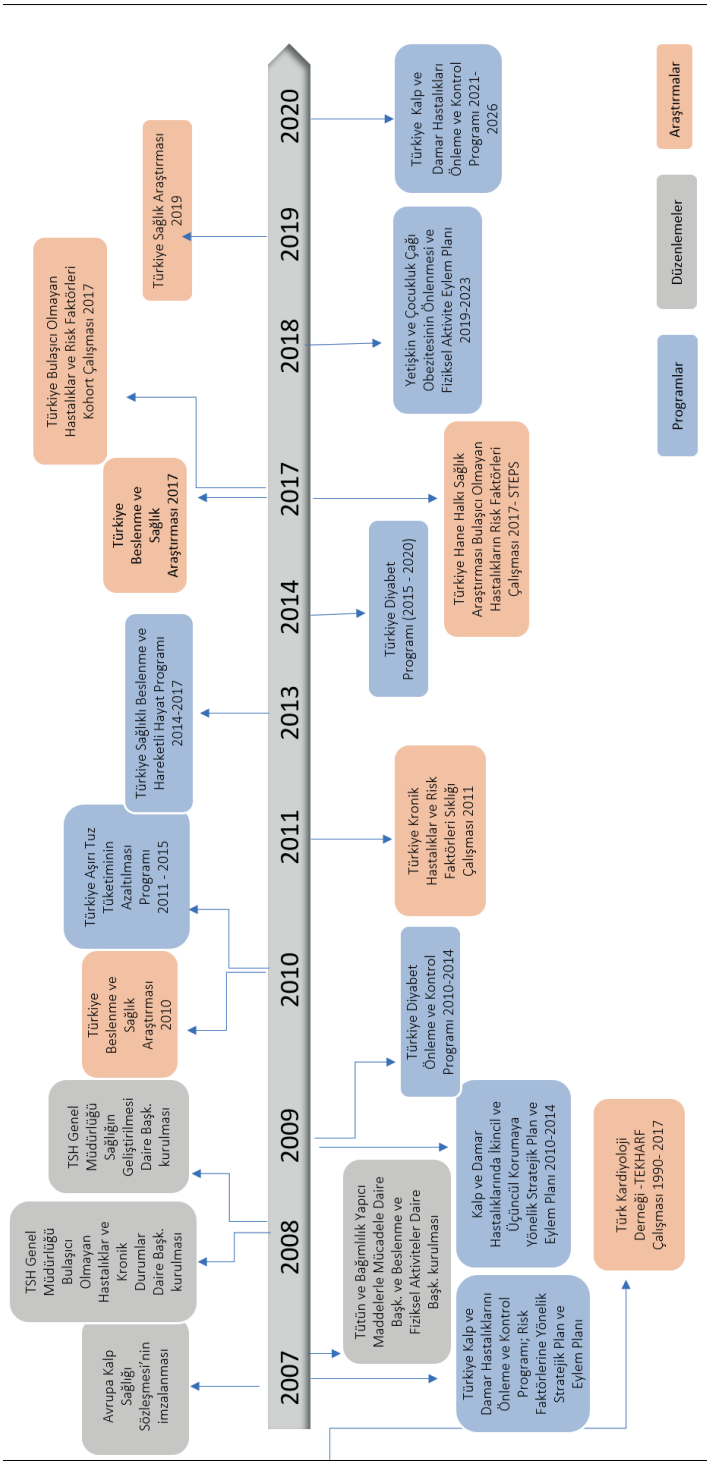
Kalp damar hastalıkları toplam ölümlerin yaklaşık olarak %36'sını oluşturmaktadır. Serebrovasküler hastalıklar kalp damar hastalıkları içinde ikinci grubu oluşturmaktadır. KKH Ulusal Hastalık Yükü Çalışmasının sonuçlarına göre Türkiye'de toplam hastalık yükünün yüzde 8'i KKH'ya, yüzde 5'i ise SVH'ye bağlıdır (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Türkiye'de kalp damar hastalıkları ve risk faktörlerindeki değişimi izlemek açısından az sayıda toplum tabanlı çalışma yapılmıştır. Türk kardiyoloji Derneği tarafından 1990 yılında başlatılan TEKHARF Çalışması erişkinlerdeki kalp damar hastalığı ver risk faktörlerinin sıklığına toplumun ve sağlık yöneticilerinin dikkatini çekmiş ve 2000'li yılarda kalp damar hastalıklarına yönelik eylem planlarının hazırlanmasında önemli bir itici güç oluşturmuştur (Onat, 2017).

Daha sonraki yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerine yönelik yürüttüğü çalışmaların sayısı artmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013 ve 2021, Üner 2018) (**Şekil 4**).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 216 23.11.2023 13:18




**Şekil 4.** Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü konusunda kilometre taşları



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 217 23.11.2023 13:18

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı; Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 25 Aralık 2007 Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'nin imza töreninde açıklanmış ve uygulamaya konulmuştur. Daha sonra kalp ve damar hastalıklarına dair ikincil ve üçüncül korumaya yönelik stratejileri içeren "Kalp ve Damar Hastalıklarında İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2010-2014"de tamamlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

## Diyabet:

Diyabet, zamanla kalp, kan damarları, gözler, böbrekler ve sinirlerde ciddi hasara yol açan, yüksek kan şekeri seviyeleri ile karakterize edilen kronik, metabolik bir hastalıktır. En yaygın olanı, genellikle yetişkinlerde görülen ve vücut insüline dirençli hale geldiğinde veya yeterli insülin üretemediğinde ortaya çıkan tip 2 diyabettir. Son 30 yılda tip 2 diyabetin prevalansı tüm ülkelerde çarpıcı biçimde artmıştır (WHO, 2023d). Diyabetle yaşayan insanlar için insülin de dahil olmak üzere uygun fiyatlı tedaviye erişim, hayatta kalmaları için kritik öneme sahiptir.

Dünya çapında yaklaşık 422 milyon insan diyabet hastası olup bunların çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır ve her yıl 1,5 milyon ölüm doğrudan diyabete bağlanmaktadır. Diyabetin hem vaka sayısı hem de prevalansı son birkaç on yılda istikrarlı bir şekilde artmaktadır (WHO, 2023d). Gönüllü küresel bulaşıcı olmayan hastalıklar eylem planında diyabet ve obezitedeki artışın 2025 yılına kadar durdurulması yönünde küresel olarak kabul edilmiş bir hedef vardır.

Diyabet, obezitenin artışına paralel olarak Türkiye'de de hızla artan bir kronik hastalıktır. Türkiye'de 1998'de %7 olan sıklık 2007'de %13.2'ye yükselmiştir (Satman et al, 2002; Satman et al 2013). Diyabet, Türkiye'de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında %2,2 ile 8. sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

**Tablo 1.** Türkiye'de diyabet kontolü açısından önemli aşamalar

| Yıl | Aşamalar |
|---|---|
| 1992 | St. Vincent Bildirisinin imzalanması |
| 1994 | Sağlık Bakanlığı önderliğinde Ulusal Diyabet Programının uygulamaya başlanması |
| 1997 | Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması- TURDEP 1 |
| 1999 | Sağlık Bakanlığı ev sahipliğinde St. Vincent Bildirisinin 5. Toplantısı yapılmış "İstanbul Bildirisi" yayınlanmıştır |
| 2003 | Ulusal Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Kontrol Programının hazırlanması |
| 2008 | PURE (Prospective Urban and Rural Epidemiological Study) Çalışması |
| 2009 | Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014 |
| 2010 | Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP II) |
| 2014 | Türkiye Diyabet Programı (2015- 2020) |



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 218 23.11.2023 13:18

**Tablo 1**'de Türkiye'de diyabet kontrolü açısından önemli adımlar listelenmiştir. Bunlardan ilki diyabet hastalarının yaşam kalitesini artırmayı ve bu hastalığın kontrol altına alınmasını amaçlayan St. Vincent Bildirisi'nin 1992 yılında imzalanmasıdır. İki yıl sonra, 1994 yılında Sağlık Bakanlığı liderliğinde "Ulusal Diyabet Programı" hayata geçirilmiştir. Bu program, sağlık çalışanları, hastalar ve halk arasında diyabetin etkileri konusunda farkındalık oluşması konusunda yararlı olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011) .

1997'de, Sağlık Bakanlığının desteği ile Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması (TURDEP I) yapılmıştır (Satman et al, 2002). Türkiye'de diyabet, obezite ve hipertansiyonla ilgili epidemiyolojik durumu tanımlamayı amaçlayan bu çalışma diaybet konusundaki çalışmaların hızlanmasına önemli katkıda bulunmuştur. Toplumdaki diyabet sıklığındaki değişimin izlenmesi için 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP II) çalışmasıyla birlikte hem savunuculuk hem de yol haritası belirleme konusunda önemli bilgiler sunmuştur (Satman et al, 2013). 1999 yılında, Sağlık Bakanlığı ev sahipliğinde St. Vincent Bildirisi'nin 5. Toplantısı düzenlenmiş ve "İstanbul Bildirisi" yayınlanmıştır.

2003 yılında, "Ulusal Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Kontrol Programı" başlatılmıştır. Bu program, diyabet, obezite ve hipertansiyonun kontrol altına alınması için birincil ve ikincil kontrol önlemlerini içermiş ve sağlık politikalarında önemli değişikliklere yol açmıştır.

2008'de, Sağlık Bakanlığı'nın desteğiyle uluslararası çok merkezli PURE (Prospective Urban and Rural Epidemiological Study) Çalışması başlatılmıştır. Bu çalışma, şehir ve kırsal bölgelerde yaşayan insanların sağlık alışkanlıklarını ve diyabet risklerini inceleyerek daha iyi bir anlayış geliştirmeyi amaçlamıştır (Oğuz, 2018).

2009'da Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014 başlatılmıştır. Bu program, diyabetin önlenmesi ve kontrolüne yönelik çok sektörlü eylem planları ile diabetin kontrol altına alınmasına odaklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011). 2014 yılında, Türkiye Diyabet Programı 2015-2020 dönemi için yeniden gözden geçirilmiş ve uygulanmaya devam edilmiştir.

## Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite:

Kalp damar hastalıkları ve diyabet açısından sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite çok önemli iki belirleyicidir. 2004 yılında 5179 sayılı Gıda Kanunu ile gıda güvenliği ile ilgili işler Tarım ve Köyişleri Bakanlığına devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı ulusal beslenme politikalarını yapan bir konuma geçerek 2006 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı oluşturulmuştur. Günümüzde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü altında yapılanan Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı Türkiye'de beslenme, obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar alanındaki politikaları ve araştırma önceliklerini belirlemekle ilgili görevleri yürütmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/).

Türkiye'de 2003 yılında DPT önderliğinde Sağlık Bakanlığı ve diğer bakanlıkların ortak çalışmasıyla gıda ve beslenme konusundaki ilk eylem planı oluşturulmuştur. Türkiye Sağlıklı



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 219 23.11.2023 13:18

Beslenme ve Hareketli Hayat Programının hazırlanması ve toplumun beslenme özellikleri konusundaki politikalara yol göstermesi açısından belli aralarla Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması TBSA yürütülmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/).

**Tablo 2.** Türkiyede beslenme ve fizik aktivite konusunda başlıca yapılanlar

| Yıl | Aşamalar |
|---|---|
| 1974 | Türkiye 1974 beslenme-sağlık ve gıda tüketimi araştırması |
| 2003 | Ulusal Gıdave Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu<br>Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planı |
| 2004 | 5179 sayılı Gıda Kanunu ile gıda satış ve toplu tüketim yerlerinde gıda güvenliğinin sağlanması sorumluluğu Tarım ve Köyişleri Bakanlığına devredilmesi |
| 2006 | Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığının yapılanması |
| 2010 | Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması TBSA-2010 |
| 2010 | Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı |
| 2013 | Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR)-2013 |
| 2013 | Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014 - 2017) |
| 2017 | Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması TBSA-2017 |

## 8.4. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadelede Dünya Ne Aşamaya Geldi?

BM'nin bulaşıcı olmayan hastalıklar konusuna ülkelerin dikkat ve kararlılığını çekmek için 2011 yılındaki Politika Bildirgesi'ni 2013 yılında DSÖ'nün BOH'ların Önlenmesi ve Kontrolü Küresel Eylem Planı ve onaltı en iyi müdahale (Best Buys) izlemiştir (WHO, 2017). Ülkelerin etkinliklerini izlemek için aynı zamanda küresel bir izleme çerçevesi geliştirilmiştir (WHO, 2020). Böylece BM Üye Devletleri bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri, politika ve hizmetlerle ilgili sürveyans verilerini toplamak ve analiz etmek için de destek almaya başlamıştır. Ancak, bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel olarak devam eden artışı, BOH'ı önleme konusunda var olan bilgi ve politik kararlılığın ulusal ve yerel düzeyde etkili uygulamalara dönüşmemiş olduğunu göstermektedir. Devlet ve hükümet başkanları tarafından verilen çok sayıda taahhütlere rağmen, son yirmi yılda bu hedeflere ulaşmak için ilerleme yetersiz ve düzensiz olmuştur (WHO, 2023a).

BOH'lardan kaynaklanan erken ölümlerdeki artış, birçok BOH risk faktörünün ele alınmasındaki başarı eksikliğine paraleldir. Tütün kullanımı giderek azalsa da obezite prevalansı artmaktadır. Zararlı alkol tüketimindeki azalma küresel olarak sabit kalmıştır (WHO, 2023a).

Ek olarak 2020 yılından itibaren, COVID-19 salgınıyla mücadelenin karmaşıklığı ve tarama, önleme, tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili BOH hizmetlerinde kesintilere neden olmuştur (WHO, 2020b). COVID-19 öncesi dönemde de var olan temel engeller arasında zayıf politika desteği, Sağlık bakanlıklarının sağlığın ticari belirleyicilerini ele almadaki ye-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 220 23.11.2023 13:18

tersizlikleri, vergiyle ilgili önlemleri uygulama kapasitesindeki zayıflıkları, risk faktörlerini azaltmaya yönelik girişimlere endüstri müdahalesi, sağlık sistemlerinin kapasitesinin zayıf olması, uluslararası ve ulusal finansman eksikliği nedeniyle BOH hizmetlerinin arttırılmasına ilginin olmaması gibi nedenler sayılabilir.

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke ekonomilerinde bulaşıcı olmayan hastalıklar büyük finansal ve ekonomik risk oluşturmakta, sağlık hizmeti sunum sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmekte ve oluşturdukları üretim kaybı, meydana getirdikleri doğrudan sağlık maliyetinden dört kat daha yüksek olmaktadır.

Dünya nüfusunun en az yarısı hala BOH'lara yönelik temel sağlık hizmetlerine tam olarak ulaşamıyor ve 800 milyondan fazla insan hane bütçesinin en az %10'unu sağlık harcamalarına harcamaktadır. DSÖ'nün 2018 yılında yayınlanan 'Saving lives, Spending less' raporunda BOH'ı önlemeye yönelik stratejilerin maliyet etkin olduğu açık şekilde gösterilmiştir (WHO,2018). Ancak, hala bulaşıcı olmayan hastalıklar küresel sağlık finansmanının %2'sinden daha azını, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %1'den daha azını almaktadır (WHO, 2023a).

Yapılan değerlendirmeler, BOH kontrolüne yönelik finansmanın, uygulama faaliyetlerinden çok siyasi kararlılığın sağlanması üzerinde yoğunlaştığını göstermektedir. Bu boşluk, BOH'ları ve bunlarla ilgili risk faktörlerinin kültürler, alışkanlıklar, yaşam tarzları ve diğer koşullarla olan güçlü bağını yansıtmaktadır. BOH'lara yönelik evrensel olarak uygulanabilir çözümler yetersizdir. Küresel BOH politika tavsiyelerinin uygulanması aynı zamanda veri toplama ve yönetimine, yönetişim yapılarına, siyasi katılıma ve birçok ortamda mevcut olmayabilecek diğer kapasitelere yatırım yapmayı da gerektirir (Isaranuwatchai et al.,2019).

## 8.5. Bundan Sonra Ne Yapılmalı?

Şu anda dünya, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı erken ölümleri 2030 yılına kadar üçte bir oranında azaltmak hedefine ulaşmak için çabalıyor (Sürdürülebilir Kalkınma Amacı 3.4.1). Tütün kullanımını, alkolün zararlı kullanımını ve fiziksel hareketsizliği azaltmak, obezite ve diyabetin artışının durdurulması ve hipertansiyon prevalansının azaltılması (toplumun tuz alımının azaltılması dahil), toplam risk yaklaşımını kullanarak hipertansiyon, diyabet, kalp krizi ve felçleri önleme ve temel teknolojilere ve temel ilaçlara erişimin iyileştirilmesi yönünde Küresel Gönüllü BOH hedefleri de belirlenmişti (WHO, 2013). Bu hedeflere ulaşmak için DSÖ'nün "Best Buys" – en iyi müdahaleleri- düşük ve orta gelirli ülkeler için, 2030 yılına kadar bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümleri üçte bir oranında azaltabilecek sekiz sinerjik ve tamamlayıcı hedefe ulaşmaları için pragmatik ve uygulanabilir müdahaleler sağlamaktadır (WHO, Worldbank 2017). DSÖ Best Buys listesi 2022 yılında gözden geçirilerek genişletilmiştir. Listeye romatizmal ateş için ikincil korunma, astımın ve kronik akciğer hastalığının akut ve uzun vadeli tedavisinin yanı sıra rahim ağzı, meme, kolorektal, karaciğer ve çocukluk çağı kanserleriyle ilgili çeşitli kanser kontrol müdahaleleri ile HIV ile yaşayanlar için kanserin kapsamlı tedavisi eklenmiştir (WHO, 2023e) (**Tablo 3**).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 221 23.11.2023 13:18

**Tablo 3.** DSÖ'nün gözden geçirilmiş BOH için en iyi müdahale listesi

| Risk faktörü/ Hastalık | Müdahale tanım |
|---|---|
| **Tütün kullanımının azaltılması** | 1. Tütün ürünleri üzerindeki tüketim vergilerini ve fiyatlarını artırın |
| | 2. Tüm tütün paketlerine, düz/standart ambalajla birlikte büyük grafikli sağlık uyarıları uygulayın |
| | 3. Tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğuna yönelik kapsamlı yasakların yasalaştırılması ve uygulanması |
| | 4. Tüm kapalı işyerlerinde, halka açık yerlerde, toplu taşıma araçlarında ikinci el tütün dumanına maruz kalmayı ortadan kaldırın |
| | 5. Toplumu sigara/tütün kullanımı ve pasif içiciliğin zararları konusunda eğiten ve davranış değişikliğini teşvik eden etkili kitle iletişim kampanyaları uygulayın |
| | 6. Tüm tütün kullanıcılarına tütünü bırakma konusunda, toplum çapında, maliyeti karşılanan etkin destek sağlanması |
| **Zararlı alkol kullanımının azaltılması** | 7. Alkollü içeceklerdeki tüketim vergilerini artırın |
| | 8. Alkol reklamlarına maruz kalmayla ilgili yasakları veya kapsamlı kısıtlamaları yürürlüğe koyun ve uygulayın (birden fazla medya türünde) |
| | 9. Perakende alkolün fiziki olarak bulunabilirliğine ilişkin kısıtlamaları yürürlüğe koyun ve uygulayın (satış saatlerinin kısıtlanması) |
| **Sağlıksız beslenme** | 10. Daha sağlıklı yiyecek ve içecek ürünlerine yönelik yeniden formülasyon politikaları (örneğin trans yağ asitlerinin ortadan kaldırılması ve/veya doymuş yağların, serbest şekerlerin ve/veya sodyumun azaltılması) |
| | 11. Tüketicilerin sağlıklı beslenme için gıdayı anlamasını ve seçmesini kolaylaştırmaya yönelik kapsamlı beslenme etiketleme politikalarının bir parçası olarak paketin ön kısmındaki etiketleme |
| | 12. Sağlıklı beslenmeye yönelik kamu gıda tedariki ve hizmet politikaları (örneğin serbest şeker, sodyum, sağlıksız yağ alımını azaltmak ve baklagiller, tam tahıllar, meyve ve sebzelerin tüketimini artırmak) |
| | 13. Sağlıklı beslenmeye yönelik davranış değişikliği iletişimi ve kitle iletişim kampanyası (örneğin enerji, serbest şeker, sodyum, sağlıksız yağ alımını azaltmak ve baklagiller, tam tahıllar, meyve ve sebzelerin tüketimini artırmak) |
| | 14. Çocukları gıda pazarlamasının beslenme üzerindeki zararlı etkilerinden korumaya yönelik politikalar |
| | 15. İdeal emzirme uygulamalarının korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi |
| **Fiziksel aktivite** | 16. Davranış değişikliğini mümkün kılmak ve desteklemek için toplum temelli programlar ve çevresel iyileştirmeler içeren, fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için sürekli, en iyi uygulama iletişim kampanyalarını uygulayın |
| **Kalp damar hastalıkları** | 17. Düzenli profilaktik penisilin alan hastaların bir listesinin geliştirilmesi yoluyla romatizmal ateş ve romatizmal kalp hastalığının ikincil önlenmesi |



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 222 23.11.2023 13:18

| Risk faktörü/ Hastalık | Müdahale tanım |
|---|---|
| **Kronik solunum yolu hastalıkları** | 18. Astım alevlenmelerinin inhale bronkodilatörler ve oral steroidlerle akut tedavisi |
| | 19. KOAH alevlenmelerinin inhale bronkodilatörler ve oral steroidlerle akut tedavisi |
| | 20. KOAH'ın inhale bronkodilatatörle uzun süreli tedavisi |
| **Kanser** | 21. 9-14 yaş arası kız çocuklarına HPV aşısı (1-2 doz) |
| | 22. Rahim ağzı kanseri: HPV DNA taraması, 30 yaştan itibaren her 5 ila 10 yılda bir düzenli tarama (tarama ve tedavi yaklaşımı veya tarama, triyaj ve tedavi yaklaşımı kullanılarak) |
| | 23. Rahim ağzı kanseri: Zamanında teşhis çalışmaları ve kapsamlı kanser tedavisiyle bağlantılı erken teşhis programları |
| | 24. Meme kanseri: Zamanında teşhis çalışmaları ve kapsamlı kanser tedavisiyle bağlantılı erken teşhis programları |
| | 25. Kolorektal kanser: zamanında teşhis çalışmaları ve kapsamlı kanser tedavisiyle bağlantılı erken teşhis programları |
| | 26. Hepatit B aşısı yoluyla karaciğer kanserinin önlenmesi |
| | 27. Çocukluk çağı kanseri: DSÖ Küresel Çocukluk Çağı Kanseri Girişimi'nin 6 indeks kanserine odaklanan, zamanında teşhis çalışmaları ve kapsamlı kanser tedavisiyle bağlantılı erken teşhis programları |
| | 28. HIV ile yaşayanlar için kanserin erken teşhisi ve kapsamlı tedavisi |

Kaynak: Renewed Best Buys (WHO, 2023e)

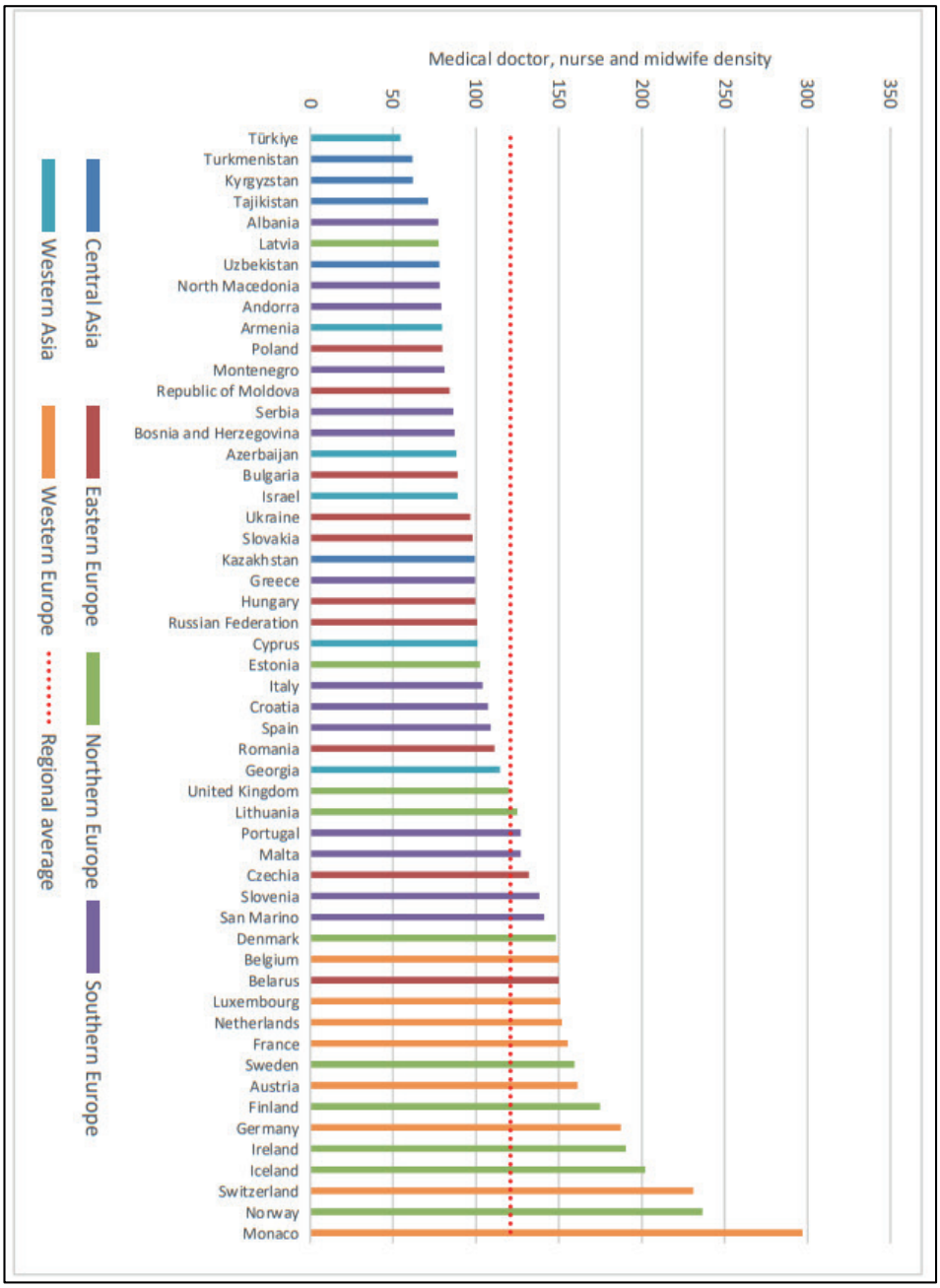
Yapılan ekonomik analizlerde Hükümetlerin Dünya Sağlık Asamblesi'nin 2017'de onayladığı, DSÖ'nün bulaşıcı olmayan hastalıklar için önerdiği "Best buys" müdahalelerini uygulamaya karar vermesi halinde, 2025 yılına kadar bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan yaklaşık 10 milyon erken ölümün önlenebileceği tahmin edilmektedir (WHO, 2023a). "Best buys" müdahalelerini uygulamanın, 2030 yılına kadar en yoksul ülkelerde 17 milyon felç ve kalp krizini önleyeceği ve 350 milyar ABD doları tutarında ekonomik büyüme sağlayacağı hesaplanmıştır. BOH'lara yönelik kanıtlanmış müdahalelere yatırılan her 1 ABD Doları, 2030 yılına kadar en az 7 ABD Doları getiri sağlayacağı belirtilmektedir (WHO, 2018).

## 8.6. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadelede Zorlukları Aşmak için Neler Yapılabilir?

Kalp damar hastalıkları ve diyabetin kontrolünde tüm diğer ülkeler gibi Türkiye'nin önünde de bazı zorluklar vardır. Bunların başında sağlık işgücündeki nicel ve nitel yetersizlikler gelmektedir. 2022 yılında yayınlanan bir rapora göre Türkiye, 10 bin nüfusa düşen doktor, hemşire ve ebe sayısına bakıldığında DSÖ Avrupa Bölgesinde en az sağlık çalışanına sahip ülkedir (**Şekil 5**) (WHO Regional Office for Europe, 2022).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 223 23.11.2023 13:18




**Şekil 5.** DSÖ Avrupa Bölgesindeki ülkelerde 10 bin nüfusa düşen hekim, hemşire ve ebe sayısı

Yaşlanan nüfus, artan sağlık hizmeti ve bakım gereksinimleriyle yaşlanan sağlık işgücü tüm ülkelerin sorunu haline gelmiştir. Ancak gelişmekte olan ülkeler sağlık çalışanlarının gelişmiş ülkelere göçü nedeniyle bu durumdan daha fazla etkilenmektedir. Türkiye de son yıllarda hızlanan özellikle hekim ve hemşire göçü nedeniyle azalan sağlık işgücü



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 224 23.11.2023 13:18

krizinden etkilenmektedir. Son yıllarda gittikçe artan sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önemli belirleyicilerinden biri azalan, ağır çalışma koşulları nedeniyle tükenen sağlık işgücü ile artan sağlık hizmeti talebi arasındaki dengesizlik te rol oynamaktadır.

Türkiye son 20 yılda BOH'a yönelik uluslarası anlaşmalarla uyumlu şekilde BOH önleme ve kontrolüne yönelik bir çok strateji, program ve yapısal değişiklikler gerçekleşmiştir. Ancak var olan politikaların sağlık hizmeti sunumu düzeyinde hayata geçmesinde gecikmeler dikkati çekmektedir.

DSÖ Avrupa Bölgesi'nin değerlendirme raporunda Türkiye'de kalp damar hastalıkları ve diyabet için sağlık hizmeti sunumunun akut bakımdan uzun süreli bakıma yeniden yönlendirilmesine ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Genel olarak KVH-DM için birinci basamak sağlık hizmetlerinin acilen güçlendirilmesi, özellikle sağlık personelinin eğitimine, hasta verilerinin sağlık sisteminin tüm seviyelerine entegrasyonuna ve hasta sevkleri ve takibi için entegre bir çerçevenin oluşturulmasına vurgu yapılmıştır (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2014).

Kronik hastalıkların yükü ile güçlü bir birinci basamak olmadan başedilemez. Kronik hastalıkların birincil ve ikincil koruması açısından önemli olan izlemler için son yıllarda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından Hastalık Yönetim Platformu uygulamaya konmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/). Ancak nitelikli bir kronik hastalık bakım ve izlemi için günümüzde aile hekimi başına düşen 3-4 bin arasındaki nüfusun en az yarısına indirilmesi, birinci basamakta çalışan hekim dışı personelin artırılması, sevk sisteminin işletilmesi gibi yapısal değişikliklere gereksinim vardır.

Türkiye BOH'ı onlemeye yonelik politikalar var olmasına karşın sağlık sistemi, orgutlenme ve hizmet sunumu gibi alanlarda geliştirilmesi gereken alanlar bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından hizmet sunumunda bilgi ve becerilerinin artırılması gerekmektedir. Kalp damar hastalığı ve diyabete ilişkin araştırma ve eğitim gereksinimini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik epidemiyoloji, sağlık ekonomisi değerlendirmeleri, sağlık yönetimi konularında eğitim gereksimleri olduğu saptanmıştır (Kılıç et. al, 2014).

Obezite ve sağlıklı beslenme alanlarında BOH kontrolüne yönelik politikaların güçlendirilmesi, uygulanması ve izlenmesi öncelikli hale gelmiştir.

Özellikle tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, aşırı alkol tüketimi gibi kronik hastalıklara yol açan risk faktörleri ve kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gibi hastalıkların oluşturduğu sosyoekonomik yükün etkisi ile mücadelede sadece sağlık sistemi yeterli değildir. Çok sayıda sektörü içeren kararlı politik adımlar bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde elzemdir.

## KAYNAKLAR:

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. (2014). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuclar: Sağlık Sistemi icin Zorluklar ve Fırsatlar, Türkiye Ülke Değerlendirmesi No.2.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 225 23.11.2023 13:18

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). (2023). GBD History. https://www.healthdata.org/research-analysis/about-gbd/history. Accessed 04.11.2023

Isaranuwatchai W, Archer A, Teerawattananon Yand, Culyer AJ. (2019). Non-Communicable Disease Prevention: Best Buys, Wasted Buys and Contestable Buys. Cambridge, UK: Open Book Publishers, https://doi.org/10.11647/OBP.0195

Kılıç et al. (2014). BMC Health Services Research, 14:373 http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/37

Kontsevaya A, Farrington J, Balcılar M, Ergüder T. (20189. Prevention and control of noncommunicable diseases in Turkey: The case for investment. World Health Organization.

Oğuz A, Çaklılı ÖT, Çalık BT. (2018). PURE Investigators. The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study: PURE Turkey. Turk Kardiyol Dern Ars. Oct;46(7):613-623. doi: 10.5543/tkda.2018.32967.

Onat A. Can G, Yüksel H, Ademoğlu E et al. (2017). TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. İstanbul. ISBN 978-975-349-081-8

Resolution WHA53.17. Global strategy on the prevention and control of NCDs. In: Fifty-third World Health Assembly, Geneva, 15–20 May 2000. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2000:22–24 (WHA53/2000/REC/1; https://apps.who.int/iris/handle/10665/260181).

Resolution 64/265. Prevention and control of non-communicable diseases. Adopted by the General Assembly on 13 May 2010. New York: United Nations: 2010 (A/RES/64/265; https://digitallibrary.un.org/record/683471?ln=en).

Resolution 66/2. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases: resolution adopted by the General Assembly on 19 September 2011. New York: United Nations; 2011 (A/RES/66/2; https://digitallibrary.un.org/record/720106?ln=en).

Satman I et al. (2013). Eur J Epidemiol;28(2):169-80.

Satman I, et al. (2002). Diabetes Care; 25:1551-56

SDG Indicators: metadata repository [database]. United Nations.https://unstats.un.org/sdgs/metadata?Text=&Goal=3&Target=3.4. Accessed 04.11.2023

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara, 2006.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Yayın No:909, Ankara, 2013.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması" Yayın No1296, Ankara 2021

T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Editörler Erkoç Y, Yardım N. Ankara, yayın no: 809, 2011- ISBN : 978-975-590-340-8

Üner S, Balcılar M, Ergüder T. (2018). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Türkiye

WHO (2003). Framework Convention on Tobacco Control, 2003, https:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1

WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. 2004 ISBN: 92 4 159222 2

WHO (2008). 2008–2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: Prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva (https://apps.who.int/iris/handle/10665/44009).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 226 23.11.2023 13:18

WHO. Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. World Health Organization, 2010, https://apps.who.int/iris/handle/10665/44395

WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva; 2013 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384).

WHO (2016a). Hearts: Technical Package for Cardiovascular Disease Management in Primary Health Care. https://apps.who.int/iris/bitstream/han dle/10665/252661/9789241511377-eng. pdf?sequence=1

WHO (2016b). The SHAKE Technical Package for Salt Reduction,, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250135/9789241511346-eng. pdf?sequence=1

WHO (2017a). Tackling NCDs: Best Buys, 2017, http://apps.who.int/ iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?sequence=1

WHO (2017b). NCD Global Monitoring Framework, 2017, https://www. who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/

WHO World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/260522).

WHO (2018). Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases. Geneva, Switzerland; 2018 (WHO/NMH/NVI/18.8). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO (2019). Tools for Implementing WHO PEN (Package of Essential Non-communicable Disease Interventions), 2019, https://www.who.int/ncds/ management/pen_tools/en/

WHO (2020a). Noncommunicable diseases progress monitor 2020. Geneva; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO (2020b). Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic. Geneva; 2020 (https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic, accessed 5 May 2022).

WHO (2022). Regional Office for Europe. Health and care workforce in Europe: time to act. Copenhagen; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO (2023a). Advancing the global agenda on prevention and control of noncommunicable diseases 2000 to 2020: looking forwards to 2030. Geneva; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO (2023b). Fact sheets about NCDs. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases. Accessed: 04.11.2023.

WHO (2023c). STEPwise approach to NCD risk factor surveillance (STEPS). https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps. 04.11.

WHO (2023d). Diabetes factsheet. https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1. 04.11.02023

WHO (2023e). Renewed Best Buys. https://www.who.int/news/item/26-05-2023-more-ways--to-save-more-lives--for-less-money----world-health-assembly-adopts-more-best-buys--to-Accessed 04.11.2023



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 227 23.11.2023 13:18

# 9. TÜRKİYE'DE KANSER KONTROLU

*Prof. Dr. Gül ERGÖR*

Kanser tüm ülkelerde ölüm nedenleri içinde üst sıralarda yer almaktadır. Dünyada her yıl yaklaşık 19 milyon yeni kanser tanısı konuyor ve her yıl yaklaşık 10 milyon kişi kanser nedeniyle yaşamını kaybediyor (Sung, 2021). Ülkemizde 2018' de ölümlerin %20'sini oluştururken, 2020 de %16 ve 2021 de %13'e inmiştir. Bu azalma oransal olarak pandemiye bağlı ölümler nedeniyle ortaya çıkmıştır (TÜİK, 2021; TÜİK, 2022).

Türkiye'de epidemiyolojik dönüşümün 3. evreye gelmesi 1950'li yıllarda gerçekleşmiştir. Bu yıllara kadar bulaşıcı hastalıklar en önemli sağlık sorunlarını oluşturmaktayken, 50'li yıllardan sonra kanserler de başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaya başlamıştır. 1947 de Sağlık Bakanlığı'ndan önce, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneğinin kurulması ile kanser konusunda ilk düzenlemeler yapılmıştır. 1962'ye kadar diğer hastalıklar arasında sayılan kanser, Temel Sağlık Hizmetlerinde Kanser Şube Şefliği kurulması ile birlikte ayrı olarak değerlendirmeye başlanmıştır. 1970'de Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde Kanserle Savaş Müdürlüğü kurulmuştur. 1-7 Nisan haftası "Kanser Haftası" olarak kabul edilmiştir. 181 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kanserle Savaş Daire Başkanlığı kurulmuştur. (14.12.1983 tarih ve 18251 sayılı RG) 1988'de çalışmaları yönlendirmek için Kanser Savaş Danışma Kurulu kurulmuştur. Bir yıl sonra da Uluslararası Kanser Savaş Birliği (UICC) üyeliği gerçekleşmiştir (Tuncer, 2009).

Daha önce illerde Kanser Danışma Kurulları varken, 2005'te ilk kez Ulusal Kanser Danışma Kurulu (UKDK) ve Alt Kurullar yönerge ile kurulmuştur. Alt Kurullar, son haliyle aşağıdaki gibidir:

- Epidemiyoloji ve Kanser Kayıt
- Erken Tanı ve Tarama
- Prevantif Onkoloji
- Kanserde Tedavi
- Medikal Jeoloji
- Onkolojik Araştırmalar
- İnsan Kaynakları
- Alternatif Tıp ve Tamamlayıcı Tıp
- Radyasyon Güvenliği
- Elektromanyetik Alanlar ve Sağlık Etkileri Değerlendirme
- Meslek Hastalıkları ve Kanser
- UKDK Hasta Okulları



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 228 23.11.2023 13:18

663 sayılı KHK ile kurulan Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna bağlı Kanser Daire Başkanlığı yeniden yapılandırılmıştır (02.11.2011). Kanser Daire Başkanlığı (KDB) Uluslararası Kanser Araştırma Ajansına (IARC) üye olmuştur (Özkan, 2013).

663 sayılı KHK ile Bakanlığın yeniden yapılandırılması sonrası KETEM'ler Toplum Sağlığı Merkezlerine Bağlı Birim olarak yeniden tanımlanmıştır (19 Mart 2012). 2017'de Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) kurulmuştur. HSGM Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında 02.10.2017 tarih ve 04.495 tarih sayılı Yönerge ile Kanser Dairesi Başkanlığı kurulmuştur.

Kanser taramaları için başlatılan Çağrı Merkezi pilot uygulaması Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından Halk Sağlığı Yönetim Sistemi Kanser Randevu Sistemi (KRS) yazılım çalışmaları tamamlanmış ve 3 ilde pilot uygulamaya geçilmiştir.

## 9.1. Kanser İstatistikleri ve Kanser Kayıtçılığı

1972-1976 yıllarında ülkemizde Bakanlıkça kanser taraması konusunda hizmet içi eğitim kursları ve halk eğitimleri düzenlenmiştir. Kanserler ile ilgili veri toplama ilk olarak 1982 de başlamıştır. 14.09.1982 tarihinde 5621 sayılı genelgeyle kanser bildirimi zorunlu hastalık olmuştur.

1983'den itibaren kanser bildirimleri pasif sürveyansla sürdürülmüştür. Ancak 1992 de Türkiye'de ilk kez "aktif kanser kayıtçılığı", ABD de çalışan Türk bir bilim insanının girişimi ile Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi ilk olarak İzmir'de Ege Üniversitesi'nde başlatılmıştır.

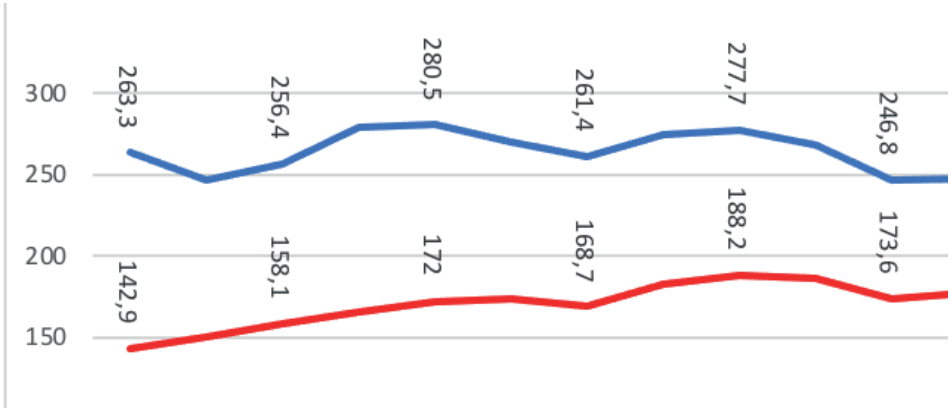
Ege Üniversitesi'nde başlayan Aktif Kanser Kayıtçılığı projesi, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne aktarılarak tüm ili kapsam içine almıştır. 1998'de Antalya ilinde de Kanser Kayıt Merkezi kurulmuştur. 2000 yılında Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği (14.12.2000- 24260 sayılı R.G.) yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte ilk kez, kanser kayıt merkezi, kanser kayıt elemanı tanımları yer almıştır. 2007'de Kocaeli Aktif Kanser Kayıt Merkezi kurulmuştur. 2010 yılında dünyada olduğu gibi ülkemizde de profesyonel kanser kayıtçılığı yapılabilecek ve ülkenin en az %20 nüfusunu yansıtacak coğrafi bölgeler (iller) seçilmiş, bu sistemle veri toplayan 10 Aktif Kanser Kayıt Merkezi kurulmuştur. (Ankara, Antalya, Edirne, Eskişehir, Erzurum, İzmir, Kocaeli, Samsun, Trabzon, Bursa) Mersin ve İstanbul illerinin (2012) eklenmesiyle Aktif Kanser Kayıt Merkezi sayısı 12'ye yükselmiştir. İzmir Kanser Kayıt Merkezi, 20 yıllık deneyimi ve sürekliliği nedeniyle IARC tarafından Kuzey Afrika ve Doğu Akdeniz bölgesinde yer alan ülkeler için kanser kayıtçılığı eğitim merkezi (HUB) olmuştur. 2013 yılı itibarıyla 81 ilin tamamında Aktif Kanser Kayıtçılığına geçilmiştir. Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği yeniden yayınlanmıştır (R.G, 2015). Daha sonra 2019'da yenilenerek tekrar yayınlanmıştır (R.G, 2019).

IARC tarafından yayınlanmakta olan "Beş Kıtada Kanser İnsidansı" kitabında 2007 yılında İzmir ve Antalya verileri yer almıştır. Onuncu baskısında ise İzmir, Antalya, Trabzon ve Edirne Kanser Kayıt Merkezlerinin verileri yer almıştır. Kitabının 11. baskısında İzmir, Antalya, Trabzon, Edirne, Bursa, Erzurum, Eskişehir ve Samsun Kanser Kayıt Merkezlerinin (2008-2012 serisi) verileri yer almıştır. 2013 yılında Trabzon ve Edirne verileri ülke verilerimize eklenmişti. Kanser verileri kalite ve tamlık yönünden kabul gören dokuz il dışın-



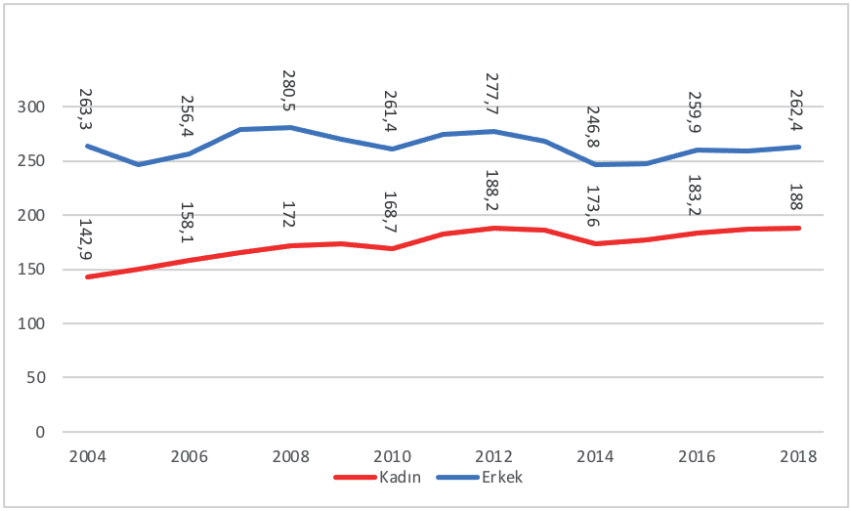
Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 229 23.11.2023 13:18

da ülkemizde aktif kanser kayıtçılık sistemi ile veri toplayan üç il daha mevcuttur. Bu iller Gaziantep, Kocaeli ve Malatya'dır. Bu illere 2012 yılında İstanbul, Mersin ve Adana dahil olmuş ve toplamda 15 il ile ülkemiz kanser kayıtçılığında kullanılan verilerin temsil gücü %50.2'ye ulaşmıştır (**Şekil 1**).




**Şekil 1.** Türkiye Kanser İstatistikleri Raporunda yer alan Aktif Kanser Kayıt Merkezleri ve başlama yılları

Ülkemizde kanser insidansı 2004'te kadınlarda yüzbinde 143, erkeklerde 263 olarak belirlenmiş, 14 yıl içinde erkeklerde dalgalanmalar göstererek yine aynı düzeyde kalmıştır (yüzbinde 262), kadınlarda ise bekleneceği gibi artış göstermiştir. Bu trendi etkileyen önemli bir faktör 2010'dan sonra sürveyansa yeni illerin eklenmesidir. Bu durum nüfusun artmasına yeni merkezlerin tam kapsamlı çalışma ile ilgili sorunları nedeniyle insidansta bazı yıllarda düşüşler gözlenmiştir. Özellikle İstanbul büyük bir nüfus ekleyerek tüm kanserleri saptama sorunu ile birlikte bu durumu etkilemiş olabilir (**Şekil 2**).



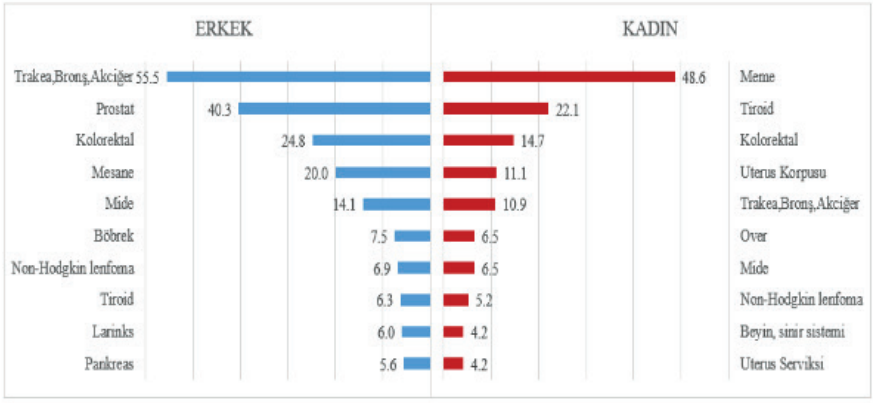

**Şekil 2.** Yıllara göre yaşa standardize kanser insidansı, Sağlık Bakanlığı kanser istatistikleri



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 230 23.11.2023 13:18

Türkiye akciğer kanserinde erkeklerde dünyada ilk sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020). Dünyada en yüksek insidans ve mortalite hızı Türkiye'de görülmektedir (Wild, 2020). Bu gerçek karşısında tütünle ilgili acil durum ilan edip çok kapsamlı bir programla çalışmaya başlamalıyız. 2000 lerin başında büyük bir motivasyonla ve hızla başlayan mücadele giderek tavsamış ve azalmaya yönelen sigara içme prevalansı yeniden artış trendine girmiştir. Bu artış kadınlarda daha belirgindir. Sigara ile ilgili kamu spotları dışında yapılan tek girişim, sigara bıraktırmaya yöneliktir, o da izlem eksikliği, ilaç teminindeki kesintiler gibi nedenlerle düşük başarı göstermektedir. Bu konuda gençlere yönelik "sigaraya başlamayı önleme" çalışmaları yapılması gereklidir.

**Şekil 3**'te görüldüğü gibi meme kanseri de kadınlarda en sık görülen kanserdir. Tarama çalışmaları kanser insidansının yükselmesinde rol oynamaktadır. Kolorektal kanserler hem kadın hem de erkeklerde üçüncü sırada görülmektedir (S.B, 2021).




**Şekil 3.** Türkiye'de Cinsiyete göre en sık görülen 10 kanser türü- 2018

Küresel Kanser Sağkalım Eğilimleri Sürveyansı 2000-14'te (CONCORD-3) 71 ülkeden 322 nüfus tabanlı kanser kayıt merkezinin 18 kanser türüne ait verileri ve sağkalımları yayınlanmıştır. Bu merkezler arasında ülkemize ait 9 kanser kayıt merkezinin verileri de yer almıştır (Ankara, Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun ve Trabzon Kanser Kayıt Merkezleri.) (Allemani, 2018).

## 9.2. Kanserde Erken Tanı

1995'te Kanser Tarama Proje çalışmaları başlatılmış, ilk Kanser Erken Teşhis Merkezi (KTEM) İstanbul Bakırköy Devlet Hastanesinde kurulmuştur. 1996'da Ankara Ahmet Andiçen ek hizmet binasında ve İzmir Narlıdere'de Tülay Aktaş Kanser Erken Teşhis Merkezi hizmete açılmıştır. Bu konuda ilk hizmet içi eğitim, 1998'de Ankara Onkoloji Hastanesinde KTEM hekim ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik olarak düzenlenmiştir. Kanserle Savaş Dairesi 2000'den sonra erken tanı çalışmalarına daha fazla önem vermiştir, örneğin tüm illerde "Kendi Kendine Meme Muayenesi" eğitimlerine başlanmıştır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 231 23.11.2023 13:18

2004 yılında Avrupa Birliği hibe fonları ile 11 ilde AB standartlarına uygun Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) faaliyete başlamıştır. 31 ildeki KTEM, KETEM'lere entegre edilmiştir. Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları İçin Ulusal Standartlar Genelgesi 2004/99 Nolu yayınlanmıştır. (20.07.2004 tarih ve 1135 sayı) 2009'da 81 ilde 88 KETEM' e ilave olarak, İstanbul Büyükşehir Belediyesinin 34 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi protokol ile KETEM olarak faaliyete başlamıştır.

KETEM personeline Eğitim Becerileri Kursları düzenlenmiştir KETEM in görevleri halka ve sağlık personeline eğitim vererek farkındalığı artırmak, meme, kolorektal ve serviks tarama programlarını yürüterek erken tanıyı sağlamak ve kanser tanısı konan hastaları ilgili tedavi merkezlerine yönlendirmek, izlemektir. Meme, Serviks ve Kolorektal Kanserlerde Ulusal Kanser Tarama standartları 2013 de yayınlanmıştır (S.B, 2021). Ülkemizde uygulanan tarama programı aşağıdaki gibidir:

**Kadınlarda meme kanseri tarama programı kapsamında;**

- Ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlığın verilmesi
- Yılda bir klinik meme muayenesi
- 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mammografi çekimi

**Kadınlarda serviks kanseri tarama programı kapsamında;**

- 30-65 yaş aralığındaki kadınlardan 5 yılda bir smear ve HPV -DNA testi yapılması

**Kolorektal kanser taramaları;**

- 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlarda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması
- 50-70 yaş arasında 10 yılda bir Kolonoskopi yapılmaktadır.

Ülkemizde bir kanser tarama programı varlığından söz ederken, önemli bir eksikliğin altını çizmek gerekmektedir. Bizdeki uygulama literatüre göre hala tam bir tarama programı değildir. Risk altındaki tüm nüfusu kapsama altına alan ve taramaya katılımı sağlamak için davet eden bir sistem yoktur. İlçe sağlık müdürlükleri toplumda duyarlılığı arttırıcı eğitimler yaparak, risk altındaki toplumun katılımını artırmaya, kendilerine verilen hedef sayıya ulaşmaya çalışmaktadır. Katılımı artırmak için aile hekimleri de destek sağlamaktadır ama bu sistematik değildir. Bu nedenle de başarı ölçütleri tam olarak değerlendirilmemektedir. Taramayla yakalanan kanserlerin büyük oranda erken evre kanserler olması gereklidir. Aksi halde taramanın geç kaldığı ve uygun aralıkta yapılmadığı anlaşılacaktır. **Şekil 4**'te tanı konan kanserlerin evreleri görülmektedir. Meme, serviks kanserlerinde %50 ye yakın, kolorektal de ise %39 oranında erken evrede tanı konmaktadır (S.B, 2021).

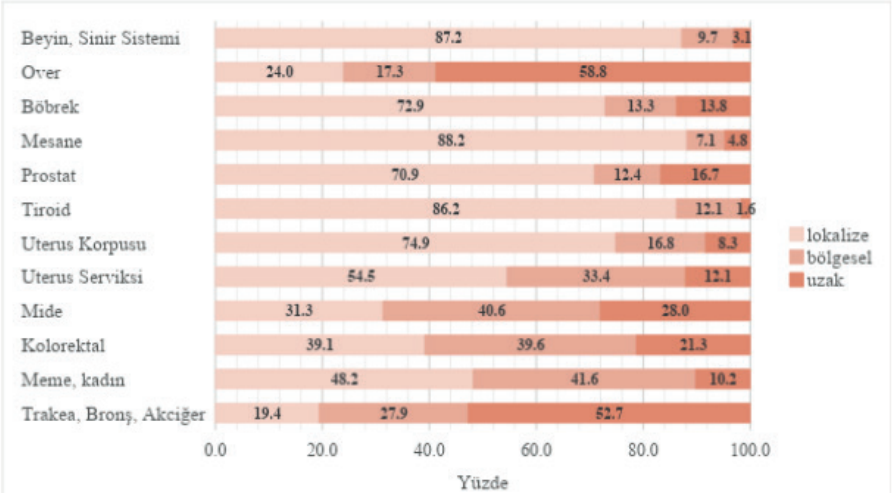
2014'te Aile Hekimlerinin kullandığı AHBS programının HYBS'ye entegrasyonu gerçekleştirilmiştir. HSBS veri tabanı, birinci basamak sağlık hizmet sunucularının kullanacağı şekilde faaliyete geçmiştir. Pap-smear testi ile yürütülmekte olan toplum tabanlı serviks kanseri tarama programı yenilenerek HPV-DNA testi eklenmiştir. HPV-DNA testleri-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 232 23.11.2023 13:18

ni değerlendirmek üzere Ankara ve İstanbul'da referans laboratuvarları kurulmuştur. Toplum tabanlı kolorektal kanser tarama programı 81 ile yaygınlaştırılmıştır.

2016'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında mamografi ile yürütülmekte olan toplum tabanlı meme kanseri tarama programının etkinliğinin artırılması amacıyla Mobil Mamografi Pilot Uygulama ve Merkezi Raporlama Projesi başlamıştır.




**Şekil 4.** Bazı kanser türlerinde tanı zamanındaki evre dağılımı

## 9.3. Diğer Çalışmalar

Akademisyenlerin katılımı ile "Türkiye Asbest Kontrolü Stratejik Plan" çalışmaları başlatılarak yurt geneline yaygınlaştırılmıştır. Programda ülke genelinde mevcut durumun tespiti Faz I, gerekli ıslah çalışmalarının yapılması ise Faz II olarak adlandırılmıştır.

Ülkemizde 81 ilde yapılacak ölçümlerle "Türkiye Radon Haritası" oluşturulması ve sonrasında "Ulusal Radon Kontrol Programı" geliştirilmesi planlanmış, bu çerçevede Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile Türkiye Atom Enerjisi Kurumu projeyi ortaklaşa yürütmek üzere 15.03.2013 tarihinde bir iş birliği protokolü imzalamıştır. Proje için çeşitli illerde evlere radon ölçüm cihazları yerleştirilmiş olmakla birlikte bu çalışmanı sonuçları hala açıklanmamıştır (Özkan, 2013).

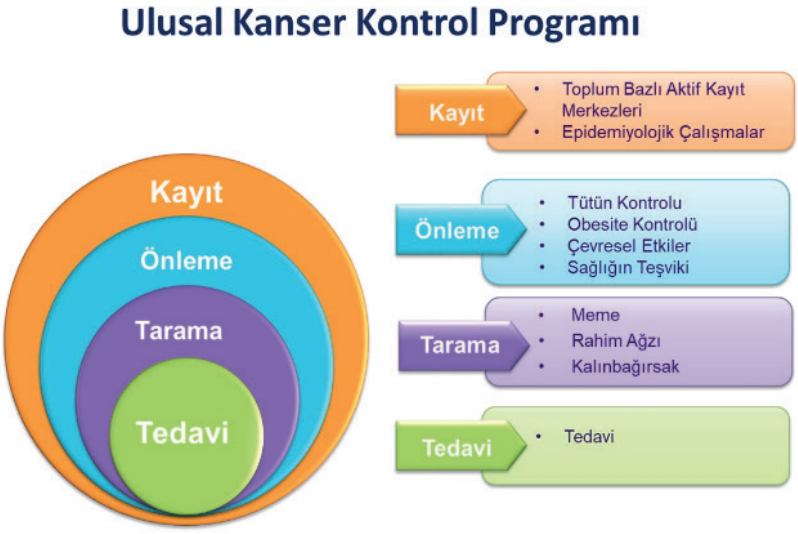
## 9.4. Ulusal Kanser Kontrol Programı

Kanser, artan insidansı ve başlıca ölüm nedenlerinden olması nedeniyle toplum sağlığı için öncelikli bir konudur. DSÖ ile 2008-2009 yılında yapılan İşbirliği Anlaşması ile "Sağlık Bakanlığının bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik politikalar geliştirmesi ve uygulamaya yönelik kapasitenin güçlendirilmesi" amacıyla beş öncelik belirlenmiştir. Bunlar; kanser kontrolü, koruma, palyatif bakım, obezitenin önlenmesi ve tütün kontrolüdür. Bu doğrultuda ilk Ulusal Kanser Kontrol Programı **2008-2012** yılları için hazırlanmıştır. Bu döneme **ilk faz** adı verilmiştir. Bakanlık çalışanları, ilgili sektörlerden



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 233 23.11.2023 13:18

katılımcılar ve kanser alanında çalışan öğretim üyelerinin geniş katılımıyla kapsamlı bir eylem planı hazırlanmıştır.




**Şekil 5.** Ulusal Kanser Kontrol Programı, 2013-2018 Sağlık Bakanlığı

**İkinci Faz 2013-2018,** Bu program raporunda birinci program döneminde yapılan çalışmalara daha çok sözel olarak yer verilerek, genel literatür bilgileri ve diğer ülkelerde yürütülen kanser kontrol örnekleri verilmiştir. Ülkemizdeki kanser kayıt merkezlerinden elde edilen veriler de grafiklerle paylaşılmıştır. Raporun büyük bölümü kanser kayıtçılığı, taramalar konusunda genel bilgilerin yer aldığı bir bilgi kaynağı şeklinde hazırlanmıştır, son bölümde ilk rapora göre daha özet bir strateji ve eylem planı bölümü yer almıştır. Kanser taramalarında Aile Hekimlerinin toplumun eğitimi, taramaya katılımı, izlenmesi konusunda görev almaları gerektiği belirtilmiştir.

Ayrıca bakanlığın diğer birimlerince yürütülen "Türkiye Obezite Kontrol Programı", "Tütün Kontrol Programı" ve "Diyabet Kontrol Programı" ile benzer eylem ve hedefleri içeren Kanser Kontrol Programının iş birliği içinde uygulanması gerektiği vurgulanmıştır.

**Üçüncü Faz 2019-2023**, Bu program raporu 2021 de yayınlanabilmiştir. Bu rapor 476 sayfadır, Kanser Dairesi çalışmaları, kanser istatistikleri dışında önemli bir kısmı, kanserlerle ilgili klinik bilgilere ayrılmıştır. Kanser eylem planları da sadece son beş sayfada yer almaktadır. İkinci ve üçüncü faz raporlarında önceki dönem hedeflerinin gerçekleşmesine yönelik hiçbir değerlendirme yer almamaktadır. Hedeflerin pek çoğu ölçülebilir olmamakla birlikte, ulaşılamayan hedefleri revize etmek gibi bir yöntem de kullanılmamıştır. Bir önceki programda yer alan kanser kontrol hizmetlerinin Aile Hekimliği hizmetlerine entegre edilmesi de bir dilek olarak yer almaya devam etmiştir.

Kanser Dairesi Kanser kontrolu ve önlenmesinden sorumlu ve bu konuda ülke çapında örgütlenme ve tarama ve önleme hizmetlerinin Aile Hekimliği hizmetlerine entegrasyonunu sağlamakla yükümlü bir birimdir. Bakanlıkta Bulaşıcı Hastalıklar, Ana Çocuk



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 234 23.11.2023 13:18

Sağlığı, Aşılama hizmetleri kadar önem verilmeyen hizmetlerdendir. Kısıtlı bütçe, nitelikli personel açığı bulunmaktadır. İllerde de durum benzerdir, Üç büyük il dışında diğer illerde kanser birimi yoktur, bulaşıcı olmayan hastalıklarla birlikte kanser çalışmaları yürütülmektedir.

## 9.5. Ulusal Kanser Enstitüsü

Ulusal Kanser Enstitüsü kurulması için 2000'li yılların başlarından itibaren çalışmalar başlamıştır. 2010 yılında TBMM de kanser hastalığı konusunda alınması gereken önlemlerin incelenmesi amacıyla bir komisyon kurulmuştur. Bu komisyon ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri'ni de ziyaret ederek kapsamlı bir rapor hazırlamıştır. Bu raporda ülkemizde bir Kanser Enstitüsü kurulması konusunda öneride bulunmuştur. Bu enstitünün amacı ülkemizde kanserden korunma, ilaç, tıbbi cihaz konusunda inovasyon geliştirme amaçlı araştırmalar yapmaktır (Özkan, 2013). Bu çalışmalar sonucunda 2014 yılında Türkiye Sağlık Enstitüleri Birliği (TÜSEB) kurulmuş, 2015'te faaliyetlerine başlamıştır (R.G, 2016). Türkiye Kanser Enstitüsü de bu çatı altında yer almıştır. "Sağlık bilim ve teknolojileri alanında ülkeye ve insanlığa hizmet etmek amacıyla; Türkiye'nin rekabet gücünü artırmak ve sürekli kılmak, kalkınma planı hedefleri ile Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulunun belirlediği öncelikleri de dikkate alarak ülkemizin ileri teknoloji ve inovasyon ihtiyacını karşılamak, yeni ürünlerin üretimini ve var olanların geliştirilmesini sağlamak, araştırmacılara bilimsel ortam temin etmek, kamu hukuku ve özel hukuk tüzel kişileri ile işbirliği yaparak bilimsel araştırmalar yapmak, yaptırmak, bu araştırmaları koordine etmek, teşvik etmek, Ar-Ge'lere katkı sağlamak, sağlık bilim ve teknoloji kültürü ile ekosistemlerin geliştirilmesinde öncülük yapmak, kanser ile ilgili sağlık hizmetlerinde akreditasyon kurallarının belirlenmesinde bilimsel katkı sağlamak" amacıyla kurulduğu belirtilmektedir. Bu amaçları gerçekleştirmek için TUBİTAK benzeri bir yapılanmaya, insan gücüne ve hepsinden önemlisi bütçeye gereksinim vardır. Kuruluşundan bu yana 9 yıl geçmesine rağmen ancak son 2-3 yılda bu amaçlara yönelik düzenli proje destek çağrıları yapmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kurum, en üst yönetimde Sağlık Bakanı yer alıyor olmakla birlikte bakanlıkla nasıl bir eşgüdüm sağlanacağı, Kanser Enstitüsüyle, Kanser Dairesinin görev ve sorumluluklarının örtüşme alanları ya da birbirlerini nasıl tamamlayacakları netleşmemiştir.

## 9.6. Kanser Kontrolünde Gelecek için Öngörüler ve Öneriler

Sağlık Bakanlığı'nda kanser çalışmaları genellikle anne, çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıkların gerisinde kalmıştır. Oysa artık bulaşıcı olmayan hastalıklar en az bulaşıcı hastalıklar kadar ya da daha fazla sorun olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde DSÖ kanser ve bulaşıcı olmayan diğer hastalıkları, ortak risk faktörleri nedeniyle birlikte ele almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nda Tütün Kontrolu, Kronik Hastalıklar, Kanser, Sağlıklı Beslenme, Hareketli Hayat programları birlikte planlanmalı, illere tek bir eylem planı gönderilmelidir. Şimdiki yapıda her daire birbirinden bağımsız çalışmaktadır, sonuç olarak programlar yürütülürken insangücü, zaman, ekipman dikkate alınmamaktadır. Kanser Daire başkanı ve personeli kısa aralarla değişmektedir. Bu dairede en başarılı çalışmalar üç



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 235 23.11.2023 13:18

yıldan fazla görev yapan başkanlar döneminde gerçekleşmiştir. Liyakate dayalı atamaların olmaması burada da sorun yaratmaktadır. Ayrıca ülkemizdeki bütçeleme sistemi de hedef odaklı, farklı çalışma biçimlerini gerektiren işlerde önemli bir engel yaratmaktadır. Bunun yerine öncelikli sağlık sorunları için program temelli bütçelemeye geçilmesi gereklidir. Eylem programları bütçesiyle birlikte yapılmalı ve maliyet etkililiği ölçülmelidir.

Dünyada kanser alanında çalışan kamu kurumları, ileriye yönelik eylem planlarında kanıta dayalı girişimler yapmak için koruyucu kanser araştırmalarına önemli kaynak ayırmaktadır. Kanser tüm ülkelerde ve özellikle yüksek gelirli ülkeler için önemli bir hastalık yükü oluşturmaktadır. Tedavi alanındaki tüm gelişmelere rağmen kanser de sağkalım uzatılsa da mortalitede düşüş sağlanmamaktadır (Jaffee, 2017). Bunun etkin yolu önleme ve erken tanıdır. Bunun bilincinde olan ülkeler tarama yöntemlerinin gelişmesine ve taramaya katılımı artırmaya yönelik araştırmalar yapmaktadır. Bizim ülkemizde de kanser kontrolü için kanserde birincil ve ikincil koruma için araştırma kaynakları ayrılmalıdır. Hali hazırda sadece ilaç ve tarama testi konularında Ar-Ge çalışmaları fonlanmaktadır bunlar da yeterli alt yapı olmadığından ve fonların bu tür çalışmalarda kullanılmasının önündeki bürokratik ve yasal engeller nedeniyle sürdürülememektedir.

Yüksek gelir grubu ülkelerde tüm gelecek kanser çalışmaları içinde biyolojik, genetik temel bilim çalışmalarının desteklenmesi, kanser risk faktörleri hakkında daha derinlemesine çalışmalar, bireyselleştirilmiş tıp ile koruma ve tedavi çalışmaları, kanser insidansı ve tedavisinde sağlıkta eşitsizliklerin rolünün ortaya konması için çalışmalar planlanmaktadır. (UK Cancer, 2023; NCI, 2023; Brennan, 2021).

Ülkemizde surveyansta iyi bir noktaya gelmiş olan Sağlık Bakanlığının bu çalışmaları gelecekte kaliteyi artırarak sürdürmesi gerekir, tüm ülkeyi kapsamak gerekli değildir, önemli olan bölgeleri temsil edebilir özellikte merkezlerde yüksek kaliteli ve tam veri toplayabilmektir. Her yıl bu verilerin yayınlanması da sürdürülmesi gereken bir hizmettir. Ancak önümüzdeki yıllarda, merkezlere özgü farklılıklar ortaya konmalıdır. Tanı ve taramada ülkemizdeki bölgesel eşitsizlikler ortaya konarak, bunları gidermeye yönelik çalışmalar sürdürülmelidir.

Kanserle ilgili araştırma politikası TÜSEB ve Sağlık Bakanlığı iş birliğiyle belirlenmeli, kaynak israfı yapılmadan öncelikli konularda birbirini izleyen araştırmalar desteklenmelidir.

## KAYNAKLAR:

Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. Lancet Vol 391.

Brennan P, Davey-Smith G. (2021). Identifying Novel Causes of Cancers to Enhance Cancer Prevention: New Strategies Are Needed. J Natl Cancer Inst.

Jaffee EM, Van Dang C, Agus DB, et al. (2017). Future cancer research priorities in the USA: a Lancet Oncology Commission. Lancet Oncology Vol 18.

NCI (2023). https://www.cancer.gov/research/areas/disparities Erişim tarihi: 8.10.2023

Özkan S. (2013). Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018. (2013). Ed: Özkan S, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 236 23.11.2023 13:18

R.G. (2015). Kanser Bildirimi ve Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği. 3.Haziran 2015 tarihli 29375 sayılı Resmi Gazete

R.G. (2016). Türkiye Kanser Enstitüsü Yönetmeliği. 17/12/2016 tarihli 29921 sayılı Resmi Gazete

S.B. (2021). Türkiye Kanser Kontrol Programı. (2021). Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Md.

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries CA CANCER J CLIN; 71:209–249.

Tuncer M. (2019). Ulusal Kanser Kontrol Programı 2008-2012. Ed: Tuncer M, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Yayın No: 760.

TÜİK (2021.) https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C3%96l%C3%BCm-ve-%C3%96l%C3%BCm-Nedeni-%C4%B0statistikleri-2020-37243&dil=1

TÜİK (2022.) https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C3%96l%C3%BCm-ve-%C3%96l%C3%BCm-Nedeni-%C4%B0statistikleri-2021-45715&dil=1

Türkiye Kanser İstatistikleri. (2022). S.B. Halk Sağlığı Gn Md Kanser Dairesi, Ankara.

UK Cancer. (2023). https://www.cancerresearchuk.org/funding-for-researchers/research-opportunities-in-prevention-and-population-research, Erişim tarihi: 8.10.2023.

Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors (2020). World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 237 23.11.2023 13:18

# 10. TÜRKİYE'DE TÜTÜN KULLANIMI İLE MÜCADELEDE HALK SAĞLIĞININ YÜZYILI VE GELECEĞİ

*Prof. Dr. Toker ERGÜDER*

Günümüzde önlenebilir ölüm nedenleri arasında en önemlisi kabul edilen sigara ve diğer tütün ürünleri, kullanıcıların yaklaşık yarısını öldürmektedir. Dünyada bir milyardan fazla insan – yetişkin nüfusun 1/4'ü – halen tütün ürünleri kullanmaktadır. Tütün kullanımı her yıl 8 milyondan fazla kişinin ölümüne yol açmaktadır ki bu sayı tüberküloz, HIV/AIDS ve sıtmaya bağlı ölümlerin toplamından daha fazladır. Tütün kullanımı, en sık sekiz ölüm nedeninden altısı için risk faktörüdür (iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, alt solunum yolu enfeksiyonu, KOAH, tüberküloz, akciğer kanseri). Bununla beraber, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde tütün kullanımı; nüfus artışı ve tütün endüstrisinin saldırgan pazarlama çabaları nedeniyle ne yazık ki her geçen gün artmaktadır. Eğer kullanma oranları bu şekilde devam ederse, sigara ve diğer tütün ürünlerinin, 2030 yılına kadar yılda 16 milyon kişinin ölümüne yol açabileceği tahmin edilmektedir. Hatta bu yüzyılın sonunda bir milyar kişinin ölümüne sebep olacaktır ve bu ölümlerin dörtte üçü, düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanacaktır (Mathers ve Loncar, 2006).

Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı genelde – yanlış olarak- kişisel bir seçim olarak algılanmaktadır. Bu algının temelinde; çoğu kullanıcının, tütünün zararlarının farkında olması ve kullanmayı bırakmak istemesi ancak nikotin bağımlılığından ötürü bunu zor bulması yatmaktadır. Bunlara ek olarak, dünya çapında çok güçlü olan tütün endüstrisi, tütün kullanımını sürdürmek ve hatta artırmak amacıyla her yıl milyarlarca dolarını yaygın ve saldırgan pazarlama kampanyalarına harcamaktadır (Cigarette Report, 2003).

Bugüne kadar tütün kullanımını azaltmak için pek çok strateji denenmiştir. Fakat tütün kullanımının sağlığa verdiği zararın bilimsel olarak kanıtlanmasının üzerinden 50 yıl ve pasif içiciliğin zararlarının onaylanmasının üzerinden ise 30 yıl geçmesine rağmen, çok az sayıda ülkede tütün salgınını önlemeye yönelik etkili ve bilinçli stratejiler uygulanmıştır. Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler tütünle mücadele konusunda gelişmiş ülkelere nazaran çok daha geride kalmıştır. Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde, özellikle kadınlar ve genç erişkinler tütün endüstrisinin kar ve satış rakamlarını artırmada büyük bir potansiyele sahiptirler ve bu yüzden tütün endüstrisi tarafından hedef kitle olarak seçilmişlerdir. Pek çok ülkede hükümetlerin tütün yetiştirme ve satışından doğrudan veya dolaylı kazançlar elde etmeleri de tütün karşıtı hareketi engellemektedir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 238 23.11.2023 13:18

## 10.1. Tütün Bitkisi ve Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tütün; Nicotiana Tabacum veya Nicotiana Rustica adı verilen bitkilerin yapraklarının kurutulup işlendikten sonra kullanıma hazır hale getirilmiş şekline verilen isimdir. Tütünün değişik kullanım biçimleri arasında enfiye, tütün çiğneme, nargile, pipo, puro ve sigara bulunmaktadır. Ancak günümüzde tütünün en yaygın kullanım biçimi sigaradır. Diğer tütün tüketim biçimleri göz ardı edilebilecek kadar az olduğundan, tütün denildiğinde akla daha çok sigara gelmektedir (Sezer, 1985).

Tütün kullanımı, Eski Dünya'nın yeni bir alışkanlığı olmasına rağmen tütünün Amerika yerlileri tarafından çok eskiden beri bilindiğini ve kullanıldığını gösteren kanıtlar vardır. Meksika'da Palenque'de bulunan tapınak harabelerinde I. Yüzyıldan kalma rölyeflerde, Maya din adamının ağzındaki tütün sarmasından çıkan dumanlar görüldüğü bildirilmektedir (Sezer, 1985). Kristof Kolomb ve gemicileri tütünle karşılaşan ilk Avrupalılardır. 1542 yılında Kristof Kolomb, Küba'da yerel halkın tütün içerek keyif aldığını görmüştür. Tütünün ilk defa Kristof Kolomb ve gemicileri tarafından keşfedilmesine rağmen, Avrupa'ya ilk tütün tohumunun getirilişi 1557 yılında Fransız Papaz Andre Thevet Rio tarafından gerçekleştirilmiştir. 1560 yılında Fransa'nın Portekiz büyükelçisi Jean Nicot'un Kraliçe Catherine de Medici'nin baş ağrılarını enfiye kullanarak tedavi etmesi bir başka tarihsel gelişmedir. 1565 yılında Sir John Hawkins ve Sir Walter Raleigh, tütünü tüm Avrupa ülkelerine tanıtmışlardır. 1761 yılında İngiliz James Will, tütün ile kanser arasındaki ilişkiyi ilk kez ortaya koymuş; 1828'de Reimann tütündeki etkin madde olan nikotini bulmuştur. 1853'te Kırım savaşında İngilizler, sert içimli Türk tütününün kâğıda sarılarak ve içe çekilerek içilmesini Türklerden öğrenmişlerdir; böylece "**Türk gibi sigara içmek**" deyimi yerleşmiştir. 1867'de ilk kez James Buchanan Duke tarafından sigara sanayisi kurulmuş ve giderek gelişmiştir. Önceleri uzmanlaşmış ellerde günde 1500 tane sarılabilen sigaradan, 1881'de James Bonsack'ın yaptığı bir makine aracılığıyla dakikada 200 tane üretilebilmiştir. 1884'te ilk sigara sarma makinesi patenti alınmış, 1889'da American Tobacco Company kurulmuştur. 1918 yılında Birinci Dünya Savaşı sigara üretimi 18 milyondan 47 milyona; 1935- 1945 yılında İkinci Dünya Savaşı ve sonrasında ise çok daha fazla miktarlara yükselmiştir (Ergüder, 1996) (Soydal ve Ergüder, 2002).

Avrupa gibi Osmanlı toprakları da tütün salgınından etkilenmiş; tütün bir üretim, tüketim ve ticaret aracı haline gelmiştir (Erdöl ve Ergüder, 2021). 1601 yılında İngiliz gemicilerin İstanbul'a tütün getirmeleri, ülkemizin tütünle ilk karşılaşması olmuştur. Kâtip Çelebi'nin yazılarına göre; sarayın baş cerrahı İbrahim Efendi, o tarihte tütüne karşı savaş açan ilk hekimdir. Ancak yine aynı kaynaklar, açılan bu savaşın tütüne olan ilginin ve tütün içiminin daha da artmasına neden olduğunu ve düş kırıklığına uğrayan İbrahim Efendi'nin de bu savaştan vazgeçtiğini yazmaktadır. 1607 yılından sonra tüketimin hızla artması; tütün ticareti, sanayisi ve kaçakçılığının da gelişmesine yol açmıştır (Ergüder, 1996). Tütün yetiştiriciliği Osmanlı İmparatorluğu sınırları içinde bulunan Balkan Yarımadası'nda ve Ege bölgesinde başlamıştır (Bilir vd., 2010). Yine 17. Yy'da Türkler, lüle taşından pipolar ve uzun çubuklar yaparak ilk filtreyi bulmuşlardır.

Osmanlı döneminde (1299-1923) tütün tüketiminin ilk yasaklanması, I. Ahmed döneminde (1603-1617) gerçekleşmiştir. Balmumunun ekilen tütünü çeşitli tarımsal hastalık-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 239 23.11.2023 13:18

lardan korumak amacıyla kullanılması nedeniyle, saraylarda iç aydınlatmada yakıt olarak kullanılan balmumu temin edilememiş ve kıtlığa neden olmuştur. Bunun üzerine Sultan I. Ahmed, ekim alanlarında (1614) tütünün üretimini ve tüketimini yasaklamıştır. Bu yasak sadece hem balmumu hem de tütün tedarikinin yapıldığı Manisa ve Biga bölgelerini kapsamıştır.

Osmanlı dönemi boyunca en büyük yasak, Sultan IV. Murad (1623-1640) döneminde ortaya çıkmıştır. 1630'lu yıllarda Haliç'te çıkan ve 20.000'e yakın evin yıkılmasına yol açan yıkıcı yangına neden olduğu için tütün kullanımı suç sayılmıştır. Sonuç olarak Osmanlı topraklarında tütün ekimi ve tüketimi yasa dışı hale gelmiştir. Bu döneme ilişkin tek kayıt 1631 tarihli bir ferman olmasına rağmen, Sultan IV. Murad daha önce de benzer yasaklayıcı niyetlerle birtakım fermanlar yayınlamıştır (Erdöl ve Ergüder, 2021).

1646 yılında Osmanlı İmparatorluğu'nda en yüksek din görevlisi yani Müftü Bahaî, tütün yasağını kaldırmıştır. 1678 yılında, Osmanlı İmparatorluğu yetkilileri, tütünün önemli bir tarım ürünü olduğunun farkına vararak vergilendirmeye başlamıştır. Daha sonra, 1862 yılında hükümet tarafından bir tekelleşme oluşturulmuş ve 1874 yılından itibaren de bandrol uygulamasına geçilmiştir. 1884 yılında TEKEL'in hakları, 30 yıl için REJİ (Osmanlı İmparatorluğu'nun tütün otoritesi) idaresine verilmiş ve bu durum 1914 yılında 15 sene daha uzatılmıştır. İlk üretim tesisi İstanbul'da, Cibali'de (1884) kurulmuştur. Bunu İzmir (1884), Adana (1895) ve Samsun'da (1897) kurulan tesisler izlemiştir (Bilir vd., 2010).

## 10.2. Cumhuriyet Döneminde Tütünle Mücadele

### 10.2.1. Cumhuriyet Döneminde Tütün Üretimi ve Ticareti

Tütün ekimi ve ticareti Osmanlı İmparatorluğu'ndaki gibi 1923 yılında kurulan Türkiye Cumhuriyeti'nde de siyasi ve ekonomik durumu yansıtmıştır. Yeni Türkiye Cumhuriyeti REJİ'yi sermayeleştirmiş ve 1925 yılında devletin tütün tekeli olarak kabul etmiştir. 1930 yılında yürürlüğe giren 1701 sayılı Kanun; tütün ekimini, ticaretini, işlenmesini düzenlemiştir. 1940 yılında tütün ekiminin desteklenmesini başlatan yasal düzenleme yürürlüğe girmiştir. 1942 yılından itibaren, Virginia tipi yaprak tütün üretimine de izin verilmiştir. 1946 yılında Devlet Tütün Tekeli, TEKEL Genel Müdürlüğü olarak adlandırılmıştır. İlk filtreli sigara Samsun Fabrikasında üretilmiştir. 1961 yılında yürürlüğe giren 196 sayılı Kanunla birlikte tütün ticareti desteklenmeye başlamıştır. 1965-1968 yıllarında Antalya ve Sakarya'da, Burley yaprak tarımı denenmiş ve 1969 yılında İstanbul Sigara Fabrikası yeni cumhuriyetin ilk tesisi olarak açılmıştır. 1983'te TEKEL, küçük ortak olarak Rothmans ile birlikte Bitlis'te yeni BEST şirketini kurmuştur. 1984 yılındaysa yabancı marka sigaraların ithaline başlamıştır. Türk ekonomisinin liberalleşmesinden sonra, 1986 yılında çıkarılan 3291 sayılı Yasa, çok uluslu faaliyetlere olanak sağlamış; tütün ürünlerinin üretimi, dağıtımı ve pazarlanması yeniden düzenlenmiştir. 1986 yılında TEKEL katılımı ile yerel üretime izin verilmiştir ve 1988 yılında TEKEL Rothmans'ın %25 hissesini satın almıştır (Bilir vd., 2010).

Türkiye'de tütünün devlet tarafından satın alınmasını destekleyen ilk yasal düzenleme, 1940 yılında yürürlüğe girmiş olan Milli Güvenlik Kanunu'dur. Üreticilerin ürünlerinin tümünü hükümet adına satın almaktan sorumlu olan kurum TEKEL iken 2002 yılında



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 240 23.11.2023 13:18

bu uygulama kaldırılmış, onun yerine sözleşme esasına dayalı bir üretim sistemi getirilmiş ve ardından da pazar tümü ile liberalleştirilmiştir. Devletin tütün ürünlerinin tümünü satın aldığı süre boyunca, üretim arz-talep dengesine bakılmaksızın gerçekleştirilmiş; sosyal politikalar ve politik kaygılar göz önünde bulundurulmuştur. Bu dönemde üretim sınırsız ve fiyatlar tatmin edici olmuştur (özellikle politik nedenlerle ilgili belirli dönemlerde). Bu nedenle, üreticiler alternatif bir ürün arayışı içinde olmamıştır. Bunun sonucu olarak, üreticiler kendilerine sürdürülebilir bir gelir sağlayabilecek farklı tarımsal faaliyetlere yönelme becerisini kaybetmiş ya da geliştirememiştir. Devlet de üreticilere, başka ürünlere ya da ekonomik faaliyetlere yönelme konusunda özel bir destek vermemiştir. Türkiye'de şark tipi tütün üretimi, emek-yoğun ve aile temelli bir faaliyettir. Aynı zamanda, 2001 yılında daha kararlı şekilde yapılmaya başlanan kota uygulamasının neticesinde, üretimde %27 oranında bir azalma gözlenmiştir. Sözleşme esasına dayalı üretim sistemi 2002 yılında uygulanmaya başlayınca, hem TEKEL tarafından alınan ürün miktarında hem de toplam üretilen miktarda düşüş meydana gelmiştir. Virginia ve Burley tipi tütün Türkiye'ye 1988 yılında girmiştir. O zamandan beri hem harmanlanmış sigaraların hem de tamamen şark tipi tütünden imal edilen sigaraların tüketiminde azalma gözlenmiştir (Bilir vd., 2010).

1989 yılında, ilk Amerikan harmanı Türk sigarası olan TEKEL 2000'in üretimi başlamıştır. 3 Mayıs 1991'de yürürlüğe giren 91/1755 sayılı Kanun yerli ve yabancı özel şirketlere sigara üretme hakkı vermiştir. 1992 yılında, Philip Morris-Sabancı Holding ortaklığı olan PhilSA ve RJ Reynolds, Torbalı'da tesislerini açmıştır ama 1994'te yeni teknoloji eksikliği yüzünden TEKEL'in İstanbul'daki Cibali Sigara Fabrikası kapatılmıştır. Ancak aynı yıl içinde, tütün ekimi için kota uygulaması başlatılmıştır (Bilir vd., 2010).

2000 yılında TEKEL, Kübalı bir girişim şirketi ile TEKA Puro Fabrikasını kurmuştur. Bir yıl sonra, Özelleştirme İdaresi Başkanlığı TEKEL'i özelleştirme programı içine dâhil etmiştir. Bu dönemde ekonomik krizden geçmekte olan Türk hükümetini, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası tütün sektörünün de içinde bulunduğu 15 sektörde yapılması gereken reform hakkında bilgilendirmiştir. Sivil toplum örgütlerinin uyarılarına rağmen hükümet, Türk tütün yetiştiricilerinin haklarını sınırlayan, bunun yanında çok uluslu üreticilerin haklarını çoğaltan bir tasarı hazırlamıştır. Aynı yasa, tütün ekimindeki devlet sübvansiyonlarını durdurarak tütün ticaretinin yazılı sözleşme veya açık artırma ile yapılmasını öngörmüştür. IMF'nin önerilerinin bir sonucu olarak, Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) 2002 yılında kurulmuştur. Bu kurul, tütün piyasası ve tütünle ilgili halk sağlığı konularını düzenleyecek mali ve yönetsel açıdan özerk bir birim olarak kurulmuştur (Bilir vd., 2010).

TEKEL, 2002 yılında İzmir'deki fabrikasını kapatmıştır. TAPDK'nin yönetmelikleriyle, BAT (2002), Avrupa (2004), Imperial (2005) ve Gallaher (2006) Türkiye'de üretime başlamıştır. Aynı yıllarda, ülke genelinde Osmanlı döneminin unutulan geleneklerinden biri olan nargilenin tüketilebileceği birçok kafe açılmıştır. Bu yeni nargile pazarı için gerekli olan değişik tütün ürünlerini sağlamak amacıyla Şerbetli (2004), Selar, Smyrna ve IMEKS (2005) firmaları kurulmuştur. TEKEL tütün bölümü 2003 yılında özelleştirme programına alınmıştır. JTI, özelleştirme için 1.150 milyon ABD doları teklif vermiş ama bu teklif az bulunarak özelleştirme işlemi askıya alınmıştır. 2005'te ikinci ihalede TEKEL'e hiç teklif



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 241 23.11.2023 13:18

gelmemiştir. TEKEL'in özelleştirilmesi, tütün kontrolünde ve kamu mallarının korunmasında etkin olan sivil toplum kuruluşları (STK) tarafından eleştirilmiş; TEKEL'in özelleştirilerek daha etkin hale getirilmeye çalışılması, "ölüm ve hastalığın kaçınılmaz olduğu bir sektördeki etkinlik artışının acı çekmeyi de artıracağı" konusunun önemi tütün kontrolünü savunanlar tarafından tartışılmıştır. Dünya Bankası verileri, çok uluslu şirketler tarafından yapılan satışların benzer ülkelerdeki özelleştirmelerden sonra belirgin bir şekilde artığını göstermiştir. Sivil toplum kuruluşları ve TEKEL çalışanlarının üyesi olduğu işçi sendikalarının itirazlarına rağmen, TEKEL 2008'de British American Tobacco'ya (BAT) 1.720 milyon ABD dolarına satılarak özelleştirilmiştir (Bilir vd., 2010).

Tütün ve tütün üretiminin stratejik bir önemi olduğu Türkiye'de, bu ürün ve sektör ile ilgili düzenlemeler, kurumlar tarafından farklı yasalar yoluyla yapılmaktadır. 2002 yılında yürürlüğe girmiş olan 4733 sayılı Kanuna göre, kamu iktisadi teşebbüsü olarak tütün ve alkollü içecek sektörünü 1923 yılından beri düzenleyen TEKEL bir anonim şirkete dönüştürülmüştür. Bu piyasanın düzenlenmesi ile ilgili yetkiler de 2003 yılında kurulan Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu'na (TAPDK) devredilmiştir. Türkiye'de 2007 yılında, yaklaşık 80 milyon ton tütün 207.000 üretici tarafından üretilmiştir. Tütün üretiminin aile işi olduğu düşünüldüğünde, bahsedilen üretim yaklaşık olarak 1.000.000 kişinin geçimine katkıda bulunmaktadır. Buna ek olarak, sektör 25.000 kişinin istihdamını sağlamaktadır. Bu kişiler bakım, işleme ve tütün ürünleri üretimi ile tütün ürünlerinin pazarlama ve dağıtımında çalışmaktadır. Yabancı şirketlerin tütün piyasasına girmesi ile TEKEL'in pazar payı 2001 yılında %69'dan 2007 yılında %30,5'e düşmüştür. Aynı dönemde, PhilSA pazar payını %21'den %40'a çıkararak Türkiye'deki en güçlü yabancı sigara şirketi olmuştur. Dolayısıyla, yabancı şirketler pazar paylarını %13'ten yaklaşık %70'e çıkarmışlardır. Türkiye'de tütün ekimi 1980'li yıllara kadar 1961 yılında yürürlüğe giren 196 sayılı Kanun çerçevesinde sübvanse edilmiş, desteklenmiş ve korunmuştur. 500.000 ailenin tütün ekimi ve işlenmesi ile uğraştığı bu dönemde, tütün başlıca tarım ürünlerinden biri ve yaklaşık üç milyon kişi için (aile üyeleri dâhil) temel gelir kaynağı olmuş, buna paralel siyasi önem kazanmıştır. Tütün yaprağı aynı zamanda önemli bir dışsatım ürünü olarak kabul görmüş ve 59 dışsatım şirketini ayakta tutmuştur (Bilir vd., 2010).

1980'li yıllara kadar, tütün kullanımı daha çok erkekler arasında kültürel bir faaliyet olarak kalmış ve sadece TEKEL ürünleri tüketilmiştir. Kapalı bir ekonomide yegâne sigara üreticisi olarak TEKEL, ürünlerinin reklamını ve tanıtımını yapma gereksinimi duymamıştır. Türkiye, 1987 yılına kadar tütün reklamları ile tanışmamıştır (Bilir vd., 2010). Yabancı sigara satışları ile ülkemizde çocuklara ve gençlere yönelik sigara tanıtımları ve reklam çalışmaları da hızla başlamıştır.

### 10.2.2. Cumhuriyet Döneminde Çıkarılan Kanunlar ve Düzenlemeler

Cumhuriyetin ilk yıllarında çıkarılan kanunların pek çoğunun dönemin şartları ve savaşlar nedeniyle tütün kullanımını özendiren veya en azından teminini kolaylaştıran uygulamalar olduğu görülmektedir.

Cumhuriyet kurulduktan sonra tütün ile ilgili olarak çıkarılan ilk kanunlardan biri Hafta Tatili Hakkında Kanun'da 1926 yılında yapılan değişikliktir. Kanun yayımlandıktan sonra



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 242 23.11.2023 13:18

değiştirilmiş ve hafta tatilinde satış yapabilecekler listesine "tütün satanlar" ilave edilmiştir. Bu kanunla, tütün satanlar diğer elzem gıda işleriyle ilgilenen esnaf gibi değerlendirilmiştir (Erdöl, 2017).

1930 yılında çıkarılan Askeri Ceza Kanunu'nda askerlere verilecek hapis cezasının yerine tütün verilmemesi cezalandırma aracı olarak kullanılmıştır (Erdöl, 2017).

1934 yılında TBMM'ye sunulan kanun teklifiyle, vazifesi hastaları koruma ve tedavi etmek olan doktorlara sigara reçete etme yetkisi verilmiştir. 2007 yılında yürürlükten kaldırılan bu kanunda, "Sigara içen hastalara tabibin yazdığı sayıda sigara verilir" ibaresi kullanılmıştır (Erdöl, 2017).

1944 yılında sunulan kanun tasarısıyla ordu uçaklarında 20 gram sigara ile bir kutu kibrit, demirbaş erzak listesine eklenmiştir (Erdöl, 2017).

Cumhuriyet döneminin ilk yıllarındaki belki de en tehlikeli uygulama; askerlik hizmeti boyunca tütün kullanımına imkân sunan ve kullanımı bir anlamda da destekleyen, 21 Ekim 1931'de eklenen fıkra ve 1954 yılında yapılan değişiklikler ile 1776 sayılı Kuvvetli Tayin Kanunu'dur. Eklenen fıkra ile "Başkumandanın inisiyatifinde tütün içen askerlere günlük 10 grama kadar tütün verilmesi" kabul edilmiştir. 1954 yılındaki değişiklikle ise "Askerlerin tümüne günde 10 gram tütün veya 10 adet sigara verilmesi "mecburi hale getirilmiştir. Böylece ister sigara içsin ister içmesin her askere ayda 15 paket sigara verilmeye başlanmıştır. Verilen bu sigaraları içenler içmiş, içmeyenler satmış veya başka birine vermiş ya da memleketlerine hediye olarak göndermişlerdir. Bu kanun, 1981 yılında 12 Eylül sonrası oluşturulan Milli Güvenlik Konseyinin kararıyla, bütçeye getirdiği yük nedeniyle yürürlükten kaldırılmıştır (Erdöl, 2017).

1954 yılında kabul edilen "Gerilla, Komando, Dağ veya Paraşütçü Kıtaları Yetiştirme Kurslarına İştirak Edeceklerin İaşeleri Hakkında Kanun" ile bu kurslarda yetiştirilecek askerlere de sigara verilmesi kanun teminatına alınmıştır. Ancak bu kanun, 1977 yılında kabul edilen Türk Silahlı Kuvvetleri Özel Beslenme Kanunu'nun 3. maddesi ile yürürlükten kaldırılmıştır (Erdöl, 2017).

1955 yılında kabul edilen Orman Kanunu'nda yangın söndürmeye gidecek vatandaşlara söndürme işinde çalıştıkları müddetçe parasız ekmek ve katık yanında sigara verilmesine yer verilmiştir. Ayrıca kanunda, orman içine sönmemiş sigara atanların ise cezalandırılacağı yazılmıştır (Erdöl, 2017).

Tüm bu olumsuz gelişmelerin yanında tütün kontrolü için verilen ilk kanun teklifi, çocukların içki ve tütün kullanmalarının yasaklanmasıyla ilgili olup 1926 yılında Kırklareli Mebusu Dr. Fuat Bey tarafından sunulmuştur. Görüşülemeden değerini yitiren bu önemli kanun, 1929 yılında Dr. Fuat Bey tarafından yenilenmiş, komisyonda reddedilmiştir. Komisyonun çocuklara içki satışını yasaklanması ile ilgili maddeleri reddetme gerekçesinde özetle "İçki ile ilgili hükümler esasen kanunda vardır." denilmektedir. Tütün ile ilgili hükümlerin kabul edilmemesi ise "çocukların sigara ve diğer tütün ürünlerini içmesine engel olunamayacağı "şeklinde gerekçelendirilmiştir (Erdöl, 2017).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 243 23.11.2023 13:18

1980 sonrası, sigara ticaretini serbestleştirici ve geliştirici adımlar atıldığı dönemde ülkemizde büyük kapsamlı olmasa da tütün karşıtı çalışmalar da başlamıştır. Bunlardan biri, 1988 yılının ocak ayında Sağlık Bakanlığı tarafından 7 ay süren "Sigaraya Karşı Mücadele Kampanyası'dır.

Ülkemizde tütün kullanımında herhangi bir kısıtlama olmadığı dönemlerde inisiyatif alarak tütün yasağını uygulayan valilerimizden Recep Yazıcıoğlu'na, uygulamalarında bıraktığı iz nedeniyle IV. Murat lakabı yakıştırılmıştır. Necati Çetinkaya da Ordu Valiliği sırasında kahvehanelerde sigara içilmesine yasak getirmiştir. 1988 yılında THY uçaklarında sigara içilmesine yasak getirilmiştir. Bu, ülkemizde cumhuriyetin ilanından sonraki dönemde tütün kullanımının sağlık nedeniyle yasaklandığı ilk uygulamalardandır (Erdöl, 2017).

Ayrıca Ağustos 1986 tarihli Bakanlar Kurulu Kararı ile devlete ait kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra radyo-televizyon yayınlarında sigara ve her çeşit tütün mamulünün reklamı yasaklanmış, 2 Mayıs 1991 tarihli kararname ile de sigara paketlerinin üzerine "sağlığa zararlıdır" ibaresinin yazılması mecburi hale getirilmiştir. Bu konuya örnek teşkil etmesi bakımından Gelibolu Yarımadası Tarihi Milli Parkı Kanunu buna güzel bir örnektir. Adı geçen kanun, "Sönmemiş sigara veya her türlü yakıcı madde yakmak fiilini yapanlara ağır para cezası ile cezalandırma" öngörmektedir. 2004 tarihli Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'da da çocuk hükümlülere uygulanabilecek "uyarma" cezası gerektiren fiiller arasında "Yatakhane, atölye, etüt salonu, kütüphane ve buna benzer yerlerde sigara içmek" yer almaktadır. Bu iki kanun, tütün kullanımına ceza öngörmesi bakımından önemlidir (Erdöl, 2017).

Daha sonra 1990 yılında, bir grup milletvekili sigaranın zararlı etkilerinden toplumun korunması amacıyla TBMM Başkanlığına bir kanun teklifi vermişlerdir. Bu kanun teklifi, 9 Ocak 1991 tarihinde TBMM'de kabul edilmiştir. Kabul edilen bu kanun, 1991 yılında dönemin Cumhurbaşkanı Turgut Özal tarafından yasakların satışlarda artışa yol açacağı gerekçesiyle veto edilmiştir. Aynı gerekçe ile Arjantin'de de aynı dönemde benzer bir Kanun Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmiştir. Çok değişik coğrafyalardaki iki ülkede tütün kontrolüne yönelik Kanunların hemen hemen aynı gerekçelerle veto edilmesi küresel tütün endüstrisinin müdahalesini düşündürmektedir (Erdöl, 2017).

Bunun üzerine "Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun Teklifinin TBMM'de ivedilikle görüşülmesi ve desteklenmesi için 26 Ocak 1993 günü başlayan bir kampanya gerçekleştirilmiştir. Kampanya münasebetiyle toplanan 18.000 dilekçe TBMM Başkanlığı, Başbakanlık, TBMM Adalet ve Sağlık Komisyonu Başkanlıkları, Sağlık Bakanlığı ve Siyasi Partilerin Grup Başkanlarına iletilmiştir (Erdöl, 2017).

1991 yılından 1996 yılına kadar mecliste bekleyen "Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun", 1996 yılında Dr. Ahmet Fevzi İnceöz ve bir grup milletvekilinin ısrarlı çalışmaları sonucu, 7 Kasım 1996 tarihinde kabul edilmiş, 26 Kasım 1996 tarih ve 22829 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 4207 sayılı bu kanunda öngörülen bazı maddeler için tanınan bir yıllık süre, 26 Kasım 1997 tarihinde sona ermiş ve kanun tamamıyla uygulamaya girmiştir. Söz konusu Kanunla, toplu taşıma araçlarında, kültürel ve sportif tesisler gibi kapalı yerlerin önemli bir kısmında sigara kullanımı



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 244 23.11.2023 13:18

ile 18 yaşından küçük çocuklara sigara satılması ve tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımının yapılması yasaklanmış; sigara paketleri üzerine uyarı yazısı yazılması ve televizyonlarda sigaranın zararları konusunda ayda 90 dakika süreyle eğitici yayın yapılması öngörülmüştür. 4207 sayılı Kanun ülkemizde tütün kontrolü açısından çok önemli bir dönüm noktası olmuş ve özellikle sigara reklamlarının yasaklanması konusunda getirdiği çok kapsamlı yasak ile o dönem dünyadaki tütün karşıtı en ileri kanunlardan biri olmuştur (Soydal ve Ergüder, 2002) .

4207 Sayılı Kanun'un çıkmasından yaklaşık iki yıl önce, ülke genelinde sigaranın zararlarını önlemek için çabalar sürerken, Elazığ ilinde de çocuklar ve gençler arasında sigara kullanımının hızla arttığı gerçeği göz önüne alınarak çocukların, gençlerin ve tüm toplumun sigaradan korunması amacıyla, 09.01.1995 tarihli İl Hıfzıssıhha Meclisi kararı alınarak çalışmalar başlatılmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü, Elazığ Belediyesi, Sağlığı Geliştirme ve Sigara ile Mücadele Derneği'nin birlikte yürüttüğü çalışmalar sonucunda Elazığ ilinde 06.06.1995 tarihli İl Hıfzıssıhha Meclisi kararı ile hastanelerde, diğer sağlık kuruluşlarında, şehir içi ve dışı toplu taşıma araçlarında, sinema, tiyatro ve spor salonlarında sigara içilmesinin yasaklanması kararı alınmıştır. Yine aynı işbirliği çerçevesinde "Bırak Kazan 1996" kampanyası ve "Sigarasız Türkiye Eşya Piyangosu" düzenlenmiştir (Ergüder, 1996).

4207 Sayılı Kanun'un yürürlüğe girmesinin ardından, Türkiye genelinde sigaraya karşı mücadele hız kazanmıştır. Kanunla getirilen yasakların izlenmesi ve denetlenmesi amacıyla illerde çalışmalara başlanmıştır. Bu çerçevede Elazığ ilinde de 07.11.1996 tarihinde 4207 sayılı "Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un uygulanmasını güçlendirmek amacıyla sektörler arası işbirliğine gidilmiştir. Sağlığı Geliştirme ve Sigara ile Mücadele Derneği ile işbirliği yaparak, İl Hıfzıssıhha Meclisi 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 26. Maddesi gereğince 08.01.1997 günü toplanmış ve sigarayla etkili bir mücadele için çeşitli kararlar almıştır (Ergüder, 1996).




**Resim 1.** Tütün satışı uyarı yazısı, Elazığ, 1997



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 245 23.11.2023 13:18

Bu kararlar doğrultusunda, sigara içiminin yasaklandığı yerlerde, yasağın ve yaptırımların tüm personele imza karşılığı tebliği sağlanmıştır. Ayrıca, ildeki çocukların ve gençlerin sigaradan korunması için aşağıdaki uyarı yazısının tütün ve tütün mamulleri satan gerçek ve tüzel kişilerce, tütün satışı yapılan mekânlara, müşterilerin kolayca görebileceği şekilde asılmasına karar verilmiştir (**Resim 1**). Bununla birlikte, uyarı yazılarının İl Sağlık Müdürlüğü Çevre Sağlığı Teknisyenleri tarafından tüm kuruluşlara tutanak karşılığı dağıtılmasına karar verilmiştir (Ergüder, 1996).

Kanunla getirilen idari para cezası ile ilgili tutanak düzenleme yetkisi de Çevre Sağlığı Teknisyenlerine verilmiştir. Tutanakların üç nüsha olarak düzenlenmesine ve uygulamaya ilişkin işlerin sekretaryasının İl Sağlık Müdürlüğünce yapılmasına karar verilmiştir. Ayrıca, otobüs firmalarınca "Otobüste sigara içilmesi yasaktır. 4207 sayılı Kanun, otobüste sigara içen kişiye ve buna müdahale etmeyen yetkililere 10.000.000 T.L. ceza öngörmektedir" ifadesinin biletlerde kolayca okunabilecek şekilde basılması kararlaştırılmıştır. Ayrıca, 4207 sayılı Kanunun Elâzığ ilinde yayın yapan sözlü ve yazılı basına valilikçe tebliğ edilmesine ve yayınların denetlenmesine, alınan kararların yerel basın yayın organları ve belediye hoparlörleri ile halka duyurulmasına karar verilmiştir ("Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un Elâzığ İli Sınırları İçerisinde Uygulanmasına Yönelik İl Hıfzıssıhha Meclisi Kararı," 1997) (Açık vd., 1996).

### *10.2.2.1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)*

Tütün kontrolü konusunda bütün dünyayı olduğu gibi ülkemizi de etkileyecek şekilde atılan en önemli adım, DSÖ'nün TKÇS'nin kabul edilmesidir. Bu sözleşme 2004 yılında TBMM'de kabul edilerek kanun hâline getirilmiştir (Erdöl, 2017).

Tütün salgınına karşı ortak hareket etmek amacıyla, tütün kontrolü için uluslararası bir anlaşmanın geliştirilmesi fikri ilk kez Mayıs 1998 tarihindeki 48. Dünya Sağlık Asamblesi (DSA) sırasında ortaya atılmıştır. Bir sonraki sene 49. DSA, DSÖ Genel Başkanının DSÖ TKÇS çalışmalarını başlatmasını öneren DSA 49.17 sayılı önergesini kabul etmiştir. 1999 yılında DSÖ Genel Başkanı Dr. Gro Harlem Brundtland'ın girişimleriyle DSÖ TKÇS çalışmaları başlatılmıştır. DSÖ TKÇS tütün salgınının küreselleştirilmesine cevap olarak geliştirilmiştir. Tütün salgını, ticaretin liberalleşmesi ve doğrudan yabancı yatırımı da içeren sınırlar ötesi etkilerin bulunduğu karışık faktörler aracılığıyla yayılmaktadır. Küresel pazarlama teknikleri, uluslararası tütün reklamı, promosyon ve sponsorluk, kaçak ve sahte sigaraların uluslararası hareketleri gibi diğer faktörler de tütün kullanımındaki önemli artışa katkıda bulunmuştur. Yaklaşık olarak 4 yıl süren uzun tartışmalar sonunda Sözleşme 21 Mayıs 2003 tarihinde DSÖ'nün 56. DSA'da üye ülkelerin oy birliği ile kabul edilmiştir. Bu dönemde İsviçre'nin Cenevre kentinde düzenlenen Intergovernmental Negotiating Body (INB) toplantılarında ülkemizi dönemin Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Madde Bağımlılığı Şube Müdür Vekili Dr. Toker ERGÜDER temsil etmiştir. Hem DSÖ Avrupa Bölgesinde hem de Cenevre'de yapılan uluslararası görüşmelerde Türkiye önemli bir tütün üreticisi ülke olmasına rağmen, TKÇS sürecine olumlu yönde destek vermiştir. DSÖ TKÇS 16-22 Haziran 2003 tarihleri arasında İsviçre Cenevre'de, daha sonra da 30 Haziran 2003-29 Haziran 2004 tarihleri arasında ABD New



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 246 23.11.2023 13:18

York'taki Birleşmiş Milletler Genel Merkezi'nde imzaya açılmıştır. Sözleşme 27 Şubat 2005 itibarıyla yürürlüğe girmiş olup takip eden 90 gün içerisinde 40 ülke tarafından onaylanmış ve kabul edilmiştir. Ardından sözleşme ülkelerin Sağlık Bakanları tarafından imzalanmış, ülke parlamentolarında onaylanmıştır (WHO Framework Convention on Tobacco Control and World Health Organization, 2009). Adı geçen sözleşme Türkiye adına dönemin Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından 24 Nisan 2004 tarihinde imzalanmış ve 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak kabul edilmiştir. DSÖ TKÇS, Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 25.11.2004 tarihinde 5261 sayılı kanunla da uygun bulunarak, Anayasamızın 90. maddesine göre usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası bir antlaşma olarak hüküm taşımaktadır ("Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin Onaylanması Hakkında Karar," 2004). Bu kanun hakkında Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz. Sözleşmeyi imzalamış olan taraf ülkeler anlaşmayı onaylamak, kabul etmek ve hedeflerini gerçekleştirmek için politik bağımlılıklarını belirtmiş olmaktadırlar. Sözleşmeyi parlamentolarında onaylayan ülke sayısı 26 Eylül 2023 tarihi itibarıyla 183'e ulaşmıştır. En son onaylayan ülke Malawi'dir, 18 Ağustos 2023 tarihinde onaylamıştır. Bu anlamda DSÖ TKÇS, Birleşmiş Milletler tarihinde en çok üye ülkeye (Tarafa) sahip olan antlaşmadır ("Parties to the WHO FCTC," 2023).

DSÖ TKÇS tütün salgınının küreselleştirilmesine cevap olarak geliştirilmiştir ve DSÖ himayesinde görüşülen ve imzalanan ilk halk sağlığı antlaşmasıdır. Bu antlaşma tütün arzını ve talebini azaltma yolunda ülkelere ayrıntılı bilgiler vermektedir. DSÖ TKÇS uluslararası bir yasa niteliğindedir ve hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme bakımından hayati öneme sahiptir. DSÖ TKÇS'ye taraf olan ülkeler tütün salgınına karşı mücadeleye katılarak ülkelerindeki halkın sağlığını koruma konusunda söz vermişlerdir. DSÖ TKÇS'nin ve protokollerinin amacı, tütün kullanımı ve tütün dumanına maruz kalmanın yaygınlığını sürekli ve özlü bir şekilde azaltmak için Tarafların ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeylerde uygulayacakları bir tütün kontrol önlemleri çerçevesi sağlaması suretiyle, mevcut ve gelecek nesilleri, tütün tüketimi ve tütün dumanına maruz kalmanın yıkıcı sağlık, sosyal, çevresel ve ekonomik sonuçlarından korumaktır.

DSÖ TKÇS'ye göre «**tütün kontrolü**", toplumun tütün ürünleri tüketimini ve tütün dumanına maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak sağlık düzeylerini yükseltmeyi amaçlayan, arz, talep ve zararı azaltma stratejileri olarak tanımlanmaktadır. "**Tütün endüstrisi**" tütün üreticileri, toptan dağıtımcıları ve ithalatçıları olarak ve "**Tütün ürünü**" ise, tüttürme, emme, çiğneme ya da burna çekerek kullanılmak üzere üretilmiş, ham madde olarak tamamen veya kısmen tütün yaprağından imal edilmiş madde olarak tanımlanmaktadır. DSÖ TKÇS; başlamayı önleyici, bırakmayı kolaylaştırıcı ve destekleyici, tüketimi azaltıcı ve tütün dumanına maruz kalmayı engellemeye yönelik aşağıdaki önlemleri içermektedir ("Guidelines, and policy options and recommendations for implementation of the WHO FCTC").

**A. Tütüne Talebi Azaltmaya Yönelik Önlemler**

Madde 6: Tütüne talebin azaltılması için fiyat ve vergi önlemlerinin alınması



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 247 23.11.2023 13:18

Madde 7: Tütüne talebi azaltmada fiyat dışı önlemlerin alınması

Madde 8: Tütün dumanından korunma

Madde 9: Tütün ürünlerinin içerikleri ile ilgili düzenleme

Madde 10: Tütün ürünlerinin ifşası ile ilgili düzenleme

Madde 11: Tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi

Madde 12: Öğretim, iletişim, eğitim ve toplumsal bilinç

Madde 13: Tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğu

Madde 14: Tütün bağımlılığı ve tütünün bırakılması ile ilgili talep azaltıcı önlemler

**B. Tütün Arzının Azaltılmasına Yönelik Önlemler**

Madde 15: Tütün ürünlerinin yasa dışı ticareti

Madde 16: Çocuklara ve çocuklar aracılığıyla satış yapılması

Madde 17: Ekonomik açıdan uygun alternatif faaliyetler için destek sağlanması

Çerçeve Sözleşme'nin 'Tütün ürünlerinin yasadışı ticareti' başlıklı 15. maddesi kapsamında hazırlanan "Tütün Ürünlerinin Yasadışı Ticaretinin Önlenmesine Yönelik Uluslararası Protokol" Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10 Ocak 2013 tarihinde imzaya açılmış ve protokolü imzalayan ülkelerin onay süreçlerinin tamamlanmasının ardından 25 Eylül 2018'de yürürlüğe girmiştir. 26 Eylül 2023 tarihi itibarıyla protokolü imzalayıp taraf olan ülke sayısı 68'dir ("Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products," 2012). "Tütün Ürünlerinin Yasadışı Ticaretinin Önlenmesine Yönelik Uluslararası Protokol" 25 Ekim 2017 tarihinde TBMM'de kabul edilmiş ve 26 Mart 2018 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

#### *10.2.2.2. Dünya Sağlık Örgütü MPOWER Tütün Kontrolü Politika Paketi*

DSÖ TKÇS'nin kabul edilmesinden 5 yıl sonra 2008 yılında DSÖ, Sözleşmede yer alan konuların etkili şekilde uygulanmasına olanak sağlamak üzere tütün kontrolü konusunda etkili olduğu kanıtlanmış olan 6 uygulamayı içeren bir politika paketi (MPOWER) hazırlamıştır. MPOWER paketi, DSA'nın 61. oturumunda sunulan Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için DSÖ Eylem Planı'nın önemli bir parçasıdır. Bu plan, 2000 yılındaki 53. oturumda bu tür hastalıkların engellenmesi ve kontrol edilmesine öncelik verilmesi kararının benimsenmesini takip etmiştir. Tütün kontrolü güçlü bir politik birliğin yanı sıra sivil toplumun da katılımını gerektirmektedir.

Küresel tütün kullanımını azaltmak için MPOWER politika paketi içindeki müdahale ve politikaların hayata geçirilmesi, uygulamaları geliştirme yönünde veri toplamak için sistematik araştırmalar yapılması, titiz izleme çalışmaları yürütülmesi gerekmektedir. Kısmi müdahaleler genellikle toplumun tütün kullanımını azaltmada yetersiz kalmaktadır. Bundan ötürü, müdahale uygulamalarının geniş kapsamlı olması gereklidir. Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmaktadır (**Tablo 1**):



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 248 23.11.2023 13:18

- Tütün ürünlerinin vergilerini ve fiyatını artırmak (R),
- Tütün ürünlerinin reklâm, tanıtım ve sponsorluğunu yasaklamak (E),
- Toplumları pasif sigara dumanı etkileniminden korumak (P),
- Herkesi tütün ürünlerinin tehlikeleri konusunda uyarmak (W),
- Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek (O) ve
- Tütün salgınını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek (M).

**Tablo 1.** MPOWER politika paketi ve müdahaleleri

| | |
|---|---|
| **M (MONITOR)** Tütün kullanımını ve koruyucu çalışmaları takip et<br><br>**Kesişen aktiviteler**<br>**m1** Genç ve erişkinlerde tütün kullanımını ulusal ve periyodik olarak takip edebilecek verileri elde et | **P (PROTECT)** Toplumları pasif sigara dumanı etkileniminden koruyun.<br>**Müdahale p1** Sağlık ve eğitim kurumları ile iş yerleri, restoranlar ve barlar dahil tüm kapalı ve kamusal alanlarda tamamen dumansız bir ortam için yasa çıkartın ve uygulayın. |
| | **O (OFFER)** Sigarayı bırakmak için uygun yardım önerin.<br>**Müdahale o1** Sağlık sistemini, temel sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak sigara bırakma müdahalesini yapacak şekilde güçlendirin. Bırakma hattını ve diğer toplumsal girişimleri destekleyin ve uygun olan düşük maliyetli ilaç tedavilerini kolay ulaşılabilir hale getirin. |
| | **W (WARN)** Sigaranın zararları konusunda toplumu eğitin.<br>**Müdahale w1** Etkili paket uyarı etiketleri oluşturun.<br>**Müdahale w2** Tütün karşıtı reklamları uygulayın.<br>**Müdahale w3** Bağımsız medyayı tütün karşıtı aktivitelerde kullanın. |
| | **E (ENFORCE)** Tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluğunu kısıtlama konusunda var olan mevzuatı güçlendirin.<br>**Müdahale e1** Gerekli düzenlemeleri yaparak, tütün konusunda direk reklam, promosyon ve sponsorluğun yapılmasını engelleyin.<br>**Müdahale e2** Gerekli yasal düzenlemeleri yaparak, tütün konusunda her türlü reklam, promosyon ve sponsorluk yapılmasını engelleyin. |
| | **R (RAISE)** Tütün ürünleri üzerindeki vergiyi artırın.<br>**Müdahale r1** Tütün üzerindeki vergileri artırmanın yanı sıra vergilerin, periyodik olarak enflasyona uyum sağlamasını ve tüketici alım gücünden daha hızlı artmasını sağlayın.<br>**Müdahale r2** Tütün ürünlerindeki yasadışı ticareti azaltmak için vergi yönetimini ve düzenlemesini kuvvetlendirin. |

Bu politikaların tütün kullanımını azalttığı kanıtlanmıştır. Bu altı politika paket olarak etkili şekilde uygulandığı takdirde gençlerin sigaraya başlaması önlenmekte, halen sigara içenlere bırakmaları için destek sağlanmakta, sigara içmeyenler pasif sigara dumanı etkileniminden korunmakta ve toplumlar sigaranın zararlarından korunmuş olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan ve 10 Temmuz 2013 tarihinde Panama'da açıklanan "2013 Küresel Tütün Epidemisi Raporu'nda, Türkiye'nin MPOWER kriterlerinin tamamını yerine getiren ilk ülke olduğu, tütün kontrol çalışmalarında tüm dünyaya



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 249 23.11.2023 13:18

örnek gösterildiği resmen ilan edilmiştir. Benzer şekilde Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2023 yılında yayımlanan "Küresel Tütün Epidemisi Raporu'nda da Türkiye ve Brezilya, Hollanda ve Mauritius'un MPOWER politika paketi kriterlerinin tamamını yerine getiren dört ülke olduğu teyit edilmiştir (*WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke*, 2023)2023: protect people from tobacco smoke}, 2023.

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ("Sustainable Development Goals (SDGs)," 2030) 3 kapsamında, söz konusu Çerçeve Sözleşmenin güçlü uygulanmasına ilişkin bir hedef ve bu hedefin izlenmesine ilişkin olarak da "15 yaş ve üstü nüfusta tütün kullanımı sıklığı" olarak tanımlanan bir göstergeye yer verilmiştir (3.a nolu hedef ve 3.a.1 nolu gösterge). Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Küresel Eylem Planı 2013-2020'de tütün kullanımının küresel sıklığının 2025 yılına kadar 2010 yılına göre %30 oranında azaltılması hedefi yer almaktadır.

#### *10.2.2.3. Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Tütün Kontrol Programı*

Sağlık Bakanlığı, tütün ve alkol kullanımını ve bağımlılık davranışını kontrol etme çalışmalarını Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Ruh Sağlığı Şubesi'nde yer alan Madde Bağımlılığı Şubesi aracılığıyla gerçekleştirmiştir. Ancak nedenleri ve mücadele yöntemleri çok farklı ve ülkemizin en önemli önlenebilir halk sağlığı problemi olduğundan, dönemin Madde Bağımlığı Şube Müdür Vekili Dr. Toker ERGÜDER'in önerileriyle, bu şube kapatılarak, tütün kullanımıyla daha etkili mücadele etmek amacıyla Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığına dönüştürülmüş ve 5 Temmuz 2007 tarihinde 7741 sayılı Bakanlık Kararıyla kurulmuştur. Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Başkanlığı üç şubeden oluşmuştur: Tütün ve Tütün Ürünleri Kontrol Bölümü, Alkol Kullanımı Kontrol Bölümü ve Madde Bağımlılığı Kontrol Bölümü.

Tütün kontrolü, Sağlık Bakanlığı'nın temel önceliklerinden biri olmuş ve bu alanda aşağıdaki kalıcı ve önemli çalışmalar yapılmıştır:

- TKÇS'ni takiben, ilgili bakanlıklar, üniversiteler ve sivil toplum örgütlerinin katkılarıyla bir "Ulusal Tütün Kontrol Programı" hazırlanmıştır. Ulusal Tütün Kontrol Programı, 7 Ekim 2006 tarihinde 26312 sayılı Resmi Gazete'de 2006/29 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile birlikte yayımlanmıştır. Programın temel amacı, 15 yaş ve üzerindeki sigara içmeyenlerin oranını %80'e, 15 yaşın altındaki sigara içmeyenlerin oranını da %100'e çıkartmaktır.
- Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın çalışmalarıyla ilgili olarak Ulusal Tütün Kontrol Komitesi kurulmuş ve çeşitli çalıştaylar düzenlenmiştir.
- Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008 – 2012 yılları için hazırlanmış, 12 Aralık 2007'de Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu'nun (TAPDK) işbirliğiyle düzenlenen bir toplantıda Başbakan tarafından kamuoyuna duyurulmuştur.
- 2011 yılında, tütün bağımlılarına yönelik tedavi ve eğitim usullerini uygulamak üzere açılan sigara bırakma polikliniklerinin faaliyetlerine ilişkin usul ve esasları düzen-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 250 23.11.2023 13:18

leyen "Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik" Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

12 Aralık 2007 tarihinde, T.C. Sağlık Bakanlığı, 130 kurum ve kuruluşun katılımı ile hazırlanan Ulusal Tütün Kontrol Programı dönemin Başbakanı Sayın Recep Tayyip Erdoğan tarafından açıklamıştır. Bu program ülke genelinde tütün kullanımını etkin şekilde azaltmak konusunda yapılması gereken tüm faaliyetleri içermektedir ve ülkemiz tütün kontrolü açısından çok önemli dönemeçtir. (Bilir vd., 2010). Ulusal Tütün Kontrol Programı 10 maddeden oluşmaktadır:

1. Halkı bilgilendirme, bilinçlendirme ve eğitim
2. Sigarayı bırakma
3. Fiyat ve vergilendirme
4. Pasif olarak sigara dumanına maruziyetin önlenmesi
5. Reklam, promosyon ve sponsorluk
6. Ürün kontrolü ve tüketicinin bilgilendirilmesi
7. Yasadışı ticaret
8. Gençlerin ulaşılabilirliği
9. Tütün üretimi ve alternatif politikalar
10. Tütün kullanımının izlenmesi ve değerlendirmesi




T.C. SAĞLIK BAKANLIĞINCA ANKARA'DA 23-24 ARALIK 2004 TARİHLERİNDE DÜZENLENEN VE MESEV TEMSİLCİSİNİN DE İÇİNDE BULUNDUĞU, 'ULUSAL TÜTÜN KONTROL PROGRAMI SEKTÖRLERARASI ÇALIŞMA TOPLANTISINA KATILAN 130 KATILIMCININ ANI FOTOĞRAFI, 23.12.04

**Resim 2.** Fotoğraf Prof.Dr. Nazmi Bilir'den alınmıştır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 251 23.11.2023 13:18

### *10.2.2.4. 5727 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*

Çerçeve Sözleşmeyi takiben; "Türk gibi sigara içer" deyimini tamamıyla bitirerek onun yerine tütün kontrolünde "Lider Ülke" olmamızı sağlayan kanun teklifi ise Trabzon milletvekili Prof. Dr. Cevdet Erdöl, Adana milletvekili Atilla Başoğlu, Balıkesir milletvekili Sedat Pekel ve arkadaşları tarafından 2005 yılında TBMM Başkanlığına sunulmuştur. Söz konusu teklif Genel Kurulda görüşülemeden kadük kalmıştır. Dönemin Başbakanı Recep Tayyip Erdoğan'ın Ulusal Tütün Kontrolü Programı'nda "tütünle mücadeleyi terörle yapılan mücadeleye" benzettiği 12 Aralık 2007 tarihindeki konuşmadan yaklaşık 10 gün sonra TBMM gündemine gelmiştir. Ülkemizi dünyada tütünle mücadelede örnek ülke yapacak olan, "Tütün İçmeyenlerin Hakkını Koruyan Hukuki Düzenleme" Trabzon milletvekili ve TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu başkanı Prof. Dr. Cevdet Erdöl tarafından verilen yeni bir teklifin görüşmelerine 27 Aralık 2007 tarihinde başlanmıştır. Tütün endüstrisinin tüm engelleme çabalarına ve verilen erteleme önerilerine rağmen, dönemin Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve Sağlık Komisyonu başkanı Prof. Dr. Cevdet Erdöl'ün çok kararlı tutumları ve geri adım atmamaları sonucunda 3 Ocak 2008 tarihinde lokanta ve kahvehaneler dahil tüm kapalı alanlarda sigara içilememesini kapsayacak şekilde genişletilerek TBMM'de kabul edilerek yasalaşmıştır. Kanun teklifine tüm partiler destek vermiş ve çok büyük bir oy çokluğuyla kabul edilmiştir. Bu süreçte Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi, Yeşilay, Türk Toraks Derneği ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği gibi pek çok sivil toplum örgütünün çok önemli katkıları olmuştur.

2008 yılında yürürlüğe giren 5727 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'la 4207 sayılı Kanunda değişiklik yapılarak tütün ürünlerinin kullanımına ilişkin yasak, kamuya açık kapalı alanlar ile ilgili hükümler, özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ve kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmeleri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Söz konusu kanunla sigara dumanına pasif maruziyet sonucu zarar gören tüm vatandaşların korunması hedeflenmiştir. Ayrıca 5727 sayılı Kanundaki ceza hükümlerinin uygulanmasına yönelik olarak 2008 yılında "Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Yer, Araç, Bina ve Tesislerde Tütün Ürünü Tüketenlere Verilecek İdari Yaptırım Kararlarının Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" yayımlanmıştır. 2013 yılında "Tütün içermeyen ancak tütün mamulünü taklit eder tarzda kullanılan her türlü nargile ve sigara, tütün ürünü kabul edilir." maddesi kanunlaştırılmıştır. Bu kanunu üç kez ihlal etmeleri hâlinde ilgili iş yeri "On günden bir aya kadar kapatılır." hükmü getirilmiştir (Erdöl, 2017).

### *10.2.2.5. Tütün Kontrolünde AB Müktesebatına Uyum*

2001/37/EC sayılı Tütün Ürünleri Direktifi'ne uyum, 6 Ocak 2005 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Tütün Mamullerinin Zararlarından Korumaya Yönelik Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik ile sağlanmıştır.

Bu Yönetmelik'in amacı; (i) tütün ürünlerinin çeşitli şekillerde tüketiminden kaynaklanan kamusal, toplumsal ya da tıbbi nitelikteki her türlü zararlı etkilerini önlemeye yönelik



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 252 23.11.2023 13:18

usul ve esaslar ile, (ii) tütün ürünlerinde bulunan azami zifir, nikotin ve karbon monoksit bırakımları ve (iii) bu ürünlerin birim paketlerinde bulunacak sağlığa ilişkin uyarı, diğer bilgiler ile bu ürünlerin girdi ve tanımlarını belirlemektir.

Yönetmelik, genetik olarak değiştirilsin veya değiştirilmesin, tütün yaprağının tamamen veya kısmen ham madde olarak kullanılması ile elde edilen ve nefesle çekilerek içme, burna çekme, emme ya da çiğnenerek tüketilen tütün ürünlerinin zararlarından korumaya yönelik üretim şeklini ve piyasaya arzına ilişkin usul ve esasları kapsamaktadır.

Bu Yönetmelik'e göre, ağızdan kullanım için tütünler ve diğer dumansız tütün mamullerinin dışında kalan tüm tütün ürünleri birim paketleri üzerinde açıkça görülebilir ve rahatça okunabilir şekilde devamlı surette olmak üzere "Yasal uyarı: Sağlığa zararlıdır" ana uyarısı yer almalıdır. 1 Ocak 2006 tarihinden itibaren de, "Sigara/Tütün içmek öldürür" veya "Sigara/Tütün içmek size ve çevrenizdekilere ciddi zararlar verir" şeklindeki iki genel uyarıdan biri ve aşağıda tanımlanan ek uyarılardan biri bulunmaktadır.

- Sigara içenler genç yaşta ölür.
- Sigara içmek damarları tıkar, kalp krizine ve felçlere neden olur.
- Sigara içmek ölümcül akciğer kanserine neden olur.
- Hamile iken sigara içmek bebeğe zarar verir.
- Çocukları koruyun: Dumanınızı onlara solutmayın.
- Sağlık kuruluşları sigarayı bırakmada size yardımcı olabilir.
- Sigara içmek yüksek derecede bağımlılık yapar, başlamayın.
- Sigarayı bırakmak ölümcül kalp ve akciğer hastalıkları riskini azaltır.
- Sigara içmek ağrılı ve yavaş bir ölüme neden olabilir.
- Sigarayı bırakmak için doktorunuzdan ve size en yakın sağlık ocağından yardım isteyin.
- Sigara içmek kan akışını yavaşlatır ve cinsel iktidarsızlığa neden olur.
- Sigara içmek cildin erken yaşlanmasına neden olur.
- Sigara içmek spermlere zarar vererek doğurganlığı azaltır.
- Sigara dumanında benzen, nitrosamine, formaldehit ve hidrojensiyanit gibi kanser yapıcı maddeler bulunur.

2003/33/EC sayılı Tütün Reklamları Direktifi (Reklam, sponsorluk ve tanıtım hakkında) ve 89/552/EC sayılı İşitsel-Görsel Medya Hizmetleri Direktifi'yle (Sınır ötesi reklamlar ve televizyon satışları hakkında) uyum, 4207 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'u değişikliğe uğratan 5727 sayılı Kanun ile sağlanmıştır.

Bu Kanunun amacı; kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmaktır. İlgili Direktiflerin uygulanması için Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hazırlan-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 253 23.11.2023 13:18

mıştır. 5727 sayılı Kanun'la değiştirilen 4207 sayılı Kanun'un reklamlar, sponsorluk ve tanıtım konusundaki hükümleri aşağıdaki gibidir:

- Tütün ürünlerinin ve üretici firmaların isim, marka veya alametleri kullanılarak her ne suretle olursa olsun reklam ve tanıtımı yapılamaz. Tütün mamullerinin kullanımını ve satışını özendirici veya teşvik edici kampanya, promosyon, reklam ve tanıtım yapılamaz. Tütün ürünleri üreten ve pazarlamasını yapan firmalar, her ne surette olursa olsun hiçbir etkinliğe isimlerini, amblemlerini veya ürünlerinin marka ya da işaretlerini kullanarak destek olamazlar.
- Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmaların isimleri, amblemleri veya ürünlerinin marka ya da işaretleri veya bunları çağrıştıracak alâmetleri kıyafet, takı ve aksesuar olarak taşınamaz. Her türlü sakız, şeker, çerez, oyuncak, kıyafet, takı, aksesuar ve benzeri ürünler tütün ürünlerine benzeyecek veya markasını çağrıştıracak şekilde üretilemez, dağıtılamaz ve satılamaz.
- Tütün mamullerinin ödül, bahis, hediye ve benzeri adlarla dağıtımı yapılamaz.
- Firmalar her ne amaçla olursa olsun üretilen ve pazarlaması yapılan tütün ürünlerini bayilere veya tüketicilere, teşvik, hediye, eşantiyon, promosyon, anket, tanıtım gibi adlar altında bedelsiz veya yardım olarak dağıtamaz.
- Tütün mamulleri belirlenen liste fiyatlarının altında veya bedelsiz olarak, perakende satışa ve/veya her aşamada dağıtıma konu edilemez.
- Herhangi bir tütün mamulünün alınması koşuluna bağlı kampanya ve promosyon düzenlenemez, eşantiyon, hediye, yardım, piyango gibi uygulamalar yapılamaz.
- Perakende satıcılara ve tüketicilere yönelik olarak bağlı satış uygulanamaz.
- Tütün ürünlerinin, tüketiciyle yüz yüze aktif satış yöntemiyle elden satış ve dağıtımı yapılamaz. Bu nevi satış ve dağıtımlar tanıtım hükmünde kabul edilir.
- Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmalara ait araçlarda, bu ürünlere ilişkin markaların tanınmasını sağlayacak bir uygulamaya gidilemez. Söz konusu araçlar üzerinde, tütün mamulü markaları ile markaların tanınmasını sağlayacak her türlü ibare işaretler ile renk kombinasyonları kullanılamaz. Ticaret unvanlarıyla firma bilgilerine, ancak bu araçların yan yüzeylerinde ve bir yan yüzey alanının %10'unu aşmayacak oranda yer verilebilir.
- Tütün ürünlerinin ve üretici firmaların isim, marka veya alâmetleri kullanılarak her ne suretle olursa olsun reklam ve tanıtımı yapılamaz. Bu ürünlerin kullanılmasını özendiren veya teşvik eden kampanyalar düzenlenemez. Tütün ürünleri üreten ve pazarlamasını yapan firmalar, her ne surette olursa olsun hiçbir etkinliğe isimlerini, amblemlerini veya ürünlerinin marka ya da işaretlerini kullanarak destek olamazlar.
- Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmaların isimleri, amblemleri veya ürünlerinin marka ya da işaretleri veya bunları çağrıştıracak alâmetleri kıyafet, takı ve aksesuar olarak taşınamaz.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 254 23.11.2023 13:18

- Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmalara ait araçlarda bu ürünlere ilişkin markaların tanınmasını sağlayacak bir uygulamaya gidilemez.

2012 yılında 6354 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"la bu alandaki düzenlemeler daha da genişletilerek; marka esnetme ve paylaşımı yasaklanarak tütün paketleri ve nargile şişeleri üzerine iki yüzünden her birine bu yüzlerin alanlarının %65'inden az olmamak üzere özel çerçeve içinde tütün ürünlerinin zararlarını belirten resimli Türkçe uyarı veya mesajların konulması zorunlu hale getirilmiş, tütün ürünü ihtiva eden ve etmeyen nargile ile benzerlerinin 18 yaşını doldurmamış kişilere satılması ve bu kişilerin tüketimine sunulması yasaklanmıştır.

11 Haziran 2013 tarihinde yürürlüğe giren 6487 sayılı Bazı Kanunlar ile 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'la, özel araçların sürücü koltuklarında tütün ürünlerinin kullanılması yasaklanmış ve tütün içersin veya içermesin, tütün ürününü taklit eder tarzda kullanılan her türlü ürün tütün ürünü olarak kabul edilmiştir.

5 Aralık 2018 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 7151 sayılı "Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile tütün ürünlerinde düz paket ve standart paket uygulamasına ilişkin hükümler düzenlenmiştir. İstanbul Milletvekili, Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanvekilliği Müşerref Pervin Tuba Durgut'un kararlı girişimleri ile yapılan düzenlemeyle, Türkiye'de üretilen veya ithal edilen tütün ürünlerinin paketlerinde markanın yazı karakteri, punto boyutu, şekli, paket üzerindeki konumu dahil olmak üzere paketlerin rengi, diğer yazı, ibare ve şekillerin tamamının aynı şekilde tasarlanan düz ve standart paketle piyasaya arz edilmesi öngörülmüştür. Söz konusu Kanunla aşağıda yer alan hususlara yönelik de düzenleme yapılmıştır:

- Tütün ürünü paketleri ile nargile şişelerinin üzerine, zararlarını belirten resimli ve Türkçe yazılı uyarı veya mesajların konulacağı alan, %65'ten %85'e çıkarılacaktır.
- Televizyonda yayınlanan programlar, filmler, diziler, müzik klipleri, reklam ve tanıtım filmleri, sinema ve tiyatrolarda gösterilen eserlerde, internet, topluma açık olan sosyal medya ve benzeri ortamlarda tütün ürünleri kullanılamayacak, görüntülerine yer verilemeyecektir.
- Sağlık, eğitim ve öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde ve üniversite yerleşkelerinde tütün ürünlerinin satışı yapılamayacaktır.

1 Mart 2019 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren "Tütün Mamullerinin Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" ile düz paket uygulamasına ilişkin hükümleri taşımayan tütün ürünlerinin 5 Aralık 2019 tarihinden itibaren piyasaya arz edilmesi, 5 Ocak 2020 tarihinden itibaren de piyasada bulundurulması yasaklanmıştır. Ayrıca düz paket uygulaması ile birlikte, tütün ürünü paketlerinin üzerine Avrupa Birliği tarafından önerilen resimlerin yanı sıra



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 255 23.11.2023 13:18

yeni resimli uyarılar da eklenmiştir. Ancak yönetmelik kapsamında Kanunda olmasına rağmen standart paket uygulamasına ilişkin hususlar yer almamıştır ve tütün endüstrisi özellikle kadın ve gençlere yönelik tasarlanmış slim ve ince sigaralarının pazarlamasına devam etmektedir. Buda ülkemizde tütün endüstrisinin ne kadar güçlü olduğunun çok önemli göstergelerinden birisidir. Şubat 2020 tarihinde ise tüm tütün ve tütün mamulleri düz paket olarak satılmaya başlanmıştır. Aynı yönetmelikte ayrıca, karakterize edici aroması olan sigara ve sarmalık kıyılmış tütün mamulü piyasaya arz edilemeyeceği belirtilmiştir. Tütün ürünü piyasasında aroması olan ürünlerin sağlık açısından zararlı olduğu ve tütün kokusunu engelleyerek tüketimi teşvik ettiği gerekçesiyle yasaklandığı bildirilmiştir. 25.02.2020 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan "Elektronik Sigara ve Benzeri Cihazlar ile Bazı Tütün Mamulleri ve Tütün Mamulünü Taklit Eder Tarzda Kullanılan Mamullerin İthaline İlişkin Karar" kapsamında, elektronik sigara cihazlarıyla ısıtılan tütün mamullerinin ülkemize ithali yasaklanmış olup bahse konu eşyanın yolcu beraberinde girişine ve transitine ilişkin düzenlemeler konusunda Ticaret Bakanlığı yetkilendirilmiştir. Söz konusu yetki dahilinde, elektronik sigaralar ile aksam ve sarf malzemelerinin yolcu beraberinde ülkemize girişine ilişkin olarak, Gümrükler Genel Müdürlüğü'nün 31/3/2021 tarihli ve 2020/7 sayılı Genelgesi yayımlanmıştır. Bu kapsamda; sarmalık kıyılmış, pipoluk veya nargilelik tütün mamulü, sigara, puro ve sigarillo haricindeki tütün mamulleri ile ısıtılarak ya da yakılarak tüketilenler ve tütün mamulünü taklit eder tarzda kullanılan elektronik sigara ve elektronik nargile dahil her türlü mamulün; 200 adede kadar ısıtılan tütün mamulü veya toplamda 30 ml'yi aşmamak üzere kartuş ya da solüsyon veya 10 adede kadar tek kullanımlık elektronik sigara ile sınırlı olmak üzere, girişine izin verilmektedir.

### *10.2.2.6. Diğer İlgili Ulusal Kurullar ve Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi*

#### 10.2.2.6.1. Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu

Çok boyutlu ve paydaşlı bir politika alanı olan bağımlılıkla mücadele konusunda ülkemizde önemli adımlar atılmıştır. Bu kapsamda, 2014 yılında 2014 yılında Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu kurulmuştur. Madde ve davranışsal bağımlılıklarla mücadele çalışmalarının kararlılıkla sürdürülmesi ve ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşları arasında koordinasyonun sağlanması amacıyla, 9 Aralık 2017 tarihli ve 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesiyle Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulunun görev alanı genişletilmiş ve "Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu" (BMYK) oluşturulmuştur. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçilmesiyle birlikte bağımlılıkla mücadele çalışmalarının kesintisiz sürdürülmesi ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanması amacıyla 14 Şubat 2019 tarihli 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesiyle Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu Cumhurbaşkanı Yardımcısı başkanlığında, 12 bakanın katılımıyla toplanmaktadır. Bir üst kurul olan BMYK'nin yanı sıra, bağımlılıkla mücadele çalışmalarının etkin bir şekilde yürütülebilmesini sağlamak amacıyla Bağımlılık ile Mücadele Kurulu (BMK), Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu (BMTK) ve Bağımlılıkla Mücadele İl/İlçe Koordinasyon Kurulları (BMİKK) oluşturulmuştur. Bağımlılıkla mücadele alanında uygulamaya koyulan strateji belgeleri ve eylem planları kapsamında yürütülen faaliyetler en üst düzeyde BMYK olmak üzere BMK, BMTK ve BMİKK'ler tarafından takip edil-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 256 23.11.2023 13:18

mektedir. Sağlık Bakanlığının koordinasyonunda, ilgili kurum ve kuruluşların ortak çalışmalarıyla "Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023) hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur.

**10.2.2.6.2. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi**

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında, topluma sağlık bilgisi verilmesinde ve halk sağlığının korunmasında temel sorumluluk taşıyan kurumun Sağlık Bakanlığı olmasıyla birlikte, tütün kullanımının zararları ve tütün kontrolü hakkında toplumun bilgilendirilmesi için başka kurum ve kuruluşlar, gönüllü kuruluşlar ve üniversiteler de faaliyet göstermektedir. Bu kuruluşların çoğu 1995 yılında tütün kontrolü alanında faaliyet gösteren resmi ve sivil kuruluşların ortak platformu olarak kurulan Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi›nin üyesidir ve bu çatı altında faaliyet göstermektedir. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi, 1995 yılı öncesinde birçok kuruluş tütün kontrolü konusunda birbirinden ayrı ve değişik yerlerde gönüllülük temelli çalışmalar yaparken, bu kuruluşların birkaçının girişimiyle 1995 yılında ulusal düzeyde örgütlenmiştir. 30 kadar resmi ve sivil kuruluşu bünyesinde barındıran bir koalisyon örgütü olan Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) Türkiye›nin tüm tütün kontrolü yasal düzenlemelerinde ve Çerçeve Sözleşme›nin bir üyesi olarak DSÖ TKÇS sürecinde etkin rol oynamıştır. SSUK, tütün kontrolüne ilişkin 1996 yılında yapılan tütün karşıtı yasa ile bunun devamı niteliğindeki 2008 yasasının hazırlanmasında ve yürürlüğe sokulmasında aktif rol oynamıştır. SSUK 1997, 1999 ve 2006, 2008 ve 2010 yıllarında beş adet Uluslararası katılımlı Ulusal Sigara veya Sağlık Kongresi düzenlemiştir. 1997 yılı Nusret Fişek Ödülü SSUK dönem başkanı Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'ne verilmiştir. SSUK tütün kontrolünde işbirliği yapmayı ve bilgi paylaşmayı sağlayan bir fikir platformu olarak yapılandırılmıştır. SSUK'nin üyeleri arasında Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (SSUK'nin kurucu üyelerindendir) yanı sıra resmi kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşları yer almaktadır. SSUK'nın diğer üyeleri aşağıda verilmiştir:

SSUK Danışman Üyeler:

- Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi
- İçişleri Bakanlığı
- Sağlık Bakanlığı Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı
- Milli Eğitim Bakanlığı
- Gençlik ve Spor Bakanlığı
- Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜK)
- Tütün ve Alkol Düzenleme Kurulu (TAPDK)
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)
- Tütün Eksperleri Derneği



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 257 23.11.2023 13:18

SSUK Asil Üyeler:

- Çocuk Göğüs Hastalıkları Derneği
- Çocuk Solunum Yolu Hastalıkları ve Kistik Fibrozis Derneği
- Genç Birikim Derneği
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)
- Kamu İşletmeciliğini Geliştirme Merkezi (KİGEM)
- Milli Pediatri Derneği
- Pratisyen Hekimlik Derneği
- Sağlık Enstitüsü Derneği (SED)
- Temiz Nefes Sigarasız Yaşam Derneği
- Tıp Hukuku Derneği
- Turizm Çevre ve Kent Gazetecileri Derneği (TURÇEV)
- Türkiye Otel Lokanta Dinlenme Yerleri İşçileri Sendikası (TOLEYİS)
- Tüketici Hakları Derneği
- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)
- Türk Akciğer Kanseri Derneği
- Türk Diş Hekimleri Birliği
- Türk Geriatri Derneği
- Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu
- Türk Kardiyoloji Derneği
- Türk KBB-BBC Derneği
- Türk KBB-BBC Vakfı
- Türk Neonataloji Derneği
- Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD)
- Türk Tabipleri Birliği
- Türk Toraks Derneği
- Türk-İş
- Türkiye Yeşilay Cemiyeti

Ayrıca, SSUK yasa çerçevesinde faaliyet göstermenin yanı sıra Tütünsüz Dünya Günü ve benzeri etkinlikler düzenlemektedir. Kuruluşundan günümüze kadar geçen sürede medya, yerel yöneticiler ve parlamenterler ile ilişkiler kurmuştur.

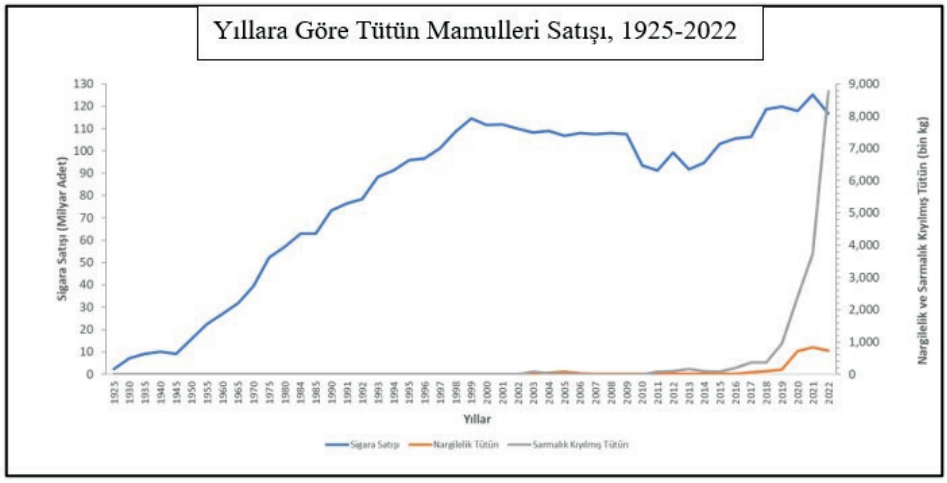
## 10.3. Son Yıllarda Yapılan Çalışmalar ve Sigara Kullanım Sıklığı

Tütün kullanımı, çok yaygın bir bağımlılık türü olmasının yanı sıra, sigara ve dumanında bulunan maddelerin insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle Dünya'nın ve Türkiye'nin en önemli önlenebilir halk sağlığı sorunu ve ölüm nedenlerinden biridir. Dünya genelinde sigara içme oranları yıllar içinde düşerken, yapılan tüm müdahalelere ve



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 258 23.11.2023 13:18

çok kuvvetli kanunlarımıza rağmen son yıllarda ülkemizde yapılan epidemiyolojik araştırmalar, sigara salgınının doğal seyriyle devam ettiğini göstermektedir. Türkiye'de son 30-40 yıl içinde yıllık ortalama 100.000 ton tütün tüketilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası'nın kabul ettiği hesaplamaya göre, yaklaşık olarak her bin ton tütün tüketiminin 1000 kişinin erken ölümüne neden olduğu ve bir ülkeye 27,2 milyon dolarlık bir ekonomik kayıp getirdiği hesaplanmıştır (Ergüder, 1996). Bu oranlara göre, Türkiye'de halen yılda yaklaşık 100 bin kişi sigara nedeniyle erken yaşta kaybedilmekte ve 76 milyar 160 milyon lira (2,720 milyar dolar) ekonomik kayıp yaşanmaktadır.




**Grafik 1.** Yıllara göre tütün mamulleri satışı, 1925-2022, Türkiye
(Kaynaklar: Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı ve TEKEL kayıtları)

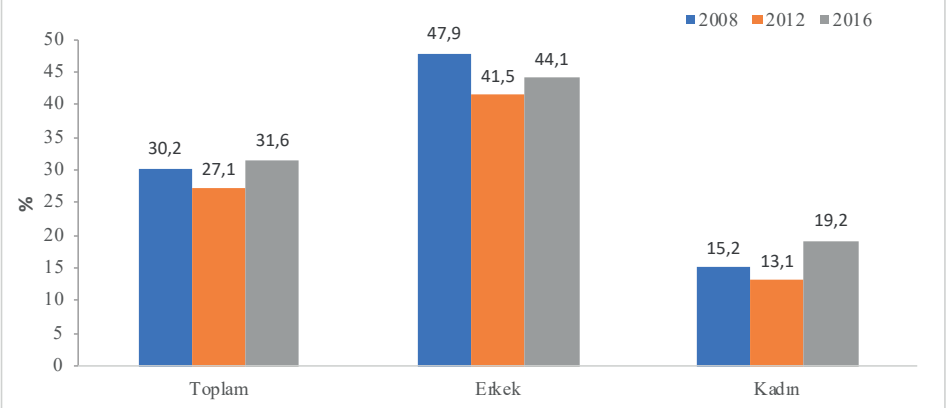
Sigara içme yaygınlığı konusunda ülkeyi temsil eder nitelikteki bilinen en eski iki araştırma, "Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele Kampanyası" kamuoyu araştırması olan 1988 PİAR (PİAR, 1988) ve 1993 BİGTAS (BİGTAS, 1994) araştırmalarıdır. PİAR araştırmasına göre; 15 yaş üstü nüfusta sigara içme hızı erkeklerde %62,8, kadınlarda %24,3 olup ortalama hız %43,6'dır. 15-18 yaş grubunda ise bu hız %30 olarak saptanmıştır (Not: PİAR araştırmasında sigara içme ölçütü "paket taşıma" olarak alınmıştır). 1993 BİGTAS araştırmasında ise erkeklerin sigara içme oranı %58,9, kadınların sigara içme oranı %13,0'tür. Erol Sezer ve Yasemin Açık, 1993 yılında Elazığ›ın Baskil ilçesinde yaşayan, 35 yaş ve üstü yetişkin erkeklerde sigara içme prevalansını %58,7 olarak bulmuşlardır (Sezer ve Açık, 1993). Nazmi Bilir ve arkadaşları 1996 yılında Ankara'da erkek sanatçılarda sigara içme sıklığını %53,3, kadın sanatçılarda %40 bulmuşlardır. Ankara'da 1995 yılında, toplumda rol modeli olan bazı grupların incelendiği bir çalışmada sigara içme sıklığı öğretmenlerde %50,8, doktorlarda %43,9 ve sporcularda %34,9 olarak saptanmıştır. Ülke çapında, 1998 ve 1999 yıllarında farklı meslek gruplarında sigara içme sıklığının %24,8 ile %74,3 arasında değiştiği ortaya konulmuştur. En düşük sigara içme sıklığı imam ve müezzinler arasında, en yüksek sıklık ise şoförlerde saptanmıştır. Bütün gruplarda sigara içme sıklığı erkeklerde kadınlara göre daha fazladır (Bilir vd., 1997). Toker ERGÜDER, 1996 yılında Elazığ ili merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzeri nüfusta sigara içme durumunun yaşa ve cinsiyete göre dağılımını saptamak amacıyla hane halkı bazında tanımlayıcı bir prevalans araştırması gerçekleştirmiştir



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 259 23.11.2023 13:18

(Ergüder, 1996). Buna göre tüm toplumun %32,2'sinin, erkeklerin %52,9'unun halen sigara içtiği, %16,7'sinin sigarayı bıraktığı, %30,4'ünün hiç sigara içmediği, kadınların %13,4'ünün halen sigara içtiği, %6,5'inin sigarayı bıraktığı, %80,1'inin hiç sigara içmediği tespit edilmiştir (Ergüder ve Sezer, 1997).

Türkiye'de 2003 yılından bu yana tütün kullanımı 15 yaş altı ve üstü nüfusta düzenli olarak ulusal çaplı çalışmalarla izlenmektedir. 2008 yılında gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) sonuçlarına göre; erkeklerin %47,9'u (%43,8'i her gün tütün ve tütün ürünü kullanan), kadınların %15,2'si (%11,6'sı her gün tütün ve tütün ürünü kullanan) ve 15 yaş ve üzeri nüfusun %31,6'sı (yaklaşık 16 milyon kişi) (%27,4'ü her gün tütün ve tütün ürünü kullanan) sigara içmekteydi. 2012 yılında tekrarlanan KYTA sonuçlarına göre; erkeklerin %41,5'i (%37,3'ü her gün tütün ve tütün ürünü kullanan), kadınların %13,1'i (%10,7'si her gün tütün ve tütün ürünü kullanan) ve 15 yaş ve üzeri nüfusun %27,1'i (yaklaşık 14,8 milyon kişi) (%23,8'i her gün tütün ve tütün ürünü kullanan) sigara içmekteydi. Aynı yöntem ile 2016 yılında üçüncü kez (dört yıl arayla) tekrarlanan KYTA sonuçlarına göre; erkeklerin %44,1'i (%41,8'i her gün tütün ve tütün ürünü kullanan), kadınların %19,2'si (%17,5'i her gün tütün ve tütün ürünü kullanan) ve 15 yaş ve üzeri nüfusun %31,6'sı (yaklaşık 19,2 milyon kişi) (%41,8'i her gün tütün ve tütün ürünü kullanan) sigara içmekteydi. 2008 ile 2012 yılları arasında ülkemizin yürüttüğü başta vergi ve kapalı alan yasakları olmak üzere çok başarılı tütün kontrolü çalışmaları neticesinde tütün kullanım oranları %13,4 oranında düşürülmüş ve yaklaşık 2 milyon kişinin sigaraya başlamaması veya sigarayı bırakması sağlanmıştır. Ancak 2012 ile 2016 yılları arasında bu politikaların devamlılığının sağlanamaması ve tütün endüstrisinin özellikle kadınlara ve gençlere yönelik agresif reklam, paketleme ve fiyat politikaları sonucunda sigara içme oranlarında %16,7 oranında artış olmuştur. Bu artış kadınlarda ne yazık ki %46,4 oranında gerçekleşmiştir. 15-24 yaş grubunda 2012'de %19,7 olan sigara içme oranı %31,9'a yükselmiştir. 2008 ile 2016 yılları arasında tüm toplumdaki sigara içme oranlarında büyük değişiklik olmamasına rağmen erkeklerdeki sigara içme oranları 8 yılda %47,8'den %44,1'e düşerken (azalma oranı %7,8), ne yazık ki kadınlarda sigara içme oranları %15,1'den %19,2'ye yükselmiştir (artış oranı %26,7) (**Grafik 2**) ("CDC - GTSSData").

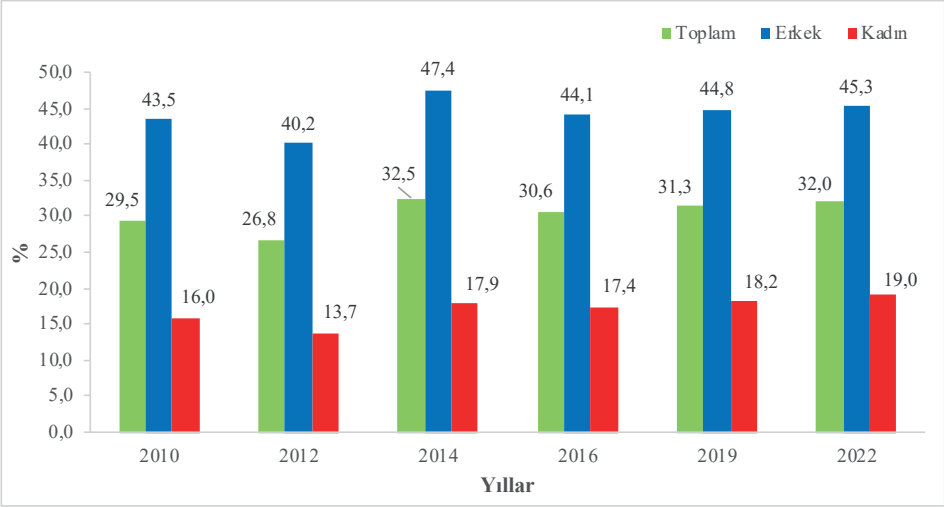



**Grafik 2.** Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008, 2012, 2016



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 260 23.11.2023 13:18

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırması 2010, 2012, 2014, 2016, 2019 ve 2022 araştırmaları sonuçlarına göre; 2010 yılında erkeklerin %43,5'i, kadınların %16,0'ı (tüm toplumun %29,5'i) tütün mamulü kullanırken bu oran 2012 yılında %26,8'e düşmüştür. Ancak 2016 yılında %30,6'ya, 2019 yılında %31,3'e (erkeklerde %44,8 ve kadınlarda %18,2), 2022 yılında ise %32,1'e yükselmiştir (erkeklerde %44,3 ve kadınlarda %19,0). 2012 ile 2022 yılları karşılaştırıldığında kadınlardaki artış %40'a (%13,7'den %19,0'a), 15-24 yaş grubundaki kadınlarda artış ne yazık ki %90'a (%6,1'den %11,5'e) ulaşmıştır (**Grafik 3**).




**Grafik 3.** Bireylerin tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyete göre dağılımı, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019 ve 2022, 15+ Yaş, TÜİK (Türkiye Sağlık Araştırması)

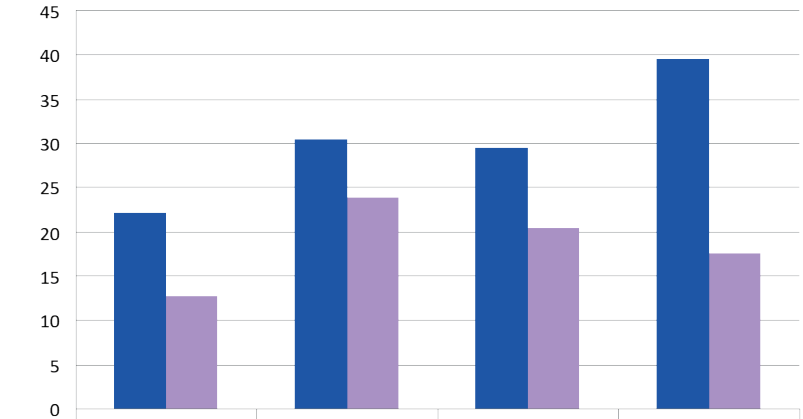
Ülkemizde 13-15 yaş grubundaki sigara içme oranları da 2003 yılından bu yana 2009, 2012 ve 2017 yıllarında gerçekleştirilen ulusal ölçekli, okul tabanlı araştırmalarla izlenmektedir. 2003 yılında 13-15 yaş grubundaki çocukların %8,4'ü (erkeklerin %11,1'i, kızların %4,4'ü) herhangi bir tütün ürünü kullandıklarını belirtirken, halen sigara içenlerin oranı %6,9 (erkeklerde %9,4 ve kızlarda %3,5) olarak bulunmuştur. Aynı yöntem ile ulusal düzeyde tekrarlanan 2017 yılı Küresel Gençlik Tütün Araştırması'nda (KGTA) aynı yaş grubundaki çocukların %17,9'u (erkeklerin %23,2'si ve kızların %12,1'i) herhangi bir tütün ürünü kullandıklarını belirtirken, halen sigara içenlerin oranı %7,7 (erkeklerin %9,9'u ve kızların %5,3'ü) tespit edilmiştir. Aynı çalışmada çocukların %61,6'sı sigaralarını market ve büfelerden aldıklarını; %73,3'ü sigara alırken yaşlarının sorulmadığını belirtmişlerdir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından Dünya Sağlık Örgütü ile iş birliği içerisinde sağlık personeli ile yapılmış olan "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler, 2007" çalışmasında farklı meslek gruplarında sıklık değişim göstermiş olmasına rağmen oldukça yüksek seviyededir. Bu çalışmaya göre pratisyen hekimlerin %39,4'ü, uzman hekimlerin %30,9'u, diş hekimi-eczacı ve psikologların %37,1'i, ebe-hemşirelerin %40,7'si ve sağlık teknisyenlerinin de %43,3'ü halen "ara sıra" ya da "dü-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 261 23.11.2023 13:18

zenli olarak" sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Özellikle kadın sağlık çalışanlarının sigara kullanma oranları genel topluma göre çok yüksektir (**Grafik 4**).




| | Uzman hekim | Pratisyen hekim | Hemşire, ebe | Sağlık yöneticisi |
|---|---|---|---|---|
| 2007 | 22,1 | 30,5 | 29,5 | 39,5 |
| 2011 | 12,7 | 23,9 | 20,5 | 17,5 |

**Kaynaklar:** 2007 S.B. Sağlık Çalışanları Tütün Kullanımı Araştırması (S.B., HASUDER, DSÖ)
2011 S.B. Sağlık Çalışanları Tütün Kullanımı Araştırması (S.B., HASUDER, DSÖ)

**Grafik 4.** Sağlık Çalışanlarında Meslek Gruplarına Göre Tütün Kullanımı, 2007-2011

Tütün kullanımı ile mücadele çok farklı disiplinleri ilgilendiren bir mücadele alanı olmakla birlikte sağlık sektörü bunların içinde çok büyük bir paya sahiptir. Tütün tüketimi ve bunun olumsuz etkilerinin azaltılmasında sağlık çalışanlarına çok önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanlarının bu görevlerini doğru yapabilmeleri için tütün kullanma davranışından uzak durabilmeleri çok önemlidir. Sağlık çalışanları, özellikle rol model olma öncelikli sorumluluğu ile toplumdaki bireylerin tütün ürünlerini kullanmaya hiç başlamamaları, tütün ürünlerini kullananların bu davranışlarından vazgeçmeleri ve kullanmayanların tütün ürünlerinin dumanının yarattığı zararlı etkilerden korunmaları konusundaki yaklaşımları ile topluma yol gösterici olmalıdırlar. Ancak, dünyanın pek çok bölgesinde ve ülkemizde sağlık çalışanları (hekimler, hemşireler, ebeler, diş hekimleri, psikologlar, eczacılar ve sağlık teknisyenleri, diyetisyenlerin de içinde bulunduğu diğer profesyonel meslek grupları) arasında sigara içme sıklığı geçmiş yıllara göre azalma eğiliminde olsa da önemli bir sağlık sorunu olarak gündemdedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarına yönelik müdahaleler ve çalışmaların sağlık meslekleri öğrencileri eğitim programları içinde de yürütülmesi gerekmektedir. İlgili çalışmaların özellikle erken dönemde, birinci sınıfta yapılması sağlık meslekleri öğrencilerinin sigara ile ilgili doğru tutumu erken bir dönemde geliştirmelerine katkı sağlayacaktır.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, sağlık çalışanlarının sigara içme oranlarının düşürülmesi ve daha önemlisi sağlık çalışanlarının toplumda bireyler için en önemli rol model olduğundan sigara ya da diğer bir tütün ürünü kullanmalarının engellenmesi amacıyla, 2021 yılı Eylül ayında Senatosunun aldığı bir kararla "Dumansız Kampüs" uygulaması başlatıl-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 262 23.11.2023 13:18

mıştır (21.09.2021 27-01 sayılı senato kararı). Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği içerisinde başlatılan program kapsamında Sağlık Bilimleri Üniversitesinde eğitime başlayan tüm birinci sınıf öğrencileri 2 saat "Tütün ve Tütün Ürünlerinin Kullanımının Önlenmesi, Kontrolü ve Tedavisi" dersi almaktadır. Derslerin sonunda tüm öğrencilere DSÖ ve CDC tarafından ortak geliştirilen ve ülkemize adapte edilen "Sağlık Meslekleri Öğrencileri Arasında Tütün Kullanım Sıklığı Anketi" uygulanmaktadır.

## 10.4. Gelecek ve Öneriler

Bulaşıcı hastalıkların bulaşma ile hastalığın görülmesi arasındaki süre oldukça kısadır; ancak sürekli sigara içimi ile hastalığın tam olarak ortaya çıkması arasındaki süre oldukça uzundur. Örneğin, akciğer kanseri riski doğrudan sigara içme süresine bağlıdır. Sonuç olarak, akciğer kanseri vakalarının sıklığı, 20-30 yıl önceki sigara içme oranları ile açıklanabilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde, sigara içmenin sağlık üzerindeki zararları tam olarak ölçülememiştir. Çünkü bu ülkelerde yaşayan erkekler ve kadınlar, fabrikalarda üretilen sigaraların tüm olumsuz etkilerini görmeye yeterli süre içmemiş ya da yaşamamışlardır (Lopez vd., 1994).

Sigara kaynaklı hastalıklara bağlı ölüm verilerine dayanarak bir sonuca varmak, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde sigara salgınının zararları tam olarak anlaşılmadığı için zordur. Bir toplumda sigara salgınının boyutları, prevalans araştırmaları veya kişi başına düşen sigara tüketiminin ölçümü ile belirlenebilir (satış, ticaret ve üretim verilerine dayalı). Bu iki metot bir arada ele alındığında, birbirlerini tamamlayarak tütün salgını hakkında daha anlamlı bilgiler sunar. Sonuç olarak; tütün kullanımı ve bu kullanımın sağlık üzerindeki etkisi ile salgının nasıl geliştiğine dair veri ve bilgiler, tütün kullanımının kontrolünü sağlamak açısından son derece önemlidir.

Cumhuriyetin ilk yıllarında tütün üretimi ve kullanımı akımından etkilenip tütün üretimi ve kullanımı artmıştır. Ancak o dönemde TEKEL tütün üretimi ve satışından sorumlu olduğundan ve piyasaya içilmesi zor ve düşük teknoloji üretimi sigaraları sürdüğünden ve daha önemlisi hiçbir zaman sigara reklamları yapmadığı için sigara tüketimi çok uzun yıllar 60 bin ton civarında kalmıştır. Ancak 1980'li yıllarda yabancı sigara şirketlerinin ülkemiz piyasasına girmesi ve vahşi sigara pazarlama teknikleri ile tütün tüketimi yaklaşık 2 kat artıp 1990'lı yılların sonunda 114 bin tona kadar çıkmıştır. 1996 yılında yürürlüğe giren ve özellikle sigara reklamların yasaklanması ile ülkemizde tütün tüketimdeki artış durdurulmuş ve 2009 yılına kadar yatay olarak devam etmiştir. 2004 yılında DSÖ TKÇS'nin onaylanması, 2007 yılında Ulusal Tütün Kontrol Programının ilk kez sivil toplum örgütleri dahil çok geniş bir katılımla hazırlanıp, açıklanması ve 2008 yılında yürürlüğe giren ve lokanta ve kahvehaneleri de kapsayan, kapalı alanlarda sigara içmeyi yasaklayan 5727 sayılı Kanun ile ülkemizde tütün tüketimi azalma eğilimine girmiştir. Sağlık Bakanlığı öncülüğünde tüm hükümet – tüm toplum yaklaşımı ile diğer bakanlıkların ve sivil toplum örgütlerinin de katılımı ile çok kapsamlı bir tütün kontrol programı başlatılmıştır. Özellikle bu dönemde sigara fiyatları vergilerle artırılmış, dumansız hava sahası uygulaması hiç taviz verilmeden çok iyi uygulanmış ve çok kapsamlı medya kampanyaları düzenlenmiştir. Bunun neticesinde tütün tüketimi 2012 yılında 91 bin tona kadar düşü-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 263 23.11.2023 13:18

rülmüştür. Ancak daha sonra belki sivil toplum örgütleri dahil tüm kesimlerin yorgunluğu ve belki de artık bu işi hallettik ve öncelikli bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıktı ve artık başka bağımlılıklarla uğraşalım yaklaşımıyla ve en önemlisi tütün endüstrisinin yeni ve kirli taktikleri ile sigara tüketimi tekrar artış eğilimine girmiştir. 2021 yılında sigara tüketimi ülkemiz tarihinin en yüksek değeri olan 125 bin tona kadar çıkmıştır.

Bu nedenle dünya genelinde tütün kontrolünün tarihine bakıldığında, sürekli olarak tütün kontrolünün öncelikli tutulması, sağlık yetkililerinin önerdiği önlemlerin hayata geçirilmesi, yeni yaklaşımların geliştirilip uygulanması ve bu ivmenin devamının sağlanması, tütün endüstrisinin faaliyetlerinin daima denetlenmesi ve yeni yaklaşımlarına karşı durulması gerekmektedir. Sigaranın neden olduğu ölümlerin ve hastalıkların boyutu her zaman vurgulanmalıdır. Hükümetlerin sürekli olarak etkili tütün kontrol programları uygulamasının amacı halkın sağlığını korumaktır. Tütün kontrolünde hızlı ilerlemeler kaydedilmesi mümkün değildir önemli olan faaliyetlerin hiç yorgunluk göstermeden düşük dozda bile olsa sürekli olmasıdır. Diğer halk sağlığı ve önleme çalışmalarında olduğu gibi, önerilen önlemlerin uygulanması zaman alır; sonuçlar ise zamanla ölçülmelidir. Ani ve dramatik etkiler beklenmemelidir. Ancak, birçok ülkede olduğu gibi, zaman içinde yayılan verilerin değerlendirilmesiyle davranış değişikliklerinin ve sağlık sonuçlarının tıp ve sağlık alanlarında olduğu kadar önemli olduğu görülecektir. Elde edilen eğilimlerin doğru bir şekilde değerlendirilmesi önemlidir. Ancak, bu durum ve kısa süreli başarılar, aktivitelerde ve programlarda gevşemeye yol açmamalı, daha ileri düzeyde faaliyetler için bir ivme olarak değerlendirilmeli, çalışmalar yeni önlemler ve faaliyetlerle desteklenirken farkındalık, destek ve eylem devam etmelidir.

Tütün kontrolü faaliyetlerine veya yeni önlemlere devam edilmemesi, toplumda tütün kontrolünün ve sigara kullanımının artık bir öncelik olmadığı ve üzerinde durulmasının gerekli olmadığı algısının oluşmasına, sigara içenlerin sigarayı bırakma konusundaki endişelerinin azalmasına, çocuklara ve gençlere sigaraya başlamamaları için bir neden olmadığı izlenimini verebilir.

Herhangi bir tütün kontrol programının ilk ve en önemli gereği, kapsamlı bir yaklaşımın benimsenmesi konusunda sürekli kararlılık ve bağlılıktır. Halk sağlığının diğer alanlarında olduğu gibi, tütün konusunda da tek bir bireysel önlem veya yaklaşıma dayanarak sigara tüketiminin azaltılacağı beklentisi olmamalıdır. En iyi sonuç, kapsamlı bir yaklaşımın benimsenmesiyle elde edilir ve bu hiçbir zaman unutulmamalıdır. Dünya Sağlık Örgütü ve diğer önde gelen sağlık otoritelerinin tüm önemli raporlarında kapsamlı yaklaşımın gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Tütün kontrolünde tüm hükümet – tüm toplum yaklaşımı ilkesi DSÖ TKÇS' de yansıtılmıştır. Uluslararası deneyimler, TKÇS'nin önerilen tüm bileşenlerinin anlamlı ve önemli olduğunu teyit etmiş, ancak bazı maddelerinin diğerlerine göre daha acil olduğunu göstermiştir. Özellikle fiyat/vergi düzenlemeleri, etkili ve sürekli halk eğitimi, dumansız ortam önlemleri, tütün endüstrisinin tanıtım faaliyetlerine son verme ve karşı çıkma, ambalaj önlemleri (özellikle düz ve standart paketleme), tütün endüstrisinin ürün faaliyetlerine (yeni ve/veya aromalı ürünler, yasa dışı satışlar) yönelik tedbirler ile özellikle sağlık sistemi aracılığıyla bırakma ve destek faaliyetlerinin önemi vurgulanmıştır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 264 23.11.2023 13:18

Tütün kontrolünde hükümetin ilgili tüm birimlerinde ve sivil toplum örgütlerinde kararlılık ve faaliyetlerinin önemi büyüktür. Birçok ülkede tütün kontrolü, genellikle sadece sağlık bakanlıklarının veya birimlerinin sorumluluğu olarak algılanmakta; diğer hükümet kurumlarından çok az destek görmekte veya hiç destek görmemektedir. Sağlık otoritelerinin liderlik yapması elbette önemlidir, ancak hükümetin diğer bakanlıklarının ve birimlerinin de kritik roller üstlenmesi ve bu birimlerin potansiyel katkılarının farkında olması gerekir. Bu durum, olumlu önlemler (örneğin vergi, dumansız ortam önlemleri gibi), tütün şirketlerinin nüfuzunu ve karşıt müdahalelerini azaltıcı önlemler (örneğin tütün reklam ve promosyonlarının yasaklanması, yasa dışı tütün satışlarıyla mücadele) için geçerlidir.

Bu bağlamda, DSÖ TKÇS'nin 5.3. maddesi ile Rehberinin, hükümetin her alanında geçerli olduğu unutulmamalıdır: **"Taraflar, tütün kontrolüyle ilgili halk sağlığı politikalarını belirlemede ve uygulamada bu politikaları tütün endüstrisinin ticari ve diğer çıkarlarından koruma adına ulusal hukuklarına uygun olarak korumak amacıyla gerekli tedbirleri alacaklardır."** ve **"Tütün endüstrisinin çıkarları ile halk sağlığı çıkarları arasında kökeni ve uzlaşması mümkün olmayan bir çatışma vardır."**

Kapsamlı ulusal tütün kontrol programlarında, baştan itibaren tüm bakanlıkların, DSÖ TKÇS'nin ve özellikle Madde 5.3'ün uygulanmasına bağlılığının açıkça belirtildiği bir unsur olmalıdır. Bu programlarda ayrıca, tütün endüstrisi tarafından hiçbir şekilde maddi destek sağlanmaması belirtilmelidir.

Uluslararası tütün endüstrisi; ülkemizde TKÇS'nin uygulanması, tütün kontrolü ve sigara tüketiminin azaltılması önündeki en büyük engeldir. 1964 yılında sigaranın ölümcül olduğu kesin olarak kanıtlandığından bu yana, tütün şirketlerinin izlediği politikalar hakkında ciddi kanıtlar ortaya çıkmıştır. Tütün şirketleri, bu kanıtların farkında olmalarına rağmen ülkemizde sigara tüketimini artırmak, gençler ve savunmasız nüfus gruplarını sigara içmeye teşvik etmek, bırakma çabalarını zayıflatmak ve hatta yasa dışı tütün ürünlerini teşvik etmek için ellerinden geleni yapmışlardır ve yapmaktadırlar. Kanıtları gizlemiş, tüketicileri yanıltmaya ve kamuoyunu yanıltmaya çalışmış, sigara kullanımını azaltabilecek her türlü bilimsel temelli çabayı engellemişlerdir. Tütün şirketleri, on yıllar boyunca ürünlerinin güvenli veya daha az zararlı olduğuna dair açık veya örtük iddialarla farklı tütün ürünlerini pazarlama yoluna gitmişlerdir. Bu iddialar o kadar yanıltıcıdır ki, ABD'de mahkemeler tütün şirketlerini sigaranın zararları konusunda kamuoyunu yanılttıkları ve ürünleri üzerinde manipülasyonlar yaptıkları gerekçesiyle zorunlu beyanlarda bulunmaya zorlamıştır. Uluslararası tütün endüstrisi, ülkemizdeki tütün kontrol önlemlerini aşabilmek için sürekli olarak yeni stratejiler geliştirmekte, ürünlerinin kullanımını teşvik etmek için yeni yollar aramaktadır. Endüstri, tabii ki sigara tüketimini düşürmeye yönelik her türlü çabaya karşı çıkacaktır. Bunun yerine etkisiz önlemleri önererek, bakanlıklarla ve diğer paydaşlarla iletişim kurarak tütün kontrolünün etkili olmasını engellemeye çalışacaktır. Bu nedenle, Türkiye'de tütün kontrol programını destekleyici, canlandırıcı ve ivmeyi sürdürücü dinamik bir yaklaşıma önümüzdeki yıllarda da ihtiyaç vardır.

Literatüre bakıldığında, vergilendirme yoluyla tütün ürünlerinin fiyatının artırılması, kapsamlı ve güçlü bir tütün kontrol programının en önde gelen ve gerekli özelliklerin-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 265 23.11.2023 13:18

den biridir. Fiyat artışları yetişkinleri, çocukları, gençleri ve pek çok ülkede artık sigara kullanımının en yüksek olduğu düşük eğitimli veya dezavantajlı grupları etkileyen bir müdahaledir. Vergi/fiyat politikası Maliye Bakanlığı tarafından tütün kontrolüne yönelik verilen çok kuvvetli bir işarettir ve diğer önlemlerin etkisini artırıcı bir zemin teşkil etmektedir. Tütün vergileri ayrıca tütün kontrol programlarını finanse etmede de kullanılabilir. Önümüzdeki yıllarda ülkemizde:

a) Sigara fiyatlarının makul olmasının ve kolay ulaşılabilirliğinin önlenmesi amacıyla her yıl önceden duyurmak suretiyle düzenli vergi/fiyat artışı uygulanmasına,

b) Daha ucuz markaların fiyatlarının yükseltilmesine odaklanılmasına,

c) Tütün vergilerinden bir kısmının kamuoyu eğitimine ve diğer tütün kontrol önlemlerine aktarılması gerekmektedir.

Güçlü, sürdürülebilir kamuoyu eğitim ve bilgilendirme programlarının yararları ile ilgili kanıtlar günümüzde çok kuvvetlidir. Televizyon ve diğer kitle iletişim araçlarının yaygın biçimde kullanıldığı ülkemizde tütün karşıtı medya kampanyaları televizyon merkezli yürütülmelidir ve ticari reklamlar için ayrılana benzer bütçeler ayrılmalıdır. Dolayısıyla, tütün kontrolüne yönelik kitle iletişim (medya) kampanyalarına yeterli finansman ayrılmalı ve bu kampanyalar sürekli (zaman zaman veya bir defa yayınlanan reklamlar/ilanlar gibi olmamalıdır) olmalı, vurucu olmalı, sigaranın başlıca sağlık zararları ile diğer zararlarına odaklanmalı, düzenli olarak güncellenmeli ve yeni, dikkat çekici reklamlarla canlandırılmalıdır. Televizyon kamuoyu eğitim programlarında genellikle birinci sıradaki mecra olmakla birlikte radyo, basın ve sosyal medya da uygun biçimde kullanılmalıdır. Ayrıca, kapsamlı kamuoyu eğitim programlarına nargile ve elektronik sigara dahil her türlü tütün ürününün dahil edilmesi önemlidir. Bu amaçla önümüzdeki dönemde;

a) Televizyon, radyo, basın ve sosyal medya üzerinden yürütülecek sürekli, finansmanı yeterli, vurucu kamuoyu eğitim programlarının yapılması,

b) Düzenli güncelleme ve yenilenmesi ve

c) Kamuoyu eğitim programlarında nargile ve elektronik sigara dahil her türlü tütün ürününün ele alınması gereklidir.

Ülkemizde sağlık profesyonelleri arasında tütün kullanım prevalansı azalmakla birlikte hala yüksektir. Sağlık profesyonelleri arasında sigara prevalansının azaltılması, sağlık profesyonelleri ile çevrelerindekileri kişilerin sağlığı açısından ve ayrıca hastalara sigara içmemelerini tavsiye ederken etkili olabilmeleri açısından hastalara ve topluma örnek bireyler olmaları gerektiğinden ötürü önemlidir.

Sağlık profesyonelleri arasında sigara prevalansının oldukça kısa süre içinde azaltılabileceği pek çok ülkede görülmüştür. İlgili bütün sağlık kurumları, meslek örgütleri, üniversiteler ve diğer eğitim kurumları sağlık profesyonelleri arasında sigara tüketiminin önlenmesini (ve azaltılmasını) bir öncelik kabul etmelidir. Bu kapsamda, liderler ve eğiticiler kararlı ve örnek bir rol üstlenmeli, sağlık ve eğitim kurumları ile çevrelerinde (kampüs alanlarında) sigara içilmesi yasaklanmalı, bu yasak titizlikle uygulanmalıdır. Ayrıca, sağlık profesyonelleri sigara bıraktırma danışmanlığı konusunda iyi eğitilmelidir. Bu amaçla



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 266 23.11.2023 13:18

sağlık profesyonelleri arasında sigara tüketimi, sigaranın zararları ve bırakma konusunda müfredatta özel vurgu yapılması gereklidir.

Mevcut sigara içenlerin erken ölümlerinin önlenmesi için sigara içenlerin bırakma konusunda teşvik edilmeleri ve desteklenmeleri çok önemlidir. Ayrıca, bırakanların çoğunun desteksiz bırakıldıkları unutulmamalıdır. Dolayısıyla, teşvik ve motivasyon arasında iyi bir denge kurulmalı, ihtiyaç duyanlara destek verilmeli, sağlık sisteminin ve başta birinci basamak sağlık çalışanları ve halk sağlığı uzmanları olmak üzere, sağlık profesyonellerinin bıraktırma hizmetlerini destekleyecek donanıma sahip olmaları sağlanmalı, toplum düzeyinde sigarayı bırakma teşvik edilmeli, bazı ülkelerde olduğu gibi bırakmanın neredeyse imkânsız olduğu gibi bir mesaj verilmemelidir.

Bıraktırma çalışmaları, ulusal düzeyde yürütülecek güçlü kamuoyu eğitim kampanyaları ile desteklenmeli, yukarıda kaydedildiği üzere sigara içmeyen sağlık profesyonelleri eğitilerek danışmanlık hizmeti vermelidir.

Buna ilişkin gelecek faaliyetler şunları içerebilir:

1. Sigara bıraktırma hizmetleri ve danışmanlığında tutarlı, kanıta dayalı ulusal bir yaklaşım için bir ulusal bıraktırma stratejisi oluşturulmalı,
2. Ulusal klinik rehber geliştirilmeli,
3. Tütün ürünlerini bıraktırma danışmanlığı ve desteği, başta birinci basamak olmak üzere bütün sağlık hizmetleri ile sağlık kuruluşları için kilit bir sorumluluk olarak görülmelidir, sağlık profesyonellerinin kendilerinin de sigara içmemesi gerektiği de çok önemli bir sorumluluktur.
4. Başta birinci basamak sağlık çalışanları olmak üzere, bıraktırma danışmanlığı konusunda bütün sağlık profesyonellerinin uygun biçimde eğitilmesi,
5. Sağlık profesyonellerinin toplumdaki örnek rolüne ve sigara içmeyen bireyler olmalarına özel vurgu yapılması,
6. Bütün sağlık ve eğitim kurumları için güçlü sigara yasağı politikaları uygulanması gerekmektedir.

Yukarıda belirtildiği gibi, tütün endüstrisi ürünlerini satmak ve teşvik etmek için her türlü yönteme başvurmaktadır. Endüstri, zararlı olmasının ötesinde daha da bağımlılık yapıcı ve manipüle edilmiş ürünler geliştirmekte, bunları tanıtarak çocukları ve gençleri cezbetmeye çalışmakta veya bazı ürünleri daha az zararlı gibi sunmaktadır. Tütün şirketleri yasa dışı tütün ürünlerinin satışı konusunda endişelerini dile getiriyor gibi görünse de bu tür olaylarda bizzat kendilerinin dahil olduğuna dair birçok rapor bulunmaktadır.

Tütün ürünlerinin reklamı ve promosyonu, birçok ülkede ülkemizde olduğu gibi doğrudan ve dolaylı olarak yasaklanmıştır (örneğin satış noktalarında uygulanan yasaklar da buna dahildir).

Daha az zararlı gibi pazarlanan birçok ürünün, diğer ürünler kadar (bazen daha fazla) zararlı olduğu birçok örnek mevcuttur. Benzer şekilde, daha bağımlılık yapıcı ve çocuklar



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 267 23.11.2023 13:18

için daha çekici hale getirilen (örneğin aroma kullanımı) sigaraların üretildiği, daha az zararlı gibi gösterilse de diğer sigaralar kadar zararlı sarmalık tütünlerin piyasaya sürüldüğü, sigara tüketiminin azaltılmasına yönelik çabaları azaltacak, çocukları ve gençleri sigara içmeye yönlendirecek (örneğin ısıtılmış ve elektronik sigaralar gibi) yeni ürünlerin çıkarıldığı sıklıkla gözlemlenmiştir ve gözlemlenmektedir. Yeni ürünlerle ilgili olarak, son yıllarda ABD'de bu ürünlerin piyasaya sürülmesiyle elektronik sigara kullanımının çocuklar ve gençler arasında kaygı verici bir seviyeye ulaştığı gözlemlenmiştir. Bu durum, ABD Sağlık Bakanı ve Gıda ve İlaç İdaresi Komiseri tarafından bir "epidemi" olarak nitelendirilmiştir.

Tütün kontrol programlarının başarılı olabilmesi için tütün endüstrisinin faaliyetlerine karşı etkin bir şekilde mücadele edilmesi zorunludur; bu bağlamda, TKÇS Madde 5.3'ün uygulanmasına özel önem verilmelidir.

Düz paketleme uygulamasını ilk başlatan ülke Avustralya olmuştur (2012). Bu uygulamaya tütün endüstrisinin ambalajlama çalışmalarının doğurduğu etkiler, paketin tütün ürünlerinin promosyonu üzerindeki kritik etkisi ve uygulamanın çocuk ve gençler için olası yararları ile ilgili güçlü kanıt ve araştırmaların yanı sıra tütün endüstrisinin paketin endüstri için çok önemli bir promosyon aracı olduğuna ilişkin kendi araştırmaları zemin oluşturmuştur. Bu alanda eylemin ne kadar önemli olduğu, tütün endüstrisinin düz paket uygulamasına karşı sergilediği şiddetli tepki ile de teyit edilmiştir.

Düz paket uygulaması toplumda geniş kabul görmüştür. Değerlendirme çalışmaları, uygulamanın çocuklar ve gençler bakımından arzu edilen başarıyı getirdiğini ortaya koymuştur. Bunun sonucunda, ülkemiz dahil 26 ülke daha düz paketleme konusunda mevzuat çıkarmış ve uygulama konusunda kararlılık göstermiştir.

Diğer ülkelerin düz paket uygulamasına geçme deneyimleri ışığında, önümüzdeki yıllarda uygulamada aşağıdaki hususlar önemlidir:

- Araştırmalara dayalı tek tip renkler ve malzemeler kullanılmasına vurgu yapılarak bu konudaki iyi uygulamalarla tutarlı hareket edilmesi,
- (Asgari) marka ve şirket adı için standartlar oluşturulması,
- Uygun sağlık uyarıları ve ilgili (araştırmaya dayalı) görseller ve sağlık bilgileri (buna endüstri dahil olmaksızın yalnızca hükümet tarafından karar verilmelidir) sürekli olarak hazırlanmalıdır,
- Etkinin devamlılığı adına uyarı ve görsellerin periyodik olarak (tercihen 6 ayda bir) değiştirilmesi,
- Tütün endüstrisinin düz ve standart paket uygulamasının amaç ve hedeflerine olası müdahalesinin engellenmesi için daha fazla düzenleme yapılması hayati öneme sahiptir.

Sonuç olarak, Türkiye dünyada az sayıda ülkede bulunan kapsamlı bir tütün kontrolü kanununa sahiptir. Bu yasanın başarılı bir şekilde uygulanması ve güçlendirilmesi için hükümet multidisipliner ve multisektörel bir yaklaşımla sivil toplum kuruluşları, üni-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 268 23.11.2023 13:18

versiteler, medya ve uluslararası kuruluşların dâhil olduğu tüm ilgili paydaşlarla birlikte çalışmalıdır.

Hiçbir organizasyon, kişi veya ülke bu salgını tek başına durduramaz. Sürekli ve geniş kapsamlı bir tütün kontrolü istiyorsak güçlü ve popüler destekleri harekete geçirmeliyiz. Ne zaman toplumun tüm kesimleri, güçlerini sigarasız bir dünya için birleştirirlerse sigara salgını savaşı o zaman kazanılabilir.

Sonuç olarak, tütün kullanımı hepimizin sağlığını tehdit etmektedir. Sigarasız ve sağlıklı bir gelecek için, gençlere seslenmeli ve demeliyiz ki "EĞER BAŞLAMAZSANIZ, ASLA BIRAKMAK ZORUNDA KALMAYACAKSINIZ!".

## KAYNAKLAR:


Açık, Y., Sezer, R.E., Bostancı, M., Bilgin, N., Ergüder, T., Polat, A., Dinç, E. (1996). Elazığ'daki şehirlerarası otobüs firmalarıyla yolculuk yapan kişilerin sigara içme durumları ve şehirlerarası otobüslerde sigara içiminin yasaklanması konusundaki görüşleri. Sağlık İçin Sigara Alarmı 3, 17–21.

Bilir, N., Güçiz Doğan, B., Yıldız, A.N.(1997). Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Derneği ve Uluslararası Gelişim Araştırmaları Merkezi.

Bilir, N., Çakır, B., Dağlı, E., Ergüder, T., Önder, Z. (2010). Türkiye'de Tütün Kontrolü Politikaları. Dünya Sağlık Örgütü.

CDC. (2023). Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData) [WWW Document], n.d. URL https://nccd.cdc.gov/gtssdatasurveyresources/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1 (accessed 10.4.23).

Cigarette Report, 2003. Federal Trade Commission, Washington, DC.

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin Onaylanması Hakkında Karar [WWW Document], 2004. URL https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm#1 (accessed 10.3.23).

Erdöl, C. (2017). Geçmişten Günümüze Tütün ve Tütün Ürünleriyle Mücadele Yolculuğu. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yayınları.

Erdöl, C., Ergüder, T. (2021). Tütün ve Tütün Ürünlerinin Kullanımının Önlenmesi, Kontrolü ve Tedavisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Basımevi. ed. Ankara.

Ergüder, T.(1996). Elazığ İli Merkezinde 18 ve Üzeri Yaş Nüfusta Sigara Bağımlılığı Prevelans Araştırması (Doktora Tezi). Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Elazığ.

Ergüder, T., Sezer, E. (1997). Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi konferansı dahilinde "Özet Kitabı" bildiri kitapçığı, "Elazığ İli Merkezinde Yaşayan 18 ve Üzeri Yaş Kişilerde Sigara Kullanım Prevalansı" İstanbul.

Guidelines, and policy options and recommendations for implementation of the WHO FCTC [WWW Document], n.d. URL https://fctc.who.int/who-fctc/overview/treaty-instruments (accessed 10.3.23).

Lopez, A.D., Collishaw, N.E., Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tob. Control 3, 242–247.

Mathers, C.D., Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 3, e442. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442

Parties to the WHO FCTC [WWW Document], 2023. URL https://fctc.who.int/who-fctc/overview/parties (accessed 10.3.23).




Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 269 23.11.2023 13:18

Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products [WWW Document], 2012. URL https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_en (accessed 10.3.23).

Sezer, R.E. (1985). Yayınlanmamış Ders Notları, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Sezer, R.E., Açık, Y. (1993). Smoking And Smoking Cessation In Baskil Township of Elazığ, Turkey.

Soydal, T., Ergüder, T. (2002). Türkiye'de Sigara Sorunu ve Mücadelesi. TC Sağlık Bakanl. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanl. Ank.

Sustainable Development Goals (SDGs) [WWW Document], 2030. URL https://sdgs.un.org/goals (accessed 10.3.23).

Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un Elâzığ İli Sınırları İçerisinde Uygulanmasına Yönelik İl Hıfzıssıhha Meclisi Kararı, 1997.

WHO Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization, 2009. History of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control 51.

WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke, 2023.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 270 23.11.2023 13:18

# 11. TÜRKİYE'DE RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ

*Prof. Dr. Selma KARABEY, Prof. Dr. Okan TAYCAN, Prof. Dr. Bülent ÇOŞKUN*

## 11.1. Giriş

Ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Bu ilişki Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası'nda yer alan sağlık tanımında da yansıtılmıştır: "Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir". Üzerinde uzlaşılmış tanımıyla ruh sağlığı bireylerin kendi yeteneklerinin farkına vararak yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli çalışabildiği, kendini geliştirebildiği ve toplum yaşamına katkıda bulunabildiği bir iyilik halidir. Bu tanımın çocuklara uyarlanmış halinde de olumlu bir kimlik duygusuna sahip olmak, düşünce ve duyguları yönetme yeteneğinin yanı sıra sosyal ilişkiler kurma, öğrenme ve eğitim alma yeteneği yani nihai olarak topluma tam aktif katılımlarını sağlamak gibi gelişimsel yönlere vurgu yapılmaktadır (DSÖ, 2021).

Ruh sağlığı, bireysel veya aile meselelerinin ötesinde üretken bir ekonominin ve kapsayıcı bir toplumun önkoşuludur ve yaşam kalitesi ile doğrudan ve yakından ilişkilidir. Ruh sağlığı veya hastalığı, kişisel ve dış faktörler tarafından koşullandırılır. Toplumun, ekonominin, çevrenin durumunu ve aynı zamanda ülkede ve dünyada olup bitenleri de yansıtır ve bunlardan etkilenir

## 11.2. Ruh Sağlığının Belirleyicileri

Ruh sağlığı ve hastalıklarının ortaya çıkışını çok sayıda faktör belirlemektedir. Bunlar arasında kişinin düşüncelerini, duygularını, davranışlarını ve başkalarıyla olan etkileşimlerini yönetebilme yeteneği gibi bireysel özellikler kadar yaşam standartları, çalışma koşulları, toplumsal destekler, ulusal politikalar, sosyal koruma, sosyal, kültürel, ekonomik, politik ve çevresel faktörler de yer alır.

Toplumdaki belirli bireyler ve gruplar, ruh sağlığı sorunları yaşama konusunda daha yüksek risk altında olabilir. Bu gruplar arasında yoksulluk içinde yaşayan hane halkı üyeleri, kronik sağlık sorunları olan kişiler, kötü muameleye ve ihmale maruz kalan bebekler ve çocuklar, ilk kez madde kullanımına maruz kalan ergenler, azınlık grupları, yaşlılar, ayrımcılık ve insan hakları ihlallerine maruz kalanlar, lezbiyen, gey, biseksüel ve trans kişiler, mahkumlar ve çatışmalara, doğal afetlere veya diğer insani acil durumlara maruz kalan kişiler yer alabilir. Günümüzde COVID-19 Pandemisinin derinleştirdiği küresel mali kriz, ruh sağlığı sorunları ve intihar oranlarını artırmanın yanı sıra yeni savunmasız grupların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ülkemizi de içeren pek çok toplumda,



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 271 23.11.2023 13:18

ötekileştirme ve yoksullaştırma, aile içi şiddet ve istismar, aşırı çalışma ve stresle ilişkili ruhsal bozukluklar, özellikle kadın sağlığı açısından giderek artan bir endişe kaynağıdır (DSÖ, 2021).

Ruhsal bozukluklar sıklıkla kanser, kalp damar hastalıkları ve HIV enfeksiyonu/AIDS gibi diğer hastalıkları etkiler ve bunlardan etkilenir ve bu nedenle ortak hizmetler ve kaynak seferberliği çabaları gerektirir. Örneğin, depresyonun insanları miyokard enfarktüsü ve diyabete yatkın hale getirdiğine dair kanıtlar vardır; bunların her ikisi de tam tersine depresyon olasılığını artırır.

Düşük sosyoekonomik durum, alkol kullanımı ve stres gibi birçok risk faktörü hem ruhsal bozukluklarda hem de diğer bulaşıcı olmayan hastalıklarda ortaktır. Ayrıca ruhsal bozukluklarla madde kullanım bozuklukları arasında da önemli oranda birliktelik vardır (DSÖ, 2021).

Öte yandan ruhsal bozukluklar sıklıkla bireyleri ve aileleri yoksulluğa sürükler. Evsizlik ve uygunsuz hapsetme, zihinsel bozukluğu olan kişilerde genel nüfusa göre çok daha yaygındır ve onların ötekileştirilmesini ve kırılganlığını daha da artırır. Damgalama ve ayrımcılık nedeniyle, ruhsal bozukluğu olan kişilerin insan hakları sıklıkla ihlal edilmekte; ekonomik, sosyal, kültürel, çalışma, eğitim, üreme hakları engellenmektedir. Ayrıca sağlık kuruluşlarında hijyenik olmayan ve insanlık dışı yaşam koşullarına, fiziksel ve cinsel istismara, ihmale, zararlı ve onur kırıcı tedavi uygulamalarına da maruz kalabilmektedirler. Evlenme ve aile kurma hakkı, kişisel özgürlük, oy verme ve kamusal hayata etkin ve tam olarak katılma hakkı ve kendilerini etkileyen diğer konularda hukuki ehliyetlerini kullanma hakkı gibi medeni ve siyasi haklardan sıklıkla mahrum bırakılmaktadırlar. Bu nedenle, ruhsal bozukluğu olan kişiler sıklıkla savunmasız durumlarda yaşarlar ve bu da ulusal ve uluslararası kalkınma hedeflerine ulaşılmasında önemli bir engel oluşturur (DSÖ, 2021).

Bireyin toplum ve çevreyle uyum içerisinde yaşaması ve ruhsal iyilik halinin sağlanması ruh sağlığı hizmetlerinin de en temel amacıdır. Bu kapsama elbette dünya genelinde belirgin bir hastalık yükü oluşturan ruhsal bozukluklardan korunmak, gelişimini önlemek ve tedavi etmek de dahildir. Ancak bu ruh sağlığı hizmetlerinin bütününü değil sadece bir parçasını oluşturmaktadır. Tıp içerisinde hastalık odaklı hakim paradigma ruhsal bozukluklardan korunma ve tedaviyi önceleyerek, hem ruh sağlığını klinikopatolojik bir bakış açısına sıkıştırmakta hem de sorunu bireyde cisimleştirerek toplumsal bağlamı görünmez kılma ya da en hafif tabiri ile önemsizleştirme eğilimi göstermektedir. Oysaki ruh sağlığının güçlendirilmesini odağa alan bir yaklaşım doğal olarak bozulmanın önlenmesini, bozukluk gelişse bile tedavinin etkinliğini arttırmanın yanında ruh sağlığının ana belirleyicileri olan sosyal değişkenleri kuşatan, bireysel ve toplumsal iyilik halini destekleyen daha bütünlüklü bir pratiği mümkün kılacaktır. Bu çerçevede ruh sağlığı hizmetleri en geniş anlamıyla ruhsal iyilik halinin sağlanması, devamlılığı ve ruhsal bozuklukların bireysel ve toplumsal yükünün azaltılmasını içeren ruh sağlığını güçlendirme faaliyetlerinin bütünü olarak tanımlanabilir. DSÖ ruh sağlığı politikalarının bu yönde gerçekleştirilebilmesi için 12 temel alan tanımlamıştır (DSÖ, 2005):



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 272 23.11.2023 13:18

1. "Herkes için ruh sağlığı"nı teşvik etmek
2. Ruh sağlığının merkezi önemini göstermek
3. Damgalama ve ayrımcılık ile mücadele etmek
4. Duyarlı yaşam evrelerine yönelik etkinlikleri teşvik etmek
5. Ruh sağlığı sorunlarını ve intiharı önlemek
6. Ruhsal sorunlar için yeterli birinci basamak sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak
7. Ağır ruhsal sorunları olan insanlara toplum içinde yer alan kurumlarda etkili ruh sağlığı hizmeti sunmak
8. Sektörler arasında işbirliği sağlamak
9. Yeterli ve uzmanlaşmış işgücü oluşturmak
10. İyi bir ruh sağlığı bilgisi oluşturmak
11. Adil ve yeterli finansman sağlamak
12. Etkililiği değerlendirmek ve yeni kanıtlar oluşturmak

DSÖ, ruh sağlığı hizmetlerinin merkeziyetçilikten uzak (desantralize), sektörler arası işbirliğine açık, ulaşılabilir, etkin, kapsamlı, eşit, insan haklarına saygılı, sürekliliği ve toplumsal katılımı sağlayabilen özelliklere sahip olmasını önermektedir (DSÖ, 2014).

## 11.3. Dünyada Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Kısa Tarihi

Dünya ölçeğinde ruh sağlığı hizmetlerinin şeceresinin sosyokültürel, ekonomik ve pek tabi ki politik yüklerin zorlaması eşliğinde gerçekleşen belli başlı üç dönemden geçtiği söylenebilir: 1950'lere kadar süren ruh sağlığı hizmetinin bütünüyle akıl hastaneleri eliyle yürütüldüğü hastane temelli modelin hakim olduğu ilk dönem; akıl hastanelerinin gerileyerek yerini toplum temelli hizmet anlayışının aldığı 1980'lere kadar devam eden ikinci dönem ve ruh sağlığı hizmetlerinin hastane ve toplum temelli model arasında dengelendiği günümüze kadar devam eden son dönem (Thornicroft ve Tansella, 2002). Bu üç dönem her ne kadar kronolojik bir sıralama izlese de başlangıç tarihleri ve şu anda içinde bulunulan dönem açısından ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.

### Hastane Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli

Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin tedavi edilmesinin ancak sorunun kaynağı olarak görülen yaşadığı çevreden uzaklaştırılmasıyla mümkün olabileceğini varsayan anlayışın etkisi ile özellikle Avrupa ve Kuzey Amerika'da şehirden uzak, ortalama 1500-2000 yatak kapasitesine sahip, sonradan depo hastaneler olarak da tabir edilen büyük hastanelerin kurulmasına yol açmıştır. İyi niyetlerle kurulan ve başlangıçta ruhsal hastalığı olan bireyler lehine bazı olumlu gelişmelere de yol açan akıl hastaneleri zaman içinde yozlaşarak, hasta haklarının ihlal edildiği, hijyen koşullarının son derece yetersiz olduğu, hastaların çoğu durumda ömür boyu kapatılarak toplumdan yalıtıldığı, yetersiz bakım ve teda-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 273 23.11.2023 13:18

vi ile hastalığın kronikleşmesine bizatihi katkıda bulunan kurumlar haline gelmişlerdir. 1950'lerden itibaren dönemin sosyopolitik ikliminin de etkisiyle bütünüyle köhneleşmiş akıl hastanelerinin kapatılarak ruh sağlığı hizmetlerinin toplum tabanlı olması fikri hakim olmaya başlamıştır (Yanık, 2007). Bu doğrultuda ilk olarak İtalya'da Franco Basaglia önderliğinde "kurumsuzlaştırma (deinstitutionalisation)" süreci başlamış, akıl hastaneleri kapatılmıştır. "Kurumsuzlaştırma" geçiş sürecinin önemli bir parçası olmakla birlikte, toplum temelli hizmetlerin eşzamanlı bir şekilde oluşturulması, kapatılan kurumların yerine uygun alternatiflerin yaratılması, hizmeti sunma beceri ve kapasitesine sahip eğitimli çalışan kaynağının oluşturulması, finansal destek ve sürekliliğin sağlanması ve toplumsal farkındalığın artırılarak karar vericilerin sisteme kesintisiz destek olması kritik öneme sahiptir (European Commission, 2009). Aksi takdirde yeniden kurumsallaştırmanın (reinstitutionalisation) önlenmesi mümkün olmayabilir. DSÖ kurumsuzlaştırma için temel ilkeleri; uzun süredir hastanede kalanlar taburcu edilmeden önce toplum ruh sağlığı hizmetlerinin oluşturulmuş olması, sağlık işgücünün değişime kendini adaması, yüksek düzeyde siyasi destek, uygun zamanlama, ek finansal kaynaklar olarak belirlemiştir (DSÖ, 2014).

## Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli

Toplum ruh sağlığı modeli ruh sağlığını sadece hastaların tedavi ve bakım ihtiyaçlarının sağlanması olarak değil tıbbi olanın yanında sosyal, ekonomik, hukuki boyutları da kuşatan, güçlendirmeyi temel hedef olarak ortaya koyan bir çerçevede görmektedir. Ana fikir ismi ile uyumlu olduğu üzere ruhsal tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın kendi yaşadığı çevrede yani toplum içerisinde sağlanmasıdır. Hastaların tekrar tekrar hastaneye yatışının önlenmesi ve tecrit edilmiş halde kalabalık hastanelerde yatarak değil, gerekli desteğin sağlanarak toplum içinde kalarak işlevselliklerindeki azalmanın önüne geçilmesi, sorunlarla baş etme kapasitesinin güçlendirilmesi ve temel yaşam gereksinimlerini karşılayarak kendi kendine yetebilmenin sağlanması temel hedeflerdir. Halk sağlığı anlayışıyla toplum ruh sağlığı hizmetleri birincil (ruh sağlığını koruma ve hastalık oluşumunu önleme), ikincil (ruhsal hastalıklara erken dönemde tanı koyma, tedavi ve bakım) ve üçüncül (ruhsal hastalıkların rehabilitasyon ve bakımında sürekliliğin sağlanması) önleme uygulamalarını kapsamaktadır (Çiçekoğlu ve Duran, 2018). Tüm bu uygulamalar büyük depo hastanelerin yerine geçen gündüz hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM), genel hastaneler içindeki psikiyatri servisleri, destekli barınma ve istihdam modelleri aracılığıyla gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır (Yanık 2007).

Hastaların tedavi ve bakım hizmetlerinin toplum içinde verilmesi hem sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmakta hem de ruhsal hastalığı olanlara karşı önyargı, damgalanma ve ayrımcılığın azalmasına katkı sunmaktadır. Hizmetin toplum içinde herkes tarafından görünür ve şeffaf olmasıyla, uygulamalarda insan haklarına saygının zorunlu haline gelmesi modelin bir diğer artısıdır.

## Toplum ve Hastane Denge Modeli

Her ne kadar temel hedef hastalara tamamen toplum içinde tedavi bakım hizmeti sunmak olsa da, diğer pek çok tıbbi hastalıkta olduğu üzere özellikle ağır ruhsal bozuklukları



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 274 23.11.2023 13:18

olan hastaların farklı gerekçelerle (kendisi ve toplum için tehlike oluşturma, tedavinin reddi ya da işbirliği yapmama, ayırıcı tanı araştırması vs.) hastaneye yatış kaçınılmaz olabilmektedir. Öte yandan bilimsel araştırmalarda ne toplum ne de hastane temelli hizmetlerin tek başına hastalar için yeterli tedavi ve bakım hizmeti sağlayabildiği gösterilememiştir (Caldas de Almeida ve Killaspy, 2011). Bu nedenle hastane temelli ve toplum temelli modeller birleştirilerek "toplum hastane denge modeli" adı altında her ikisinin faydalı ve işlevsel yönlerinin dahil edilmesiyle şekillenen karma bir model oluşturulmuştur (Thornicroft ve Tansella 2013). Bu modelde, hastaların zaruri durumlarda hastanede mümkün olan en kısa süreyle yatırılması, geri kalan tüm tedavi ve bakım hizmetlerinin yaşadığı çevrede sağlanmasına özen göstermek esastır. Denge modelinde hizmetin merkezi hastane değil toplum ruh sağlığı merkezleri olmaya devam etmektedir.

## 11.4. Türkiye'deki Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Kısa Tarihi

Ülkemizdeki ruh sağlığı hizmetlerini, yakın tarih bağlamında, Osmanlı dönemi ve Cumhuriyet dönemi olarak iki genel başlıkta ele alabiliriz.

### 11.4.1. Osmanlı Döneminde Ruh Sağlığı ile İlgili Hizmetler

Osmanlı döneminde, öncelikle ruhsal hastalıklara toplumun tutumu üzerinde durulacak olursa, genel olarak farklı davranışları olan hastalara karşı hoşgörülü, anlayışlı ve yaygın deyişi ile "veli ile deli" arasındaki ince çizgiye değinen, saygılı bir yaklaşım olduğu belirtilebilir. Selçuklular zamanında açılmış olan Şifahanelerin akıl hastalarına ayrılmış olduğu, Kayseri, Sivas ve Erzurum'da kurulan Şifahanelerin Osmanlı döneminde de işlevlerini sürdürdüğü, Fatih döneminde İstanbul'da bir akıl hastanesi açıldığı, daha sonra farklı şehirlerde tımarhane adı verilen kurumların hizmet verdiği, buralarda müzikle ve su sesiyle tedavi girişimleri olduğu, Edirne'de var olan yapılanmada da görüldüğü gibi, hastane mimarisinin hastaları tecrit etmeden, birbirleriyle ve tedavi ekibiyle ilişkilerine fırsat sağlayacak şekilde düzenlendiği belirtilmektedir (Öztürk 1997). Bimarhaneler, şifahaneler, darüşşifalar yurdun değişik yerlerinde padişah ve valide sultanların korumaları altında olmuştur.

Hastaların genel olarak toplum içinde aileleriyle yaşadığı, birlikte yaşadığı ailesi olmayanların da bulunduğu küçük toplum içinde bakımının korunmasının gerçekleştirildiği, zaman zaman çocukların ve bazen büyüklerin takılmaları hoş görülse de hastalara zarar verecek, onları incitecek düzeye gelmesine izin verilmediği bilinmektedir.

Cumhuriyet öncesindeki yıllarda, bekleneceği üzere hastane temelli yaklaşım belirgindir. 1873 yılında, Süleymaniye'deki bimarhane, Üsküdar'daki Atik Valide Külliyesi'nde yer alan Toptaşı Bimarhane'sine taşınmıştı. Buradaki hastanedeki zorluklar nedeniyle Mazhar Osman'ın çeşitli yer değiştirme talepleri ancak Cumhuriyet kurulmasından sonra 1924'te, Bakırköy'deki kullanılmayan Reşadiye Kışlasına taşınma işleminin başlatılmasıyla gerçekleşebilmiştir (Bayülkem, 1998; Erkoç, 2009). Osmanlı döneminde psikiyatrik hizmetlerin düzenlenmesi konusunda ciddi mevzuat çalışmaları yapıldığı, çoğu yurt dışında zamanın dünyadaki ünlü isimleriyle çalışıp yurda dönmüş olan Türkiye psikiyatrisinin öncüleri arasında bazı fikir ayrılıkları olduğu anlaşılmaktadır (Artvinli, 2013).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 275 23.11.2023 13:18

## 11.4.2. Cumhuriyet Döneminde Ruh Sağlığı ile İlgili Hizmetler

Cumhuriyet dönemini de 1960 öncesi, 1960 – 2000 arası, 2000 ve sonrası olarak üç alt-başlıkta ele almak mümkündür. Bu bölümleme hiç kuşkusuz çok farklı şekillerde de yapılabilir. Burada, önce *hastane ağırlıklı* ruh sağlığı hizmeti verilen dönem; ardından 1960'lı yıllardaki *sosyal devlet* anlayışı ve 1980'li yıllardaki *liberal ekonomi* anlayışının hakim olduğu ancak her ikisinde de bazı *hastanelere ek toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri arayışlarının* yer aldığı dönem ve son olarak da günümüze yakın 2000'li yıllarda daha net biçimde yasal dayanakları da olan, *toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri* dönemi söz konusu edilmektedir.

**Cumhuriyetin Kuruluşundan 1960 Öncesine Kadar Geçen Dönem:** Cumhuriyet kurulmasından hemen önceki yıllarda doğuda Elazığ'da, batıda Manisa'da ruh hastalıkları hastaneleri hizmet vermeye başlamıştır. 1927'de yeni taşındığı yerdeki faaliyetleriyle de Bakırköy Ruh Hastalıkları Hastanesi devreye girmiştir. Bu dönemde hastane tabanlı hizmetler uygulanmaktadır. 1960 öncesinde, Bakırköy'de yürütülen çalışmaların bir kısmına yukarıda değinilmişti. Bu çalışmalar ağırlıkla hastane içinde gerçekleştirilen rehabilitasyon etkinlikleri olarak değerlendirilebilir. 1930'lu yıllarda o zaman şehirden oldukça uzak bir yerleşim yerinde olan Bakırköy Ruh Hastalıkları Hastanesi'nde hastalar tarafından yalnızca tarımla ilgili çalışmalar değil, personel eksikliğini gidermeye yarayan yemek pişirme, temizlik işleri, berberlik hatta eczanede hizmet görme gibi etkinlikler de gerçekleştirilmiş ve bu hastalara emekleri karşılığında maaş verilmiştir (Gökalp ve Aküzüm, 2008; Yazıcı ve ark., 2008).

**1960-2000 Yılları Arasındaki Dönem, Gündüz Hastaneleri:** 1960'lı yıllarda yine ağırlık hastanelerde olmakla beraber hastanelerdeki yetersizlikler nedeniyle duvarların dışına taşan bazı denemeler de başlamıştır. 1960'lı yıllara, hatta önceki döneme ait ülkemizdeki psikiyatri hizmetleri konusunda önemli bilgi kaynağı olan, "Türkiye'de Nöroloji, Nöroşirürji ve Psikiyatrinin tarihi gelişimi" adlı kitap Faruk Bayülkem'in editörlüğünde ikinci kez 1998 tarihinde yayınlanmıştır. Bakırköy Ruh Hastalıkları Hastanesi'nde 1920'li yıllardan başlayarak 1970'li yıllara kadar hizmet vermiş çeşitli ruh sağlığı çalışanlarının hatıra ve değerlendirmelerini de bulunduran bu kıymetli belgede, günümüzde adeta yeniden keşfedilmekte olan psikiyatrik rehabilitasyon ve sosyal psikiyatri çalışmalarına ait önemli bilgiler yer almaktadır.

Bakırköy'de Cumhuriyet'in ilk yıllarında temelleri atılan rehabilitasyonla ilgili çalışmalar sayesinde, önceden de uygulanmış olduğu gibi, hastaların hastanede personel olarak çalıştırılmaları yanında sınırlı da olsa üretime katkıda bulunmaları sağlanmış, ayrıca hastaların katıldığı bazı uğraşı çalışmalarının ürünlerinin ve spor etkinliklerinin sergilendiği halka açık programlar da bir anlamda toplumla etkileşime katkı sağlamıştır. Başhekim Dr. Faruk Bayülkem zamanında 1960-1970 yıllarında halka ve basına açık gösteriler bazı yönlerden eleştiri alsa da hastanenin tanıtımı konusunda önemli ölçüde yarar sağlamıştır. Haziran aylarında yapılan gösterilerin bazı yerlerde "deliler günü" olarak da anılması, damgalamayı ortadan kaldırma amaçlı "deli değil, akıl hastası" söylemiyle uyumsuz gibi görünse de sürecin bir parçası olmuştur.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 276 23.11.2023 13:18

Yine bir başka atılım, 1980 sonrasında Dr. Yıldırım Aktuna zamanında gerçekleşmiştir (Sayıl, 2004; Ensari, 2014; Gökalp ve Aküzüm, 2008). Bu dönemde yatan hasta sayısının 4000'den yaklaşık 1800'e indirilmesi hastanede ciddi bir rahatlama sağlamış olsa da hastaneden çıkan hastalarla ilgili yeterli hazırlık yapılamamış olması ve düzenli takiplerinin olamayışı bu küçülme adımının önemli bir eksikliğidir.

Ülkemizde de 1960-1970 yılları arasında Ruh Sağlığı Dispanserleri kurulurken bir tanesine Gündüz Hastanesi adı verilmiştir – Beşiktaş Gündüz Hastanesi (Ünsalan, 1998). Büyük hastane içinde rehabilitasyon uygulamalarına yine ülkemizden Bakırköy Ruh Hastalıkları Hastanesinde, oldukça erken dönemlerde, 1930'lu yıllardan başlayıp sonraları da devam ettirilen, tarım ve hayvancılıkla ilgilenmeye zaman ve yer ayrılması, bazı işyerleriyle yapılan anlaşmalarla, görece fazla ustalık gerektirmeyen bazı montaj işlerinin hastalar tarafından gerçekleştirilmesi örnek verilebilir. Hastalardan durumu uygun olanların bu işlerin yanında bazen personel olarak da görev yaptığı bilinmektedir (Gökalp ve Aküzüm, 2008). İster depo niteliğindeki hastane olsun ister genel hastanede psikiyatri servisi, ülkemizde birçok yerde değişik düzeylerde uğraşı çalışmaları, rehabilitasyon uygulamaları gerçekleştirilmiştir (yazarın –BC- Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri servisinden esinlenerek 1982'de Gümüşsuyu Asker hastanesinde uyguladığı uğraşı çalışmaları, 1983 yılında da Manisa Ruh Hastalıkları hastanesinde servisten bir hasta odasının uğraşı için ayrılması gibi).

Birçok kaynakta ülkemizdeki ilk uygulama olarak gösterilen Ankara Tıp Fakültesi'nin Cebeci'de bulunan Psikiyatri Kliniği'nde 1988'de kurulan Gündüz Hastanesi de hem hasta ve yakınlarına hem de psikiyatri asistanları ile tıp ve hemşirelik öğrencileri için önemli bir hizmet ve eğitim kaynağı olmuştur (Güney, 2008; Doğan, 2008). Günümüzde, İstanbul'daki TRSM'ler dışında Bakırköy'deki kampüs içinde hizmet veren Gündüz Hastanesi de kurum içinde toplum temelli yaklaşıma örnek olabilir. Bu Gündüz Hastanesi, 2006 yılından beri, büyük hastane yerleşkesi içinde ayrı bir birim olarak hizmet vermektedir (Yazıcı ve ark, 2008)

Ülkemizde ilk kez hastane binaları dışında bir Gündüz Hastanesi, Kocaeli'de, 2004 yılında, Kocaeli Üniversitesi ve Saraybahçe Belediyesi işbirliği ve de bir ilaç firması desteği ile kurulmuştur (Yıldız, 2008; Doğan, 2008). Oldukça başarılı hizmetler verdikten sonra ne yazık ki çeşitli nedenlerle 2007 tarihinde kapatılmak durumunda kalmıştır.

Kocaeli Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı da Türkiye'de çocuklara hizmet veren ilk ve tek Gündüz Hastanesi bulunmaktadır. Bu birim de Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine ait binanın bir bölümünde bulunmaktadır.

### *Ruh Sağlığı Dispanserleri*

Ruh Sağlığı Dispanserleri, yaygın olarak Sovyetler Birliğinde kullanılmış bir yapılanmadır (Volovik ve Zachepitskii, 1986). 1960'lı yıllarda Türkiye'de de kullanılmıştır. Yazarın (BC), Orta Asya Türk Cumhuriyetleriyle ilgili Dünya Sağlık Örgütü projeleriyle ilgili yapılan ziyaretlerde bu dispanserlerden çeşitli örnekleri görme imkanı olmuştur. Sovyet sistemindeki dispanserlerin iki ayrı türü bulunmaktaydı. Narkotik konularla ayrı psiki-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 277 23.11.2023 13:18

yatrik konularla ayrı olarak ilgilenen bu dispanserlerde aynı zamanda sınırlı sayıda yataklı tedavi de verilmekteydi (Coşkun, 2000).

Ülkemizde 1960'lı yılların toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri açısından en önemli katkısı Ruh Sağlığı Dispanserlerinin kurulmasıdır. Bu çalışmalar o dönemde genel sağlık hizmetlerine hakim olan sosyal devlet yaklaşımıyla yakın düzeyde ilişkilidir. Prof. Dr. Nusret Fişek, ülkedeki sosyalizasyon hareketinin başını çeken kişi olarak o yıllarda Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olarak da temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini, sağlık ocaklarının kurulmasını sağlamıştır. Bu rüzgarın etkisiyle Sağlık Bakanlığı'nda Dr. Nejat Candan'ın Ruh Sağlığı Şube müdürü olması ve Bakırköy'de de Dr. Faruk Bayülkem'in bulunması Ruh Sağlığı Dispanserlerinin özellikle İstanbul'da birbiri ardınca kurulmasına yol açmıştır. Bir adet Dispanser de Ankara'da kurulmuştur (Bayülkem, 1998).

O dönemde kurulan yedi dispanser, yürütülen ruh sağlığı hizmetlerinin çeşitliliği açısından bugünün TRSM'lerinden bile daha geniş bir kitleye ulaşmayı hedeflemekteydi. Hem her türlü ruhsal sorunu olanların başvurması mümkündü (günümüzde TRSM'ler yalnızca kronik psikotik hastalığı olanlara hizmet vermektedir), hem de birincil koruyucu psikiyatrik hizmetler olarak değerlendirilebilecek, okullarla ve emniyet birimleriyle işbirliği yapılması, halka açık tanıtım programları, broşür dağıtımları gerçekleşmekteydi (sağlıklı aile ilişkileri, gençlere yönelik ruh sağlığı bilgileri, evlilikte ruh sağlığı hakkında bilgilendirme gibi). Ayrıca Ruh Sağlığı Dispanseri çalışmaları çerçevesinde ev ziyaretleri de yapılmaktaydı. Sosyal hemşirelerin ev ziyaretlerinin hem tarama hem de ruh sağlığı hizmetlerini tanıtma amaçlı olduğunun belirtildiği bölümde, Üsküdar Ruh Sağlığı Dispanserinde uygulanan 1255 ev ziyaretinden yalnızca 10 – 12'sinde sosyal hemşireyle görüşmek istemeyen kişilere rastlandığı belirtilmekte ve bu durumun ev ziyaretlerinin toplumda yüksek oranda kabul görmüş olduğunu göstermektedir (Bayülkem, 1998)

Ankara'da Yenişehir Ruh Sağlığı Dispanseri, iki katlı bahçe içinde bir müstakil binada uzunca süre hizmet vermiş, 1984'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kira ödeme zorluğu nedeniyle Hıfzısıhha Enstitüsü içinde bir laboratuvara taşınması kararlaştırılmıştır. Yazarın (BC) 1984 - 1985 yıllarında görev yaptığı bu kurumda yeni bazı uygulamalar başlatılmış, eski kayıtlardan elde edilen adreslere mektuplar gönderilmiş, bazılarına Sağlık Müdürlüğü'nden haftada yarım gün sağlanan arazi jipiyle, Dispanser ekibi ile birlikte ev ziyaretleri gerçekleştirilmiştir (Coşkun, 2008; Doğan, 2008).

### *Diğer Bazı Uygulamalar*

Diğer toplum temelli hizmetler konusunda ülkemizden bazı örnekler verilecek olursa, yazarın, Malatya Ruh Sağlığı Eğitim Araştırma Merkezi'nde (RSEAM) kronik psikotik hastalara yönelik yürütülmüş çalışmalarından söz edilebilir. Eski bir Sağlık Ocağı, Sağlık Müdürlüğü desteği ile 1993 yılında, bugünkü anlamda TRSM niteliğinde bir kuruluş haline dönüştürülmüş, bir yandan kronik hastalara yönelik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapılmış bir yandan da özellikle hasta ve hasta yakınlarının davet edildiği halka açık söyleşilerde ruhsal hastalıkların zorlukları ve bu zorluklarla nasıl başa çıkılabileceği gibi konular tartışılmıştır (Coşkun, 2008). Bu dönemde ayrıca, pratisyen hekimlere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleriyle bütünleştirilmesi amaçlı eğitim



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 278 23.11.2023 13:18

çalışmaları yapılmasının yanında (Coşkun ve ark, 1994), sağlık ocaklarındaki ebe ve hemşirelerle bölgelerindeki kronik hastalarla ilişkilerinin ele alındığı çok sayıda sağlık ocağı toplantıları düzenlenmiştir. Bu faaliyetlerin önemli bir kısmı videoya kaydedilmiş olup, sonraki yıllarda öğrenci, asistan eğitimlerinde ve kongrelerde sunulup yeni çalışmaların yapılabilmesi yüreklendirilmeye çalışılmıştır.

Ayrıca 1996 yılında kurulmuş olan Kocaeli Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Birimi bünyesinde, yine Sağlık Ocaklarında, Malatya'dakine benzer hemşire, ebe ve doktorlara yönelik kronik psikotik hastalara birinci basamak sağlık hizmeti verilen yerlerde nasıl destek verilebileceğini de içeren hizmet içi eğitimler uygulanmıştır. Aynı birim tarafından pratisyen hekimlerle yürütülen Birlikte Öğrenelim programında çeşitli ruhsal rahatsızlıkların birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerde nasıl uygulanabileceği ile ilgili teorik ve pratik eğitim gerçekleştirilmiştir.

Kronik hastalara yönelik ev ziyaretlerini de içeren bazı çalışmaların Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde Dr. Orhan Doğan ve ekibi tarafından yürütüldüğü de bilinmektedir (Doğan, 2008).

### *Ev Ziyaretleri ve Ev Hizmetleri*

Halen hemen her TRSM bünyesinde, asıl çalışma alanlarından biri olarak düşünülen ev ziyaretleri hakkında bazı uygulama örnekleri, Ruh Sağlığı Dispanserleri zamanında oldukça yaygın şekilde gerçekleştirilmiştir. Ayrıca yazarın Manisa Ruh Hastalıkları hastanesinde çalıştığı dönemde, eski hastaların kayıtlarının bulunup onlara staj için Dokuz Eylül Üniversitesi'nden gelen intörn öğrencilerle birlikte ev ziyaretleri yapılması, Doğan ve ekibi tarafından Cumhuriyet Üniversitesinde yürütülen ev ziyaretleri de arayış örnekleri olarak belirtilebilir.

Evlerde yürütülen ruh hastalıklarıyla ilgili hizmetler konusunda yarıyol evlerinden söz edilebilir. Elazığ Ruh Hastalıkları Hastanesine bağlı olarak yürütülen bir projede de ülkemizde ilk kez bir korumalı ev projesi gerçekleştirilmiştir (Namlı, 2008).

Sağlık Bakanlığında 1960'lı, 1980'li ve 1990'lı yıllarda bazı çabalar harcanmış, kalıcı sonuçlar elde edilemese de her bir çalışmadan bütüne katkı sağlayan izler olmuştur. Her dönemde ayrı danışma kurulları kurulmuş, dönemin önde gelen isimlerinin katkısıyla ve farklı isimlerle anılan programlar, planlar yapılmıştır.

1964 yılında, o zamanki adıyla Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğünde Dr. Nejat Candan'ın öncülüğünde toplanan danışma kurulu bir program geliştirmiş, uygulanamadan sönen bu çabalar, 1987 ve 1988 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü'nün teknik desteği ile gerçekleştirilen Birinci ve İkinci Ulusal Ruh Sağlığı Programı Geliştirme Toplantılarında, o zamanki adı Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı olan yapı içinde, bölümün yazarı Dr. Bülent ÇOŞKUN öncülüğünde yeniden gündeme gelmiştir. Yazarın (BC) 1986 – 1992 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Daire Başkanı olduğu dönemde özellikle kronik hastaların büyük hastanelere sevk sistemi ile ilgili RS formları (Ruh Sağlığı formları) şeklindeki düzenlemeler çeşitli danışma ve tartışma çalışmalarından sonra yürürlüğe konulmuştur (Sayıl, 2004).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 279 23.11.2023 13:18

Hasta sevk sistemi için 1987- 1988 yılları arasında hem illerden hasta gönderenlerin hem de bölge hastanelerinde bu hasta yükü ile ilgili zorluk yaşayanların bir araya geldiği, sorunları tartışıp çareler aradığı bölge toplantıları yapılmıştır (İstanbul, Samsun, Adana, Elazığ ve Manisa'da bulunan beş büyük hastanede). Bu toplantılarda, hekimlerle, psikolog ve sosyal çalışmacılarla ve hemşirelerle ayrı ayrı görüş alışverişlerinde bulunulmuş, bölge merkezi olan beş büyük hastanenin olduğu illerde ayrıca katılımcılarla birlikte, illerine döndüklerinde uygulayabilsinler diye örnek koruyucu ruh sağlığı uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Dünya Bankası desteği ile gerçekleştirilen bir haftalık kursta Ekim1991'de sekiz il Sağlık Müdürlüğünden davet edilen üçer Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü çalışanına il düzeyinde ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi eğitimi verilmiştir (Coşkun, 1987; Satmış, 1993; Sayıl, 2004; Coşkun, 2008; Akbıyık, 2008; Doğan, 2008; Ensari, 2014). Ruh Sağlığı hizmetlerinin toplum içinde ve genel sağlık hizmetleriyle bütünleştirilerek yürütülmesiyle ilgili bu çalışmalar, daha çok kişilere bağlı olması, yönetsel ve parasal desteğin çok az veya hiç olmaması, farklı önceliklerin devrede olması gibi çeşitli nedenlerle hızını kaybetmiş, 1992-1993 yıllarında bu kez Sağlık Bakanlığında esen Ulusal Sağlık Projeleri rüzgarı içinde bir kere daha canlanmıştır. Dr. Nevzat Satmış, Dr. Selçuk Candansayar, Dr. Hümeyra Pınar Ruh Sağlığı Daire Başkanlığını yürütmüşler birbirlerine bayrağı devretmişlerdir.

1990'lı yıllarda bir önemli adım da Mamak'ta gündeme getirilen Sektörizasyon Projesi olmuştur. Dr. Işık Sayıl ve ekibi 1996'da Ankara'da var olan dört üniversiteyi, Ruh Sağlığı Dispanserini ve diğer ruh sağlığı hizmeti veren kurumları da katarak özellikle kronik hastaların takibi açısından ciddi bir adım atmışlardır (Sayıl, 2004).

**2000 Yılı Sonrasında Ruh Sağlığı Hizmetleri Konusunda Gerçekleştirilen Etkinlikler:** Cumhuriyet sonrasındaki üçüncü dönem için 17 Ağustos 1999 Marmara depremi sonrasındaki çalışmalar adeta yeni bir köşe taşı oluşturmuştur. Marmara depremi, gerek geniş bir alanı kapsaması, gerek İstanbul'u da içine alması nedeniyle ülkenin afetlere hazırlık açısından genel anlamda kendisine çeki düzen vermesi için ciddi bir fırsat yaratmıştır. Yurt dışından ve yurt içinden gelen çeşitli destekler, yaşanan olağan dışı duruma çeşitli resmi ve resmi olmayan sektörlerden gösterilen tepkiler, özellikle eşgüdüm konusunda gözlenen aksaklıklar sistemin temelden gözden geçirilmesini gerektirmiştir. Altmışlı ve seksenli yıllarda ruh sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesi yolunda atılmış ancak yarım kalmış çabalar bu kez daha kalıcı biçimde ele alınabilmiştir. Başlangıçta afetlerle mücadele üzerinde duran ancak daha sonra ruh sağlığı politikalarının şekillendirilmesine odaklanan çalışmalarda Dr. Medaim Yanık, Dr. Gazi Alataş, Dr. Akfer Kahiloğulları gibi genç ve dinamik uzmanlarla onların yolunu açan idari yapı bazı olumlu adımlar atılmasını sağlamıştır. Bu kez adı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı olan dokümanda söz edilen çalışmaların bir kısmı henüz hedefine ulaşamamış olsa da, umut verici gelişmeler olmaya devam etmektedir.

### *Ulusal Ruh Sağlığı Politikası Metni (2006)*

Türkiye'de dünyadaki gelişime paralel olarak ruh sağlığı hizmetleri 2006 yılına kadar ağırlıklı olarak bölge hastaneleri üzerinden hastane temelli olarak verilmekteydi. Bu dö-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 280 23.11.2023 13:18

nemde sunulan hizmet, neredeyse bütünüyle ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin alevlenme dönemlerinde yatarak tedavi görmesinden ibaretti. Gerek alevlenme öncesi gerekse taburculuk sonrası hastalığı kuşatan biyopsikososyal boyutlar yeterince ele alınmıyor, takip ve tedavilerin sürekliliği hasta ve ailenin inisiyatifine bırakılıyordu. İş yükü altında ezilen sağlık ekibi hastaya ve ailesine hastalık hakkında yeterli eğitim ve desteği veremediğinden, zaten çoğunlukla içgörüsü olmayan hastalar tedaviyi terk ediyor, hastalığın alevlenmesi ve defaten hastaneye yatışlar kaçınılmaz oluyordu. Bu durum hem hastalığın kronikleşmesine neden oluyor; hem de toplumdan yalıtılmış hastalar hakkında damgalanmayı pekiştiriyordu (Alataş ve ark., 2009). Bu gidişatı değiştirmek adına ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli olmasına yönelik yukarıda da blirtildiği üzere farklı merkezlerde, yerel ölçekte pek çok proje uygulanmaya çalışılmış ancak ne yazık ki ulusal sağlık politikası tarafından desteklenmediği için bu girişimler yaygınlaşamamış ve sürdürülebilir olamamıştır. Avrupa ve Kuzey Amerika'da 1950'lerde başlayan ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli olması yönündeki dönüşüm ülkemizde yaklaşık yarım yüzyıllık bir gecikmeyle Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası" metnini yayınlaması ile başlayabilmiştir. Bu metinde ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması ve ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması vurguları öne çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

### *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011)*

Bir pilot uygulama olarak Türkiye'de ilk TRSM 2008 yılında Bolu'da kurulmuştur. Bu ve alandaki başka uygulamaların (Bahçelievler Toplum Ruh Sağlığı Projesi, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Yarı Yol Evleri gibi) deneyimleri kullanılarak ve de dünyadaki farklı ülke modelleri incelenerek 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanmıştır. Eylem planında "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası" metninde belirtilen hedeflerin nasıl ve hangi sıralamayla hayata geçirileceği takvime bağlanmış, geçişin aşamaları ve yeni modelin yapısı aktarılmıştır. Buna göre bölge hastanelerinin yatak sayısının azaltılarak küçültülmesi, öte yandan genel hastaneler içinde psikiyatri servislerinin kurularak toplamda yatak sayısının artırılması, toplum temelli ruh sağlığı modeline geçilerek hizmetin merkezinin hastanelerden TRSM'lere kaydırılması, ruh sağlığı alanında hizmet sunan kurumlar arasında eşgüdümün sağlanması, biyopsikososyal anlayış içerisinde bütüncül bir ruh sağlığı sisteminin kurulması, ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısının ve niteliğinin yükseltilmesi, hizmetlerin kalitesinin geliştirilmesi, ruh sağlığının güçlendirilmesi yönünde politikaların uygulanması, ruh sağlığı alanında yasal düzenlemelerin yapılması temel hedefler olarak belirlenmiştir. Plan üç prensip üzerine kurulmuştur: 1) Hizmetin coğrafî temelli yapılandırılması; 2) Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi; 3) Her tanımlanmış bölgeye sorumlu TRSM, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Plana göre en öncelikli hedef TRSM sayılarının arttırılmasıdır. Beş yıl içinde merkez nüfusu 100 bin ve üstü olan her yerleşim alanında bir merkez olarak toplam 236 TRSM açılması hedeflenmiştir. TRSM'lerin açılmasını takiben hastaneden taburcu edilip barınma sorunu olan hastalar için yarı yol evleri ve korumalı evler kurulması planın diğer önemli



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 281 23.11.2023 13:18

hedeflerindendir. Büyük ruh sağlığı hastaneleri küçültüldükten ya da kapatıldıktan sonra yaşanacak barınma sorununun çözümü için önerilen yarı yol evleri, hastaneden taburcu olmuş fakat ailesinin yanında kalamayacak hastaların 24 saat sağlık çalışanları tarafından gözlendiği ve desteklendiği evler olarak planlanmıştır. Burada bir süre barınan hasta eğer toplum içinde tek başına veya kısmi destekle yaşayabilecek duruma gelmiş ise korumalı evlere nakledilmesi düşünülmüştür. Korumalı evler, eğer geliri varsa hasta tarafından yoksa Sosyal Hizmetler tarafından finanse edilen ve sağlık çalışanlarının periyodik olarak ziyaret ettiği, bir veya birkaç hastanın bir arada yaşamlarını sürdürdüğü yerler olarak tasarlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Planda yer alan korumalı işyerlerinin ise belediye, kamu veya özel diğer kurumlar tarafından desteklenerek oluşturulması, burada çalışan hastaların hem kendi temel ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri bir gelir kazanmaları hem de bizatihi çalışmanın rehabilite edici ve iyileşmeye katkıda bulunan bir etki göstermesi hedeflenmiştir. Hastanın ve hastalığının tüm yönleriyle yönetiminde karar verici ve organize edici olarak sistemin merkezinde TRSM'lerin yer alması ruh sağlığı eylem planın temelini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

### *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri*

TRSM'ler, belirli bir coğrafi bölgede, kendisine bağlanmış nüfus içindeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ayaktan takip ve tedavi edildiği, hasta ve ailelerin bilgilendirildiği, disiplinler arası ve bütüncül bir anlayışla bakım hizmetlerinin yürütüldüğü, gerektiğinde gezici ekiplerle hastayı yaşadığı yerde destekleyerek toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, belli bir yataklı psikiyatri kliniği ile işbirliği içinde çalışan birimlerdir (Kahiloğulları, 2019). Mart 2014'te yayımlanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge'de TRSM'ler ağır ruhsal bozukluğu bulunan hastalara ait kayıt ve istatistiklerin tutulduğu, kayıtlı hastaların güçlendirilmesini ve toplumla bütünleşmesini hedef alan rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmaların yapıldığı, hastalık durumlarının değerlendirildiği, tedavi edildiği ve izlendiği, topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeli ve diğer ilgili personele ağır ruhsal bozukluklar alanında eğitim verildiği kurumlar olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014a). TRSM'ler sadece poliklinik ve/ya yatılı bakım evi hizmeti sunan yapılar değil, bireyin ve toplumun ruhsal iyilik halini destekleyen, iyileşme sürecinin her aşamasında onlara yoldaşlık ve kılavuzluk eden, hasta kimliğinden sıyrılıp hakları, rolleri, karar verme yetileri, sorumlulukları, hastalıklarının yanında güçlü ve sağlıklı yanlarının da olduğunu vurgulayan, onlara toplumun bir ferdi olduklarını hatırlatan kurumlardır. Merkezde bu hizmetler psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacı, uğraş terapisti ve diğer yardımcı personelden oluşan toplum ruh sağlığı ekibi (TRSE) tarafından verilmektedir. 100.000-300.000 kişilik bir nüfusun bulunduğu belirli bir coğrafi bölgede yaşayan hastalar TRSM'lerde kayıt altına alınarak sağlık ve sosyal bakım hizmetleri bütünlüklü şekilde verilmeye çalışılmaktadır.

Kurumsuzlaştırma yani depo hastanelerin kapatılma sürecinde TRSM'lerin açılması toplum ruh sağlığı yaklaşımının sacayaklarından biridir ancak yeterli değildir. Zira burada



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 282 23.11.2023 13:18

yatan hastaların bakım görebilecekleri korumalı ev, yarıyol evleri gibi alternatif barınma olanaklarının oluşturulmaması, sosyal iyi oluşlarını destekleyecek yapıların eksikliği (örn. korumalı işyeri), hizmet sunumunda insan kaynağı bakımından nicel ve nitel yetersizlikler hizmette boşluklar yaratarak hasta ve aileleri için başka ciddi sorunların gelişmesine neden olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca TRSM'lerin yalnızca kronik ruhsal hastalıkları hedeflemesi, psikotik bozukluklar dışındaki ruhsal bozukluklara ve koruyucu amaçlı çalışmalara yer verilmemesi, birinci basamak sağlık hizmetleriyle yeterli işbirliği kurulamaması bu sistmin ivedilikle geliştirilmesi gereken yönlerini oluşturmaktadır.

## 11.5. Günümüzde Sağlık Bakanlığı'nın Sunduğu Ruh Sağlığı Hizmetleri

Türkiye'de kamu tarafından sunulmakta olan koruyucu ve geliştirici ruh sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM); tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ise Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (KHGM) yönetiminde yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapılanması içerisinde Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı ilk olarak 1984 yılında kurulmuştur. O dönemde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü adında bir Genel Müdürlük yoktu. Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı bir Daire Başkanlığı idi. Günümüzde ise merkezde HSGM'ne bağlı Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, illerde ise il sağlık müdürlükleri halk sağlığı hizmetleri başkanlıklarına bağlı ruh sağlığı birimleri ve toplum sağlığı hizmetleri ve eğitim birimleri koruyucu ve geliştirici ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur. İlçelerde ilçe sağlık müdürlüklerine bağlı olarak faaliyet gösteren sağlıklı hayat merkezleri bünyesinde çalışan psikolog, psikolojik danışman ve rehber, çocuk gelişim uzmanı ve sosyal hizmet uzmanları bizzat hizmet alan kişilerle yüz yüze gelerek danışmanlık ve psiko-sosyal destek hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirmektedir. İlçelerde ilçe sağlık müdürlüklerine bağlı olarak faaliyet gösteren sağlıklı hayat merkezleri bünyesinde çalışan psikolog, psikolojik danışman ve rehber, çocuk gelişim uzmanı ve sosyal hizmet uzmanları bizzat hizmet alan kişilerle yüz yüze gelerek danışmanlık ve psiko-sosyal destek hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

### Sağlıklı Hayat Merkezleri

Sağlık Bakanlığı'nın web sayfasında Türkiye genelinde Eylül 2023 itibariyle 246 adet sağlıklı hayat merkezi (SHM) bulunduğu belirtilmektedir. SHM'lerin "sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapılar" olduğu ifade edilmektedir. SHM'ler birinci basamakta hekimlik dışı sağlık hizmetlerine (diyetisyenlik hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri, fizyoterapi, çocuk gelişimine yönelik hizmetleri gibi) erişimi kolaylaştırarak hastaneye yığılmanın önüne geçmeyi, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmeyi; hâlihazırda sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam programı çerçevesinde yürütülen hatalı beslenme alışkanlıkları ve obezite ile mücadele etmeyi; toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırmayı amaçlamaktadır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 283 23.11.2023 13:18

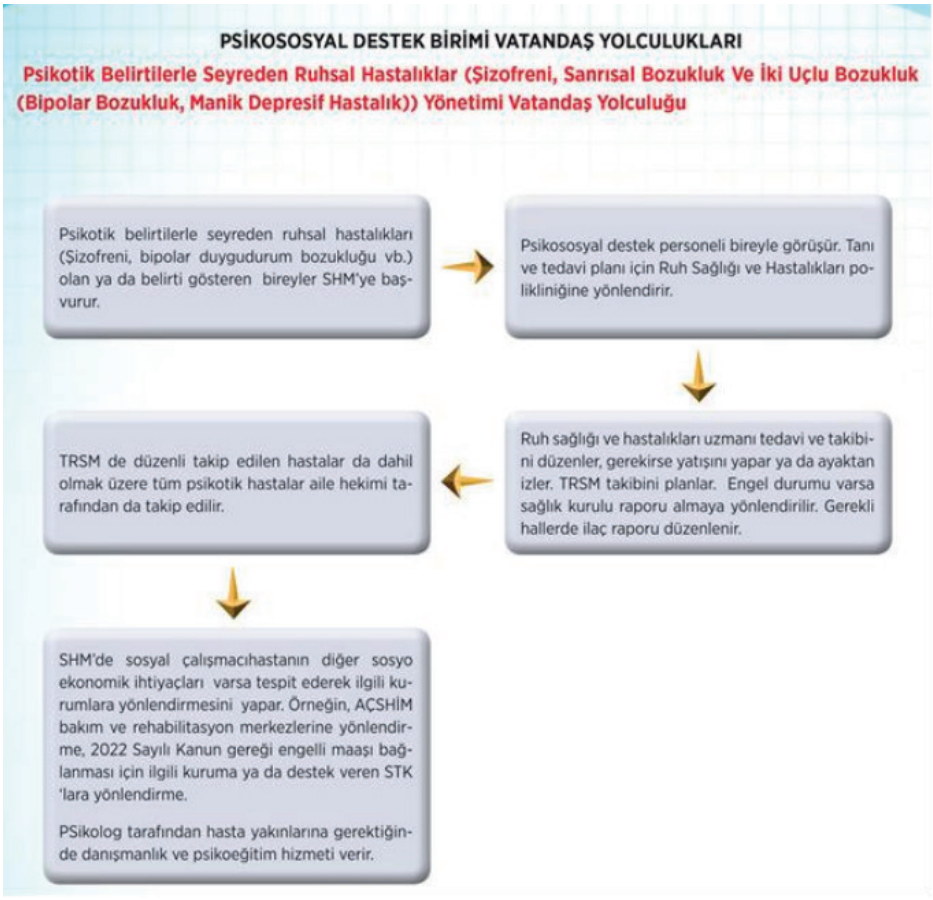
SHM'lerde sunulmakta olan hizmetler arasında yer alan bireysel psiko-sosyal danışmanlık/aile danışmanlığında bireyin ruhsal ve/veya fiziksel sağlık sorunları, evlilik veya çift ilişkisi, aile ve çocuklarla iletişim, iş veya okul yaşamı, özel yaşamı gibi konularda yaşanan psikolojik ve sosyoekonomik sorunların çözümü amacıyla gereken müdahaleler yapılmaktadır. "SHM Psiko-sosyal Destek Uygulamaları İş Akış Rehberi" SB Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanarak, 01.02.2019 tarih ve 23859870/279 sayılı yazısı ile uygulamaya konmuştur. SHM'lerde psikoterapi yapılmamakta, gerekli durumlarda psikolojik danışmanlık yapılarak, ihtiyaç duyan kişiler daha ileri tanı-tedavi için hastanelerin psikiyatri birimlerine yönlendirilmektedir. Yine ihtiyacı olan kişiler de sosyal hizmet desteği için ASHB'na bağlı sosyal hizmet müdürlüklerine yönlendirilmektedir.

Ağır ruhsal bozukluklarda kişiler mutlaka uzman hekime yönlendirilmekte ve takipleri bu yolla sağlanmaktadır. Kişi eğer psikotik bozukluk tanısı aldıysa ildeki en uygun Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hakkında hasta ve aile bilgilendirilmekte ve yönlendirilmektedir. SHM'lerde psiko-sosyal destek alanında çalışan kişiler ruhsal bozukluğu/hastalığı olan kişilerin yakınlarına destek amacıyla hastalık ve tedaviler hakkındaki psiko eğitimler de yürütmektedirler.

Hastaların alevlenme dönemlerinde ve/veya kendisi ve çevresi için risk oluşturduğu acil hallerde 155 ve 112 arandığı takdirde, 112 kollukla birlikte olay yerine gelmekte; eğer hasta kişi hastaneye gitmeyi kabul ederse 112 tarafından hastaneye sevki sağlanmaktadır. Hastanın tedaviyi kabul etmediği ve olay yerinde kendisi ve çevresi için tehlike oluşturmadığı durumlarda Türk Medeni Kanunu'na göre zorla sevki yapılamaz. Hastalığı nedeniyle tedaviyi kabul etmeyen ancak ayaktan veya yatarak tedavi edilmesi gereken hastalar için birinci dereceden yakını tarafından (kimsesizse Resmi Kurumlar tarafından) Sulh Hukuk Mahkemelerinden zorunlu muayene ve/veya tedavisi kararı çıkartılması gerekir. Aynı zamanda hasta için Mahkemelerce vasi tayin edilmesi acil hallerde vasisinin hasta yerine karar vermesini sağlayabilir. Aileler veya hasta yakınlarının Sulh Hukuk Mahkemeleri, Cumhuriyet Başsavcılığı ve kolluk güçleri hakkında bilgilendirilmesi de SHM'lerin görevleri arasında yer almaktadır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 284 23.11.2023 13:18




**Resim 1.** Sağlıklı Hayat Merkezlerinde psikososyal destek hizmetleri algoritması
(Sağlık Bakanlığı, 2018)

## 11.6. Ülkemizde Ruh Sağlığı Alanındaki Güncel Plan ve Programlar

### Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı (2013-2023)

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin planlanması ve örgütlenmesinde önemli bir köşe taşı niteliğinde olan ve 2013-2023 yıllarını kapsayan "Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı" ndan (Sağlık Bakanlığı, 2014b) söz etmek gerekir. Sağlık Bakanlığı'nın önderliğinde, diğer tüm sektör temsilcilerinin ve ilgili uzmanların katılım ve katkılarıyla Türkiye önemli bir eser ortaya koymuştur. DSÖ'nün son 10-15 yıldır vurguladığı "Her politikada sağlık" yaklaşımının ete kemiğe bürünmüş hali olan bu programda Türkiye'nin daha sağlıklı bir topluma kavuşabilmesi için 10 yıl içinde gerçekleştirmesi gereken eylemler, bu eylemlerden hangi kurumların sorumlu olacağı, hangi kurumların destek olacağı, bu görevlerin içeriği, eylemleri gerçekleştirmek için gereken insan gücü



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 285 23.11.2023 13:18

ve kapsasite geliştirme ihtiyacı, eylemlerin gerçekleşip gerçekleşmediğini değerlendirebilmek için gereken göstergelerin neler olduğu detaylı olarak tanımlanmıştır. İlgili herkesin dönüp tekrar tekrar incelemesinde yarar olan bu programda önerilen ruh sağlığı ve sosyal politika/hizmet eylemlerinin günümüzde yansımalarını görmekteyiz.




**Resim 2a.** Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023
(Sağlık Bakanlığı, 2014b)

Ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi alanındaki hedef ve eylemlere programın 9. bileşeni olan "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yönetiminin Geliştirilmesi" başlığında yer verilmiş; toplumun tüm bireylerinin ruhsal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, ortaya çıkan bozukluklarının erken tanısı, etkin ve hızlı şekilde tedavi edilmesi ve oluşan yeti yitimlerinin etkilerinin azaltılması ve topluma uyuma yönelik koruyucu ve rehabilitasyon (esenlendirme) hizmetlerinin geliştirilmesi" olarak ifade edilmiştir.

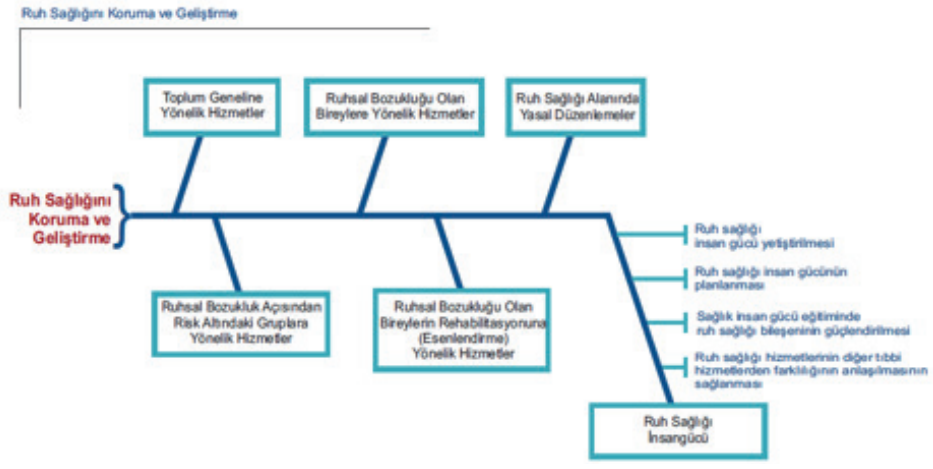
Ülkemizde ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından avantaj sağlayacak durumlar arasında *"toplum genelinde, eğitim düzeyi ve okullaşma oranının artması, yaşam kalitesinin yükselme eğiliminde olması, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artması, okullarda rehberlik hizmetlerinin artması, toplumun bilgiye ulaşmasının kolaylaşması, ruh sağlığını koruma ve geliştirme hizmetlerinde planlanmış topluma dayalı, bölge tabanlı Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda ön çalışmalar yapılmış olması, aile hekimliği uygulaması ve ruh sağlığı hizmetlerinin eşgüdümüne yönelik tartışmalar ve uygulamaların de-*



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 286 23.11.2023 13:18

*vam etmesi"* sayılmaktadır. Yanısıra, *"toplum ruh sağlığı merkezleri, yarı yol evleri, özel bakım merkezleri ve korumalı iş yeri uygulamaları başlamış olması, ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailesi ve kendisine yönelik bakım ve destek hizmetleriyle ilgili çalışmalar yürütülüyor olması, kriz merkezleri ve bağımlılıkla mücadelede yeni kurumların oluşturulması, riskli grupları tanıma amaçlı eğitici etkinliklerin düzenlenmesi"* nin ruhsal hastalıkların etkin tedavisi, olası komplikasyonların önlenmesine yönelik diğer güçlü yönler arasında belirtilmektedir.

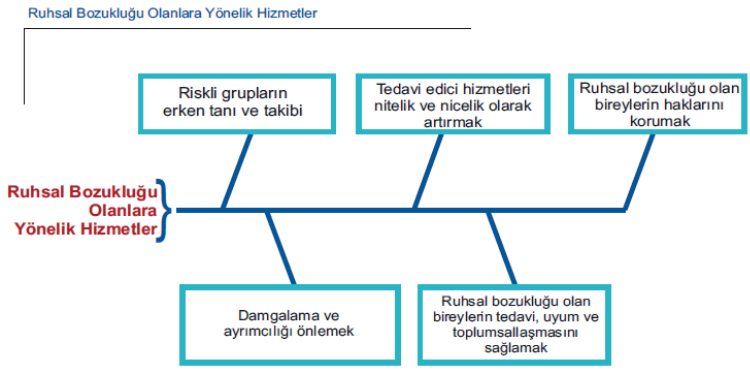
Öte yandan ülke olarak üstesinden gelmemiz gereken zayıf yönler de programda şöyle ifade edilmiştir: *"Toplum genelinde; nüfus artışı, göç ve şehirleşmenin hızlanması, işsizlik, gelir dengesinin bozulması, gereksinimler sonucu olarak aile yapısının değişmesi, yeni sosyal destek sistemlerinin yeterli olmaması, kitle iletişim araçlarının uygun biçimde denetlenmemesi, ayrımcılık ve damgalamanın devam ediyor olması, riskli gruplar ve ruhsal bozukluğu olanlar açısından; ruh sağlığı çalışanlarının sayısının ve örgütlenmesinin yeterli olmaması, ihtiyaç duyan grubun ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımında güçlük, sağlık hizmetlerinin finansmanında sorunlar olması, psikoterapi uygulamalarının hak ettiği yeri bulamaması ve riskli grupların erken tanınmasındaki zorluklar, kitle iletişim araçlarında ruhsal bozukluklar ile ilgili damgalama, intihar, özel hayatın gizliliği, kadına yönelik şiddetin meşrulaştırılması, yoksulluk, travma, göç gibi psikolojik sonuçları olan sosyal konulara yönelik bütüncül kapsamlı projelerin geliştirilmemiş olması, gelişim dönemlerinde olası risk gruplarını tanımada öğretmen, psikolojik danışman ve rehberler, ebeveynlerin farkındalık düzeylerinin yeterli olmaması, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının hastalıkları tanıma ve tedavi etme becerilerinin geliştirilmeye ihtiyacı olması"*. En önemli zayıf yönümüz olarak ise ülkemizde halen "Ulusal Ruh Sağlığı Yasası" nın bulunmaması vurgulanmıştır.




**Resim 2b.** Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023'de tanımlanan ruh sağlığını koruma ve geliştirmenin bileşenleri (Sağlık Bakanlığı, 2014b)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 287 23.11.2023 13:18




**Resim 2c.** Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023'de tanımlanan ruhsal bozukluğu olanlara yönelik himetlerin bileşenleri (Sağlık Bakanlığı, 2014b)

## Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)

Son derece kapsamlı ve özenle hazırlanmış olan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP)'te ruh sağlığı alanında yapılması planlanan dokuz amaç ve bu amaçların gerçekleştirilmesi için stratejiler ve hedefler yer almaktadır. Planda gayet yerinde bir yaklaşımla ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli ve bütüncül olarak sunulmasının güçlendirilmesi amaçlanmış, buna yönelik olarak da birinci basamak hizmetleri, toplum temelli hizmetler, sosyal bakım hizmetleri ve 2. ve 3. basamak ruh sağlığı hizmetleri ile koordinasyonun sağlanmasına yönelik faaliyetlere yer verilmiştir.




**Resim 3.** Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2020-2023) (Sağlık Bakanlığı, 2020)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 288 23.11.2023 13:18

URSEP'te ülkemizde 2021-2023 döneminde ruh sağlığı hizmet modelinin, Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (TRSE) ile yaklaşık 250.000 kişilik nüfusa yönelik sunulması planlandığı; birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, sosyal bakım destek hizmetleri ve kompleks ihtiyaçları olan bireyler için bölgesel olarak verilecek özelleşmiş hizmetleri içeren bütünleşik ruh sağlığı hizmetlerini kapsayacak şekilde oluşturulması hedeflendiği belirtilmiştir.

Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (TRSE) en az bir tam zamanlı psikiyatrist, iki hemşire ve en az yarı zamanlı bir psikolog, bir sosyal çalışmacıdan oluşacağı, TRSE'lerin TRSM içinde veya mobil olarak hizmet vereceği ifade edilmektedir. Mobil hizmetler bireyin ihtiyacına göre ev, işyeri ziyaretlerini veya bakım planı ile ilişkili olarak diğer kurumlara ziyaretleri kapsayacak olup; birinci basamak sağlık hizmet birimleri aile hekimlikleri ve sağlıklı hayat merkezlerinden oluşmaktadır. Hastanelere bağlı ruh sağlığı hizmet birimleri ise TRSM, poliklinikler ve genel hastaneler içinde açılacak birimlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında minör depresyon ve anksiyete gibi yaygın görülen durumlara aile hekimlerince tanı konulup müdahale edilmesi, danışma ve destek hizmetleri konusunda ise sağlıklı hayat merkezlerinin de bu gruba hizmet vermesi planlanmaktadır. Aile hekimlerinin yönlendirme ve süpervizyon için psikiyatri hizmeti veren birimlerle ilişki içinde olması gerekmektedir.

Bu satırların yazıldığı günlerde Sağlık Bakanlığı'ndan yetkililerle yapılan kişisel görüşmelerde DSÖ tarafından desteklenen RS-GÜÇ eğitimleriyle aile hekimlerinin kapasitesinin artırılmakta olduğu, aile hekimlikleriyle sağlıklı hayat merkezleri arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesine ilişkin bir pilot çalışma başlatıldığı, TRSE'lerin oluşturulduğu, TRSM'lerde hizmet vermekte oldukları, aile, işyeri ziyaretleri ve MEB, ASHB gibi diğer bakanlıklarla işbirliğinin de gereksinimler doğrultusunda gerçekleştirildiği bilgisi alındı.

**Tablo 1.** Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı nihai amaca yönelik göstergeler (Sağlık Bakanlığı, 2020)

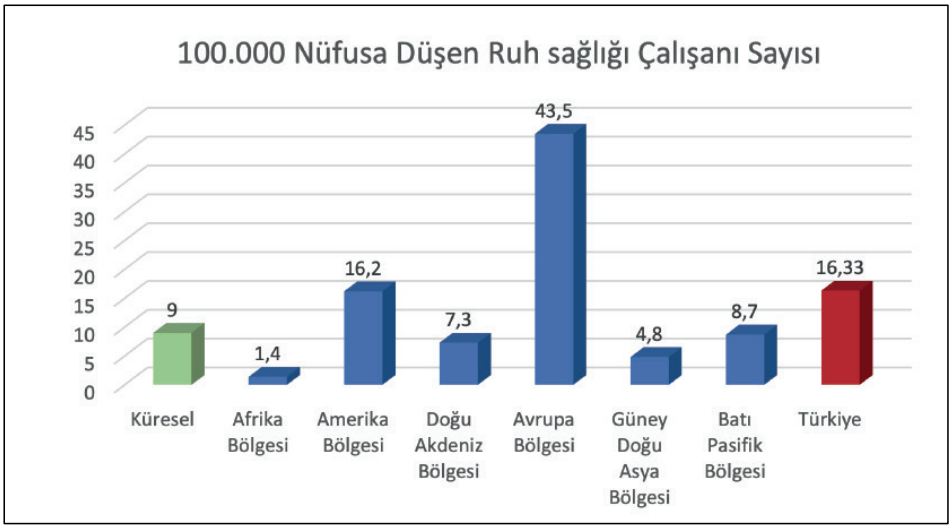
| No | Nihai Amaç Göstergesi | Veri Kaynağı | Hedefler | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Mevcut Durum | 2023 |
| 1 | Ruh sağlığını geliştirme ve koruyucu hizmetler kapsamında yürütülen destek programlarının sayısı | HSGM | 2 | 5 |
| 2 | TRSE sayısı | HSGM<br>KHGM | 182 | 400 |
| 3 | Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan personel sayısı | HSGM<br>YHGM<br>KHGM | 1.529 | 2.510 |
| 4 | TRSM eğitim modülleri alan pesonel sayısı* | HSGM | 0 | 1.156 |
| 5 | TRSM'den hizmet alan kişi sayısı | KHGM<br>SBSGM | 98.000 | 130.000 |



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 289 23.11.2023 13:18

## 11.7. Türkiye'nin Ruh Sağlığı İnsan Gücü ve Fiziksel Kaynakları

URSEP'te Türkiye'nin ruh sağlığı alanında halen sahip olduğu insan gücü ve fiziksel kaynakların analizi de yer almaktadır.




**Şekil 1.** DSÖ verilerine göre ruh sağlığı insan gücü (Sağlık Bakanlığı, 2020).

**Tablo 2.** 100,000 kişiye düşen ruh sağlığı alanında çalışan insan gücü (Sağlık Bakanlığı, 2020).

| İnsan gücü | 2011 | 2020 |
|---|---|---|
| Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı | 2,20 | 3,43 |
| Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı | 1,50 | 1,63 |
| Psikolog | 1,85 | 5,04 |
| Sosyal çalışmacı | 0,92 | 2,64 |
| Hemşire | 2,26* | 2,75* |
| Aile hekimi | 27,18 | 29,77 |
| Çocuk gelişimi uzmanı | 0,33 | 0,84 |

* RSH'lerde çalışan hemşire sayısını kapsamaktadır.
** RSH'lerinde çalışan hemşirelere ek olarak lisans üstü veya sertifika eğitimini tamamlamış hemşire sayısını kapsamaktadır.

Eylem Planı'nda *"son yıllarda psikiyatri ve çocuk psikiyatrisi uzmanlık eğitimi kontenjanları artırılmış olsa da Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre ruh sağlığı alanında toplam çalışan sayısının içinde bulunduğumuz DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerinin çok altında olduğu* (**Tablo 2**, **Şekil 1**), *sağlık alanında istihdam edilen psikolog, sosyal çalışmacı ve hemşire sayılarının yetersiz*" olduğu ifade edilmektedir. Öte yandan Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda önerildiği üzere eğitim veren kurum sayısının ve kontenjanlarının artırılmış olduğu, 2019 yılı itibarı ile 42 üniversitede klinik psikoloji yüksek lisans ve doktora programları bulunduğu, yine sosyal çalışmacı sayısını artırmak üzere 2010 yılında 10 olan



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 290 23.11.2023 13:18

sosyal hizmet bölümü sayısı 55'i örgün, 2'si açık öğretim ve 8'i ikinci öğretim olmak üzere toplam 65'e yükseldiği belirtilmiştir.

Ülkemizde psikiyatri dal hemşireliği alanında eğitim almış hemşire sayısının da oldukça yetersiz olduğu sayılara bakıldığında anlaşılmaktadır. Halihazırda yüksek lisans eğitimini tamamlamış 331 hemşire bulunduğu, ancak lisansüstü eğitimini tamamlamış hemşirelerin çeşitli nedenlerle

alan dışında istihdam edildiği URSEP'te belirtilmektedir. Hemşirelerde de uzmanlığın teşvik edilmesi önerilmektedir. Uzman hemşire sayısındaki yetersizlik nedeni ile Sağlık Bakanlığı tarafından bu alanda bir sertifika programı 11.04.2017 tarihli 343 sayılı genelge ile yürürlüğe konulmuştur. Bu doğrultuda "Psikiyatri Birimlerinde Hemşirelik Hizmetleri Sertifikalı Eğitim Programı" nı tamamlayan hemşirelere 5 yıl boyunca geçerli olacak sertifikaları verilmektedir. Psikiyatri kliniklerinde çalışan mevcut hemşirelerden başlamak üzere bundan sonra psikiyatri alanında çalışacak hemşirelerin ruh sağlığı hemşireliği eğitim ve sertifikasyonlarının sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Kasım 2020 itibarı ile 279 hemşire sertifikasyon programını tamamlamıştır.

Toplum temelli ruh sağlığı modelinde, temel amacı kişilerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını sağlamak olan ergoterapistlerin de önemli rolü vardır. 13 üniversitede yaklaşık 500 öğrenci kontenjanı bulunan ergoterapi bölümü mezunlarından 262 ergoterapist Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet vermektedir. Yetişen ergoterapistlerin ve iş ve uğraşı teknikerlerinin ruh sağlığı alanında istihdamının sağlanması psikiyatrik rehabilitasyon açısından büyük katkı sağlayacaktır.

Ruh sağlığı alanında hizmet sunan kuruluşlar Sağlık Bakanlığı çatısı altında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak çalışmaktadır. Halen mevcut olan hizmet kuruluşlarının neler olduğu sayılarıyla birlikte **Tablo 3**'te yer almaktadır.

**Tablo 3.** Ruh sağlığı hizmeti veren Sağlık Bakanlığı hizmet kuruluşları (Sağlık Bakanlığı, 2020).

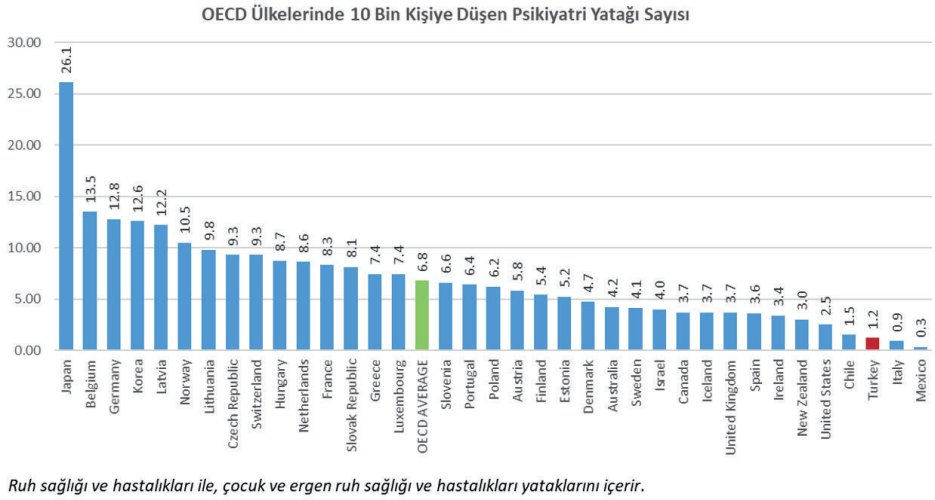
| | Hizmet veren kurumlar | Mevcut kapasite |
|---|---|---|
| Birinci basamak sağlık hizmeti | Aile sağlığı merkezleri | 7.979 |
| | Göçmen sağlığı merkezleri | 183 |
| | Sağlıklı hayat merkezi | 208 |
| | Toplum sağlığı merkezleri | 353 |
| Toplum temelli hizmetler | Toplum sağlığı merkezleri | 177 |
| | Gündüz yaşam merkezi | 76* |
| İkinci basamak sağlık hizmeti | Genel hastane | 508** |
| Üçüncü basamak sağlık hizmeti | Sağlık bölgelerine ve mevcut kapasiteye gore belirlenmiş eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri | 30 |

* AÇSHB'na bağlı olmasına karşın TRSM'ler ile ortak hizmet vermesi planlandığı için Gündüzlü Yaşam Merkezi bu tabloda yer almaktadır.
**Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet verilen genel hastane sayısıdır. Özel sağlık hizmet kurumları dahil edilmemiştir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 291 23.11.2023 13:18

OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sahip olduğu psikiyatri yatak sayıları **Şekil 2**'de gösterilmiştir.




**Şekil 2.** OECD Ülkelerinde 10 Bin Kişiye Düşen Psikiyatri Yatağı Sayısı
(Sağlık Bakanlığı, 2020).

URSEP'te çok sektörlü çalışmanın güzel bir örneği olarak Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın

2019-2023 Stratejik Planı'nda ruh sağlığını doğrudan ilgilendiren amaç ve hedeflerin yer alması sevindiricidir (**Tablo 4**).

**Tablo 4.** AÇSHB 2019-2023 Stratejik Planı'nda yer alan ruh sağlığı amaç ve hedefleri (Sağlık Bakanlığı, 2020).

| AMAÇ | HEDEF |
|---|---|
| Barınma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin güçlendirilmesi | Kadınlara, çocuklara, engellilere ve yaşlılara yönelik özellikli barınma ve bakım hizmetlerini geliştirmek ve yaygınlaştırmak;<br>Aile odaklı bakım hizmetlerini yaygınlaştırmak |
| İş gücü piyasasının etkinleştirilmesi | Özel politika gerektiren birey ve grupların istihdamını ve iş gücü piyasasına dahil olma niteliğini artırmak |
| Koruyucu ve önleyici hizmetlerin niteliğinin geliştirilmesi, nieliğinin artırılması ve fırsat eşitliğinin sağlanması | Bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyaçları olan kişilerin kamu hizmetlerine erişimini kolaylaştırıcı tedbirler almak |

Benzer şekilde "Dış Paydaş" başlığı altında çok sayıda bakanlık, ulusal ve uluslararası kuruluş ve ve toplum gruplarının ve bunların ruh sağlığı hizmetlerindeki rollerinin tanımlanmış olması da memnuniyet vericidir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 292 23.11.2023 13:18

**Tablo 5.** Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinde dış paydaşlar (Sağlık Bakanlığı, 2020).

| Kuruluş/Birey | Hizmet Sunulan Paydaşlar | Çözüm Ortakları ve İşbirlikleri | Birlikte Hizmet Sunulan İş Ortakları | Uluslararası Paydaşlar |
|---|---|---|---|---|
| Adalet Bakanlığı | | ✓ | ✓ | |
| Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler | | ✓ | ✓ | |
| Gençlik ve Spor Bakanlığı | | ✓ | ✓ | |
| İçişleri Bakanlığı | | ✓ | ✓ | |
| Maliye Bakanlığı | | ✓ | ✓ | |
| Millî Eğitim Bakanlığı | | ✓ | ✓ | |
| Strateji ve Bütçe Başkanlığı | | ✓ | | |
| RTÜK | | ✓ | | |
| Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı | | ✓ | ✓ | |
| Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) | | | | ✓ |
| Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) | | | | ✓ |
| Uluslararası Göç Örgütü (IOM) | | | | ✓ |
| Toplum | ✓ | | | |
| Engelli Bireyler | ✓ | | | |
| STK | | ✓ | | |
| Meslek Örgütleri | | ✓ | | |
| Belediyeler | | ✓ | ✓ | |

## 11.8. Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın Hedefleri Açısından Mevcut Durum

Eylem planının nihai amacı "Ruh sağlığı hizmetlerinde bütünleşik toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelini hayata geçirmek, bireylerin ruh sağlığını takip etmek, korumak ve iyileştirmek" olarak belirlenmiş iken bu amaca ulaşabilmek için yedi ana kategoride ara amaçlar tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Tanımlanan bu hedeflerin gerçekleşme düzeylerine sırayla bakıldığında:

1. *Ruh sağlığının geliştirilmesine yönelik hizmetlerin güçlendirilmesi:* Ruh sağlığının önemine ilişkin farkındalık faaliyetleri, ruh sağlığı okuryazarlığı, intiharı önleme, şiddet özellikle de kadına yönelik aile içi şiddet, ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilerin aileleri/bakım verenleri başta olmak üzere destek gibi alanlarda kapsamlı ve sistematik bir faaliyetin yürütüldüğünü söylemek güçtür.

2. *Koruyucu ve birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi:* Uygulanmaya çalışılan ruh sağlığı politikasının merkezinde yer alan ve önemi her planda dile getirilen ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegrasyonu konusunda kayda değer bir ilerleme sağlanamamıştır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 293 23.11.2023 13:18

3. *Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi:* 2011 yılında yayınlanan eylem planında 2023'e kadar 236 TRSM açılması hedeflenmişken, bu planda 2023 için hedef 200 olarak güncellenmiştir. TRSM sayısı Ağustos 2023 itibarıyla 182'dir ve hedefin gerisinde kalınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2023). TRSM'lerin açılması dışında bu başlıkta değerlendirilen yeterli ve eğitimli işgücünün oluşturulması, birinci basamak sağlık bakım hizmeti ile TRSM arasındaki ilişkinin güçlendirilmesi, hastanedeki yataklı kliniklerin Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri ile ilişkilendirilmesi, ruh sağlığı alanında çalışan farklı hizmet sağlayıcılar (kamu kuruluşları, yerel yönetim ve sivil toplum örgütlerinin) arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesi gibi diğer hedeflerin gerçekleştirilebildiğini söylemek mümkün değildir.

4. *Hastaneler içinde verilen hizmetler ve yataklı tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi:* Ülkemizdeki ruh sağlığı alanında mevcut insan kaynağı zaman içinde nispeten artış göstermiştir. Örneğin 100.000 kişiye düşen psikiyatrist sayısı 2011'de 2,22'den 2020 yılında 3,43'e yükselmiştir. Son yıllarda dramatik ve de hesapsızca arttırılan uzmanlık eğitimi kontenjanları nedeniyle önümüzdeki dönemde bu oranın daha da artacağı ortadadır. Benzer artışlar ruh sağlığı alanındaki diğer çalışan sayılarında da gözlenmektedir. Buna rağmen ruh sağlığı çalışanı sayısı Avrupa ile kıyaslandığında ülkemizde hala çok düşüktür (100.000 nüfusa düşen ruh sağlığı çalışanı Avrupa'da 43,5 iken Türkiye'de 16,33). Ruh sağlığı alanında çalışan sayısının arttırılmasının ülkemiz sağlık politikasının önceliklerinden birisi olması gerekliliği açıktır. Ancak mevcut politikanın niceliği öne çıkarırken, niteliği göz ardı eden yaklaşımını da görmezden gelmemek gerekir. Eğitimin niteliğini yükseltecek düzenlemeler yapılmaksızın aşırı ölçüde arttırılan kontenjanların personel niteliğinde yol açacağı erozyonun ileride potansiyel olarak pek çok soruna gebe olacağı uyarısı ruh sağlığı alanındaki pek çok paydaş tarafından dile getirilmektedir (Soygür, 2016).

   Personel sayısındaki yetersizliğin benzeri fiziki kaynaklar için de söz konusudur. Örneğin 10.000 kişiye düşen psikiyatri yatağı sayısı Türkiye'de 1,2 iken, Japonya'da 26,1; Almanya'da 12,8; Hollanda'da 8,6; Yunanistan'da 7,4; OECD ülkeleri ortalaması ise 6,8'dir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Üstelik Türkiye'deki yatakların halen yaklaşık yarısı 2011'de yayınlanan eylem planına göre yatak sayılarının düşürülmesi ya da kapatılması planlanmasına rağmen bölge ruh sağlığı hastanelerinde bulunmaya devam etmektedir. Türkiye'de halihazırda İstanbul Bakırköy, İstanbul Erenköy, Manisa, Bolu, Samsun, Adana, Elazığ, Trabzon Ataköy, Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri ile genel eğitim ve araştırma hastanelerine bağlı Bursa Dörtçelik ve Konya Beyhekim Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri bölge hastaneleri olarak görev yapmaktadır. Bunlardan son üçü Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planıyla tutarsız şekilde 2011 yılından sonra açılmıştır. Genel hastane içerisinde yer alan psikiyatri yatak sayısının hedeflenen oranda arttırılmadığı, ruh sağlığı hastaneleri içinde yer alan psikiyatri yatak sayısının ise azaltmak bir yana yeni bölge hastaneleri kurulması yoluyla yatak sayısının arttırılması ciddi bir tutarsızlık olarak dikkat çekmektedir.

5. *Uzun süreli bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi:* Uzun süreli bakım ve rehabilitasyon hizmetleri toplum temelli ruh sağlığı modelinin en önemli bileşenlerindendir. Temel hedef kendi ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanan engelli bireyin ailesi yanında bakımını sağlamaktır. Ancak bunun mümkün olamadığı ya da bireyin bunu tercih etmediği durumlarda destekli bakım evlerinin varlığı kritik öneme sahiptir. Ancak ne yazık ki bugüne kadar bu alanda kayda değer bir gelişme olmamıştır. Uzun süreli bakım



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 294 23.11.2023 13:18

hizmetleri yine bir "kurumsallaşma" nın ürünü olarak özel sektör tarafından işletilen bakım merkezlerine havale edilmiş gibi görünmektedir.

6. *Adli psikiyatri ve yüksek güvenlikli adli psikiyatri birimlerinin geliştirilmesi:* Ülkemizde ilk Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) Birimi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde 2018 yılında açılmıştır. 2020 yılına kadar Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Elazığ Fethi Sekin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bursa Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı YGAP birimleri hizmet vermeye başlamıştır ve tüm bu merkezlerde toplam yatak sayısı 472'dir. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü resmi internet sitesinde aktarıldığı kadarıyla geçen üç yıl içinde buna sadece Ankara Şehir Eğitim ve Araştırma hastanesindeki 80 yatak eklenerek 552 yatak kapasitesine ulaşılmıştır. Oysaki plana göre 2023 itibarıyla hedef 772 olarak belirtilmiştir. YGAP birimlerinin oluşturulmasında hem fiziki hem de eğitimli insan kaynağı açılarından hedefin gerisinde kalındığı açıktır.

7. *Özel planlama yapılması gereken hizmet alanları ve mevcut ruh sağlığı programlarının geliştirilmesi:* Planda son yıllarda göçmen sayısında aşırı artışa bağlı olarak "Göçmen Ruh Sağlığı"na ayrı bir başlıkta yer verilmiştir. Ayrıca eylem planı yayınlandığında en aktif dönemini geçiren COVID-19 Pandemisi vesilesi ile "Afet ve travmaların ruhsal sonuçlarının önlenmesi " bir diğer başlık olarak metinde yer almıştır. Raporun yayınlanmasından sonra 2023 yılında yaşanan 6 Şubat depremleri bu konunun ülkemiz için ne kadar önemli ve kritik olduğunu bir kez daha göstermiştir. Ancak bu hedef başlığı altında değerlendirilen çocuk-ergen, yaşlı ve göçmenlere yönelik ruh sağlığı hizmetleri ne yazık ki sistematik, planlı ve düzenli olmaktan uzak, ihtiyaca yönelik durumsal özellikler göstermektedir.

## 11.9. Diğer Bakanlıklar ve Kurumlar Tarafından Sunulan Hizmetler

### Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB)

ASHB'nin web sayfası incelendiğinde ruh sağlığının sosyal belirleyicilerine yönelik en kapsamlı hizmetlerin bu bakanlık tarafından yürütüldüğü görülmektedir. ASHB geniş bir spektrumda eğitim programları düzenlemektedir. Örneğin 2021-2022 yıllarında sosyal içermeye yönelik bir eğitim projesi gerçekleştirilmiştir. Projenin amacı "temel kamu hizmetlerinin sunumunda aktif görev alan kamu personeline, üniversitelerde çalışan akademisyenlere ve STK temsilcilerine yönelik ülke genelinde düzenlenecek eğitimler aracılığıyla, sosyal içermeye ilişkin kurumsal kapasite ve bilgi düzeyinin artırılması olarak" tanımlanmaktadır. Sosyal içerme yaklaşımı ile dezavantajlı grupların sosyoekonomik statülerinin yükseltilmesi, sosyal ve ekonomik bütünleşmelerinin sağlanması için vazgeçilmez olanaklara ve evrensel standartlarda kamu hizmetlerine (eğitim, istihdam, mesleki eğitim, sağlık hizmetleri, sosyal yardımlar ve sosyal koruma vs.) erişimlerinin sağlanması hedeflenmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020a).

Yine ASHB tarafından geliştirilen Aile Eğitim Programı (AEP) ailelerin, aile eğitimiyle ilgili temel ihtiyaçları dikkate alınarak, 5 alanda toplam 28 modülden oluşmaktadır. AEP ülkemizde sağlıklı, mutlu ve müreffeh ailelerin oluşması için ailelerin; ve eğitim, hukuk, iktisat, medya ve sağlık alanlarındaki hizmetlerden daha etkili biçimde yararlanmalarına, aile içi süreçlerini işlevselleştirerek aile yaşam kalitelerinin artmasına, sahip olduğu her türlü kaynağı etkili bir şekilde yönetmelerine ve karşılaşabilecekleri çeşitli risklere yönelik önlemler almalarına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020a).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 295 23.11.2023 13:18







**Resim 4.** Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı aile eğitim programı
(Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020a)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 296 23.11.2023 13:18

Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023) amaçlarından biri olan "Uyuşturucuya Olan Talebin Önlenmesi" sorumluluğu doğrultusunda Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğünce koruyucu ve önleyici hizmetler kapsamında 2017 yılı Haziran ayından itibaren Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) eğitimleri verilmektedir. Yeşilay ve AHSB arasında 21.03.2017 tarihinde imzalanan işbirliği protokolü doğrultusunda Yeşilay tarafından 81 İl Müdürlüğünden 145 meslek elemanına TBM Formatör Eğitimi verilmiştir. Bu eğitimi alan ASHB personeli kendi illerindeki meslektaşlarından yeni uygulayıcılar yetiştirmişlerdir. ASHB İl Müdürlükleri aracılığıyla, kurumlar ile işbirliği içerisinde belirlenen hedef kitlelere yönelik olarak, TBM uygulayıcıları ve formatörleri tarafından; 2017 yılından itibaren kurum bakımında olan 15 yaş üstü çocuklara, ASHB'ye bağlı kuruluşların merkez ve taşra teşkilatında görev yapan personele, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarında çalışan personele, diğer kamu kurumlarının personeline ve tüm yetişkinlere TBM eğitimi verilmektedir. Bu eğitimler ile hedef grupların uyuşturucu maddelerin neler olduğuna, bu maddelerin zararlarına, bu maddeleri kullandıklarında nerelerde tedavi olabileceklerine ve bu maddeyi kullanmış kişilerle nasıl iletişim kuracaklarına ilişkin bilgi düzeylerinin artırılması amaçlanmaktadır. TBM eğitimleri kapsamında 2017 yılı Haziran ayından 2019 yılı sonuna kadar toplam 511.228 kişiye ulaşıldığı ASHB web sayfasında bildirilmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020b).

## Milli Eğitim Bakanlığı (MEB)

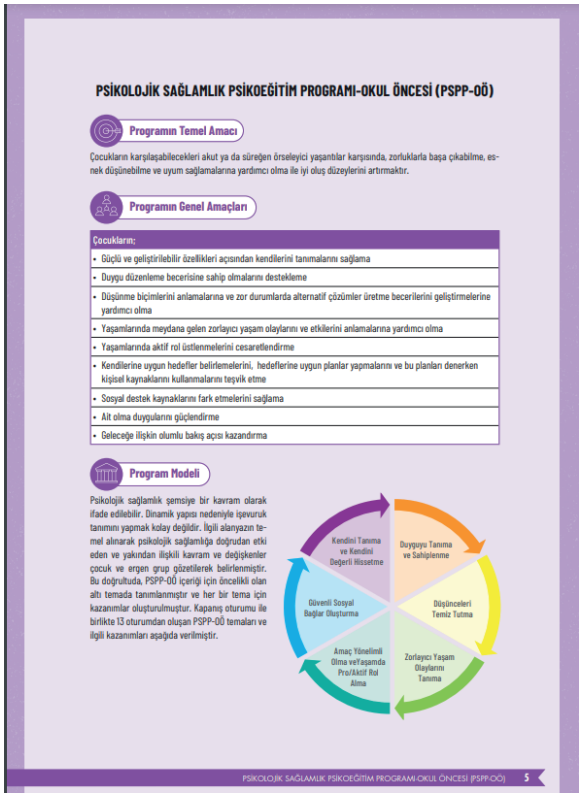
MEB'in okul öncesi eğitiminden lise bitimine dek milyonlarca öğrencinin ve ailelerinin yaşamlarına dokunan, Sağlık Bakanlığı'ndan sonra belki de ruh sağlığı alanında en fazla etkiye sahip bakanlık olduğu söylenebilir. Hem çocuk, ergen ve gençleri gelecek hayatlarına hazırlamak hem de ruh sağlığı sorunu gelişimi yönünden en kritik yaş gruplarını kapsama alanına alması açısından MEB politikaları ve uygulamaları kritik öneme sahiptir. MEB bünyesinde yaygın olarak rehberlik ve psikolojik danışma hizmetleri koruyucu ruh sağlığı açısından önemli bir potansiyele sahiptir.

Aşağıda MEB'in web sayfasından alıntılanan görsellerden de anlaşılacağı üzere yaşam becerileri, psikolojik sağlamlık, psikolojik ilk yardım, intihar gibi konularda UNICEF ile de işbirliği içinde eğitim gereçleri ve programları mevcuttur (Milli Eğitim Bakanlığı, 2021).

MEB ve UNICEF iş birliği ile 2001 yılında hazırlanan ve 2017 yılına kadar uygulanan "Psikososyal Destek Programları" nın yenilenmesi ve yaygınlaştırılması amacı ile 2017-2019 yılları arasında "Psikososyal Destek Programlarının Yenilenmesi Projesi" yürütülmüştür. Yenilenen psikososyal destek programı kapsamında "Psikososyal Destek Programı Eğitici Eğitimi Kursu" düzenlenmiş olup söz konusu kurslar sonucunda 245 eğitici yetiştirilmiştir. Yetiştirilen eğiticiler Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında 81 ilde bulunan yaklaşık 33 bin rehberlik öğretmenine uygulayıcı eğitimleri vermişlerdir. Psikososyal Destek Programı kapsamında yürütülen hizmetlerin daha etkili/verimli sunulması ve uygulamalarda birliğin sağlanması için Psikososyal Destek Programı Uygulama Kılavuzu ve Psikososyal Koruma, Önleme ve Krize Müdahale Hizmetleri Yönergesi hazırlanmıştır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2019).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 297 23.11.2023 13:18



PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PSİKOEĞİTİM PROGRAMI-OKUL ÖNCESİ (PSPP-OÖ)

Programın Temel Amacı

Çocukların karşılaşabilecekleri akut ya da süregen örseleyici yaşantılar karşısında, zorluklarla başa çıkabilme, esnek düşünebilme ve uyum sağlamalarına yardımcı olma ile iyi oluş düzeylerini artırmaktır.

Programın Genel Amaçları

| Çocukların; |
|---|
| • Güçlü ve geliştirilebilir özellikleri açısından kendilerini tanımalarını sağlama |
| • Duygu düzenleme becerisine sahip olmalarını destekleme |
| • Düşünme biçimlerini anlamalarına ve zor durumlarda alternatif çözümler üretme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olma |
| • Yaşamlarında meydana gelen zorlayıcı yaşam olaylarını ve etkilerini anlamalarına yardımcı olma |
| • Yaşamlarında aktif rol üstlenmelerini cesaretlendirme |
| • Kendilerine uygun hedefler belirlemelerini, hedeflerine uygun planlar yapmalarını ve bu planları denerken kişisel kaynaklarını kullanmalarını teşvik etme |
| • Sosyal destek kaynaklarını fark etmelerini sağlama |
| • Ait olma duygularını güçlendirme |
| • Geleceğe ilişkin olumlu bakış açısı kazandırma |

Program Modeli

Psikolojik sağlamlık şemsiye bir kavram olarak ifade edilebilir. Dinamik yapısı nedeniyle işevuruk tanımını yapmak kolay değildir. İlgili alanyazın temel alınarak psikolojik sağlamlığa doğrudan etki eden ve yakından ilişkili kavram ve değişkenler çocuk ve ergen grup güzetilerek belirlenmiştir. Bu doğrultuda, PSPP-OÖ içeriği için öncelikli olan altı temada tanımlanmıştır ve her bir tema için kazanımlar oluşturulmuştur. Kapanış oturumu ile birlikte 13 oturumdan oluşan PSPP-OÖ temaları ve ilgili kazanımları aşağıda verilmiştir.





**Resim 5.** Milli Eğitim Bakanlığı Psikolojik Sağlamlık Psikoeğitim Programı-Okul Öncesi (Milli Eğitim Bakanlığı, 2021).



PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

Psikolojik Danışman/Rehber Öğretmenler İçin

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM -1 5
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK Tanımı, Kapsamı ve İlgili Araştırmalar 5
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN KAVRAMSAL GELİŞİMİ 6
ÇOCUKLARIN VE ERGENLERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLARINA YÖNELİK YAPILAN ARAŞTIRMALAR 21
KAYNAKÇA 25

BÖLÜM -2 30
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK OKUL UYGULAMALARI 31
YURT DIŞI UYGULAMA ÖRNEKLERİ 34
YURT İÇİ UYGULAMA ÖRNEKLERİ 38
KAYNAKÇA 41

BÖLÜM -3 42
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK İLE İLGİLİ ÖLÇME ARAÇLARI 43
ÇOCUK VE ERGENLERE YÖNELİK ÖLÇEKLER 43
YETİŞKİNLERE YÖNELİK ÖLÇEKLER 49
AİLEYE YÖNELİK ÖLÇEKLER 54
KAYNAKÇA 58

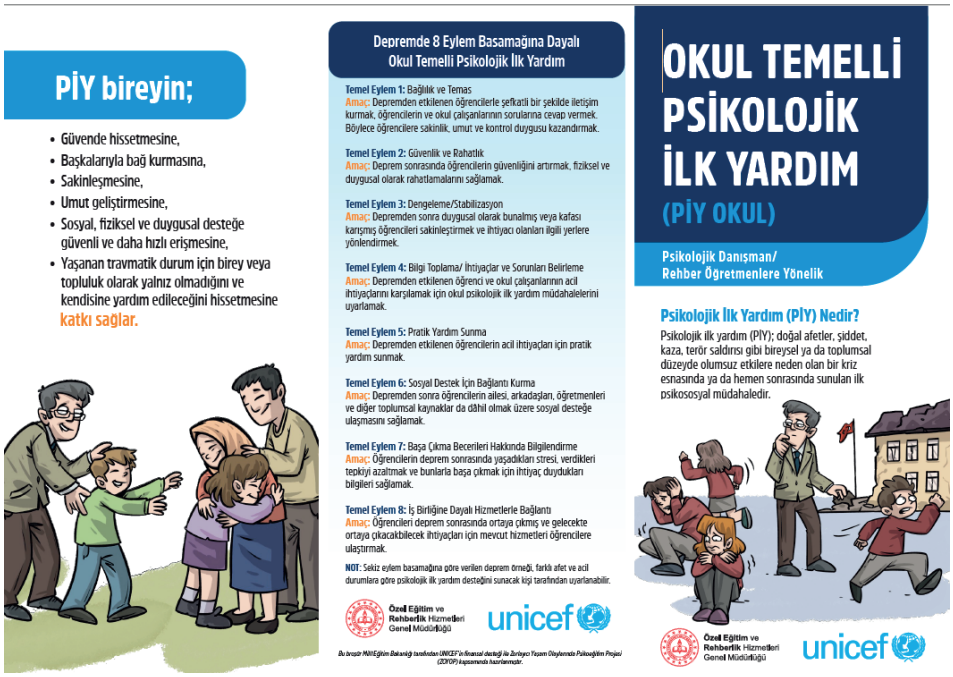
BÖLÜM -4 61
TRAVMA SONRASI PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞI GELİŞTİRMEK 61
OKULDA TRAVMA VE TRAVMATİK ETKİ 62
ÖRSELEYİCİ YAŞANTILAR KARŞISINDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK 66
KAYNAKÇA 71

BÖLÜM -5 72
ÇOCUK VE ERGENLERDE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN AİLE SİSTEMİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ 72
AİLE SİSTEMİ 73
AİLEDE RİSK VE KORUYUCU FAKTÖRLER 74
EBEVEYN ÖZELLİKLERİ 75
KARDEŞ İLİŞKİLERİ 76
KAYNAKÇA 78

**Resim 6.** Milli Eğitim Bakanlığı Psikolojik Sağlamlık Kitabı (Milli Eğitim Bakanlığı, 2019)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 298 23.11.2023 13:18




**Resim 7.** Milli Eğitim Bakanlığı Psikososyal Destek Dokümanları
(Milli Eğitim Bakanlığı, 2023)

## Yerel Yönetimler Tarafından Sunulan Ruh Sağlığı Hizmetleri – İstanbul Büyükşehir Belediyesi Örneği

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinde yerel yönetimlerin katkısı sınırlı düzeydedir. Çoğu yerel yönetimin kayda değer bir ruh sağlığı hizmet sunumu bulunmamaktadır. Türkiye nüfusunun yaklaşık 1/6' sını barındıran İstanbul, sahip olduğu kaynak ve imkanlar ile sunduğu ruh sağlığı hizmetleri bakımından diğer yerel yönetimler arasında öne çıkmaktadır. İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından ruh sağlığı hizmetleri Sağlık ve Hıfzısıhha Müdürlüğüne bağlı Psikolojik Danışmanlık Merkezleri aracılığıyla sunulmaktadır. İlki 2011 yılında açılan bu merkezlerin sayısı 2023 yılında 28'e ulaşmıştır. İstanbul'un tüm ilçelerinde en az bir merkez kurulması hedeflenmiştir. Ağustos 2023 itibarıyla bu merkezlerde toplamda 105 uzman psikolog, 4 psikiyatrist, 57 danışma görevlisi çalışmaktadır.

Bu merkezlerde bireylerin problemlerinin çözülmesi, günlük yaşam kalitelerinin artması, bireysel gelişim ve sosyal uyumlarının sürdürülmesi gibi amaçlar doğrultusunda psikometri, çocuk-ergen psikoterapisi ve danışmanlık, yetişkin psikoterapisi ve danışmanlık, çift ve aile psikoterapisi ile psikiyatrik danışmanlık hizmetleri yürütülmektedir. Danışanların kolay ulaşılabilirliği üzerinden planlı, yaygın, kapsayıcı, kaliteli ve ücretsiz bir hizmet verme prensibi gözetilmektedir. 2022 yılında 69.438 kişi bu hizmetlerden yararlanmıştır. Psikolojik danışmanlık ve rehberliğin yanı sıra şu hizmetler de sunulmuş ya da sunulmaya devam etmektedir:



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 299 23.11.2023 13:18

- Dış kurumlardan (okul vb.) veya İBB içi müdürlüklerden gelen eğitim talepleri için saha eğitim ekibinin oluşturulması;
- COVID-19 salgınının etkileri ile baş edebilmenin bilimsel yollarının anlaşılması ve uygulanması amacıyla bir bilim kurulunun teşkil edilmesi;
- COVID-19 salgını sırasında 08.00 – 00.00 saatleri arasında haftanın 7 günü hizmet veren Alo Destek Hattı kurulması;
- Altı Şubat depremleri sonrasında Toplum Ruh Sağlığı Bilim Kurulu'nun 21.02.2023 tarihinde kurulması;
- Deprem sonrasında psikolojik destek amacı ile haftanın 7 günü 08.00-00.00 saatleri arasında Kasımpaşa Ek Hizmet Binasında Psikososyal Destek Hattı kurulması (İstanbul Büyükşehir Belediyesi, 2023).

## 11.10. Türkiye'de Ruh Sağlığı Açısından Atılması Gereken Adımlar*

**Bu bölümdeki bütün atıflar DSÖ Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı (2013-2030)'a aittir.*

Ülkemizin ruh sağlığında daha iyi bir yere gelmesi için politika, plan ve uygulama açısından atılması gereken adımlar DSÖ'nün 2013-2030 arası dönemi içerecek şekilde güncellenen Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı doğrultusunda ele alınmıştır. *"Ruh sağlığı olmadan sağlık olmaz"* ilkesi ile hazırlanmış olan Eylem Planı, yaşam boyu bir yaklaşımla, herkes için ruh sağlığı ve iyilik halini geliştirmek, risk altındaki kişilerde ruh sağlığı sorunlarını önlemek ve ruh sağlığı hizmetlerini herkes için ulaşılabilir kılmaya yönelik eylemlere vurgu yapmaktadır. Planda ruh sağlığını geliştirmek, korumak, tedavi, rehabilitasyon, bakım ve iyileşmeye yönelik tüm hizmetlerin sağlık ve sosyal sektörlerin koordinasyonu ile yürütülmesi yani çok sektörlü yaklaşımın benimsenmesi esas alınmaktadır.

Eylem planının vizyonu, "Damgalama ve ayrımcılıktan uzak, mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşmak, topluma ve iş yaşamına tam olarak katılmak için, ruh sağlığına değer verilen, geliştirilen ve korunan, ruhsal bozuklukların önlendiği ve bu bozukluklardan etkilenen kişilerin tüm insan haklarından yararlanabildiği ve yüksek kalitede, kültürel olarak uygun, iyileşmeyi teşvik edecek şekilde sağlık ve sosyal bakımın zamanında sağlandığı bir dünya" olarak belirlenmiştir (DSÖ, 2021)

Eylem planının dört hedefi şunlardır:

1. Ruh sağlığına yönelik etkili liderliği ve yönetimi güçlendirmek;
2. Toplum temelli kuruluşlarda kapsamlı, entegre ve duyarlı ruh sağlığı ve sosyal bakım hizmetleri sağlamak;
3. Ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruhsal sorunların önlenmesine yönelik stratejiler uygulamak;
4. Ruh sağlığına yönelik bilgi sistemlerini, kanıtları ve araştırmaları güçlendirmek.

Eylem planı birbiriyle kesişen altı ilke ve yaklaşıma dayanmaktadır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 300 23.11.2023 13:18

1. Evrensel sağlık sigortası. Yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, ırkı, etnik kökeni veya cinsel yönelimi ne olursa olsun ve hakkaniyet ilkesine uygun olarak, ruhsal bozukluğu olan kişiler, kendilerini yoksullaştırma riski olmaksızın, bu amaçlara ulaşmalarını sağlayacak temel sağlık ve sosyal hizmetlere erişebilmelidir. iyileşme ve ulaşılabilir en yüksek sağlık standardı.
2. İnsan hakları. Tedavi, önleme ve geliştirmeye yönelik ruh sağlığı stratejileri, eylemleri ve müdahaleleri, Engelli Kişilerin Haklarına İlişkin Sözleşme ve diğer uluslararası ve bölgesel insan hakları belgeleriyle uyumlu olmalıdır.
3. Kanıta dayalı uygulama. Tedavi, önleme ve geliştirmeye yönelik ruh sağlığı stratejileri ve müdahalelerinin, kültürel hususlar dikkate alınarak bilimsel kanıtlara ve/veya en iyi uygulamalara dayanması gerekir.
4. Yaşam boyu yaklaşımı. Ruh sağlığına yönelik politika, plan ve hizmetlerin, bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve ileri yaş dahil olmak üzere yaşamın her aşamasındaki sağlık ve sosyal ihtiyaçları dikkate alması gerekir.
5. Çok sektörlü yaklaşım. Ruh sağlığına yönelik kapsamlı ve koordineli bir müdahale, ülkenin durumuna uygun olarak özel sektörün yanı sıra sağlık, eğitim, istihdam, yargı, konut, sosyal ve diğer ilgili sektörler gibi çok sayıda kamu sektörüyle ortaklığı gerektirir.
6. Ruhsal bozuklukları ve psikososyal engelleri olan kişilerin güçlendirilmesi. Ruhsal bozuklukları ve psikososyal engelleri olan kişiler güçlendirilmeli ve ruh sağlığı savunuculuğu, politika, planlama, mevzuat, hizmet sunumu, izleme, araştırma ve değerlendirme süreçlerine dahil edilmelidir.

Eylem planında yer alan şu iki küresel hedefin Türkiye'de gerçekleştirilmesi gerekmektedir:

*Küresel Hedef 1.1:* 2030 yılına kadar ülkelerin %80'i, uluslararası ve bölgesel insan hakları belgeleri doğrultusunda ruh sağlığına ilişkin politika veya planlarını geliştirmiş veya güncellemiş olacaktır.

*Küresel Hedef 1.2:* 2030 yılına kadar ülkelerin %80'i ruh sağlığı yasalarını uluslararası ve bölgesel insan hakları belgeleri doğrultusunda geliştirmiş veya güncellemiş olacak.

Türkiye Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planına sahip olsa da planın izleme/değerlendirme çalışmalarının sistemli olarak yapılmasına, ulaşılamayan hedeflere niye ulaşılamadığının belirlenerek gerekli adımların atılmasına ivedilikle ihtiyaç vardır. Ayrıca ülkemizin daha fazla zaman kaydetmeden, acil olarak bir ruh sağlığı yasasına kavuşması gerekmektedir. Türkiye ne yazık ki hala ruh sağlığı yasası bulunmayan az sayıdaki ülkeden biridir.

Ruhsal bozukluk tanısı almış olan kişilerin ruh sağlığının sosyal belirleyicileri dikkate alınmadan, yalnızca biyomedikal yaklaşımla iyileşme olasılığı yoktur. Bu nedenle DSÖ bu kişilerin savunmasız ve dışlanmış gruplar arasında sayılmaları gerektiğine vurgu yaparak, eğitim, istihdam, geçim programları ve insan hakları gündemi gibi kalkınma ve yoksulluğu azaltma stratejilerine öncelikli olarak dahil edilmesini tavsiye etmektedir.

Bakıma erişimin ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi bağlamında, DSÖ kapsamlı toplum temelli ruh sağlığı ve sosyal bakım hizmetlerinin geliştirilmesini tavsiye etmektedir; ruh



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 301 23.11.2023 13:18

sağlığı bakımı ve tedavisinin genel hastanelere ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu; farklı hizmet sağlayıcılar ve sağlık sisteminin farklı basamakları arasında bakımın sürekliliği; resmi ve resmi olmayan bakım sağlayıcıları arasında etkili işbirliği; ve örneğin elektronik ve mobil sağlık teknolojilerinin kullanımı yoluyla kişisel bakımın teşvik edilmesi gibi. Türkiye Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerini hayata geçirmekle bu alanda önemli bir adım atmış olmakla birlikte, bu merkezlerin birinci basamak sağlık hizmetleriyle hiç bir entegrasyonunun bulunmaması önemli bir eksikliktir. İhtiyaç durumunda Aile Sağlığı Merkezleri ve Sağlıklı Hayat Merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarından TRSM'lere sevk yapılması ve/veya farklı işbirliği modelleriyle TRSM'lerin birinci basamağa entegrasyonu gerekmektedir.

DSÖ, ruh sağlığına yönelik toplum temelli hizmet sunumunun, ruhsal bozuklukları ve psikososyal engelleri olan bireylerin kendi istek ve hedeflerine ulaşmalarını desteklemesi gerektiğini belirterek, iyileşmeye dayalı bir yaklaşımın olmasını önermektedir. Örneğin bireylerin kendi durumlarına ve iyileşmelerine neyin yardımcı olduğuna dair anlayışlarını dinlemek ve bunlara yanıt vermek; insanlarla, onların bakımında eşit ortaklar olarak çalışmak; tedavi ve terapi seçeneklerinin sunulması, birbirlerine teşvik ve aidiyet duygusu sağlayan akran çalışanların ve desteklerin kullanılması bu yaklaşımın bileşenleri arasında sayılabilir. İstihdam (işe dönüş programları dahil), barınma ve eğitim fırsatları ve toplumsal faaliyetlere, programlara ve anlamlı faaliyetlere katılım gibi insan haklarına erişimlerini kolaylaştırmak için çok sektörlü bir yaklaşıma da ihtiyaç bulunmaktadır. Ülkemizde DSÖ'nün önerilerine uygun çalışan TRSM'ler bulunmakla birlikte, bunun büyük ölçüde merkezde çalışan kişilerin adanmışlık ve motivasyon düzeyleriyle ilişkili olduğu, standartlar açısından merkezden merkeze önemli farklılıkların bulunabildiği söylenebilir.

Toplumdaki sağlık eşitsizliklerini azaltmak için DSÖ özellikle akıl hastalığı riski taşıyan ve hizmetlere erişimi zayıf olan grupların proaktif olarak belirlenmesini ve bu gruplara uygun desteğin sağlanmasını önermektedir. Uygulamaya dönük olarak da toplumdaki farklı sosyodemografik grupların ve ayrıca hizmetleri kullanamama olasılığı yüksek olan kırılgan grupların (Sokakta yaşayan insanlar, çocuklar, yaşlılar, cezaevlerinde kalan kişiler, sığınmacılar, mülteciler, göçmenler, azınlık etnik gruplar, Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transgender, İnterseks veya Sorgulayan (LGBTIQ+) olarak tanımlanan kişiler, fiziksel ve zihinsel engelli kişiler ve şiddetten etkilenen kişiler acil ve olağanüstü durumlar yaşamış kişiler gibi) tedavi, bakım ve desteğe erişimde karşılaştıkları engelleri ortadan kaldıracak düzenlemeler yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bütün bu gruplara ulaşmak ve ruh sağlığı gereksinimlerini bütüncül olarak ele alabilmek için ülkemizde sağlık, sosyal hizmetler, eğitim, adalet, çalışma ve iç işleri başta olmak üzere bir çok sektörün gerçek hayatta karşılığı olan bir işbirliği modeli ve birlikte çalışma kültürü geliştirmesine ivedilikle ihtiyaç vardır.

DSÖ ruh sağlığına yönelik hizmetlerin genişletilmesi ve daha iyi sonuçlara ulaşılması açısından yetkin, duyarlı ve uygun vasıflara sahip sağlık profesyonellerinin ve çalışanlarının doğru sayıda ve eşit dağılımına sahip olmanın çok önemli olduğunun altını çizmektedir. Ruh sağlığının sağlıkla ilgili diğer programlara (kadın sağlığı ve HIV/AIDS gibi) ve sosyal hizmetlere entegre edilmesinin ruh sağlığı sorunlarının daha iyi yönetilmesi, ruh sağlı-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 302 23.11.2023 13:18

ğının geliştirilmesi ve ruhsal bozuklukların önlenmesi için önemli bir fırsat sunduğu da vurgulanmaktadır. Örneğin ruh sağlığı konusunda eğitim almış sağlık çalışanları sadece gördükleri kişilerdeki ruhsal bozuklukları tedavi etmekle yetinmeyip, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve madde kullanımı da dahil olmak üzere genel sağlık bilgileri sunmak ve ilgili sağlık koşullarının taranması konularında da donanımlı olmalıdır. Bu açılardan ele alındığında Türkiye'nin alması gereken yolun bir hayli uzun olduğunu görebiliriz. Ruh sağlığı alanında çalışan insan gücü açısından ülkemiz gelişmiş ülkelerin oldukça gerisindedir. Diğer yandan ruh sağlığı hizmetlerinin sınırlı örnekler dışında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden izole olarak sunulmakta olduğunu söylemek de yanlış olmayacaktır. Örneğin ülkemizin yıllar içinde anne ve bebek ölümlerinde önemli azalmalar sağlayan güçlü bir ana-çocuk sağlığı hizmet yapılanması ve başarıyla yürütülen programları olmasına karşın, ne gebe ne de lohusa izlemlerinde ruh sağlığı bileşeninin bulunmadığını görmekteyiz. Oysa kadınların doğuma ve anneliğe ruhsal olarak hazırlanması, doğumun ardından lohusalık döneminde de annenin psiko-sosyal hizmetlerle desteklenmesi hem annenin yaşayabileceği olası ruh sağlığı sorunlarını azaltacak, hem de anne-bebek ilişkisinin daha sağlıklı olmasına katkı verecektir.

Eylem Planı'nda tanımlanan diğer bir hedef şu şekilde ifade edilmiştir:

*Küresel Hedef 3.1: 2030 yılına kadar ülkelerin %80'inde işleyen en az iki ulusal, çok sektörlü ruh sağlığını geliştirme ve önleme programı olacaktır.*

Ülkemizde sosyal hizmetlerle sağlık hizmetleri arasında da sınırlı işbirlikleri haricinde gerçek bir entegrasyondan bahsetmek mümkün değildir. Oysa bu iki sektör stratejik bir plan dahilinde güç birliği yaparak çalıştıkları takdirde sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinden çok daha etkili işler yapabilirler. Kırılgan/savunmasız grupların bu işbirliğinden en çok yararlanacak toplum kesimleri olacağı söylenebilir. Sağlığın hem bedensel hem de psiko-sosyal bileşenleri açısından desteklenip güçlendirildikleri takdirde sağlık eşitsizliklerinin azalmasına katkı sağlanabilir.

DSÖ'nün küresel hedefleri arasında 2030 yılına kadar ülkelerin %80'inde toplum temelli ruh sağlığı kurumlarının sayısının iki katına çıkarılması ve yine ülkelerin %80'inin ruh sağlığını temel sağlık hizmetlerine entegre etmiş olması yer almaktadır. Türkiye'nin bu hedeflere ulaşabilmesi için hiç zaman kaybetmeden hızlı adımlar atması gerekmektedir.

Eylem Planı'nda tanımlanan diğer hedefler arasında:

*Küresel Hedef 3.3: "2030 yılına kadar ülkelerin %80'inde acil durumlara ve/veya afetlere karşı ruh sağlığı ve psikososyal hazırlığa yönelik bir sistem bulunacaktır."* yer almaktadır.

Türkiye neredeyse tümüyle deprem kuşağında yer alan bir ülke konumundadır. Şubat 2023'de gerçekleşen ardışık depremler milyonlarca kişiyi etkilemesine rağmen psiko-sosyal destek hizmetlerinin sunulması bir hayli gecikmiştir. Sahadaki hizmetler Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yürütülmüş ancak hem nicelik hem de nitelik açısından bu hizmetlerin koordinasyonu, zamanlaması ve sunumu yeterli olamamıştır. Bu deneyimlerin ışığında Türkiye'nin ruh sağlığı ve psikososyal destek ihtiyaçlarını acil duruma hazırlık sürecine dahil etmesi çok önemlidir. Keza bir afet sırasında halihazırda ruhsal



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 303 23.11.2023 13:18

hastalığı olan kişiler için iyileşmeyi ve dayanıklılığı teşvik eden hizmetlerin planlanması da afetlere hazırlık süreçlerinin temel bileşenleri arasında yer almalıdır.

Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planının önemli bir hedefi de *"Ruh sağlığının geliştirilmesi ve önlenmesine yönelik stratejilerin uygulanması"* olarak belirlenmiştir. Çünkü yalnızca tanımlanmış ruhsal hastalığı olan kişilerin ihtiyaçlarının karşılanması yetmemekte, aynı zamanda tüm vatandaşların ruhsal iyilik halinin korunması ve geliştirilmesi de hayati önem taşımaktadır. Bu çabalar toplumların sadece halihazırdaki durumuna değil; aynı zamanda geleceğine yapılan en önemli yatırımlar arasında yer almalıdır.

Yetişkinlerde ruhsal bozuklukların %50'ye varan oranının 14 yaşından önce başladığı bilinmektedir. Dolayısıyla yaşamın erken evreleri ruh sağlığını geliştirmek ve ruhsal bozuklukları önlemek için çok önemli bir fırsat sunar. DSÖ, ruhsal bozukluğu olan çocuk ve ergenlere, hastaneye yatırma ve tıbbi tedaviden kaçınılarak, kanıta dayalı psikososyal ve toplum temelli diğer farmakolojik olmayan müdahaleler yoluyla erken müdahale sağlanmasını önermektedir. Açıktır ki bu yaş grubunda Sağlık Bakanlığı'nın Milli Eğitim Bakanlığı ile yakın işbirliği içinde çalışarak okul temelli ruh sağlığını koruma ve geliştirme programlarını uygulamaya koyması gerekmektedir.

Ruh sağlığını etkileyen gelir düzeyi, istihdam durumu, eğitim düzeyi, maddi yaşam standardı, fiziksel sağlık durumu, aile bütünlüğü, ayrımcılık, insan hakları ihlalleri ve olumsuz yaşam koşullarına maruz kalma gibi bir dizi sosyal ve ekonomik belirleyici olduğu için ruh sağlığını geliştirme ve ruhsal bozuklukları önleme sorumluluğu da sadece sağlık sektörünün altından kalkabileceği bir alan değildir: tüm sektörler ve kamu kurumları bu alanda sorumluluk üstlenmelidir. Bu sorumlulukların içinde acil durumlara hazırlık ve müdahale, yoksulluğun azaltılması ve kalkınma dahil olmak üzere, ruh sağlığını ve psikososyal engeli olan kişilerin haklarını tüm sektörel politikalara, yasalara ve stratejilere (örneğin, sağlık, sosyal işler, eğitim, adalet ve çalışma/istihdam) dahil etmek ve bu stratejileri hayata geçirmek yer almalıdır. Yanısıra ayrımcılıkla mücadeleye yönelik yasal düzenlemeler, ruhsal bozukluklara yönelik damgalama ve insan hakları ihlallerine karşı bilgilendirme kampanyaları; ruhsal bozukluğu olan bireylerin haklarının ve fırsat eşitliğinin teşvik edilmesi; yaşamın erken aşamalarında temel bireysel niteliklerin geliştirilmesi (erken çocukluk programları, yaşam becerileri ve cinsellik eğitimi, çocuklar, ebeveynleri ve bakıcıları arasında güvenli, istikrarlı ve besleyici ilişkilerin geliştirilmesini destekleyen programlar, vs.) gibi etkinlikler toplum ruh sağlığının güçlendirilmesi için DSÖ tarafından savunulmaktadır. Keza sağlıklı yaşam ve çalışma koşullarının sağlanması (kamu ve özel sektörde iş organizasyonu iyileştirmeleri ve kanıta dayalı stres yönetimi programları dahil); çocuk istismarının yanı sıra aile içi ve toplumsal düzeydeki diğer şiddetle mücadele ve yoksullar için sosyal koruma programlarının yararları da bilinmektedir.

Küresel Hedeflerden bir diğeri *"2030 yılına kadar intihar oranı üçte bir oranında azaltılacak"* şeklindedir. DSÖ, intihar girişiminde bulunan kişilerin çoğunun savunmasız ve dışlanmış gruplardan geldiğini, gençlerin ve yaşlıların intihar düşüncesine ve kendine zarar vermeye en yatkın yaş grupları arasında yer aldığını ifade ediyor. Öte yandan kayıt sistemlerindeki eksikler, intiharın kazara ölüm olarak yanlış kaydedilmesi ve bazı ülkelerde suç/tabu sayılması gibi nedenlerle intihar oranları eksik rapor edilme eğilimindedir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 304 23.11.2023 13:18

İntiharı önlemeye yönelik eylemlerde de sağlık sektörü dışındaki sektörlere önemli sorumluluk düşmektedir. Kendine zarar verme veya intihar etme yollarına erişimin azaltılması (ateşli silahlar, böcek ilaçları ve aşırı dozda kullanılabilecek toksik ilaçların bulunması dahil), sorumlu medya haberciliği, yüksek intihar riski taşıyan kişilerin korunması ve ruhsal bozuklukların erken tespiti ve yönetimi intihar davranışlarının önlenmesinde etkili önlemler arasında sayılmaktadır.

Küresel hedefler arasında yer alan "*Ülkelerin %80'i, 2030 yılına kadar ulusal sağlık ve sosyal bilgi sistemleri aracılığıyla her iki yılda bir en az bir dizi temel ruh sağlığı göstergesini rutin olarak toplayacak ve raporlayacak.*" ifadesi ülkemiz açısından aciliyet arzeden bir hedeftir. Sağlık sistemininde güvenilir veri sağlanması açısından belki de en sorunlu alanın ruh sağlığı olduğu söylenebilir. Ulusal düzeyde gerçekleştirilmiş ve sonuçları açıklanmış olan tek Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nın 1998 yılında yapıldığı (Kılıç, 1998) düşünülürse bu konudaki boşluk daha iyi anlaşılacaktır. Ülkemizde ruh sağlığı alanında var olan durumun, öncelikli sorunların ve bunlara yol açan nedenlerin belirlenmesi ve çözümüne yönelik geliştirilen uygulamaların ne ölçüde etkili olduğunun izlenip değerlendirilmesi için iyi çalışan, kapsamlı bir bilgi sistemi kurulması ve çalıştırılması gerekmektedir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 305 23.11.2023 13:18

**Kutu 1. İyi uygulama örneği** [Kaynak: Mental health promotion and suicide prevention in schools (Kazakhstan).pdf (unicef.org)]

***Okullarda Ruh Sağlığının Geliştirilmesi ve İntiharın Önlenmesi (Kazakistan Örneği)***

*2011 yılında Kazakistan dünyadaki en yüksek ergen intihar ölüm oranlarından birine sahipti; intihar, 15-19 yaş arası ergenler arasında önde gelen ölüm nedeniydi. UNICEF, 2012 yılından bu yana Ergen Ruh Sağlığı ve İntiharı Önleme (AMHSP) programını geliştirmek ve uygulamak için Kazakistan Hükümeti ile işbirliği yapmaktadır. Bu program, ulusal eğitim ve sağlık sisteminin ergenlerin ruh sağlığı ve psikososyal ihtiyaçlarına cevap verme kapasitesini güçlendirmeyi amaçlayan sektörler arası, okul temelli bir yanıttır. Bunu, risk altındaki kişilerin erken tespitini ve sevkini iyileştirerek, okulun ve halk sağlığı çalışanlarının kapasitesini geliştirerek, okul camiasına ruh sağlığı okuryazarlığı çalıştayları ve farkındalık yaratma kampanyaları yaparak gerçekleştirmektedir. AMHSP programı aynı zamanda okul ve sağlık profesyonellerine damgalamayı azaltma konusunda ebeveynlere ulaşma, farkındalık artırıcı materyaller dağıtma ve toplum ve halk sağlığı forumları düzenleme gibi stratejiler içermektedir. AMHSP, 2015-2018 yılları arasında iki bölgede pilot olarak uygulandı ve 477 ortaokulda 14-17 yaşları arasındaki 232.000 ergene (116.464 erkek ve 115.536 kız) ulaşıldı. UNICEF, 2018 yılında AMHSP'nin denetimini ortakları olan Bilim Vakfı ve NCMH'ye (Ulusal Ruh Sağlığı Merkezi) devretti ve bu kurumlar uygulamayı beş bölgede ek 1.124 okula genişletti. Ortaklar, yüksek risk altındaki ergenleri belirlemek ve onları eğitimli ruh sağlığı çalışanlarına yönlendirmek için kapsamlı bir dijital izleme sistemi oluşturdu.*

*Kazakistan Hükümeti AMHSP'yi ergen ruh sağlığı hizmetlerinin merkezi parçası olarak benimsiyor ve ruh sağlığı hizmetlerine yönelik finansmanı %25 artırdı.*

***Sonuçlar***

*• AMHSP pilot uygulaması üzerinde yapılan bir değerlendirme, risk altında olduğu belirlenen ergenlerde tedavi sonrasında intihar düşüncesinde, depresyonda, anksiyetede ve streste önemli bir azalma yaşadığını ortaya çıkardı.*

*• Yaklaşık 116.000 okul psikoloğu ve personeli, ergenlerin ruh sağlığı sorunlarını belirleme ve bunlara müdahale etme konusunda eğitim aldı.*

*• AMHSP pilot programına katılan 10.000'den fazla ergen (%4,5) ek hizmetlere yönlendirildi.*

*• 1.500'den fazla birinci basamak sağlık hizmeti ve ruh sağlığı çalışanına, akıl sağlığı sorunları veya intihar davranışı olan ergenlerin yönetimi konusunda eğitim verildi.*

*• Okul psikologlarına yönelik çevrimiçi eğitim platformu 25.000'den fazla kullanıcıya ulaştı.*

***Öğrenilen Dersler***

*• Damgalamayı azaltmak: ergenlerin ruh sağlığı ve intiharı önleme hizmetlerine erişimini artırmak açısından kritik öneme sahiptir. Bu girişim, ergenlerin değerlendirme veya tedaviye katılımı konusundaki şüphelerini gidermek için ebeveynler ve bakım verenlerle birlikte çalışmayı ve programın çerçevesini intihar odağından ruh sağlığı ve iyilik hali vurgusuna kaydırmayı içeriyordu.*

*• Hizmet talebinin artışına hazırlıklı olmak: Programın başarısı, çok sayıda yönlendirmeye, profesyonel hizmetlere yönelik talebin artmasına ve dolayısıyla okul psikologlarına daha fazla destek ihtiyacına yol açtı. Programın başlarında ruh sağlığı hizmeti sağlayıcılarına grup danışmanlığı gibi daha fazla destek sağlanması, artan talebin karşılanmasına yardımcı olabilirdi.*

*• Savunuculuğu ve uzun vadeli değişimi etkilemek için verilerin gücünden yararlanmak: Ergen intiharına ilişkin ulusal araştırmadan elde edilen veriler, AMHSP programının uygulanmasında Eğitim Bakanlığı'nın desteğini almanın anahtarıydı. Uygulama sırasında veri toplanmasına öncelik verilmesi, değerlendirme bulgularının artan bölgesel savunuculuk çabalarına bilgi sağlamasına olanak tanıdı.*

***Sonraki Adımlar***

*UNICEF, ergenlerin uygun fiyatlı ve kapsayıcı psikolojik danışmanlığa erişebilmesini sağlamak için çevrimiçi danışmanlık platformu USupportMe'yi 2022'de ölçeklendirmeye devam etmeyi planlıyor. UNICEF aynı zamanda Magnificent Mei çizgi romanlarını ve bunlara eşlik eden Öğretmen Kılavuzu'nu ergenlerde psikososyal refahın geliştirilmesine, ruh sağlığı sorunlarının önlenmesine ve riskli davranışların azaltılmasına yardımcı olmak amacıyla uyarlamaya ve uygulamaya hazırlanıyor.*



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 306 23.11.2023 13:18

**Kutu 2. İyi uygulama örneği (Kaynak: CDI-Ten-Year-Report.pdf (casel.s3.us-east-2.amazonaws.com)**

***A.B.D'deki Okullarda 10 Yıllık Sosyal ve Duygusal Öğrenme Deneyimi (2O11-2O21)***

*ABD'de ülke çapında 1,7 milyon öğrenci için 12. sınıf öncesi eğitimin önemli bir parçası olarak sosyal ve duygusal öğrenme (Social Emotional Learning-SEL) modeli uygulanmaya başladı. Bu model, başarılı olabilmeleri için tüm öğrencilerin öğrenimini ve gelişimini nasıl tam olarak destekleyebileceklerini yeniden tasarlayan bir değişim olarak nitelendiriliyor. SEL'in akademik başarıyı artırmaya, okul ortamının iyileştirilmesine, ilişkilerin güçlendirilmesine, eşitlikçi uygulamalar geliştirilmesine, sağlık ve iyilik halinin iyileştirilmesine ve sonuçta öğrencileri hedeflerine ulaşmaya, sağlıklı yaşamlar yaşamaya hazırlamaya yardımcı olduğu belirtiliyor.*

*Program yürütücüleri şöyle diyor: "SEL, öğrencilere ders verme şeklimizden merkez ofiste birbirimizle etkileşim kurma şeklimize ve aileler ve topluluk ortaklarıyla etkileşim şeklimize kadar tüm bölge çalışmalarımızı şekillendirdi ve bilgilendirdi. Her birimiz SEL yolculuğumuzun farklı anlarındayken, SEL'in gücünü her gün görüyoruz. Bu, öğrencilerimizin okullarını ve topluluklarını geliştirmek için seslerini kullanma biçimlerinde ortaya çıkıyor. Akademik bir ders sırasında eleştirel düşünme ve işbirliği anlarında görülüyor".*

***CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning),** yüksek kaliteli, kanıta dayalı SEL'in okul öncesi eğitimden lise eğitimine kadar ayrılmaz bir parçası haline getirilmesine yardımcı olmak amacıyla kazanç gütmeyen bir platform olarak 1994 yılında kuruldu. İlk çalışmalarının çoğu, bu alan için kanıt tabanı oluşturmaya, neyin işe yaradığını ve hangi koşullar altında işe yaradığını incelemeye odaklandı. 2010 yılına gelindiğinde kanıtlar açıktı: SEL öğrenciler, yetişkinler ve okul toplulukları için birçok olumlu faydaya yol açmaktadır. Yüksek kaliteli SEL programlarını deneyimleyen öğrenciler akademik olarak daha iyi performans gösterdiler, daha iyi sınıf davranışları gösterdiler, daha az duygusal sıkıntı yaşadılar ve kendileri, başkaları ve okul hakkında daha olumlu bir bakış açısına sahip oldular. Duyguları ve bakış açısını daha iyi anladılar, hedefler belirleyebildiler, çatışmaları çözebildiler ve sorumlu kararlar alıyorlardı. Ek olarak, okullar yetişkinler için sosyal ve duygusal öğrenmeyi destekleyen ortamlar oluşturduğunda öğretmenlerin yeterliliği ve memnuniyeti arttı, öğretmenler öğrencilerinin SEL yeterliliğini daha etkili bir şekilde destekleyebildi, personel tükenmişliği azaldı ve genel okul iklimi iyileşti. Bu güçlü kanıt, tüm öğrenciler için eğitimi sistematik olarak iyileştiren etkili SEL stratejileri, programları, uygulamaları ve politikalarının uygulanması konusunda uygulayıcılardan rehberlik talebinin artmasına yol açtı. 2011 yılında CASEL sekiz okul bölgesiyle kaliteli, kanıta dayalı sosyal ve duygusal öğrenmeyi (SEL) incelemek ve ölçeklendirmek için bir girişim başlattı ve bu projeye İşbirliği Yapan Bölgeler Girişimi (CDI) adı verildi. Amacı, tüm okul bölgelerinin eğitime yaklaşımında kapsamlı bir değişiklik yaratmaktı. CDI, lansmanından bu yana ABD çapında 20 ortak bölgeyi kapsayacak şekilde genişledi. Bugün, toplam 1,7 milyon öğrenciye hizmet veren SEL hakkında bilgi edinmeye ve paylaşmaya devam eden 20 CDI bölgesi bulunmaktadır. 20 bölgenin tümü, CDI'ya katıldıklarından beri yalnızca uygulamayı sürdürmekle kalmadı, aynı zamanda okullarda, merkez ofis departmanlarında, politikalarda ve uygulamalarda ve bölge çapındaki kültürde SEL çabalarını da geliştirdiler. Son on yılda CDI, SEL'i büyük, karmaşık okul bölgelerinde eğitimin ayrılmaz bir parçası haline getiren sürdürülebilir ve kapsamlı bir girişim haline geldi.*

***Sosyal ve Duygusal Öğrenme (SEL) Nedir?***

*SEL, tüm gençlerin ve yetişkinlerin sağlıklı kimlikler geliştirmek, duyguları yönetmek ve kişisel ve kolektif hedeflere ulaşmak, başkaları için empati hissetmek ve göstermek, destekleyici ilişkiler kurmak ve sürdürmek ve sorumlu ve özenli kararlar almak olarak özetlenebilir.*

*CASEL'in beş yeterlilik alanı, çocukluktan yetişkinliğe kadar çeşitli gelişim aşamalarında ve farklı kültürel bağlamlarda öğretilebilecek ve uygulanabilecek beş geniş ve birbiriyle ilişkili yeterlilik alanını ele almaktadır:*



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 307 23.11.2023 13:18

**Kutu 2. İyi uygulama örneği (Kaynak: CDI-Ten-Year-Report.pdf (casel.s3.us-east-2.amazonaws.com)** (*devamı*)

*• Kişisel farkındalık • Öz yönetim • Sosyal farkındalık • İlişki becerileri • Sorumlu karar verme*
*SEL, anaokulu öncesi'nden 12. Sınıfa kadar tüm öğrencilerin sosyal, duygusal ve akademik yeterlilikleri öğrenme ve uygulamaya aktif olarak dahil ettiği eşitlikçi öğrenme koşulları yaratır.*
*SEL'in yakın hedefleri, güvenli ve destekleyici öğrenme ortamları oluşturmak ve duyguları anlama ve yönetme, olumlu hedefler belirleme ve bu hedeflere ulaşma, başkalarına ilgi ve ilgi duyma ve gösterme, olumlu ilişkiler kurma ve sürdürme becerileri dahil olmak üzere sosyal ve duygusal yeterlilikleri (SEC'ler) teşvik etmek ve sorumlu kararlar vermektir.*
*Çoğu eğitimci artık özel sınıf ortamları geliştirmenin öğrenci başarısı için temel olduğuna ve eğitimin ana hedefi olması gerektiğine inanıyor. K-12 okul müdürleri arasında yapılan temsili bir ulusal anket, SEL için güçlü bir destek olduğunu göstermektedir. Bu okul liderleri özel sınıf ortamları geliştirmenin öğretilebilir olduğuna ve öğrenciler için bir dizi olumlu sonuca yol açacağına inanıyor. Ayrıca, sistemik SEL'nin bölge ve çeşitli okul içi ve okul dışı paydaş grupları tarafından desteklendiği okullarda SEL uygulamasının daha yüksek olduğunu da belirtmektedirler. Aynı şekilde ebeveynler, öğrenciler, işverenler ve bilim insanları da SEL ile desteklenmiş sınıf ortamlarının okulda ve hayatta başarı için önemli olduğu konusunda hemfikirdir.*
*SEL'in etkisini ve halk sağlığına ilişkin değerini gösteren çok sayıda meta-analiz gibi güçlü bilimsel araştırmalar da yapılmaktadır.*

## 11.11. Son Söz Yerine

Ruhsal hastalıkların her toplumda hep var olduğu ve var olacağı, yaşanan yerin ve zamanın geçerli olan kültürel, ekonomik ve siyasal tercihlerin hastalara karşı olan tutumları belirlediği, kimlerin ruh sağlığı hizmetlerinden ne ölçüde sorumlu olduğunun da yere ve zamana göre değiştiği söylenebilir. Günümüzde, özellikle ülkemizde, hastaların ve yakınlarının da ruh sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesinde giderek artan şekilde fikir belirttikleri, dayanışma grupları oluşturdukları bilinmektedir. Giderek yaygınlaştırılmaya çalışılan toplum ruh sağlığı merkezlerinin hizmet alanlarının geliştirilmesi, damgalamayla etkili şekilde mücadele edilmesi, ruh sağlığının sosyal belirleyicilerine müdahaleyi de içeren, yalnızca sağlık çalışanlarının değil, farklı sektörlerin ve toplumun bilgilendirilip genel sağlık hizmetleriyle bütünleştirilmiş bir şekilde hem koruyucu hem de tedavi edici ve esenlendirici ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi uygun olacaktır. Toplum temelli uygulamalarda çok çeşitli seçenekler olduğu bilinmektedir, dünyadaki bilimsel gelişmelerin takip edildiği, ulusal ve yerel ihtiyaçların göz önünde bulundurulduğu hatta bireyin ve yakın çevresinin ihtiyaçları, kapasitesi, sınırlılıkları ve fırsatları da hesaba katılarak uygulamalar yapılması, düzenli değerlendirmelerle gereken dengelemeler de gerçekleştirilerek hizmetlerin sürekli bir gelişme içinde tutulması önemlidir.

Ülkemizde ruh sağlığı alanında Sağlık Bakanlığı dışında gerek ASHB gerekse MEB tarafından geniş bir skalada eğitim, danışmanlık, psikososyal destek hizmetleri sunulduğunu ilgili kuruluşların web sayfalarından görmek sevindirici olsa da, bu hizmetlerin etkinliğinin değerlendirildiği izleme-değerlendirme çalışmalarına rastlanmaması önemli bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır. Düzenli izleme-değerlendirme faaliyetleri ile uygulanan tüm programların ne yarar sağladığı, nasıl daha yararlı hale getirilebileceğinin net olarak belirlenmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Nitekim sahada çalışan görevlilerden alınan



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 308 23.11.2023 13:18

bilgiler web sayfalarında görülen çok sayıda etkinliğin kapsayıcılığı, sürekliliği ve niteliği konusunda önemli sıkıntılar bulunduğunu bizlere düşündürtmektedir.

## KAYNAKLAR:


Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020a). Aile Eğitim Programı Eğitim İçerikleri. https://aep.aile.gov.tr/egitim-icerikleri/ (Erişim tarihi: 22.08.2023)

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020b). TBM Eğitimleri. https://aile.gov.tr/media/35273/tbm-bilgi.pdf (Erişim tarihi: 22.08.2023)

Akarçay, D. (2013). Türkiye'de Yürütülen Ruh Sağlığı Hizmetleri Politikalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Akbıyık, D. (2008). The doors are open. International Journal of Mental health 36 (3), Fall 2007, pp. 4 – 6.

Alataş, G., Karaoğlan, A., Arslan, M., Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi 46. Özel Sayı, pp.25-29.

Artvinli, F., Etker, Ş. (2013). Bimarhaneler ve Mecanin Yönetimi: İki taslak ve süregelen tartışma. Osmanlı Bilimi Araştırmaları XIV/2, pp:1 – 40.

Bayülkem, F. (1998). Ruh Sağlığı Dispanserlerinin Kuruluşu. in Faruk Bayülkem (ed), Türkiye'de Nöroloji – Nöroşirürji ve Psikiyatrinin Tarihi Gelişmesi, Ruh Hastalarını Readaptasyon Yayını İstanbul pp: 185 – 188.

Caldas de Almeida, JM., Killaspy, H. (2011). The long-term mental health care for people with severe mental disorders. Prepared under service contract with the Impact Consortium by the European Commission. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf

CASEL (2021). 2011 to 2021: 10 Years of Social And Emotional Learning in U.S. School Districts Elements for Long-Term Sustainability of SEL. Nov 2021, *CDI-Ten-Year-Report.pdf (casel.s3.us-east-2.amazonaws.com)*

Coşkun, B. (2000). Improving mental health in the Central Asian Republics. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.

Coşkun, B. (2008). Ruh sağlığı hizmetleri içinde Gündüz Hastanesi uygulamaları ve izleme çalışmaları Anadolu Psikiyatri Dergisi 9 (3) Ek sayı 1, 46-50.

Coşkun, B. (1987). Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili var olan kaynaklar. Bu konudaki güçlükler ve çözüm yolları. Toplum ve Hekim 44: 11-15.

Coşkun, B., Coşkun, A., Dereboy, İ.F., et al. (1994). Ruh Sağlığı Alanında Bir Hizmetiçi Eğitim Çalışması ve Katılanların Değerlendirmeleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 3 (6): 212–214.

Çiçekoğlu, P., Duran, S. (2018). Dünyada ve Türkiye'de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. in Ünsal Barlas G (ed), Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. Türkiye Klinikleri, Ankara, pp.8-14.

Doğan, O. (2008). Psychosocial services and their implementation in Turkey. International Journal of Mental Health – Psychiatry in Turkey 36 (3), Fall 2007, pp. 21 – 28.

DSÖ. (2005). Avrupa için Ruh Sağlığı Eylem Planı ve Deklerasyonu. Helsinki.

DSÖ. (2014). Innovation in Deinstitutionalization: a WHO Expert Survey. World Health Organization, Geneva.

DSÖ. (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.




Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 309 23.11.2023 13:18

Ensari, H. (2014). Türkiye'de İlk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Açılış Süreci… Dünden Bugüne Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Deneyimleri (2008–2013). Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul.

Erkoç, Ş., Kardeş, F., Artvinli, F. (2009). Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kısa Tarihi Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 25. Yıl Özel Sayısı.

European Commission (2009). Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care

European Commission (2023). European Commission, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a Comprehensive Approach to Mental Health. Brussels, 7.6.2023 COM(2023) 298 final com_2023_298_1_act_en.pdf (europa.eu) (Erişim tarihi: 22.08.2023).

Gökalp, P., Aküzüm, Z.N. (2008). Community Mental Health Services in Turkey Past and Future. International Journal of Mental health 36 (3), Fall 2007, pp. 7-14.

Güney, M. (2008). Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri Anadolu Psikiyatri Dergisi 9 (3) Ek sayı 1, 1-8.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi. (2023). İBB Sağlık Psikolojik Danışmanlık Merkezleri. https://saglik.ibb.istanbul/psikolojik-danismanlik-merkezleri-pdm/ (Erişim tarihi: 22.08.2023)

Kahiloğulları, A.H. (2019). Dünya'da ve Türkiye'de toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri. Psikiyatride Güncel, 9(2): 121-131.

Kılıç, C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, pp.77-98.

Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2019). Psikososyal Destek Programı Uygulamalarına İlişkin Açıklamalar. http://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2019_10/01103610_Psikososyal_EgYiticileri_IYcYin_AcYYklamalar_28.9.19_guncel.pdf (Erişim tarihi: 22.08.2023).

Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021). Psikolojik Sağlamlık Psikoeğitim Programı Okul Öncesi (PSPP-OÖ) 1. Baskı: Ankara, 2021 ISBN: 978-975-11-5856-7 Genel Yayın No: 7717 Yardımcı Kaynak Dizi Yayın No: 1725, T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Gazi Mesleki Eğitim Merkezi Matbaası, Ankara.

Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2023). Psikososyal Destek Dokümanları. http://orgm.meb.gov.tr/www/psikososyal-destek-dokumanlari-sayfa-1/icerik/1314 (Erişim tarihi: 22.08.2023).

Namlı, N.M. (2008). Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıklar Hastanesi'nce Türkiye'de ilk kez uygulanan korumalı ev projesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 9 (3) Ek sayı 1, 24-26.

Öztürk, O. (1997). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Hekimler Yayın Birliği Ankara 7. Baskı

Sağlık Bakanlığı (2006). Ulusal Ruh Sağlığı Politikası, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011- 2023), Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2014a). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2014b). Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Yayın No:942, Ankara

Sağlık Bakanlığı (2018). Ruh Sağlığı Danışmanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/55-ruhsa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-dan%C4%B1%C5%9Fmanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.html (Erişim tarihi: 22.08.2023).

Sağlık Bakanlığı (2020). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023). Ankara.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 310 23.11.2023 13:18

Sağlık Bakanlığı (2023). Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) listesi. Güncellenme Tarihi 10 Mart 2023, https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html (Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2023)

Satmış, N. (1993). Ruh Sağlığı Daire Başkanlığının çalışmaları. Ruh Sağlığı Bülteni 2: 3-5

Sayıl, I. (2004). Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, Erler Matbaacılık İstanbul

Soygür, H. (2016). Turkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Quo Vadis? Arch Neuropsychiatr, 53: 1-3.

Thornicroft, G., Tansella, M. (2002). Balancing communitybased and hospital-based mental health care. World Psychiatry, 1(2): 84-90.

Thornicroft, G., Tansella, M. (2013). The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. British Journal of Psychiatry 202(4): 246-248.

Tükel, R. (2020). Dünden bugüne toplum ruh sağlığı hizmetleri: Nasıldı nasıl olmalı? Toplum ve hekim, 35(3): 165-178.

UNICEF Education. (2022). Mental Health and Psychosocial Support Case Study, Mental health promotion and suicide prevention in schools, Kazakhstan. *Mental health promotion and suicide prevention in schools (Kazakhstan).pdf (unicef.org)* (Erişim tarihi: 22.08.2023).

Ünsalan, F. (1998). Kırkıncı yıl münasebetiyle. in Faruk Bayülkem (ed), Türkiye'de Nöroloji – Nöroşirürji ve Psikiyatrinin tarihi gelişmesi Ruh Hastalarını Readaptasyon Yayını İstanbul pp: 169-174.

Volovik, V.M., Zachepitskii, R.A. (1986). Treatment, care, and rehabilitation of the chronic mentally ill in the U.S.S.R. Hosp Community Psychiatry. Mar;37(3):280-2.

Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirmeler ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylen Planı Önerisi. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar, (Ekim Özel Sayı), pp.1-80.

Yazıcı, A., Temiz, M., Erkoç, S., Yıldız, Ö. (2008). Psychiatric Rehabilitation Services in Turkey. International Journal of Mental Health 36 (3), Fall 2007, pp.15–20.

Yıldız, M. (2008). Psikiyatrik rehabilitasyon yönelimli gündüz hastanesi uygulaması: Kocaeli Üniversitesi deneyimi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 9 (3) Ek sayı 1, 9 - 13



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 311 23.11.2023 13:18

# 12. ÇEVRE SAĞLIĞININ GELECEĞİ

*Prof. Dr. Çağatay GÜLER*

## 12.1. Çevre Sağlığı İle İlgili Bazı Genellemeler

Çevre sağlığı ile ilgili önlemler basit, ucuz ancak çok etkilidir. Bu önlemlerin önemi kavranamamış olduğundan genellikle göz ardı edilir ve çok büyük zararlara yol açar. Önlemlerin bir bölümü uygun personel eğitimiyle bağlantılıdır (Topuzoğlu, 1979; Güler ve Çobanoğlu, 1994; Güler ve Çobanoğlu, 1997; Güler, 2012a; Güler, 2012b; Güler, 2012c; Güler, 2007)

Çevre sağlığı uygulamaları, çevre sağlığı ile ilgili olarak alınması gereken önlemler ve yapılması gereken hazırlıkların propaganda ve toplum pazarlaması yönünden etkisi çok az olduğu için kamuoyu ve basın açısından ilgi çekici değildir. Ancak bu önlemlerin alınmamasına ya da yetersizliğine bağlı bir sorun çıktığında ilgi gösterilmektedir. Bu nedenle kaynak dağılımını belirleyen politik yetkililer gereken önemi vermemektedir (Güler, 2012b; Güler, 2012c; Güler ve Çobanoğlu, 1997).

Çevre sağlığı bilgi ve deneyim eksikliği kaynakların uygun teknoloji yerine gösterişli ancak yararsız araç, gereç ve donanım için kullanılmasına neden olmakta, afet döneminde büyük yarar sağlayacak çok ucuz araç, gereç ve donanım bulunamamaktadır (Topuzoğlu, 1979; Güler, 2012b; Güler, 2012c; Güler ve Çobanoğlu, 1997).

## 12.2. Politikacılar ve Çevre Sağlığı

Çevre sağlığı ile ilgili politikaların ve mevzuatın şekillendirilmesinde politikacıların çok önemli rolleri vardır. Kararları ve eylemleri, nüfusların refahını ve gezegenimizin sürdürülebilirliğini önemli ölçüde etkilemektedir (Güler, 2012b; Güler, 2012c; Güler ve Çobanoğlu, 1997; Last, 1996).

John M. Last bir halk sağlığı sorunun çözümü için gerçekleşmesi gerekenleri şöyle sıralar (Güler ve Çobanoğlu, 1997; Last, 1996):

"Ömrüm boyunca, değişen değer ve davranışların yansıması, benim herhangi bir halk sağlığı sorununun kontrolüyle ilgili olarak aşağıdaki sıralamayı önermeme yol açmıştır:

- Var olan sorunun farkındalığı
- Soruna neyin neden olduğunun anlaşılması
- Sorunla başa çıkabilme yeteneği ve olanağının olması
- Problemin önemini algılatan değerler duygusu



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 312 23.11.2023 13:18

- Problemi kontrol edecek politik irade"

Sözgelimi daha iyi ulaşım, gıda ve enerji kullanımı seçenekleri yoluyla sera gazı salımlarının azaltılması, hava kirliliğinin azalması yoluyla sağlığın iyileştirilmesine yardımcı olabilir (WHO, 2023). Bu konuda farkındalık ve politik iradenin ne kadar önemli olduğu açıktır.

Politikacıların çevre sağlığının önemini kabul etmesi ve onu anahtar bir politika alanı olarak önceliklendirmesi önemlidir. Politikacılar, bilinçli kararlar alarak, uzmanlar ve paydaşlarla işbirliği yaparak ve uzun vadeli sonuçları göz önünde bulundurarak, hem şimdiki hem de gelecek nesiller için daha sağlıklı ve daha sürdürülebilir bir geleceğe katkıda bulunabilirler.

Politikacılar ve çevre sağlığı arasındaki **istendik ilişkinin bazı temel varsayımları** şunlardır:

***Politika Geliştirme:*** Politikacılar, çevre sağlığı sorunlarını ele alan politikalar geliştirmekten sorumludur. Kirliliği kontrol etmek, yenilenebilir enerjiyi özendirmek, doğal kaynakları korumak ve iklim değişikliğini azaltmak için mevzuat çıkarabilir ve destekleyebilirler. İdeal ve akademik mevzuat yarar sağlamaz. Uygulanabilir ve arkasında politik irade olan mevzuat esastır. Ayrıca mevzuatın varlığı değil "gerçekten uygulanması esastır. Politika geliştirmede çevre sağlığına öncelik vererek, sürdürülebilir kalkınma ve halk sağlığının korunması için bir çerçeve oluşturabilirler.

***Savunuculuk ve Liderlik:*** Politikacılar, çevre sağlığı sorunlarını savunmak için tartışma ortamı ve etkiye sahiptir. Çevresel zorlukları ele almanın önemi hakkında farkındalık yaratabilir, paydaşlarla ilişki kurabilir ve sürdürülebilirliği geliştiren girişimleri savunabilirler. Liderlik yaparak ve destek sağlayarak, çevre sağlığında olumlu bir değişiklik sağlayabilirler.

***Düzenleyici Çerçeveler:*** Politikacılar, çevre sağlığını koruyan mevzuat çıkarma ve uygulama yetkisine sahiptir. Çevre standartlarını güçlendirmek, salım sınırları belirlemek ve kirliliği önlemek ve ekosistemleri korumaya yönelik önlemler almak için çalışabilirler. Politikacılar, sağlam düzenleyici çerçeveleri uygulayarak ve izleyerek uyumluluğu sağlayabilir ve çevresel etkileri söz konusu olan endüstrileri sorumluluklarını yüklenmeye, negatif dışsallamaktan kaçınmaya zorlayabilir.

***Uluslararası İşbirliği:*** Çevre sağlığı sorunları genellikle uluslararası işbirliğini gerektirir. Politikacılar, küresel çevre sorunlarını ele almak için uluslararası müzakerelere, anlaşmalara ve forumlara katılabilirler. İklim değişikliği, biyolojik çeşitliliğin korunması ve kirliliğin azaltılması gibi konularda toplu eylem için çalışabilirler. Politikacılar diplomasi ve işbirliği yoluyla küresel çevre sağlığı çabalarına katkıda bulunabilirler.

***Toplum Katılımı:*** Politikacılar toplumla doğrudan bağlantılıdır ve seçmenleriyle çevre sağlığı konularında ilişki kurabilirler. Toplumu eğitebilir, endişeleri dinleyebilir ve toplumun bakış açılarını politika kararlarına dahil edebilirler. Politikacılar, halkın katkı ve katılımını teşvik ederek bir sahiplik duygusu yaratabilir ve çevre sağlığı girişimlerine destek sağlayabilir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 313 23.11.2023 13:18

***Uzun Vadeli Planlama:*** Politikacıların kısa vadeli hedeflerin ötesinde düşünme ve kararlarının uzun vadeli sonuçlarını düşünme sorumluluğu vardır. Sürdürülebilir kalkınma planlarını destekleyebilir, yeşil altyapıya yatırım yapabilir ve dayanıklılık ve uyum önlemlerine öncelik verebilirler. Uzun vadeli bir bakış açısı benimseyerek çevre sağlığı konularının planlama süreçleriyle bütünleştirilmesini sağlayabilirler.

***Hesap Verebilirlik ve Şeffaflık:*** Politikacılar halka karşı sorumludur ve çevre sağlığı ile ilgili karar verme süreçlerinde şeffaflık göstermelidirler. İncelemeye açık olmalı, çıkar çatışmalarını açıklamalı ve kanıta dayalı politikalara öncelik vermelidir. Hesap verebilirliği ve şeffaflığı koruyarak, politikacılar çevre sağlığını koruma çabalarında güven ve inanılırlık oluşturabilirler.

## 12.3. Çevre Sağlığı Açısından Varsıllık ve Yoksulluk

Temel kaynaklarda varsıllık ve yoksulluğun çevre sağlığı açısından kimi artı ve eksilerinin ipuçlarını bulmak mümkündür. Bu temel kavramların özümlenmesini gerektirir. Bu artıların ve eksilerin genellemeler olduğunu ve hem varsıl hem de yoksul bireylerin çevre sağlığı üzerindeki etkisinin belirli bağlamlara ve koşullara bağlı olarak büyük ölçüde değişebileceğini akılda tutmak gerekir. Varsıllık ve yoksulluğun çevre sağlığı üzerindeki etkisini belirleyen ilişkiler karmaşık ve çok yönlüdür. Kişiye, yere ve zamana bağlı olarak önemli farklılıklar gösterebilir. Çevre sağlığını ele almak, kaynakların yeniden dağıtılması, adil politikalar ve hem zengin hem de yoksul toplulukların ihtiyaçlarını dikkate alan işbirlikçi çözümler dahil olmak üzere toplumun tüm kesimlerini katan kapsamlı çabalar gerektirir (Güler, 2012b; Last, 1996; Güler, 2006; Last ve Soskalne, 2008).

Varsıl ve yoksullarla ilgili potansiyel bazı artı ve eksiler aşağıda özetlenmiştir:

### 12.3.1.Varsıllar

#### *a.Artıları:*

***Finansal Kaynaklar:*** Zengin bireyler genellikle çevre dostu teknolojilere, yenilenebilir enerji kaynaklarına ve sürdürülebilir uygulamalara yatırım yapmalarına olanak veren daha büyük finansal kaynaklara sahiptir. Güneş panelleri kurmak veya elektrikli araçları benimsemek gibi daha büyük ölçekte çevre dostu çözümleri uygulama araçlarına sahip olabilirler.

***Yenilikçilik ve Girişimcilik:*** Varlıklı bireylerin, çevresel çözümlerde yenilik ve ilerlemelere yol açan yeşil teknolojilerin araştırma ve geliştirmelerine yatırım yapma olasılığı daha yüksek olabilir. Girişimci eğilimleri ve iş dünyasındaki etkileri, endüstrilerdeki sürdürülebilirlik uygulamalarını yönlendirebilir ve çevre dostu uygulamaların benimsenmesini özendirebilirler.

***Hayırseverlik[1] ve Savunuculuk:*** Varsıllar, çevresel amaçlara önemli fonlar sağlama ve çevre koruma ve sağlık için çalışan kuruluşları destekleme potansiyeline sahiptir. Politika

1 philanthropy



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 314 23.11.2023 13:18

değişikliklerini savunmak ve acil çevre sorunları hakkında farkındalık yaratmak için de nüfuzlarını kullanabilirler.

#### *b.Eksileri:*

***Yüksek Tüketim Modelleri:*** Varsıl yaşam biçimi genellikle yüksek düzeyde tüketime yöneltir, bu da daha fazla kaynak kullanımına ve çevresel etkiye yol açar. Lüks tüketim alışkanlıkları, aşırı enerji tüketimi ve sık seyahat, artan karbon salımlarına ve çevresel bozulmaya katkıda bulunur.

***Çevresel Ayak İzi:*** Varsıllar daha büyük mülklere sahip olabilir, daha fazla enerji tüketen aygıtlar kullanabilir ve daha yüksek karbon ayak izi bırakan etkinliklerde bulunabilir. Yaşam tarzları, lüks malların üretimini ve nakliyesini gerektirebilir, bu da kirliliğe, ormansızlaşmaya ve doğal kaynakların tükenmesine katkıda bulunur.

### 12.3.2.Yoksullar:

#### *a.Artıları:*

***Daha Düşük Çevresel Ayak İzi****:* Yoksul bireylerin genellikle daha düşük tüketim kalıpları ve daha küçük bir karbon ayak izi vardır. Kaynaklara sınırlı erişim, daha az enerji tüketimine, daha az lüks mala ve daha az atık oluşumuna yol açabilir. Yaşam tarzları daha tutumlu ve doğaları gereği çevre dostu olabilir.

***Geleneksel ve Sürdürülebilir Uygulamalar:*** Birçok dışlanmış topluluk ve yerli grup, geçim kaynakları için geleneksel ve sürdürülebilir uygulamalara başvurmaktadır. Doğayla olan yakın bağları, genellikle çevresel yönetim ve sürdürülebilir kaynak yönetimi konusunda anlayış derinliğine yol açar.

***Göğüsleyebilirlik ve Uyum:*** Yoksul topluluklar genellikle iklim değişikliği ve kirlilik gibi çevresel sorunların etkilerine karşı daha savunmasızdır. Bununla birlikte, göğüsleyebilirlikleri ve uyum kapasiteleri, çevre sağlığını ve sürdürülebilirliği destekleyen yenilikçi çözümlerin ve topluluk odaklı girişimlerin geliştirilmesine yol açabilir.

#### *b.Eksileri:*

***Kaynak ve Erişim Eksikliği:*** Yoksulluk ve kaynak eksikliği temiz suya, sanitasyon tesislerine ve uygun atık yönetim sistemlerine erişimi engelleyebilir. Bu, kirli su kaynakları veya güvenli olmayan yaşam koşulları gibi sağlığı ve refahı olumsuz yönde etkileyen çevresel tehlikelerle daha fazla etkilenime neden olabilir.

***Sınırlı Siyasi Etki:*** Yoksul topluluklar genellikle sınırlı siyasi güce sahiptir ve çevre sağlığıyla ilgili endişelerini savunurken zorluklarla karşılaşabilirler. Karar alma süreçlerinde söylemleri marjinalleştirilebilir ve bu da yaşam koşullarını doğrudan etkileyen politikaları etkileyebilmelerini zorlaştırır.

***Çevresel Adaletsizlik:*** Yoksul topluluklar, çevresel tehlikelerden orantısız bir şekilde etkilenir ve kirlilik düzeyleri yüksek ya da yeşil alanların bulunmadığı bölgelerde yaşayabi-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 315 23.11.2023 13:18

lirler. Marjinal topluluklar daha büyük bir çevre kirliliği yükü ve buna bağlı sağlık riskleri taşıdığından, çevresel adaletsizlik sağlık eşitsizliklerini daha da artırır.

## 12.4. Gelişmekte Olan ve Gelişmiş Ülkeler Açısından Çevre Sağlığının Geleceği

Geçen yüzyılın başlıca çevre sağlığı sorunları benzin, boya vb. ürünlerdeki kurşun kirliliği; sanayileşme ve fosil yakıtlarına bağlı hava kirliliği; sanayileşme ve sürecinde kanalizasyon ve diğer kirleticilerin su yolları ve kütlelerine boşaltılmasına bağlı yaygın su kirliliği, asbest etkilenimi; böcekkıran, otkıran vb. canlıkıranlarla etkilenim; 1986'daki Çernobil, 2011'deki Fukuşima felaketleri gibi nükleer; 1984'teki Bhopal felaketi, 2010'daki Deepwater Horizon petrol sızıntısı gibi endüstriyel kazalardı (Topuzoğlu, 1979; Güler, 2012b; Güler, 2012c; Last, 1996; Güler, 2006; Last ve Soskalne, 2008).

Günümüzde gelişmiş ülkelerde hava kirliliği, kimyasal kirlilik, iklim değişikliği, aşırı atık üretimi ve yetersiz atık yönetimi, yüksek gürültü düzeyleri önem kazanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise güvenli içme suyuna erişim güçlüğü, çevre sağlığı uygulamalarının yetersizliği, yapı-içi hava kirliliği, eklembacaklılarla taşınan hastalıklar, ormansızlaşma, erozyon, iklim değişikliği ve tehlikeli atıklar öne çıkmaktadır (Topuzoğlu, 1979; Güler, 2012b; Güler, 2012c; Last, 1996; Güler, 2006; Last ve Soskalne, 2008).

Gelecekteki başlıca çevre sağlığı sorunları iklim değişikliği, hava kirliliği, su kıtlığı, yetersiz besin güvenliği, kimyasal etkilenim, başkaldıran ve yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar olacaktır (Topuzoğlu, 1979; Güler, 2012b; Güler, 2012c; Last, 1996; Güler, 2006; Last ve Soskalne, 2008).

Hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde çevre sağlığının geleceği, toplumların refahı ve gezegenimizin sürdürülebilirliği için çok önemlidir. Bu iki grup arasında belirli zorluklar ve yaklaşımlar açısından farklılık gösterse de önemli bazı ortak özellikler de vardır. Hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde; hükümetler, endüstriler, topluluklar ve uluslararası kuruluşlar arasındaki işbirliği, çevre sağlığı sorunlarını etkili bir şekilde ele alınabilmesinde yaşamsal önem taşımaktadır. Sürdürülebilir uygulamaları benimseyerek, temiz teknolojilere yatırım yaparak ve insanların ve gezegenin refahına öncelik vererek daha sağlıklı ve daha sürdürülebilir bir geleceğe yönelebiliriz.

"Var olan yanıt verme kapasitesini aşan olaylara" "halk sağlığı acil durumları" denir, "her biri farklı müdahale" gerektiren üç türü vardır. Bunlar doğa afetleri, insan eylemlerine bağlı durumlar ve beklenmeyen büyük ya da uluslararası salgınlardır. Başta doğa afetleri olmak üzere bunların halk sağlığı acil durumu olma özelliği her iki grupta da artarak devam edecektir. Geri kalmış ülkelerde belki salgınlarda halk sağlıkçılara başvurulsa bile, diğerlerinde yapabilecekleri katkılara pek önem verilmemektedir (Güler, 2012b; Güler, 2023).

Burada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha öncelikli bazı uygulamaların özetlenmesi yararlı olacaktır (Güler, 2012b; Güler, 2007; Last, 1996; Last ve Soskalne, 2008):



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 316 23.11.2023 13:18

### 12.4.1.Gelişmekte olan ülkeler:

***Temiz Su ve Sanitasyona Erişim:*** Gelişmekte olan birçok ülke hala temiz içme suyuna ve uygun sanitasyon tesislerine sınırlı erişimin sıkıntısını çekiyor. Su kıtlığı bu sorunları daha da ağırlaştırabilecektir. Geleceğe yönelik hedefler, su altyapısına yapılacak yatırımlara öncelik verilmesi, su savurganlığının azaltılmasının teşvik edilmesi ve suyla bulaşan hastalık riskini azaltmak için etkili atık **yönetim sistemleri** gerekmektedir.

***Hava Kirliliği ve Yapı-içi Hava Kalitesi:*** Gelişmekte olan ülkelerdeki hızlı sanayileşme ve kentleşme genellikle yüksek düzeyde hava kirliliğine yol açar. Gelecek, açık hava kirliliğini azaltmak için daha sıkı düzenlemeler, daha temiz teknolojilerin benimsenmesi ve yenilenebilir enerji kaynaklarının teşvik edilmesini gerektirecektir. Ayrıca, verimsiz pişirme ve ısıtma yöntemlerinin neden olduğu yapı-içi hava kirliliğinin önlenmesine yönelik çabalara ağırlık verilmelidir.

***Sürdürülebilir Tarım:*** Gelişmekte olan ülkeler tarıma ağırlık vermek zorundadır ve bu uygulamaların genellikle önemli çevresel etkileri olabilmektedir. Geleceğe yönelik olarak, toprak bozulmasını, su kirliliğini ve ormansızlaşmayı en aza indirmek için organik tarım, yapay ormancılık ve verimli sulama teknikleri gibi sürdürülebilir tarım uygulamalarının teşvik edilmesi gerekmektedir.

***Atık Yönetimi:*** Kentsel nüfus arttıkça, atık yönetimi önemli bir sorun haline gelir. Artabilecek sorunlara yönelik olarak atık toplama sistemleri iyileştirilmeli, geri dönüşüm ve atık azaltma teşvik edilmeli ve atığın insan sağlığı ve çevre üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmek için uygun giderim tesisleri kurulmalıdır.

### 12.4.2.Gelişmiş ülkeler:

***İklim Değişikliğini Yavaşlatma:*** John M. Last iklim kriziyle ilgili durumumuzu şöyle açıklar (Güler, 2007; Last, 1996):

*"Dünyayı paylaşan herkesin yarar göreceği belirgin bir değişiklik, elzem amaçlar dışında özel arabaların kullanımından vazgeçirecek engelleyici vergilerin konulmasıdır. Her yerdeki politik liderler, bu popüler olmayan önlemi getirmeye gönülsüz olduğu gibi, vergileri azalttığında çoğunun öncelikli olarak kendisini seçeceklerini bildiği bir çağda, yeni ya da güncellenmiş toplu taşıma sistemlerine büyük bütçeler harcama konusunda da gönülsüzdür. İklimsel acil durumların ve diğer çevresel krizlerin çok sayıdaki kişinin aklını başına getirmesine ve söylevlerden çok eylem zamanı olduğunu anlamalarına kadar durum değişecek gibi görünmüyor. Halk sağlığı görevlileri iklimsel acil durumlarda ya da çevresel krizlerde inisiyatifi alacak biçimde hazırlanmalı ve çevresel sürdürülebilirlik yönünde eylem için durumu ortaya koymaya hazır inandırıcı kanıtlara sahip olmalıdır."*

*"Bizim durumumuz Bulletin of the Atomic Scientists'in kapağındaki, kolları gece yarısından birkaç dakika öncesini gösteren saatin anlattığına benzemektedir. Benzer biçimde yıl sonundaki birkaç gün dışında bütün yaprakları yırtılmış bir takvimi düşünülebilir. Acilen eyleme geçilmesi zorunludur."*



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 317 23.11.2023 13:18

*"İnsan eylemleri, topluca insan sağlığı ve iyiliğine benzeri görülmemiş tehditler oluşturan, birbiriyle bağlantılı küresel değişiklik olaylarına yol açmıştır. Etkili düzeltici önlemler neredeyse insanüstü boyutlarda müdahaleyi gerektiriyor. Elzem öngereksinim, insan değerleri ve insan davranışında esaslı değişiklikler olmasıdır."*

Gelişmiş ülkeler, sera gazı salımlarını azaltmak ve iklim değişikliğini yavaşlatmak için önemli bir sorumluluk taşımaktadır. Gelecekteki sorunların önlenebilmesi yenilenebilir enerji kaynaklarına geçiş, enerji açısından verimli teknolojilerin benimsenmesi ve karbon ayak izlerinin azaltılmasına yönelik politikaların uygulanmasını gerektirmektedir.

***Sürdürülebilir Şehir Planlaması:*** Gelişmiş ülkeler genellikle kentsel yayılma, ulaşım salımları ve yetersiz yeşil alanlarla ilgili zorluklarla karşı karşıyadır. Gelecekte olabilecek olumsuzlukların önlenebilmesi, sürdürülebilir kentsel planlamaya öncelik vermeyi, toplu taşımayı teşvik etmeyi, yeşil altyapıyı geliştirmeyi ve yaşayanların sağlığına ve esenliğine öncelik veren şehirler tasarlamayı gerektirmektedir.

***Kimyasal Etkilenim ve Kirlilik:*** Gelişmiş endüstriyel süreçler ve gelişmiş ülkelerde kimyasalların yaygın kullanımı, insan sağlığı ve çevre için risk oluşturmaktadır. Gelecek, kimyasal kullanımı, artan şeffaflık ve daha güvenli seçeneklerin geliştirilmesi konusunda daha sıkı düzenlemeleri zorunlu kılmaktadır.

***Çevresel Adalet:*** Gelişmiş ülkelerde temiz çevrelere eşit şekilde erişimini ve çevresel adaleti sağlamak çok önemlidir. Gelecek, kirlilik etkilenimi konusundaki eşitsizlikleri ele alarak, marjinalleştirilmiş toplulukları katıp, onların bakış açılarını karar verme süreçlerine dahil ederek çevresel adaleti geliştirmeyi zorunlu kılmaktadır.

## 12.5. Çevre Sağlığı İle İlgili Ufuk Açıcı Yeni Yaklaşımlar

Çevre sağlığı için yeni öngörüler, karşılaştığımız zorlukları ele almak için yenilikçi yaklaşımları ve stratejileri kapsar:

***Döngüsel Ekonomi***[2]*:* Döngüsel bir ekonomiye geçiş, israfı en aza indirmeyi ve kaynak verimliliğini en üst düzeye çıkarmayı amaçlar. Bu yaklaşım, uzun ömürlü, geri dönüştürülebilir ve yeniden kullanılabilir ürünler tasarlamaya, sınırlı kaynakların tüketimini azaltmaya ve malzemelerin sürekli olarak ekonomiye geri döndürüldüğü kapalı döngü bir sistemi özendirmeye odaklanır.

2 Döngüsel ekonomi (circular economy, circularity, CE): Döngüsel ekonomi; endüstriyel ekonomide üretim, kullanım ve giderim süreci yerine dönüşümü ve yeniden dönüşümü esas almayı ifade eden endüstriyel bir terimdir. Eldeki malzeme ve ürünlerin mümkün olduğunca uzun süre paylaşılmasını, kiralanmasını, yeniden kullanılmasını, onarılmasını, yenilenmesini ve geri dönüştürülmesini içeren bir üretim ve tüketim modelidir. Döngüsel bir ekonomiye geçiş için gereken üç ilke atık ve kirliliğin tasarlanması, ürün ve malzemelerin kullanımda tutulması ve doğal sistemlerin yenilenmesidir. Bu üç temel ilkesinin tasarıma dayalı uygulanmasını vurgulayarak iklim değişikliği, biyolojik çeşitlilik kaybı, atık ve kirlilik gibi küresel zorlukların üstesinden gelmeyi amaçlamaktadır (Wikipedia,2023a; Geissdoerfer ve ark., 2020; Reuter ve ark.,2019).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 318 23.11.2023 13:18

***Doğa Tabanlı Çözümler:*** Doğa tabanlı çözümler "doğaya hakim olma", "doğayı dizginleme" gibi yaklaşımlarla, doğayı istismara yönelik uygulamaların tam tersidir. Doğa tabanlı çözümlerin öneminin vurgulanması, çevre ve sağlık sorunlarının üstesinden gelmek için doğal ekosistemlerden yararlanmayı içerir. Bu, doğal yaşam alanlarını restore etmeyi ve korumayı, yeşil altyapıyı[3] uygulamayı, kentsel yeşillendirmeyi artırmayı ve su arıtma, taşkın azaltma ve hava kalitesini iyileştirme için doğal süreçleri kullanmayı içerir.

***Dijital Teknolojiler:*** Yapay zeka, büyük veri[4] ve Nesnelerin İnterneti[5] gibi dijital teknolojilerin gücünden yararlanmak çevre sağlığında devrim yaratabilir. Bu teknolojiler, çevresel risklerin izlenmesine ve tahmin edilmesine, kaynak yönetiminin en-iyileştirilmesine, enerji verimliliğinin iyileştirilmesine ve sürdürülebilir kalkınma için veriye dayalı karar vermeyi[6] kolaylaştırmaya yardımcı olabilir.

***Tüm Politikalarda Sağlık***[7]*:* Sağlık konularını yalnızca çevre politikalarına değil, tüm politikalara bütünleştirmek çok önemli yeni bir yaklaşımdır. Kimi gelişmekte olan ülkelerde sağlık gereksiz bir engel gibi görülerek neredeyse bütün politikalardan dışlanmaktadır. Bu yaklaşım ulaşım, şehir planlama, tarım ve enerji gibi çeşitli sektörlerin çevre sağlığını etkilediğini kabul eder. Tüm sektörlerdeki karar alma süreçlerinde sağlıkla ilgili etkileri göz önünde bulundurarak, politikaların hem insan refahını hem de çevresel sürdürülebilirliği geliştirecek şekilde tasarlanmasını sağlayabilirler.

***Dayanma***[8] ***ve Uyum****:* İklim değişikliğinin artan etkileriyle birlikte, dayanıklılık ve uyum sağlama kapasitesi oluşturmak yaşamsal önem kazanmaktadır. Bu yaklaşım, toplulukların ve ekosistemlerin çevresel şok ve zorları göğüslemesine ve bunlardan kurtulmasına yardımcı olan stratejilerin uygulanmasını içerir. Bu, afete hazırlığın iyileştirilmesini, iklim değişikliğine uyum önlemlerinin geliştirilmesini ve toplum katılımını ve güçlendirilmesini geliştirmeyi gerektirir.

***Sosyal ve Çevresel Adalet****:* Çevre sağlığı için yeni yaklaşımlar, savunmasız toplulukların genellikle çevresel tehlikelerin ağırlığı altında olduğunu kabul ederek, sosyal ve çevresel adalete öncelik verir. Bu, kirlilikten etkilenim konusundaki eşitsizliklerin ele alınmasını,

3 Yeşil altapı (greeb infrastructure): Yeşil altyapı, "Biyoçeşitliliği artırırken çok çeşitli ekosistem hizmetleri sunmak için tasarlanmış ve yönetilen, diğer çevresel özelliklere sahip doğal ve yar doğal alanlardan oluşan stratejik olarak planlanmış bir ağ" olarak tanımlanmıştır. Bu tür hizmetler, örneğin, su arıtma, hava kalitesini iyileştirme, messire (rekreasyon) alanı sağlama ve ayrıca iklimin hafifletilmesi ve adaptasyonuna yardımcı olmayı içerir. Yeşil (toprak) ve mavi (su) alanlardan oluşan bu ağ, çevrenin kalitesini, doğal alanların durumunu ve bağlantılarını iyileştirmenin yanı sıra vatandaşların sağlığını ve yaşam kalitesini de iyileştirmektedir (EU,2023).

4 Big data

5 Nesnelerin İnterneti (IoT, Internets of Things)), sensörler, işleme yeteneği, yazılım ve İnternet veya diğer iletişim ağları üzerinden diğer cihazlara ve sistemlere bağlanan ve bunlarla veri alışverişi yapan diğer teknolojilere sahip fiziksel nesneleri (veya bu tür nesne gruplarını) tanımlar (Wikipedia, 2023b).

6 Data-driveb desicion makimg, DDDM.

7 Tüm politikalarda sağlık (Health in all policies, HAP): Avrupa'da ilk kez 2006 yılında ortak hedeflere ulaşmak için sektörler arasında işbirliği yapmak amacıyla kullanılan bir terim.

8 resilience



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 319 23.11.2023 13:18

temiz çevrelere eşit erişimin sağlanmasını ve adil ve kapsayıcı sonuçlara ulaşabilmek için karar alma süreçlerine marjinal toplulukların aktif olarak dahil edilmesini gerektirir.

***Eğitim ve Farkındalık:*** Çevre sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi ve insan sağlığı ile çevre arasındaki karşılıklı bağlantılarla ilgili farkındalığın artırılması, yeni yaklaşımlara olanak sağlanabilmesi için esastır. Bireyleri, toplulukları ve gelecek nesilleri sürdürülebilir uygulamaların önemi konusunda eğiterek, davranış değişikliklerini yönlendirebilir ve çevreye daha duyarlı bir toplum yaratılabilir.

Bu yeni bakış açıları ve yaklaşımlar, disiplinler arası işbirliğini, yeniliği ve sağlığımızın, ekosistemlerimizin ve gezegenimizin birbirine bağlılığına dair tümelci bir anlayışı birleştirerek çevre sağlığına yaklaşımımızda dönüştürücü değişikliklere olan ihtiyacı vurgulamaktadır. Bunun özünü John M. Last "İnsan Ekolojisi" kitabının sonsözünde şöyle özetler (Last, 1996):

*"Umarım kişiler arasında ve kişilerle, dünyayı paylaştığımız, gelecekleri kendimizinkiyle örtüşmüş olan canlılar arasında ahenk bulunan bir gelecek arzularsınız. Ben bu kitabın adına Ekoloji sözünü eklerken, kafamda bu umut vardı. Size sunabileceğim en zorlayıcı sağlık tanımı 'insan ve bizim dünyayı paylaştığımız diğer canlılar arasında sürdürülebilir ahenk durumu' biçimindedir, ben sağlık nosyonunu ahenk olarak ele almayı seviyorum; umarım siz de seversiniz."*

## KAYNAKLAR:


EU. (2023). Green Infrastructure, European Comission; https://environment.ec.europa.eu/topics/nature-and-biodiversity/green-infrastructure_en, 12.7.2023.

Geissdoerfer, M., Pieroni, M.P.P, Pigosso, D.C.A. and Soufani K. (2020). Circular business models: A review. Journal of Cleaner Production. 277: 123741.

Güler, Ç. (2007). John M.Last'tan Sözler; "Quotations from John M.Last", pgs. 53, 64-65; Yazıt Yayıncılık, Ankara, 2007.

Güler, Ç. (2012a). Bölüm 90. Afetlerde Çevre Sağlığı Önlemleri; İçinde: Çevre Sağlığı (Çevre ve Ekoloji Bağlantılarıyla); Çağatay GÜLER (ed). Cilt 2. Sayfa 1287-1309, Yazıt Yayıncılık, Ankara.

Güler, Ç. (2012b). Çevre Sağlığı (Çevre ve Ekoloji Bağlantılarıyla); Çağatay GÜLER (ed). Cilt 1. Sayfa 1287-1309, Yazıt Yayıncılık, Ankara.

Güler, Ç. (2012c). Çevre Sağlığı (Çevre ve Ekoloji Bağlantılarıyla); Çağatay GÜLER (ed). Cilt 1. Sayfa 1287-1309, Yazıt Yayıncılık, Ankara.

Güler, Ç. (2023). Depremlerde çevre sağlığı önlemleri, https://hasuder.org/Dokumanlar/EkIndir/532aafff-7e4c-8cf9-1a0c-3a09724fba98, 13.2.2023.

Güler, Ç., Akın, L. (2006). (Eds). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2006.

Güler, Ç, Çobanoğlu, Z. (1994). Afetler, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No. 33, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ISBN 975-7572-34-9, Ankara.

Güler, Ç., Çobanoğlu, Z. (1997). Afetlerde Çevre Sağlığı Önlemleri, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, No. 39, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü-Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü, ISBN 975-8088-43-2, Ankara.




Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 320 23.11.2023 13:18

Last, J.M. (1996). Public Health and Human Ecology, II. Ed. Pgs. 9, 420; Prentice Hall International, Inc., New Jersey.

Last, J., Soskalne, C.L. (2008). Human health in changing world, in Robert B., Wallace, Wallace/ Maxcy-Rosenau-Last, Public Health ad Preventive Medicine, McGraw Hill Medical, 15. Ed., 925-957. New York.

Reuter, M.A., van Schaik, A., Gutzmer, J., Bartie, N., Abadías-Llamas, A. (2019). Challenges of the Circular Economy: A Material, Metallurgical, and Product Design Perspective. Annual Review of Materials Research. 49 (1): 253–274.

Topuzoğlu, İ. (1979). Çevre Sağlığı ve İş Sağlığı, Hacettepe üniversitesi yayınları, Ankara.

WHO. (2023). Climate change and health, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health, 26.06.2023.

Wikipedia. (2023a). Circular Economy, https://en.wikipedia.org/wiki/Circular_economy, 16.7.2023.

Wikipedia. (2023b). Internet of things, https://en.wikipedia.org/wiki/Internet_of_things, 10.7.2023



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 321 23.11.2023 13:18

# 13. CUMHURİYETİN YÜZ YILLIK YOLCULUĞUNDA İŞ SAĞLIĞININ GELİŞİMİ

*Prof. Dr. O. Alp ERGÖR*

## 13.1. Osmanlı İmparatorluğu Döneminde İş Sağlığına Kısa Bir Bakış

Cumhuriyet'ten önce, Osmanlı İmparatorluğu'nda, loncaları, esnaf zaviyelerini geleneksel bağlamdaki çalışma yaşamını düzenleyen kurumsal yapılar olarak tanımlamak olasıdır. Bu yapılar daha çok usta-kalfa-çırak arasındaki ilişkileri, karşılıklı borçları tanımlayan, yazılı olmayan kurallar belirlemiştir. Ancak, çalışma yaşamına yönelik ve tüm "tebaayı" kapsayacak düzenlemelerin çıkarılması Tanzimat'la başlayan Batılılaşma etkisi altında gerçekleşmiştir. (Makal, 1997)

Osmanlı İmparatorluğunun son döneminde, işçilerin sağlık ve güvenliği açısından kimi önemli adımlar atılsa da İmparatorluk sınırları içindeki ekonomik, kültürel ve coğrafi farklılıklar, işçilerin hakları ile ilgili örgütlenmeler, grevler gibi devinimlerin bölgesel sınırlar içinde kalmasına neden olmuştur.

Çalışma İşçilerin sağlığı, en geniş bağlamda, çalışma ortamı, çalışma koşulları, çalışma ilişkileri, bireysel ve toplumsal özellikler ile yaşanan çevrenin kesiştiği bir alandır (Talas 1997, Makal 1997). Osmanlı döneminde ne İmparatorluk sınırları içinde ne de küresel bağlamda, henüz çalışma yaşamı ve sağlık ilişkisi bu geniş bağlamıyla tanımlanmamıştır. Dolayısıyla atılan adımların sık yaşanan, gözlenen sorunlara odaklanan düzenlemelerle sınırlı olduğu söylenebilir. İş sağlığı ile ilgili gelişmeleri belirleyecek temel dinamiklerin başında gelen emek örgütlenmeleri ise İmparatorluğun siyasi, kültürel ve ekonomik özellikleri nedeniyle son derece sınırlı ve bölgesel özellikler taşımıştır. **Tablo 1**'de bu dönemde öne çıkan kimi düzenleme ya da kurumlardan örneklere yer verilmiştir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 322 23.11.2023 13:18

**Tablo 1.** Osmanlı İmparatorluğu döneminde işçilerin sağlığına yönelik öne çıkan düzenlemeler ve kurumsal yapılardan örnekler

| Düzenleme | Öne Çıkan Özellik | Tarih |
|---|---|---|
| Dilaver Paşa Nizamnamesi *(Havza-i Fahmiye Teamülnamesi)* | Zorunlu çalışma.<br>Çalışma sürelerinin düzenlenmesi.<br>Vardiya sistemi.<br>Barınma olanakları.<br>İşyerinde hekim bulunması.<br>… | 1867 |
| Maaddin Nizamnamesi | Ücret düzenlemesi.<br>Mühendislik önlemleri.<br>İş kazası ile ilgili düzenlemeler.<br>İşyerinde hekim bulunması.<br>… | 1869 |
| Kanun-u Esasi | Ekonomik ve sosyal haklar | 1876 |
| Mecelle | İlk medeni kanun olarak adlandırılan Mecelle işçi ve işverenin borçlarını düzenlemiş, süre ve ücretle ilgili hükümler getirmiştir. İşçi tanımı ilk kez Mecelle'de yapılmıştır. | 1877 |
| Amele-i Osmani Cemiyeti | Gizli olarak başlayıp bir süre yasaklanan ancak legal zeminde süren, işçi haklarını savunmak için kurulmuş bir örgüt. | 1894 |

(Makal, 1997; TTV, 1996; Bilir, 1998, Ayoğlu, 2008)

Kuşkusuz Osmanlı İmparatorluğu döneminde iş sağlığı ile ilgili süreç yalnızca yukarıda sıralananlarla sınırlı değildir. Buna karşın **Tablo 1**'de özetlenen düzenleme ve kurumsal yapılar, son derece çalkantılı bir siyasi dönemde, ekonomik yoksunluklar, güçsüz bir sanayi ve örgütsüz emek gücünün olduğu İmparatorluğun iş sağlığı açısından genel çerçevesini gösterebilir (Akbulut, 1977, Erkan, 1982).

## 13.2. Cumhuriyet ve İş Sağlığı

İş sağlığının Cumhuriyet'in 100 yıllık yolculuğundaki devinimini irdelemeden önce kavramın tanımını ve kuramsal alt yapısını kısaca anımsamakta yarar olacaktır. UÇÖ'nün 155 ve 161 sayılı sözleşmelerine dayanarak yapılan bu kapsayıcı tanımlamayla iş sağlığını aşağıdaki gibi betimleyebiliriz:

*"Çalışanın çalışma ortamını, koşullarını, ilişkilerini ve çevresini, kendisini güdüleyen bir çalışma yürütecek bir biçimde etkileyebildiği; sağlıklı ve güvenli bir üretim ortamının ürünü olan bedensel, ruhsal, toplumsal açından en uygun iyilik halinde olmak…",* (Piyal, 1994).

Burada kullanılan iş sağlığı terimini, yalnızca çalışma yaşamında sağlık kavramını değil emeğin sağlık ve güvenliğinin yanı sıra iş hijyenini de içine alan bir şemsiye tanım olarak düşünmekte yarar vardır. Sonuç olarak işçinin güvenliği ile ilgili sorun ya da sağmalar sağlığını doğrudan etkileyecektir. Bunun yanında iş sağlığının bir sistem olduğu da unutulmamalıdır. Girdileri, çıktıları ve iş örgütlenmesinin yanı sıra diğer – çevresel sistemlerle eklemli olan bu karmaşık yapıyı daha iyi anlayabilmek için sistemin yapısal ve işlevsel bileşenleri ile onları etkileyen dinamikleri gözden geçirmekte yarar olacaktır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 323 23.11.2023 13:18

Bir sistem olarak iş sağlığına baktığımızda 'girdiler' başlığı altında emek, sermaye, ham madde gibi ögeleri görürüz. 'Çıktılar' ise sağlık, sağlıksızlık, artı değer, ürün gibi kavramlarla ifade edilebilir. Söz gelimi iş kazaları ya da meslek hastalıkları gibi ögeleri sağlıksızlıkla ilişkili göstergeler olarak düşünebiliriz. Sistemin iç örgütlenmesini ise devlet, işçi ve işverene ilişkin yapılar ve bunlarla ilgili işlevler oluşturur. Söz gelimi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Teftiş Kurulu, emek ve sermaye sendikaları bu sistemin yapısal ögeleridir. Hizmet sunum araç ve yöntemleri, izlem – surveyans ve kayıt sistemleri, 'asgari ücret', 'toplu sözleşme' gibi ögeler ise iş sağlığı sisteminin işlevsel araçları arasında sayılabilir. İş sağlığı sistemi yukarıda sıralanan özelliklerin yanı sıra çevreleyen siyasal, ekonomik, kültürel, ekolojik, hukuksal sistemler gibi büyük yapılarla da eklemlidir. Dolayısıyla bu sistemin çıktılarının emekten yana olabilmesi eklemli olduğu diğer sistemlerin de bu doğrultuda ve uyumlu çalışması ile olasıdır. Son olarak, tarihsel gelişim sürecini anlamayı kolaylaştırabilmek için iş sağlığı sistemini etkileyen temel ögeleri vurgulamakta yarar olacaktır; iş sağlığı sisteminin dış dinamiklerden etkilenişini 3 düzeyde ele almak olasıdır: uluslararası ve ulusal düzey, işyeri düzeyi, toplumsal ve bireysel düzey.

Cumhuriyetin kuruluş sürecinde de iş sağlığı ile ilgili kimi düzenlemeleri görebiliriz. Henüz Cumhuriyet ilan edilmeden önce, Millet Meclisi Kurtuluş Savaşı ve yeniden yapılanma süreci ile uğraşırken kömür havzasına yönelik bir düzenleme çıkarılır. Ereğli Havza-i Fahmiye Maden Amelesinin Hukukuna Mütealik Kanun, Millet Meclisi tarafından 1921 yılının Eylül ayında yürürlüğe konur. Yasa bölgedeki kimi şirketlerin ayrıcalıklı konumlarını ortadan kaldırırken barınma, ücret, çalışma yaşı gibi temel başlıklarda düzenlemeler getiren bütüncül bir özellik taşır. Bu Yasa ile iş kazaları önlenmesi, işyerinde hekim tarafından sağlık hizmeti sunulması, yardımlaşma sandıkları gibi ögelere yönelik hükümler de getirilmiştir (Talas, 1997).

Cumhuriyet devriminin ilk yıllarında 65 bin kadar işyeri ve 250 bin dolayında işçiden oluşan sanayi ve istihdam günümüzde 2 milyonun üzerinde işyeri ve 17 milyonun üzerinde aktif sigortalı işçi hacmine ulaşmıştır. Ardıl göstergeler açısından ele alındığında uzun bir süre iş kazalarının etkin biçimde kaydedilmediğini söyleyebiliriz. İkinci Dünya Savaşı sonrası yıllarda binde 100 dolayında olan iş kazası sıklık hızı 1960'lı yılların başında binde 250'nin üzerinde saptanmıştır. Günümüzde, iş kazası etkin bir surveyans sistemimiz olmamasına karşın, 2022 Sosyal Güvenlik Kurumu verileri iş kazası sıklık hızının binde 34.5 olduğunu göstermektedir. Aynı verilere göre, 2022 yılında ölümlü iş kazası sıklık hızı yüz binde 8.9, iş kazası fatalite hızı ise binde 2.5 olmuştur. Meslek hastalığı ile ilgili veriler ise hala edime dayalı olgular üzerinden irdelenmektedir.

Cumhuriyet döneminde iş sağlığı alanındaki gelişmenin bütünsel bir yapıya ulaşması zaman almış ve bu süreç çok farklı dinamiklerden etkilenmiştir. Bu süreci etkileyen ekonomik, siyasi dinamikler, emek dinamikleri, yapısal ve kurumsal dönüşümler vardır (Talas C. 1997; Makal A. 1997, Karahmetoğlu, 2021). Yalnızca uluslararası bağlam ele alındığında Çalışma Örgütü'nün kuruluşu (Uluslararası Çalışma Örgütü – International Labour Organization – UÇÖ), İkinci Dünya Savaşı, iki kutuplu dünyaya geçiş ve soğuk savaş dönemi, UÇÖ ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) işçi sağlığı anlayışındaki değişiklikler ve politikalar, küresel ekonomik krizler bu etkileri özetlemek için kullanılabilecek kimi başlıklardır (Gülmez M, 2019).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 324 23.11.2023 13:18

Yukarıda sıralanan dinamikler, yüz yıllık yolculuğunda iş sağlığı sistemini, yukarıda sıralanan 3 düzeyde etkilemiştir.

Cumhuriyetin ilk döneminde iş sağlığı ile ilgili temel dinamiklerden bazıları **Tablo 2**'de özetlenmiştir:

**Tablo 2.** Cumhuriyet döneminde işçilerin sağlığına yönelik öne çıkan düzenlemeler ve kurumsal yapılardan örnekler

| Düzenleme - Etkinlik | Tarih |
|---|---|
| Türkiye İktisat Kongresi | 1923 |
| Hafta Tatili Yasası | 1924 |
| Umumi Hıfzısıhha yazası | 1930 |
| Türkiye'nin UÇÖ üyeliği | 1932 |
| İş Yasası | 1936 |
| Çalışma Bakanlığı | 1945 |
| Sendikalar Yasası | 1947 |

(TTV, 1996)

Cumhuriyet'in kuruluşundan sonraki süreci, ekonomik dinamikler bağlamında sınıflayan Prof. Dr. Korkut Boratav'ın sistematiği ile yaklaşmak iş sağlığını etkileyen karmaşık dinamikleri irdelemeyi kolaylaştıracaktır (Boratav, 1997):

**Tablo 3.** Cumhuriyet döneminde işçilerin sağlığına yönelik değişimin ekonomik dinamiklerinin dönemsel ayrımı*

| Dönemler | Yıllar |
|---|---|
| Yeniden yapılanma süreci | 23 -29 |
| Korumacı – devletçi sanayileşme | 30 - 39 |
| İkinci Dünya Savaşı | 40 - 45 |
| Küresel ekonomi ile eklemlenme | 46 - 53 |
| Tıkanma ve yeniden uyum dönemi | 54 - 61 |
| İçe dönük – dışa bağımlı genişleme dönemi | 62 - 76 |
| Liberal ekonomik modele dönüş denemeleri | 77 - 02 |
| Küreselleşme etkisinin baskın hale gelmesi ve liberal model | 03 - … |

*Boratav, 1997'dan uyarlanmıştır

Cumhuriyetin yüz yıllık yolculuğunda, ülkenin üretiminde önce tarımdan sanayiye dönüş, ardından ekonomik krizlerle giderek sanayi ve tarımın yerini kaybetmesi ve hizmete dayalı bir ekonomik yapının ortaya çıkması söz konusudur. Özel sektör desteklenmiş, ekonomik gelişme, kesintiler olsa da planlı bir sistem içinde yürütülmeye çalışılmıştır. Sanayi, özellikler kamu yatırımları ile gelişmiş, zaman içinde ithal – ikameci modelde güçlenen bir yerli sermaye birikimi de ortaya çıkmıştır. Tarım ilk dönemlerde kamu kontrolünde gelişmiş ve kooperatifler aracılığıyla desteklenmişse de birlikte zaman içinde



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 325 23.11.2023 13:18

bu özelliğini ve desteği yitirmiştir. En önemlisi, tarım hiçbir dönemde iş sağlığı sisteminde yer almamıştır.

Kapitalist sistem içindeki sosyal devlet modelinde, iş sağlığı açısından emek örgütlenmesinin çok temel bir yeri olduğunu vurgulamak gerekir. Bu temel işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili hakların talebi, savunulması ve icrası aşamalarının olmazsa olmazlarındandır. Cumhuriyet'in ilkeleri ile uyumlu olarak, kişi hak ve özgürlükleri üzerinden emeğin hakları tanımlanmaya çalışılmıştır. Buna karşın gerek uluslararası gerek ulusal dinamikler emeğin hakları ile ilgili süreci sık sık kesintiye uğratmış ve emek örgütlülüğü son derece zayıf bir düzeye düşmüştür.

Ulusal düzeyde yapısal kurumlar önce Çalışma Bakanlığının kurulması iş sağlığı sisteminin yapısal özellikleri açısından en önemli adımlardan biri olarak kabul edilebilir. Daha sonra bakanlığın çeşitli birimleri (**Tablo 4**) ortaya çıkmış ve işlev görmeye başlamıştır.

Uluslararası bağlamda çok önemli bir adım devletçi sanayileşme döneminde atılmış, 1932 yılında Türkiye UÇÖ üyesi olmuştur (Gülmez, 2019).

**Tablo 4.** Cumhuriyet döneminde iş sağlığı sisteminde kamu ile ilgili önemli kurumsal yapılardan örnekler

| Kurum | Tarih |
|---|---|
| Çalışma Bakanlığı | 1945 |
| Sosyal Sigortalar Kurumu | 1945 |
| İş ve İşçi Bulma Kurumu | 1946 |
| İş Teftiş Kurulu | 1950 |
| Yakın ve Orta Doğu Çalışma Eğitim Merkezi (YODÇEM, günümüzde ÇASGEM) | 1955 |
| İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Araştırma ve Eğitim Merkezi (İSGÜM) | 1969 |
| Meslek Hastalıkları Hastaneleri | 1978 |
| İşçi Sağlığı Daire Başkanlığı (günümüzde İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü) | 1982 |

Ülkede iş sağlığı sisteminin paydaşları olan üniversiteler, Türk Tabipleri Birliği, Türk Mimar ve Mühendis Odaları Birliği gibi kurumsal yapıların da bu dönemde önemli adımlar attığını görebiliriz (**Tablo 5**).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 326 23.11.2023 13:18

**Tablo 5.** Cumhuriyet döneminde iş sağlığı sisteminde üniversiteler ve meslek örgütleri ile ilgili önemli kurumsal yapılardan ve gelişmelerden örnekler

| Kurum | Etkinlik |
|---|---|
| Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD | İlk doktora eğitimi |
| Dr. Cahit Erkan, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsüsü, 1969 | İl İş Sağlığı Ders Kitabı |
| Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Yenice İş Sağlığı Merkezi (YİSME) | Birinci basamakta ilk kamusal hizmet birimi |
| Yakın ve Orta Doğu Çalışma Eğitim Merkezi (YODÇEM), 1955 | İşyeri hekimliğine yönelik ilk kurs |
| Türk Tabipleri Birliği, İşçi Sağlığı Kolu, 1987 | Meslek örgütlerindeki ilk kurumsal yapı |
| Türk Tabipleri Birliği, İşçi Sağlığı Kolu, 1988 | İlk TTB işyeri hekimliği kursu |
| Birinci Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi, 1978 | İşçi sağlığı alanındaki ilk kongre |
| Türk Ergonomi Derneği, Prof. Dr. Ahmet Fahri Özok, 1992 | Ergonomi alanındaki ilk dernek |
| Dr. Sabriye Dosdoğru, Dr. Hulusi Dosdoğru, Sağlık Açısından Maden İşçilerimizin Dünü, Bugünü, 1990. 1945 yılında raporlanan işçi sağlığı bilgilerinin kitaplaştırılması. | Madencilerin sağlık ve güvenliğine ilişkin belgelenen ilk raporlardan… |
| Endüstri Sağlığı ve Meslek Hastalıkları, Prof. Dr. Sıtkı Velicangil, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toplum Sağlığı Enstitüsü, 1970. | Meslek hastalıkları alanında yayımlanan ilk ders kitaplarından… |
| TMMOB Makine Mühendisleri Odası Adana Şubesi, Birinci İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kongresi, 2001 | Bu alanda gerçekleşen ilk bilimsel etkinliklerden |

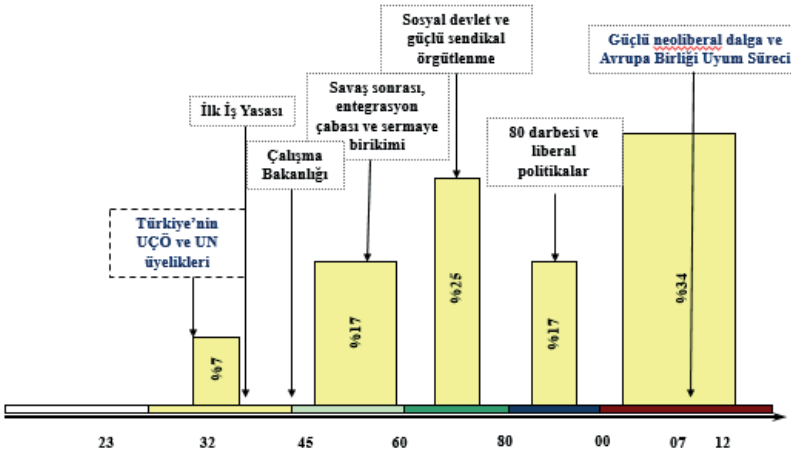
### 13.2.1. İş Sağlığı Alanındaki Gelişmelere Ulusal ve Uluslararası Dinamiklerin Etkisi

İş sağlığı sistemi diğer sistemlerle güçlü biçimde eklemlenmiştir. Bu yapı iç ve dış tüm dinamiklerin sistemin akış ve işleyişine yansımasını kolaylaştırır. **Şekil 1**'de iş sağlığı alanında çıkarılan yasal düzenlemelerin iş sağlığı ve güvenliğini etkileyen önemli olaylara ve dönemlere göre yüzde dağılımları gösterilmiştir.

İş sağlığı alanındaki yasal düzenlemelerin önemli bir bölümünün Avrupa Birliği Uyum Süreci sırasında yürürlüğe girmiştir. Yapısal uyumla ilgili bu çabanın özellikle 2003 ve Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı'nın onaylandığı 2007 yılları arasında büyük bir ivme kazandığı görülür (Piyal, 2009; Piyal, 2010).



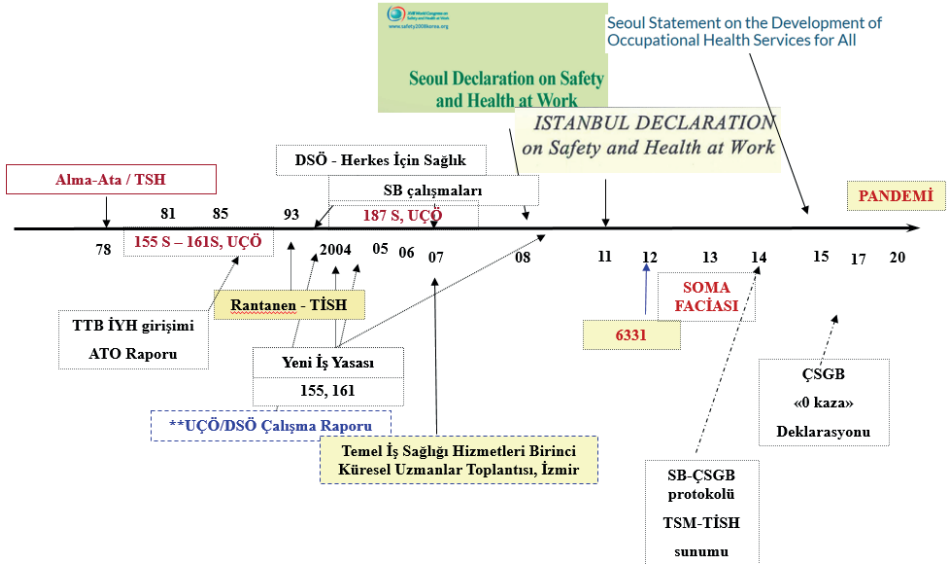
Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 327 23.11.2023 13:18




**Şekil 1.** İş sağlığı alanındaki ulusal politikalar, etkileyen olaylar, dönemler ve yasal düzenlemelerin dağılımı (Piyal, 2009, Piyal 2010)

## 13.2.2. İş Sağlığında 1980 Sonrası Gelişmeler

Geçtiğimiz kırk üç yıllık süreçte teknolojideki hızlı ilerleme, bilgi birikimindeki inanılmaz artış ve küreselleşmenin etkisi ve son dönemde pandemi uluslararası bağlamda işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgilenen kurum ve kuruluşların gündeminde çok önemli yer tutmuştur. Bu dinamikler çalışmanın yapısı, çalışma ilişkileri, işçi sağlığı ve güvenliği alanında hizmet sunumu, önlemler gibi pek çok bağlamda yeni arayışlara, değişime neden olmuştur. **Şekil 2**'de bu küresel ve ulusal dinamiklerle iş sağlığı alanındaki karşılıklarından seçilmiş örnekler gösterilmiştir.




**Şekil 2.** 1980 sonrası dönemde iş sağlığı alanındaki önemli uluslararası basamaklar ve Türkiye'deki yansımaları



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 328 23.11.2023 13:18

## 13. CUMHURİYETİN YÜZ YILLIK YOLCULUĞUNDA İŞ SAĞLIĞININ GELİŞİMİ

Cumhuriyetin yüz yıllık serüveni içinde iş sağlığı göreli geç bir dönemde halk sağlığı ile eklemlenmiştir. Bu eklemlenme öncelikle Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültelerinde iş sağlığı alanındaki akademik uzmanlaşma alanları biçiminde ortaya çıkmış, hemen ardından İstanbul Üniversitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakülteleri içinde de benzer gelişme yaşanmıştır. Buna karşın halk sağlığı disiplini içinde iş sağlığı (ve güvenliği) bu 3 kurum dışında yeterince güçlenememiştir. Uluslararası dinamiklere bakıldığında 1978 Alma Ata Bildirgesi'nde de çalışma yaşamı ve sağlık ilişkisine yeterli önem verilmediği görülecektir. Türkiye'de halk sağlığı akademik yapısı içinde iş sağlığı disiplini de benzer biçimde göreli az önem atfedilen bir alan olmuştur (Bilgin, 2017). Bu yaklaşım ülkedeki uygulamada da yukarıda belirtilen kurumlarla sınırlı etkinliklerle kendini göstermiştir. Telem sağlık hizmetleri kavramındaki bu eksik yan, Uluslararası İş Sağlığı Birliği (International Commission on Occupational Health -ICOH) eski başkanlarından Prof. Dr. Jorma Rantanen'in "temel iş sağlığı hizmetleri" (TİSH) kavramını geliştirmesiyle doldurulmuştur. Rantanen kuramsal alt yapıyı da ilk kez 1993 yılında yayımlamıştır. Uluslararası boyutta kabul gören bu kavram iş sağlığı hizmet sunumunu etkilemiştir. İzmir'de gerçekleştirilen Temel İş Sağlığı Hizmetleri Birinci Küresel Uzmanlar Toplantısının (ardından 2007) ulusal düzeyde de bu doğrultuda hareketlilik başlamıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı TİSH bağlamında ortak toplantılar düzenlemeye başlamış, Sağlık Bakanlığı altında alanın akademisyenlerinin katıldığı bir danışma grubu örgütlenmiş, Prof. Rantanen ve DSÖ Avrupa Bölgesi İş Sağlığı Sorumlusu Dr. Rokho Kim'in de aktif olarak yer aldığı bu çalışmaların başlamasından 7 yıl sonra, 2014 içinde her iki bakanlık arasında TİSH Protokolü imzalanmıştır.

Uluslararası Çalışma Örgütünün İş Sağlığı ve Güvenliği Politikası ile ilgili 155 sayılı, İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri ile ilgili 161 sayılı sözleşmelerinin 2004 yılında imzalanması ülkedeki iş sağlığı dinamikleri açısından çok önemli bir adımdır. Buna karşın sözleşmelerin ulusallaştırılması, dönemin hükümetinin çabasına karşın ancak 2012'de gerçekleşebilmiştir.

Türkiye'nin 155 ve 161 sayılı Sözleşmeleri imzalamasının ardından uluslararası düzlemde, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini etkileyen iki önemli toplantı olmuştur. Bunlardan ilki Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2008'de Seoul'da gerçekleştirilen Konferansıdır. Bu konferansta yayımlanan "SEOUL İşte Sağlık ve Güvenlik Deklerasyonu" iş sağlığına bütünsel yaklaşım ve kamu yönetiminin adanmışlığı vurgularını yapar. Uluslararası örgütler ve imzalayan devletler bu doğrultuda savunuculuk yapmayı taahhüt ederler. İkinci önemli uluslararası toplantı, Ekim 2011'de İstanbul'da gerçekleştirilen 19. Dünya İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresidir. Bu kongrenin sonunda, 36 ülkenin Bakanlar düzeyinde imzaladığı İstanbul Deklarasyonu'nu yayımlanmıştır. İstanbul Deklarasyonu, "temel bir insan hakkı olan sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışma hakkının" ulusal ajandaların ön sırasına konacağını taahhüt eder. İstanbul Deklarasyonundan 1 yıl sonra tek ve ayrı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasamız yürürlüğe girmiştir. Böylelikle Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 1990'lı yılların başlarında giriştiği "ayrı bir iş sağlığı ve güvenliği yasası" yolculuğu da tamamlanabilmiştir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 329 23.11.2023 13:18

İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası'nın yürürlüğe girmesinden sonra, 2015'te yayımlanan Herkes İçin İş Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi İçin Seoul Deklarasyonu ne ulusla ne uluslararası bağlamda yeterince gündem olmamıştır. Ancak ülkemizde işçilerin sağlık ve güvenliklerini yeniden gündeme taşıyan Cumhuriyet tarihinin en büyük maden kazası, Soma Faciası 2013'te yaşanmıştır. Bunu izleyen dönem kayda değer büyük bir gelişme olmasa da 2014'de Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında, Toplum Sağlığı Merkezleri üzerinden Temel İş Sağlığı Hizmetlerinin yürütülmesi için bir protokol imzalanmış, 2017 yılında da dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, kimi kaynaklarda "Sıfır Kaza Deklarasyonu" olarak geçen, iş kazalarının önlenmesi ile ilgili bakanlığın kararlılığını açıklamıştır.

Ardından, Cumhuriyetin yüzüncü yılına doğru yaşanan COVID-19 Pandemisi çalışma yaşamını derinden etkilemiştir. Çalışmanın bizzat kendisi, çalışma ilişkileri, mekân, ücret, süre, karşılaşılan tehlikeler farklılaşmış, yeni çalışma biçimleri tanımlanmıştır.

## 13.3. İş Sağlığının 100 Yıllık Yolculuğundan Kimi İsimler

İş sağlığının yüz yıllık serüveninde pek çok ismin emeği vardır kuşkusuz. Bu isimlerin kimileri kayıtlarda ve erişilebilir kimileri ise kayıtlarda yer almadığı için unutulmuştur. Sonuçta bu süreç tarih yazımının öznelliği içinde unutulan ya da akılda kalan pek çok insanın emeğiyle günümüze dek ulaşmıştır. Aşağıda sıralanan isimler iş sağlığının yüz yıllık tarihsel yolculuğu içinden, yalnızca seçilmiş olanlardır.

İşçilerin sağlığına ilişkin yazılı ilk belgeler arasında Dr. Sabire Dosdoğru ve Dr. Hulûsi Dosdoğru'nun 1946 yılında tefrika olarak yayımladıkları yazıları yer alır. Bu iki toplumcu doktorun yazıları yıllar sonra, "Maden İşçilerimizin Dünü, Bugünü" balığıyla kitaplaştırılmıştır.

İstanbul Üniversitesi'nde Prof. Dr. Sıtkı Velicangil'i, Ankara Üniversitesi'nde ise Dr. Cahit Erkan'ı lisans eğitimine emek verirken görürüz. Velicangil'in ekibinde Prof. Dr. Turhan Akbulut ilerleyen yıllarda özellikle işyeri hekimliği eğitimine büyük katkı verecektir. Bakanlık kurulduktan sonra Amerika Birleşik Devletleri'ne bursu olarak gönderilen ve alanın okullu ilk akademisyeni olan kişi ise Prof. Dr. İsmail Topuzoğlu'dur. Aynı zamanda ilk hekim iş müfettişlerimizden olan Prof. Topuzoğlu, YODÇEM ve İSGÜM gibi iki önemli yapının kuruluşundaki en önemli aktörlerdendir. Dr. Engin Tonguç yurt dışından döndükten sonra uzun süre fabrika hekimliği yapmış, ardından Ankara'da iç hastalıkları kliniğinin içinde meslek hastalıklarının yönetimi için yatak ayırarak ilk klinik çalışmaları başlatmıştır. Aynı dönemde İstanbul'da Dr. Haldun Sirer benzer çalışmaları yürütmeye başlar. Daha sonra Dr. Tonguç'un Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdür Yardımcılığı sırasında 'meslek hastalıkları hastanelerini' kurarlar. İlerde Dr. Nazif Yeşilleten'de bu ekibin içinde yer alacak ve sürecin devamına büyük katkı sağlayacaktır. İlk kuşak iş sağlıkçıların ardından Ankara Üniversite'sinde Prof. Dr. Aslan Tunçbilek, Hacettepe'de Prof. Dr. Nazmi Bilir iş sağlığı alanına katkı verecek ve pek çok iş sağlıkçının yetişmesini sağlayacaklardır. İkinci kuşağın hemen ardından Prof. Dr. Gürhan Fişek ve Dr. Bülent Piyal gibi isimler gelecek ve eğitim sürecine büyük katkı vereceklerdir. Bu isimlerin hemen hepsi



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 330 23.11.2023 13:18

1987 yılında, kurumsal, sistematik ve düzenli olarak başlayan ilk Türk Tabipleri Birliği İşyeri Hekimliği Kurslarının da eğitim kadrosunu oluşturacaklardır.

## 13.4. Cumhuriyetin 100 Yılı Dolarken İş Sağlığı Ne Durumda? Neler Beklemeliyiz?

Geçtiğimiz yüz yıl içinde, Cumhuriyetin kurumsallaşma sürecinde yaşanan siyasi ve ekonomik krizler, bunlara neden olan iç ve dış dinamikler iş sağlığı ile ilgili süreçleri de derinden etkilemiştir. Aşağıda süredurum zayıf yanlar, tehditler, güçlü ögeler ve fırsatlar bağlamında irdelenmiştir.

Cumhuriyetin ikinci yüzyılına girerken, başta üçlü yapı olmak üzere iş sağlığı sisteminin temel bileşenleri açısından önemli sorunlar vardır. Ülkede toplu iş sözleşmesi şemsiyesi altında çalışan oranı, 23 milyonluk işgücünü içinde %10'un altındadır (Birelma, 2022). Dolayısıyla emek iş sağlığı (ve güvenliği) alanında söz sahibi olmaktan uzaktır. Emeğin haklarının savunulması üçlü yapıda devletin alanına doğru kaymıştır. Kamu, özellikle 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ardından yeni yapılanmaya doğru yönelmiş, Cumhurbaşkanlığı Yönetim Sisteminde de bu yapılanma sürmüştür. Özellikle Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının oturmuş yapısının 2 kez yeniden düzenlenmesi, sık değişen ve Bakanlığın içinden gelmeyen üst bürokrat kadrosu bu önemli kurumun işlevlerini etkilemiştir. Yasal düzenlemelerdeki önemli boşluk 6331 sayılı Yasa ile doldurulmuş olsa da bu yapısal özellikler taşıyan düzenleme 4857 sayılı İş Yasası gibi esnek çalışmayı ve kuralsızlaşmayı normatif hale getiren çok önemli bir düzenlemenin üzerine yerleştirilmeye çalışılmıştır. İş sağlığı açısından 4857, Cumhuriyet'in yüz yıllık yolculuğundaki önemli kırılma noktalarından biri sayılabilir. Çalışma yaşamı bu düzenleme ile daha esnek biçime dönüşmüş, iyice güçsüzleşen emek bu yapının içinde giderek bir üretim bileşeni olmaya doğru itilmiştir. Üçlü yapıdaki denge bozulmuşken iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri açısından durum çok parlak değildir. Hizmet modeli "ortak sağlık ve güvenlik birimi" adıyla anılan ağırlıklı olarak özel sektöre kaymıştır. İş sağlığı ve güvenliği sistemi henüz ulusal sağlık sistemi ile basamaklı bir biçimde eklemlenmemiştir. Mikro işletmeler, kendi hesabına çalışanlar kamu sübvansiyonuna dayalı olsalar da sistematik ve bütünsel bir iş sağlığı ve güvenliği hizmetine erişememektedirler. Tarım çalışanları, güvenlik güçleri gibi kimi gruplar hala İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası kapsamı dışındadır. Kayıt dışı ekonomi ve göçmen işçiler iş sağlığı ve güvenliği açısından geniş bir yoksun kitledir. Uluslararası jeopolitik konjonktür, iklim krizi, susuzluk gibi etmenler, ülkenin güzey-kuzey doğrultudaki insan göçü açısından önemli bir geçit oluşu hem kayıt dışı sektörü hem göçmen işçi sorununu büyütme potansiyeli taşımaktadır. İş sağlığı ve güvenliği alanındaki ön lisans, lisans ve mezuniyet sonrası programlar kontrolsüz biçimde, insan gücü ve alt yapı olanakları gözetilmeden çok yaygınlaşmıştır. İş sağlığı ve güvenliği hizmet sunumunda, iş güvenliği için sektörel uzmanlaşma yerine yatay bir birikime dayalı A, B, C sınıflaması getirilmiştir. Bu durum alada yetkinleşmeyi güçleştiren ögelerden biridir. İşyeri hemşireliği alanında başlayan ve önemli adımlar atmış olan eğitim çalışmaları kesintiye uğramış, işyeri hemşireliği hiç bir dönemde hak ettiği öneme erişememiştir. Ulusal İş Sağlığı



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 331 23.11.2023 13:18

ve Güvenliği Konseyi kurumsallaşamamıştır; özerk bir iş sağlığı ve güvenliği enstitüsü oluşturulamamıştır.

İş sağlığı sistemi ve bileşenleri ile ilgili, yukarıda özetlenen sorunlar, güçsüz alanlar ve olası tehlikeler yanında sistemin güçlü olduğu alanlar da vardır. Eksik ve sorunlu yanlarına karşın tek ve ayrı bir İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası olmalı emeğin sağlığı açısından değerli bir kazanımdır. İşyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığı kabul edilen, sistem dışında kalamayacak insan gücü haline dönüşmüştür. Türk Tabipleri Birliği, Türk Mimar Mühendis Odaları Birliği gibi kurumsal yapıların iş sağlığı ve güvenliği alanında çok önemli birikimleri vardır. Halk sağlığı disiplini içinde iş sağlığı, doçentlik alanı olanağını yitirse de, giderek önemsenen, öncelenen bir alan haline gelmiştir (Bilgin, 2017). Üniversitelerde, iş sağlığı ve güvenliği genç akademsiyenler için bir çekim alanı haline gelmeye başlamıştır. İkinci ve üçüncü basamakta iş sağlığının temel çıktılarından meslek hastalıklarını yönetebilecek yan dal uzmanlarının sayısı hızla artmaya başlamış ve bu alanın çok disiplinli yapısı korunabilmiştir. Henüz iş sağlığı ve güvenliği alanında güçlü ve yaygın bir sürveyans sisteminden söz etmek olası değilse de İSG Kâtip bu bağlamda temel verileri sağlayabilen bir kurumsal yapıdır. Bu alandaki önemli eksiklerden biri olan iş hijyeni ile ilgili, proje odaklı çalışmalar zaman içinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve İSGÜM'ün de içinde olduğu eğitim programlarına dönüşmüş, konuyla ilgili meslek örgütleri kurulmuştur. Sendikalar işçi sağlığı ve güvenliğini bir örgütlenme aracı olarak kullanmaya başlamışlardır. Sağlık Bakanlığı Çalışan Sağlığı ile ilgili kurumsal bir yapı oluşturmuştur.

Cumhuriyetin ikinci yüzyılının başında halk sağlığı disiplini içinde iş sağlığı ile uğraşanlar öncelikle insan göçü ve iklim krizinin iş sağlığı sistemi üzerindeki etkilerine hazırlıklı olmalıdırlar. Bu genel çerçevenin içinde daha somut sorun alanları da göze çarpacaktır: emeğin örgütlenmesi ve üçlü yapının bu bağlamda yeniden inşası, nitelikli iş sağlığı ve güvenliği insan gücü yetiştirilmesi, istihdamı, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerine erişim; ulusal sağlık sistemi ile eklemlenecek bir sürveyans sistemi, yeni ve esnek çalışma örüntüleri önümüzdeki yakın-orta erimli süreçte iş sağlıkçıları zorlayacak başlıklar olarak görünmektedir. Bir diğer üzerinde durulması gereken sorun da yüksek işsizlik hızıdır. İstihdam havuzunun daralması, ekonomik baskılar bir yandan iş gücünü kayıt dışı ekonomiye ve marjinal sektörlere doğru itecek diğer yandan istihdam içine girmekte güçlük çeken göçmen işçiler gibi gruplar ve geniş işsiz kitlesi yüzünden iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin maliyete etkisi gündeme getirilerek bu alanda bir gerileme yaşanabilecektir. Çalışma yaşamı ve sağlıkla uğraşan profesyoneller, araştırmacılar yukarıda kısaca özetlenen sorunlar karşısında hazırlıklı ve donanımlı olmalıdır.

## 13.5. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin İş Sağlığı Yolculuğu

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) İş Sağlığı Çalışma Gurubu 2008 yılında Ankara'da gerçekleşen 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi sırasında bir araya gelen 12 iş sağlıkçı tarafından kurulmuştur. Çalışma Grubu Yönergesi 2009 yılında İstanbul'da gerçekleşen Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi'nde son biçimini almıştır. İlk genişletilmiş



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 332 23.11.2023 13:18

toplantı da 2009 yılı Ekim ayında 6.Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması sırasında İzmir'de gerçekleştirmiştir.

Önümüzdeki dönemde, iş sağlığı açısından öne çıkan hizmetin yaygınlaşması, yapısal özelliklerdeki bozulmalar, iklim krizinin yansımaları, eğitim niteliğinin artırılması, sürveyans, kurumlar ve aktörler arası ilişkiler gibi başlıklar Çalışma Grubunun irdelemesi gereken zorlu bir ajanda oluşturmaktadır.

## KAYNAKLAR:


Akbulut T. Velicangil S. (1977). Yurdumuzda İş Hekimliği Hizmetinin Gelişmesi ve Bu Konuya İlişkin Çeşitli Sorunlar Üzerine Bir İnceleme. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, 40: 610-623.

Ayaoğlu F. (2008). Zonguldak Kömür Havzasının Tarihsel Gelişimi: 1829-1939, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

Bilgin A. Can. ve diğerleri, (2017). Ulusal halk Sağlığı Kongrelerinde Sunulan Bildirilerin Niceliksel Değerlendirilmesi. 19. Ulusal Halk Saglıgı Konresi (/Sözlü Sunum) (Yayın No:4099023).

Bilir N., Yıldız A. N. (1998). Cumhuriyet'imizin 75. Yılında Türkiye'de İş Sağlığı Konusuna Tarihsel Bakış, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 98/12, Ankara.

Birelma A. (2022). Türkiye'de Sendikalar, Friedrich Ebert Stiftung, Kasım, İstanbul.

Boratav K. (1997). İktisat Tarihi (1908 – 1980), Türkiye Tarihi 4, Çağdaş Türkiye 1908-1980. Cem Yayınları, Ankara; 295-354.

Erkan C. (1982). İş Sağlığı Ders Kitabı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 225, Ankara.

Gülmez M. (2019). 1919-2019 ILO-Türkiye İlişkilerinin Yüzyılı, Uluslararası Çalışma Örgütü, Ankara.

Karaahmetoğlu A. (2021). Osmanlı Devleti'nde Tanzimat Dönemi'nde Mecelle Bağlamında İşçi İşveren İlişkileri. Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 10 (26), 46-74. DOI: 10.31199/hakisderg.835363

Kongar E. (1993). İmparatorluktan Günümüze Türkiye'nin Toplumsal Yapısı 1, Remzi Kitabevi, Ankara.

Makal A. (1997). Osmanlı İmparatorluğu'nda Çalışma İlişkileri: "850 – 1920, İmge Kitabevi, Ankara.

Piyal B. (1994). 'İş Sağlığı Politikası ve Eylem Programı İçin Yöntem Önerisi (Ankara Örneği)', Doktor Tezi, Hacettepe Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Piyal B. (2010). Analysis of OHS legislation in the process of EU accession of Turkey. Occupational Health and Safety Networking in Eastern Europe (OSH-NET Project), Raound Table Meeting, 7 May, İstanbul, Türkiye.

Piyal B. (2009). İş Sağlığı ve Güvenliğinde Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Uyum Sorunu. Belediye-İş Yayınlar, Ankara.

Talas C. (1997). Toplumsal Politika, İmge, İstanbul.

Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı (TTV) 1996, Türkiye Sendikacılık Ansiklopedisi, İstanbul.




Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 333 23.11.2023 13:18

# 14. AFETLER VE ACİL DURUMLAR

*Prof. Dr. Recep AKDUR*

## 14.1. Giriş

Afetler ve acil durumlar, insanoğlunun var oluşu ile birlikte sürüp giden, büyük kırım ve yıkımlarla insanlığa zarar veren çeşitli nedenli ya da tetikleyicisi farklı olan olaylardır. Bu kırım ve yıkımlardan kurtulmak, başka bir anlatımla afet ve acil durumların önlenmesi ve yok edilmesi insanlığın önünde duran en önemli sorunlardan biridir.

Ünlü filozof Voltaire "ilgilendiğiniz konu veya olguyu tanımlarsanız, sizinle o konuya ilişkin her şeyi tartışmaya hazırım" demiştir (Güvenç,1976). Gerçekten de bir konu üzerinde anlaşabilmenin ya da tartışabilmenin yolu konu ya da o alanda kullanılan tanımlardan ve kavramlardan geçiyor. Çünkü kullandığımız tanımlar konuya nasıl yaklaştığımızı/nasıl ele aldığımızı gösteriyor.

Türkiye'de gerek günlük dilde, yazında gerekse yasal düzenlemelerde (5902 Sayılı Kanun, 2009) ve kamu kuruluşlarında (İBB, 2003 ) Kahramanmaraş Depremine dek bu konu genel olarak afet terimi/kavramı ile adlandırılıyordu (Aktel, 2010). Bu tarihten sonra özellikle de 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi sırası ve sonrasında bazı çevreler olayı ısrarla felaket olarak adlandırdılar.

Bilimsel yaklaşım açısından bu iki kavram ve tanım da yanlış. Ancak neden bazı çevrelerce adlandırmada afet sözcüğü yerine felaket sözcüğünün yeğlendiği, bu sözcüklerin etimolojik kökenine gidince anlaşılıyor. Nişanyan Sözlüğe göre; sözcüklerin her ikisi de Arapça kökenli. Felaket, falak (felek) kelimesinden türetilmiş ve "feleğin darbesi/sillesi" anlamına geliyor. Afet ise Awf kökünden türetilmiş; "bela, felaket, salgın hastalık" ya da "bir gezegenin daha da kötüsü evrenin ters dönmesi" demek (Nişanyan, 2021). Buradan da anlaşılacağı üzere, felaket olayı daha çok mistik güçlere dayayan ve mistik olarak algılatan bir kavram. Buna karşılık afet sözcüğü olayı dünyevi güçlere bağlıyor ve dünyevi bir olay olarak algılatıyor. Açık bir anlatımla son zamanlarda deprem ve benzeri doğal olaylar sonunda gelişen yıkım ve kırımı adlandırmada ısrarla felaket sözcüğünün seçilmesi olayı mistik güçlere, kadere, kader planına bağlama çabasının bir sonucu. Oysa ki, *doğal ya da yapay afetleri önleyebilmenin olmaz ise olmazı toplumu/yönetimi afetlere kaderci yaklaşımdan kurtarmaktır.*

## 14.2. Afet Tanım ve Türleri

Gerek uluslararası ve gerekse ulusal yazında afet ya da eş anlamda birçok sözcük/kavram kullanılıyor. Bunlardan en çok kullanılanlardan dördü; incident/olay-emergency/ivedi olay disaster/afet-catastrof/ katastrofik afettir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 334 23.11.2023 13:18

Birleşmiş Milletler yazınında özellikle doğal afet karşılığı olarak disaster/afet kavramı yeğleniyor. Örneğin Birleşmiş Milletler Afetlerde Risk Azaltma Ofisi (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) afeti şu şekilde tanımlıyor: "Bir topluluk veya işleyişinde, toplumun kendi kaynaklarını kullanarak başa çıkma yeteneğini aşacak düzey ve yaygınlıkta insani, maddi, ekonomik veya çevresel kayıplara neden olan olaylara/duruma afet/disaster denir (UNISDR, 2009).

Bu tanımlama bir yana, Birleşmiş Milletler yazını ya da düzenlemelerinde afet ve acil durumlar için bir ya da birkaç cümlelik tanım vermek yerine, bir olaya afet denebilmesi ya da o durum için afet nitelemesi yapılabilmesi için olayda bulunması gerekli özellikler sıralanıyor. Başka bir anlatımla bir olaya afet diyebilmek için, beş öğenin / özelliğin yan yana gelmesinden söz ediliyor. Bunlar:

a) Ekolojik dengenin bozulması,

b) Bu bozukluğun, olağan yaşamı ortadan kaldırması,

c) Bu olağan dışılığın, can ve mal kayıplarına neden olması,

d) Bu durumun, toplumun reaksiyon, uyum ve bahşetme gücünü aşması,

e) *Dış yardıma gereksinim olması.*

Bu yaklaşımdan hareketle; afet için genel bir tanım vermek gerekir ise; "toplumun olağan yaşam düzenini bozan, yanıt verme ve uyum sağlama kapasitesini aşarak, dış yardım gereksinimi doğuran, can ve mal kaybıyla sonuçlanan ekolojik olaylara" afet denir. Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere bir olayın afet olarak nitelenmesini belirleyen, en önemli özellik, olayın/tetikleyicinin sonuçlarının *toplumun/yerleşim biriminin baş etme kapasitesini aşarak dış yardıma gereksinim duyulmasıdır.* Buradaki dış yardımdan kasıt ise dış yardım türlerinden biri olan uluslararası/sınır ötesi yardım değil yerleşim birimi/topluluk dışından alınacak tüm yardımlardır. Örneğin; bir köy için, komşu köylerden/kasabadan, kasaba için ilden/illerden ya da hükümet merkezden yardım gelmesi gibi. Başka bir anlatımla, bir olaya afet demek için uluslararası yardım şart değildir. Kobe depreminde, Japonya, uluslararası yardıma gereksinimi olmadığını açıklaması, ancak, olayın son yılların en büyük afetlerinden birisi olması ve Kobe'ye tüm Japonya'dan yardım seferberliği düzenlenmesi bunun tipik örneklerinden biridir.

18.12.2013 Tarihli ve 28855 Sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği'nin 4. Maddesine göre afet ve acil durum ile ilgili tanımlar şöyledir:

a) cil durum: Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olayları ve bu olayların oluşturduğu kriz halini,

b) Acil yardım: Afet ve acil durum hallerinde; arama, kurtarma, tıbbi ilk yardım ve tedavi, defin, salgın hastalıkları önleme, yiyecek, içecek ve giyecek temini, acil barındırma, ısıtma, aydınlatma, ulaştırma, enkaz kaldırma, altyapıyı asgari seviyede çalışır hale getirme, akaryakıt ve benzeri acil hizmet ve ihtiyaçların karşılanması ve bu konularda



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 335 23.11.2023 13:18

yapılacak her türlü iş, işlem, tahsis, kiralama, satın alma, hibe, kamulaştırma ve benzeri faaliyetleri,

c) Acil yardım süresi: Afetin meydana gelmesi ile başlayıp, afetin sona ermesinden itibaren on beş gün devam eden ve gerektiğinde Başkanlıkça uzatılabilen acil yardımlar ile bununla ilgili harcamaların yapıldığı süreyi,

ç) Afet: Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun Baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olayları,

d) Afet ve acil durum faaliyetleri ödeneği: 5902 sayılı Kanunun 23'üncü maddesine göre Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı bütçesinde yer alan ödeneği,

e) Afet ve acil durum hizmetleri: Afet ve acil durum haberinin duyurulması, ön değerlendirme, haberleşme, güvenlik ve trafik, arama-kurtarma, tahliye, yangın söndürme ve ikincil afetler, altyapı, ulaşım altyapısı, enerji, sağlık, defin, barınma, beslenme, enkaz kaldırma, hasar ve zarar tespit, ayni ve nakdi bağış yönetimi, uluslararası destek ve işbirliği, satın alma, kiralama, gıda, tarım ve hayvancılık, tehlikeli maddelerle ilgili arındırma faaliyetleri ve psiko-sosyal destek gibi çalışmaları,

f) Afet ve acil durum yönetim merkezleri: Afet ve acil durumlarda müdahalenin koordine edildiği, 24 saat esasına göre çalışan, kesintisiz ve güvenli bilgi işlem ve haberleşme sistemleri ile donatılan merkezleri,

Yönetmenlikte verilen bu tanımlardan da açıkça anlaşılacağı üzere; acil durum (emergency), ivedi müdahaleyi gerektiren ancak yerel/yerleşim birimi olanakları ile baş edilebilen olaylardır. Buna karşılık afet (disaster) ile dış yardıma gereksinim duyulan olaylardır.

Uluslararası ve ulusal yazında afet ve acil durumların sınıflandırılması genellikle afete neden olan/afeti tetikleyen olay üzerinden yapılır. Bu bağlamda önce doğal afetler ve yapay afetler olarak iki ana gruba ayrılır. Doğal afetler ile yer hareketleri (deprem, volkan patlaması, toprak kayması), su hareketleri (aşırı yağış, sel, tsunami) hava hareketleri(fırtınalar), iklim değişiklikleri (aşırı sıcak, aşırı soğu, kuraklık), salgınlar ve benzeri doğal olayların tetiklediği afet ve acil durumlar anlatılmak istenir. Buna karşılık her türden savaş, endüstriyel kaza ve benzeri insan etkinlikleri sonucunda oluşan afetlere de yapay afetler olarak sınflanmaktadır.

Afet ve acil durumların tetikleyicisi ister doğal isterse insan etkinliği bir olay her ne olursa olsun, özünde tüm afet ve acil durumlar yapay ve toplumsal durumlardır. Çünkü hangi türden tetikleyici ile oluşursa oluşsun olaya/duruma afet diyebilmek/nitelemesi yapabilmek için üç koşulun yan yana gelmesi gerekir: 1) Olay yerinde toplumun/insanın bulunması, 2) Toplumun düşünsel yapısının bilim dışı olması ve 3) Bunun bir sonucu olarak her türden insan yapımı yapı ve etkinliklerin olayın/tetikleyicinin yarattığı etkiye dayanıksız olması. Örnek vermek gerekirse doğal tetikleyicilerden deprem ya da seller hangi büyüklükte olur ise olsun çölde ya da tropikal orman bölgelerinde iken hiçbir zaman afet niteliğini kazanmaz/afet yaşatmaz. Çünkü olayın cereyan ettiği yerde olayın etkisi ile yıkılacak dolayısı ile de kırıma uğrayacak insan da yoktur. Aynı şekilde deprem, seller vb. tüm doğal tetikleyi-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 336 23.11.2023 13:18

ciler bilimsel kafa yapısına sahip toplumların/ yönetimlerin kurduğu yerleşimlerde de afet niteliği kazanmaz. Çünkü buradaki her türden yapı/kent afetlere neden olan tetikleyicilere/ olaylara karşı dayanıklıdır. Kentsel yapılarda yıkım/su basması olmaması nedeni ile kırım da olmayacak dolayısı ile olay bir afet niteliği kazanmayacaktır. Doğal olaylar yalnızca toplumların/yönetimlerin düşünsel yapısının bilimsel olamadığı/ afetlerin bir kader olduğu düşüncesine sahip olduğu ülkelerde/kentlerde afete dönüşür. Çünkü buralardaki her türden yapı/kent oluşacak tetikleyicilere/olaylara karşı dayanıklı değildir. Bu nedenle de büyük yıkımlar oluşur buda büyük kırımlara neden olur. Yapay afet diye sınıflanan afetler ise adı üstünde, zaten yapaydır. Buradan hareketle *aslında tüm afetlerin yapay, bu afetlere bağlı kırımların da ihmale bağlı olduğu söylenebilir.*

## 14.3. Afetlerin Önemi

Türkiye'de, doğal ve yapay diye sınıflandırılan ve de afete neden olabilen olayların/ afet tetikleyicilerin hemen tamamı az ya da çok görülmektedir. Bunlar neticesinde gelişen afetler ise her üç ölçek (yaygınlık, ölüm ve sakatlıklara neden olma, ekonomik kayıplara yol açma) açısından da önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bunlardan deprem sel gibi daha sık aralıklarla yineleyenler yalnızca önemli değil aynı zamanda öncelikli ve acil birer halk sağlığı sorunudur.

Türkiye'de, 1900'lerin başından günümüze dek yalnızca doğal tetikleyicilerin neden olduğu afetler nedeniyle 150.000'i aşkın insanın yaşamını kaybettiği hesaplanmaktadır. Bu ölümlerin, %65'i depreme, %15'i heyelâna, %12'si su basmasına, %7'si kaya düşmesi, %1'ide çığ düşmesine bağlıdır. Aynı nedenle iki yüz bini aşkın insan ağır yaralanmış ve sakat kalmıştır.

Kazalar (iş, trafik, ev vb.) diye sınıflanan/nitelenen ölümler ile terörizm ve cana kıymalar ayrı değerlendirildiğinde, son yıllarda da AFAD kaynaklarına göre (AFAD, 2023) afet nedenleri arasında Türkiye'de özellikle doğal tetikleyiciler bağlamında birinci sırada depremler ikinci sırada da seller yer almaktadır (**Şekil 1**).

**Tablo 1.** Türkiye'de doğal afet tetikleyici sayıları (2020-2022)

| | 2020 | | 2022 | |
|---|---|---|---|---|
| | Adet | % | Adet | % |
| Deprem** | 321 | 50.55 | 21054 | 93.44 |
| Sel ve Su Baskınları*** | 177 | 27.9 | 450 | 1.99 |
| Heyelan | 107 | 16.85 | 859 | 3.72 |
| Kaya Düşmesi | 17 | 2,67 | 137 | 0.61 |
| Obruk | 2 | 0,31 | 13 | 0.05 |
| Diğer**** | 270 | ----- | 451 | ---- |
| **TOPLAM** | **905** | | **22982** | |

Kaynak: https://www.afad.gov.tr/afet-istatistikleri
(*) Bu sayılar yalnızca olay sayılarıdır. Büyük çoğunluğu afet niteliği kazanmamıştır
(**) Büyüklüğü 4,0'dan daha büyük olan depremlerin sayısıdır
(***) - (****) AYDES'en alınan sayılardır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 337 23.11.2023 13:18

Deprem dışında kalan, heyelan, su basması, çığ düşmesi ve benzeri afetlerden oluşan kırım ve yıkımlar, deprem düzeyinde olmasa da küçümsenemeyecek boyutlardadır. Ayrıca son yıllarda iklim değişikliğine bağlı olarak, seller, su baskınları, aşırı sıcak ve soğuklar bir yandan daha sık tekrarlamakta öte yandan da daha etkili olmaktadır. Benzer şekilde hızla tropik ve subtropik bölge haritalarının değişmesi nedeniyle Türkiye'de fırtına ve hortumların da afet nedenlerinden olması beklenmelidir. Bundan ötürü önümüzdeki dekatlarda Türkiye'deki afet nedenleri öncelik sıralaması değişebilir. Bu sıra değişikliğinde kentlerin/konutların değişime uğraması da rol oynayacaktır. Bu değişimler oluncaya dek, depremler önceliğini ve önemini korumaktan da öte acil çözüm bekleyen hatta ulusal seferberlik gerektiren bir sorundur.

Türkiye topraklarının %91'i nüfusunun ise %95'i deprem olasılığı altındadır. Bunun bir sonucu olarak, daha seyrek aralıklarla yineleyen savaş ve pandemiler/salgınlar bir yana bırakıldığında *Depremler Türkiye'de son yüzyılın en önemli afet ya da kırım ve yıkım nedenidir.* 1900 yılından sonra görülen büyük depremlerin listesi **Tablo 2**'de verilmiştir.

**Tablo 2.** 1900'den günümüze Türkiye'de depremler*

| Tarih | Yer | Ölü sayısı | Büyüklük |
|---|---|---|---|
| 24 Nisan 1903 | Malazgirt | 2.626 | 6.7 |
| 9 Ağustos 1912 | Mürefte / Şarköy | 216 | 7.3 |
| 4 Ekim 1914 | Afyon / Bolvadin | 400 | 5.1 |
| 13 Mayıs1924 | Çaykara | 50 | 5.3 |
| 13 Mayıs 1924 | Erzurum | 50 | 5.9 |
| 13 Eylül 1924 | Pasinler | 310 | 6.9 |
| 08 Şubat 1925 | Ardahan | 140 | 5.9 |
| 07 Ağustos 1925 | Afyon / Dinar | 330 | 5.9 |
| 22 Ekim 1926 | Kars | 355 | 5.7 |
| 30 Mart1928 | İzmir / Torbalı | 52 | 7.0 |
| 18 Mayıs1929 | Sivas / Suşehri | 64 | 6.1 |
| 6 Mayıs 1930 | Hakkâri Sınırı | 2.514 | 7.2 |
| 1 Mayıs 1935 | Digor | 200 | 6.2 |
| 19 Nisan 1938 | Kırşehir | 149 | 6.6 |
| 21 Eylül 1938 | İzmir / Dikili | 132 | 7.1 |
| 26 Aralık 1939 | Erzincan | 32.968 | 7.9 |
| 1 Ocak 1940 | Niğde | 58 | 5.0 |
| 10 Eylül 1941 | Van / Erciş | 194 | 5.9 |
| 20 Aralık 1942 | Tokat Niksar / Erbaa | 3.032 | 7.0 |
| 20 Haziran 1943 | Adapazarı / Hendek | 336 | 6.6 |
| 26 Kasım 1943 | Tosya-Lâdik | 2.824 | 7.2 |



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 338 23.11.2023 13:18

**Tablo 2.** 1900'den günümüze Türkiye'de depremler* (*devamı*)

| Tarih | Yer | Ölü sayısı | Büyüklük |
|---|---|---|---|
| 01 Şubat 1944 | Bolu / Gerede | 3.959 | 7.2 |
| 31 Mayıs 1946 | Varto / Hınıs | 839 | 5.7 |
| 17 Ağustos 1949 | Karlıova / Bingöl | 450 | 7.0 |
| 13 Ağustos 1951 | Kurşunlu | 52 | 6.9 |
| 3 Ocak 1952 | Hasankale / Erzurum | 133 | 5.8 |
| 18 Mart 1953 | Yenice / Gönen | 265 | 7.4 |
| 25 Nisan 1957 | Fethiye Antalya | 67 | 7.1 |
| 26 Mayıs 1957 | Bolu / Abant | 52 | 7.1 |
| 19 Ağustos 1966 | Varto | 2.396 | 6.9 |
| 22 Temmuz 1967 | Adapazarı | 89 | 7.2 |
| 26 Temmuz 1967 | Pülümür | 97 | 6.2 |
| 28 Mart 1970 | Gediz | 1.089 | 7.3 |
| 12 Mayıs 1971 | Burdur | 57 | 6.2 |
| 22 Mayıs 1971 | Bingöl | 878 | 6.8 |
| 06 Eylül 1975 | Lice | 2.385 | 6.9 |
| 24 Kasım 1976 | Çaldıran / Muradiye | 3.840 | 7.5 |
| 30 Ekim 1983 | Erzurum / Kars | 1.336 | 7.1 |
| 13 Mart 1992 | Erzincan | 653 | 6.8 |
| 01 Ekim 1995 | Dinar | 90 | 6.1 |
| 27 Haziran 1998 | Adana Ceyhan | 112 | 6.3 |
| 17 Ağustos 1999 | Gölcük / Marmara | 17.840 | 7.5 |
| 23 Ekim 2011 | Van | 604 | 7.1 |
| 24 Ocak 2020 | Elâzığ/Sivrice | 44 | 6.8 |
| 30 Ekim 2020 | Ege Denizi | 117 | 7.0 |
| 6 Şubat 2023 | Kahramanmaraş | 50873 | 7.0 |

Türkiye'de, yapay afetlerin neden olduğu yıkım ve kırımlar da doğal afetlerden geride kalmamaktadır. Son yüzyılda yaşanan savaşlarda yüz binleri aşan insan ölmüş, bundan çok daha fazlası sakat kalmıştır. Aynı şekilde, son yıllarda yaşanan terör olaylarından elli bini aşkın ölüm, bunun iki misli kadar da sakatlık meydana gelmiştir.

Savaş dışındaki yapay afetlerden en önemlisi trafik ve iş kazalarıdır; 1900'lerden günümüze dek, trafik kazalarına bağlı olarak yüz bine yakın insan yaşamını yitirmiş yarım milyona yakın insan sakat kalmıştır. Trafik kazaları boyutunda olmasa bile, iş kazalarından meydana gelen ölümler ve sakatlanmalar, önemli boyutlardadır. Toplu bir anlatımla, Türkiye'de doğal ve yapay afetler yaygınlık, ölümcüllük, sakatlanma ve ekonomik kayıp ölçekleri açısından önemli ve öncelikli bir halk sağlığı sorunudur.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 339 23.11.2023 13:18

AFAD Raporlarına göre 1900'dan 2019 yılları arsında geçen 119 yılda büyüklükleri 4.0 ile 7,9 arasında değişen 13 bin 687 deprem meydana gelmiştir. Bunlardan 240 tanesinde yıkım ve can kaybı oluşmuştur. Bu 240 depremde toplam 603 bin 131 yapı yıkılmış ya da ağır hasar görmüş 86 bin 456 kişi canını kaybetmiş, 300-400 bin kişi ağır yaralanmış ve 180 bini aşkın insan ise, sakat kalmıştır. Hayvan telefi ise yüz binlerledir. Bu verilere göre; her ay büyüklüğü 5,0 ile 5,9 arasında iki, her yıl büyüklüğü 6,0-6,9 arasında iki, her altı yılda bir de büyüklüğü 7,0-7,9 arasında bir deprem yaşanmaktadır.

Binlerce işyeri kapanmış, ya da hasar görmüş, binlerce araç kaybedilmiş, binlerce hayvan telef olmuş ve değeri milyarlarca doları bulan malzeme kaybı meydana gelmiştir. Toplu bir anlatımla Türkiye'de 1900'den günümüze dek her yıl GSMH'nın %1,5-2'sinden fazlası depremin yaralarını sarmaya afetzedelerin acil ihtiyaçlarına/yardımlarına harcanmıştır.

Bu verilerden de anlaşılacağı üzere Türkiye'de yalnızca depremlere bağlı ekonomik kayıplar ulusal ekonominin sırtında büyük bir yüktür.

Türkiye'de olduğu gibi dünyada da afetler önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ancak ülkelerin sosyo-kültürel gelişmişlik düzeyine göre afet tetikleyicileri ve sonuçları açısından önemli farklılıklar görülmektedir. Örneğin depremler birçok gelişmiş ülkede artık afet nedeni olmaktan çıkmış ya da afetler içindeki büyüklük sıralaması çok gerilere düşmüştür. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde, Haiti örneğinde olduğu gibi 300000'den ya da Kahramanmaraş örneğinde olduğu gibi 50000'den fazla insanın canına mal olarak sosyal yaşamı yıllarca bloke edebilmektedir.

Dünya Afet Raporlarına (World Disasters Report, 2010-2022) göre; geçtiğimiz yüzyılda meydana gelmiş olan, sel ve kasırgalara bağlı ölümlerin sayısı on milyondan fazladır. Aynı dönemde depremlere bağlı olarak, bir milyon insan ölmüş, üç milyon ağır yaralanma dolayısı ile milyonlarca sakatlık meydana gelmiştir. Bunların dışında kalan diğer afetlerden ise yarım milyona yakın insanın öldüğü ve bir o kadarının da sakat kaldığı bilinmektedir. Özet bir anlatımla, 19. Yüzyılda doğal tetikleyicilere bağlı olan afetler nedeniyle milyonlarca insan yaşamını kaybetmiş, bir o kadar insan da sakat kalmıştır.

Dünya afet tarihinde gerek tek bir olayda ve gerekse toplamda en büyük yıkım ve kırımlar seller ve fırtınalarda meydana gelmiştir. Örneğin Çin'de 1931 yılında, Yangtze Nehri'nin taşması ile yaklaşık 4 milyon, 1938 yılında Henah eyaletindeki bir barajın patlatılması ile 2 milyon insan ölmüştür. Başka bir örnek yine Çin'de 1975 Nina Tayfunu sırasında Banqiao Barajı ile birlikte diğer 62 barajın çökmesi dünya tarihinin üçüncü büyük sel afetini oluşturarak yaklaşık 30 şehir ve 12.000 kilometrekarelik alan sular altında kalmış, 240.000 dolayında insan ölmüştür. Benzer şekilde Hint Okyanusu Tsunamisi (6 Aralık 2004) onlarca ülkeyi etkilemiş ve 230.000 insanın ölüme neden olmuştur. ABD'de 25 Ağustos 2015'deki Katrina Kasırgası 1836 kişinin ölümüne ve yaklaşık 90 milyar dolar maddi kayba neden olmuştur.

Dünya afet tarihinde istemli ya da istemsiz yapay afetler de yıkım ve kırım açısından doğal nedenli afetlerden geri kalmamaktadır. Birinci Dünya Savaşı (24 Temmuz 1914- 11 kasım 1918) 9911000 ölüm, 21219500 yaralanma,7750000 kayıp olmak üzere toplam



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 340 23.11.2023 13:18

40 milyona yakın insanın hayatına mal olmuştur. Aynı şekilde İkinci Dünya Savaşı'nda (1 Eylül 1939- 2 Eylül 1945) 73 Milyondan fazla insan ölmüştür. Hiroşima (6 Ağustos 1945), Nagazaki (9 Ağustos 1945) kentlerine atılan atom bombası izleyen saatlerde 220 bin kişinin ölmesine, binlercesinin yaralanmasına ve her iki kentin yok olmasına neden olmuştur. Bu savaşlar istemli yapay afetlerin en çok bilinen örnekleridir. İstemsiz yapay afetlerin en çok bilinen iki örneği ise; olay anında 9000 izleyen yıllarla birlikte toplam 40000 kişinin ölümüne neden olan Bophal İnsektisit fabrikası patlaması (3 Aralık 1984) ile Çernobil nükleer reaktör çekirdeği erimesidir (26 Nisan 1986).

Afetlerle oluşan maddi yıkımlar ulusların kendi kaynakları ile karşılayamayacağı boyutlardadır. Üstelik yalnızca afet sürecinde değil sonrası yıllarda da ulusların ekonomisini/gelişmesini baskılayacak etkiler yaratmaktadır. Başka bir anlatımla yıkım salt olayın neden olduğu maddi kayıpla sınırlı kalmamakta özelde ulusların genelde ise insanlığın ekonomik gelişmesini de olumsuz etkilemektedir.

EMDAT (EMDAT International Disaster Database) verilerine göre yıllara ya da zamanın ilerlemesine göre afet kayıplarını etkileyen etmenler açısından, bakıldığında nüfus artışı, düzensiz kentleşme, özensiz sanayileşme ve benzeri etmenler nedeniyle tüm afet tetikleyicilerinin hem sayısının hem de etkisi/şiddeti artmaktadır/kötüleşmesi beklenmektedir. Buna karşılık, insanlığın/toplumların bilinçlenmesi; sağlıklı kent, yeşil sanayi ve nüfus artışının kontrolü vb. müdahaleleri her türden afetin etkisini/şiddetini azaltmaktadır. Bu tür etkilenimlerin sonuçlarını görmek açısından 20. Yüzyıl boyunca doğal afetlerden kaynaklanan küresel ölümler incelendiğinde önemli bir düşüş yaşandığının görülmesi gelecek için ümit vericidir. 1900'lerin başından günümüze on yıllık (dekatlık) ortalama ölüm sayısı genellikle 400.000 ile 500.000 arasında iken, Yüzyılın ikinci yarısında ve 2000'li yılların başlarında ise 100.000'in altına kadar yani beş kat düşmüştür (**Tablo 3**).

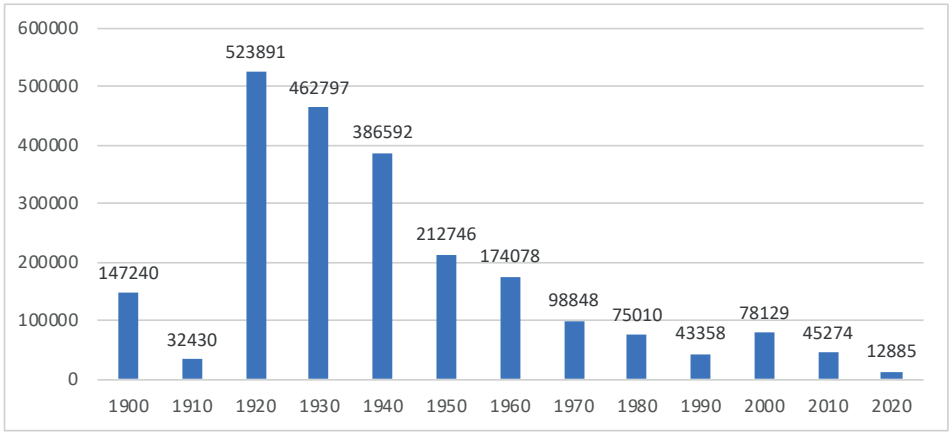
**Tablo 3.** Dünya ve Türkiye'de doğal afet* ölümlerinin 10 yıllık ortalamaları (1900-2020)

| Dekatlar | 1900 | 1910 | 1920 | 1930 | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dünya | 147240 | 32430 | 523891 | 462797 | 386592 | 212746 | 174078 | 98848 | 75010 | 43358 | 78129 | 45274 | 12885 |
| Türkiye | 640 | 492 | 36 | 3384 | 1478 | 181 | 295 | 841 | 161 | 1964 | 60 | 79 | 106 |

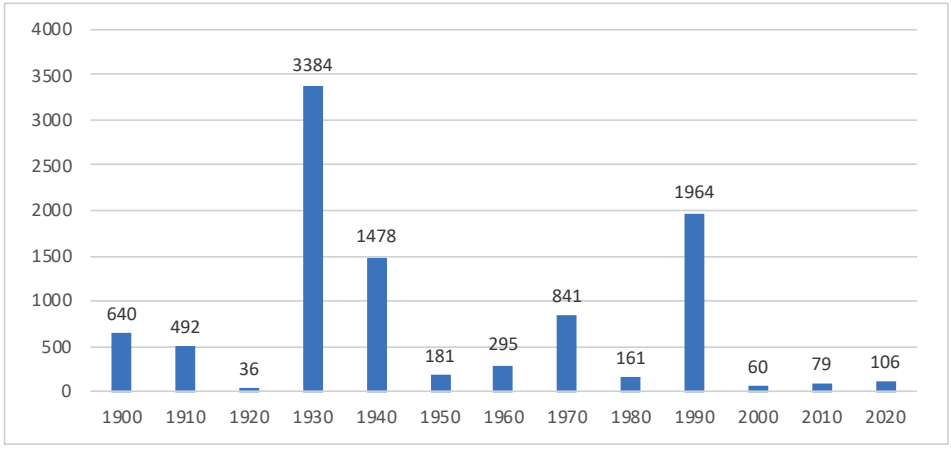
Kaynak: https://ourworldindata.org/natural-disasters#annual-deaths-from-natural-disasters (erişim 7.09.2023)
(*) Hava kirliliği/sis, buzul gölü patlaması, orman yangınları, kuraklık, toprak kayması, volkan patlaması, aşırı sıcaklık/soğukluk, deprem, sel, kuraklıkları içermektedir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 341 23.11.2023 13:18




**Şekil 1.** Dünyada doğal afet ölümlerinin on yıllık ortalamaları (1900-2020)




**Şekil 2.** Türkiye'de doğal afet ölümlerinin on yıllık ortalamaları (1900-2020)

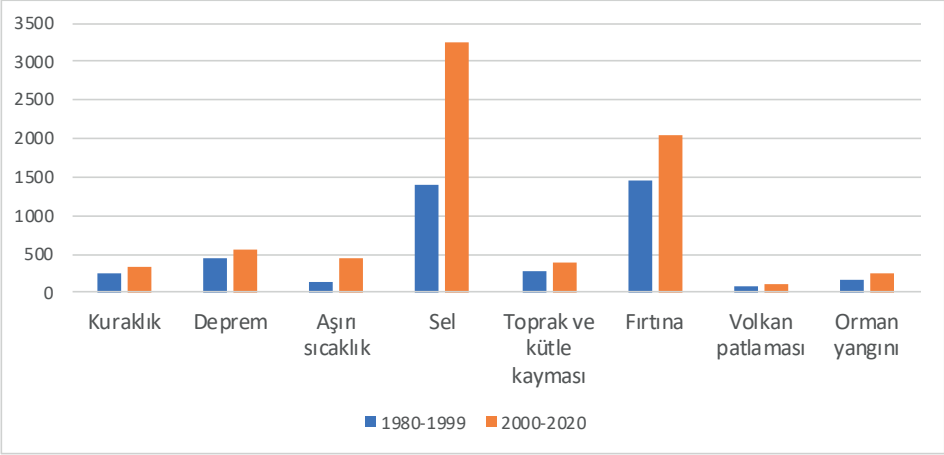
**Tablo 4.** Son iki on yılda dünyada yaşanan doğal afet türleri

| DEKATLAR | Kurak-lık | Dep-rem | Aşırı Sıcaklık | Sel | Toprak kayması | Kütle Kay-ması | Fırtı-na | Volkan patla-ması | Orman yangını |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1980-1999 | 263 | 445 | 130 | 1389 | 254 | 27 | 1457 | 84 | 163 |
| 2000-2020 | 338 | 552 | 452 | 3254 | 376 | 13 | 2043 | 102 | 238 |

Kaynak: The human cost of disasters: an overview of the last 20 years (2000-2019) UN Office for Disaster Risk Reduction Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, Belgium, 2020



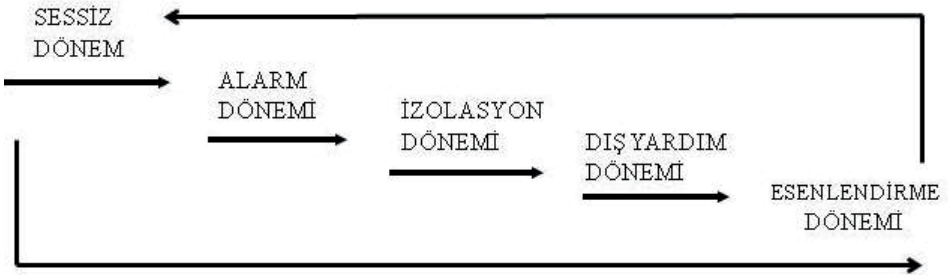
Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 342 23.11.2023 13:18




**Şekil 3.** Son iki on yılda (1980-1999/2000-2020) yaşanan doğal afetlerin türleri
Kaynak: The human cost of disasters: an overview of the last 20 years (2000-2019) UN Office for Disaster Risk Reduction Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, Belgium, 2020

## 14.4. Afet Süreci

Her türden afetin kendine özgü bir seyri/süreci vardır. Ancak, genel olarak, tüm afetlerin özellikle de doğal nedenli afetlerin beş dönemi olduğu söylenebilir. Afetlere karşı alınacak önlemler ve afetlerde yapılacak işler, bu sürece /dönemlere göre sınıflanmalıdır. Alınacak önlem ve yapılacak işler bu dönemlere göre planlanır/dizgelenir ise, afet yönetiminde başarılı olunur. Dolayısı ile afetlerin yıkım ve kırımı en aza indirilebilir ve hatta yok edilebilir (Akdur, 1998) (**Şekil 4**).




**Şekil 4.** Afet süreci ve döngüsü (Kaynak; Akdur 1998)

### 14.4.1. Sessiz Dönem

Bir tür (deprem, sel, salgın, savaş) afet için**,** afetin görülmediği, ya da aynı yerleşim biriminde/toplumda aynı türden iki afet arasındaki döneme o afetin sessiz dönemi adı verilir. Bu dönemin uzunluğu afet türü, bölge ve ülkeye göre değişir. Salgınlar, hava kirliliği, volkan patlamaları, savaşlar ve büyük endüstriyel kazalar daha seyrek aralıklarla yinelerler. Bu nedenle bu tür nedenlere/tetikçilere bağlı afetlerin sessiz dönemleri daha uzundur.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 343 23.11.2023 13:18

Buna karşılık deprem, sel ve fırtınalara bağlı afetler daha sık yineler ve sessiz dönemleri diğerlerine göre daha kısadır. Örneğin; Türkiye'de ortalama her on bir ayda bir yıkımlı deprem yaşanmaktadır. Dolayısı ile, Türkiye'de depremler için ortalama sessiz dönem süresi on bir ay kadardır. Van'da 24 Kasım 1976 tarihinde ve daha sonra da 23 Ekim 2011'de iki büyük kırımlı deprem yaşanmıştır. Bu durumda Van'da afet nitelikli deprem için sessiz dönem yaklaşık 35 yıldır.

Sessiz dönem risk yönetimi bağlamındaki işlerin, başka bir anlatımla afete karşı hazırlık çalışmalarının yapıldığı ve koruyucu önlemlerin alındığı dönemdir. Başlıcaları şu başlıklar altında toplananır:1) Örgütlenme,2) yasal düzenlemeler,3) alarm sistemleri kurma, 4) eğitim, 5) alt yapıyı dayanıklı hale getirme ve 6) planlama (senaryolar hazırlama).

***Örgütlenme:*** Sessiz dönemde ilk yapılacak iş, afetlere ilişkin çalışmaları yapacak ve afetlere müdahale edecek örgütler (resmi, gönüllü vb.) ile toplumsal örgütlenmelerdir. Özellikle toplumun örgütlenmesi/toplumsal örgütlenmeler (apartman, sokak, mahalle, kasaba ve kent) son derece önemlidir (Akdur 2005). Olaydan çok önce ve sessiz dönemde iken bu örgütlenmelerine yapamayan toplumlar, kriz döneminde koordine olamaz ve afetlerle baş edemezler. Bundan ötürü de oluşan yıkım ve kırımları def etmede başarılı olamadıkları gibi, olaya ikincil hatta üçüncül afetlerin eklenmesinden de kurtulamazlar. Bu dizeden olmak üzere; daha eski lağvedilen kamu örgütleri bir yana bırakılır ise; Türkiye'de, 17 Haziran 2009 tarihinden itibaren, Afet ve Acil Durum Yüksek Kurulu, Afet ve Acil Durum Koordinasyon Kurulu, Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı (AFAD) ile tüm ana çözüm ortağı olan bakanlıklarda acil ve olağanüstü hâl daire başkanlıkları kurularak, merkezi hükümet alanındaki örgütlenmede önemli bir yol katedilmiştir (Aktel 2010). Benzer şekilde belediyelerin de konuya ilişkin örgütlenmeleri sağlanmıştır (Yener 2002). Türkiye Kızılay Derneği, bu konuda çalışan, gönüllü kuruluşların en büyüğü ve en önemlisidir. Ayrıca birçok gönüllü kuruluş kurulmuş ve etkinliklerine devam etmektedir. Buna karşılık gönüllü toplumsal (apartman, sokak, mahalle, kasaba ve kent) örgütlenmeler yok denecek düzeydedir. Yakın bir gelecekte de tamamlanacağına ilişkin de bir ümit yoktur (Akdur, 2005).

*Yasal Düzenlemeler*: Afetle doğrudan ilgili ilgili merkezi örgütlerin (AFAD ve ana çözüm ortaklarının) "teşkilat, görev ve sorumluluk yasaları" yanında sessiz dönemde kişilerin/kurumların uyması gereken kurallar ile, kriz dönemindeki kurum ve kişilerin görev ve sorumluluklara ilişkin her türlü yasal düzenleme bu başlık altında toplanır. Türkiye'de gerek kurum ve kişilerin afetlere ilişkin sorumlulukları, gerekse acil yardım örgütleri ve çalışmalarına ilişkin ve de gerekse yapılacak konutların sahip olması gereken özelliklere ilişkin son derece ayrıntılı yasal düzenlemeler vardır. Ancak bu düzenlemelerin gerektirdiği uygulamaların denetlenmesi konusunda ciddi eksiklik ve sorunlar yaşanmaktadır.

*Alarm Sistemi Kurma*: Sessiz dönemde yapılacak önemli işlerden diğer birisi de alarm sistemlerinin kurulmasıdır. Bu amaçla meteoroloji, sismoloji, hidroloji enstitü ve ölçüm istasyonları, radar sistemleri (siklon radarları) ile bunlar arasında haberleşme ağının kurulması çalışmaları bu başlık altında toplanır. Son yıllarda yer gözlem uyduları çok değerli bilgiler vermektedir, bu sistemden yararlanılması gerekir. Ayrıca acil durumlarda yararlanılacak ve bu amaçla donanmış uçak, helikopter ve dronların da hazır olması gere-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 344 23.11.2023 13:18

kir. Benzer şekilde bu birimlerden toplanan bilgilerin öncelikle ilgili sonra da tüm tekrar sektörlere ve halka iletileceği haberleşme sistemlerinin kurulması da bu başlık altında yapılacak önemli işlerdendir. Türkiye'de 1999'dan (Marmara Depremi) sonra önemli ilerlemeler sağlanmıştır.

*Eğitim /Toplumu Hazır ve Bilinçli Hale Getirme:* Ülkede, bölgede görülen ve görülme olasılığı olan her türlü afet tetikleyicilere karşı tüm eğitim (örgün, yaygın, algın) olanaklarından yararlanılarak toplum bilinçli ve hazır hale getirilmesi çalışmaları bu başlık altında toplanır. Ayrıca, afetlerde hizmet verecek profesyonel ve gönüllü kuruluşlar ile personelinin sürekli eğitilerek olaya hazırlıklı olmalarının sağlanması da bu kapsamdadır. Bu bağlamda AFAD ve Kızılay ekipleri, askeri birlikler, polisler ve sağlık personeli öncelikle ele alınması gereken guruplardır. Bu dizeden olmak üzere, sık sık toplumun da katıldığı tatbikatlar yapılmalıdır. Ancak, bu tatbikatların özellikle de habersiz tatbikatların, çok titiz hazırlanması ve uygulanması gerekir. İyi hazırlanılmamış habersiz/ haberli tatbikatlar toplumda olumsuz tepkilere neden olabildiği gibi, maddi zararlara da yol açabilir.

*Alt Yapının Dayanıklı Hale Getirilmesi:* Yerleşim birimlerindeki eski yerleşimlerin yeri, binaların yapısı ve dayanırlığının her türden ve özellikle de doğal tetikleyiciler açısından gözden geçirilerek uygun olmayanların yıkılması, yer değiştirilme, rehabilite edilerek güçlü hale getirime vb. çalışmalar (kentsel dönüşüm) bu başlık altında toplanan işlerdir. En başta, su baskını, deprem, heyelan ve çığ gibi afet tetikleyicisi olma olasılığı olan yerleşim yelerinde gerekli müdahaleler yapılarak bunların afete dönüşmesinin önlenmesi bu bağlamda yapılacak en önemli iştir. Daha da önemlisi bu tarihlerden sonra yapılacak hiçbir yapının (bina, yol, köprü baraj vb.) herhangi bir tetikleyici olasılığı olan yerlere/arsalara yapılmamasının sağlanması, bu yapıların deprem ve diğer doğal afet olasılıklarına karşı hazırlanmış olan yasalara (deprem yönetmenliği vb.) uygun inşa edilmesinin sağlanması bu başlık altındaki en önemli iştir.

Tekrarlamak gerekir ise Türkiye'de, özellikle öncelikli sorun olan deprem ve gittikçe önemi artan su baskınları açısından; tüm yerleşim birimleri alt yapının gözden geçirilerek güçlendirilmesi gerekir. Bu dizeden olmak üzere; a) deprem, sel açısından risk bölgeleri haritasının çıkarılması, b) risk altındaki bölgelerin boşaltılması uygun olan yerlerde kentsel dönüşüm (yıkma yeniden yapma, güçlendirme) çalışmaları yapılması. Başta kamu binaları ve yapıları (hastaneler, okullar ve resmi daireler, barajlar, köprüler) gözden geçirilerek dayanıklı olmayanların belli bir program çerçevesinde ıslah edilmesi (bu binalar bir deprem sırasında toplu kırımlara neden olabileceği gibi, deprem/sel sonrası kamu hizmetleri ve geçici barınma açısından da önemlidir. c) yeni yapılacak yapılarda risk bölgelerinden kaçınılması ve yapılarda deprem yönetmenliği ve su baskını önlemlerine uygunluğun sağlanması, d) ulaştırma ve haberleşme alt yapısının güçlendirilmesi (afetlere karşı cevap verebilmede iyi bir haberleşme ve ulaştırma alt yapısı vazgeçilmez koşullardan biridir).

Van'da 24 Kasım 1976 da yaşanan depremde 4000' e yakın can kaybedildi bundan 35 yıl sonra 23 Ekim 2011 depreminde 600'den fazla can kaybı oldu. 17 Ağustos 1999 Gölcük/ Marmara depreminde resmi kayıtlara göre 17480 kişi öldü. Beklenen İstanbul depreminde sonuçların daha kötü olması olasılığı yüksektir. Diğer bir afet nedeni olan selden örnek



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 345 23.11.2023 13:18

vermek gerekir ise; Ayamama deresi 10 Temmuz 1995 de taştı 20'ye yakın can ile milyonlarca liralık ekonomik kayba neden oldu. Aynı şekilde 10 Eylül 2009'da yanı 14 sene sonra tekrar taştığında ise 40'a yakın cana ve öncekinden kat kat fazla mal kaybına neden olmuştur. Tüm bu ve benzeri örneklerden görülmektedir ki, Türkiye'de olasılıklar bir yana yaşanan afetlerden sonra bile alt yapıya gerekli müdahaleler yapılmamakta (gerekli ders çıkarılmamakta) ve sessiz dönemden bir sonraki olay çok daha şiddetli bir afet neden olmaktadır.

*Planlama:* Afetler bağlamında yapılan plan çalışmalarının hepsi bu başlık altında toplanır. Tüm plan çalışmalarının esasını ise, *olanaklar ile gereksinimleri en etkili ve ekonomik olarak karşı karşıya getirmek* oluşturur. Afet planlarının da özü budur. Bu nedenle de ulusal afet planı; kaynakların saptanması, gereksinimlerin hesaplanması ve kaynaklarla gereksinimleri karşı karşıya getirme aşamalarından oluşur.

a) Kaynakların saptanması ve toplumu tanıma: Herhangi bir afet durumunda, her şeyden önce, oluşacak yıkımı defedecek toplum kaynaklarının iyi bilinmesi gerekir. Kaynakların ve toplum reaksiyonlarını bilmeden, etkili ve ekonomik bir biçimde kullanılması da olanaksızdır. Bu amaçla; demografik yapı, sosyo-ekonomik ve kültürel yapı, sağlık ve sağlık hizmetlerinin düzeyi, sağlık hizmeti kaynakları, ikmal yolları, diğer kamu hizmetleri ve kaynakları, ikmal yolları başta olmak üzere toplumun genel durumu ve kaynakları hakkında ayrıntılı veriler toplanmış ve bunların bilgiye dönüştürülmüş olması gerekir.

b) Gereksinimlerin belirlenmesi: Afet durumunda, neye ve ne kadar gereksinim olacağının hesaplanması / tahmin edilmesi işlemleri bu başlık altında toplanır. Bu dizeden olmak üzere; afet haritası ile etkilenecek bölgelerin ve bu bölgelerdeki yapı durumunun saptanması, risk altındaki nüfusun saptanması, beklenen yıkım ve afetzede sayısının belirlenmesi (varsayımlar, afet senaryoları) işlemleri ile, bir afet halindeki gereksinimler tahmin edilmeye çalışılır. Bu belirleme ve hesaplamalar; eski afet bilgi ve kayıtları ile mevcut yapıların/toplumun dayanıklığına/özelliklerine ilişkin bilgiler göz önünde bulundurularak varsayımlara dayandırılarak yapılır. Böylece gereksinimler (ne kadar çadır, su, ekmek hekim, hemşire) hesaplanır. Bulunan bu tahmini sayılara dayalı olarak da iş planları çıkarılır. Bunların hepsi olacak olayın/tetikleyicinin yeri zamanı ve büyüklüğü varsayımlarına dayandığı için; bu büyüklüklere göre birkaç seçenekli olmalıdır.

c) İş / eylem planı: Kurumsal ve bireysel düzeyde görev ve iş tanımlarının çıkarılması işidir. Bu dizeden olmak üzere; konular (kurtarma, şok giderme, besleme, su, giyindirme, barındırma ilkyardım, tahliye vb.) belirlenir; İş - operasyon detayları çıkarılır (her bir konu ya da iş gurubunun detaylı akış şemaları çıkarılır, kim ne ile nerede nasıl yapacak sorularının yanıtları verilir); yönetim ve kontrol ağı, yetki sorumluluklar, görevler ve sevk (referal) sistem açıklığa kavuşturulur; ek gereksinim karşılama kaynaklar (yerel kaynakların yetmemesi halinde nereden ne ve nasıl ikmal edileceği belirlenir). Böylece afet planı tamamlanmış olur.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 346 23.11.2023 13:18

Her yerleşim birimi (köy, ilçe, il) kendi bölgesinin planlarını kendisi çıkarır. Bu planların birleştirilmesi ile ulusal plan oluşur. Böylece varsayılan afetlerden birini oluşması durumunda, o varsayıma göre hazırlanmış olan, plan derhal yürürlüğe konur.

Yukarıdaki bilgilerden de anlaşılacağı üzere, bir afet planı hazırlamak için gerekli olan, ulusal kaynaklar envanteri ve afette yapılacak işlerin dizgelenmesinde önemli bir sorun olmaz. Esas sorun gereksinmelerin tahmin edilmesinde yatar. Planların başarısı da bu tahminlerin doğruluk derecesine bağlıdır. Gereksinmelerin hesaplanmasına esas olan, bina yapı envanterlerinin çıkarılması da fazla zor değildir. Bu bina yapısında, afetin ne kadar yıkım yapacağının tahmini bu konunun en zor kısmını oluşturmaktadır. Bu zorluğu aşmada başvurulacak tek kaynak ise geçmiş afet bilgileridir. Bundan ötürü, iyi bir afet planının yapılabilmesi, her şeyden önce, eski afetlere ilişkin bilgilerin elde olmasına bağlıdır. Başka bir anlatımla, bir ülkedeki afet verilerinin çok iyi kaydedilmesi, mevcut afete karşı yapılacak işler için şart olduğu gibi, gelecek afetler için de gereklidir. Bu nedenle de afet bilgilerini çok ciddi bir biçimde toplanması ve epidemiyolojik ilkelere uygun olarak değerlendirilerek bilgiye dönüştürülmesi gerekir.

Tüm olay ve olgularda olduğu gibi, afetlerle de baş edebilmek, can ve mal kırımlarını önlemek veya en aza indirmek için, *ulusal bir plan/master plan gereklidir*. Böyle bir plan olmaz ise; kişiler, kurumlar ve giderekten ulus organize ve koordine olamaz. Sonuçta; ulusal kaynakların yeterince değerlendirilemez *(ihmal),* zamanında ve birlikte seferber edilemez *(gecikme),* hizmetlerde karmaşıklık ve yinelemeler *(duplikasyon/ gereksiz harcama)* olur. Sonuçta, bir yandan boşa çaba ve harcama ile ulusal kaynaklar israf edilirken öte yandan da afetin önlenebilecek/giderilebilecek yıkım ve kırımları da önlenemez /giderilemez. Özetle afet daha büyük yıkım ve kırımlarla sonuçlanır (Akdur 998). Türkiye'de özellikle 1999 Marmara depreminden sonra plan çalışmalarına hız verilmiştir. Ancak Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi başta olmak üzere, yaşanan olaylar planlama çalışmalarında başarılı olunamadığı açıkça görülmektedir.

### 14.4.2. Alarm Dönemi

Afetin tahmin edildiği ve beklendiği, dolayısı ile de topluma alarm verilerek, afetin kırımlarından kaçınıldığı dönemdir. Afet tür ve yerine göre, iki ile 48 saat kadar sürer. Bu dönemde başlıca ve sırası ile; erken haber alma ve değerlendirme, sektörlere (örgütlere) haber verme, afet senaryolarının (planlarının) gözden geçirilmesi, varsa eksikliklerin giderilmesi, topluma haber verme ve senaryoların yürürlüğe sokulması (gereğinde güvenli bölgelere toplanma ve tahliye) iş ve işlemleri yapılır.

### 14.4.3. İzolasyon Dönemi

afetin başladığı andan, toplumun afet şokunu ve izolasyonunu üzerinden attığı ana dek geçen zamana bu ad verilir. Afet türüne göre üç saat ile üç gün kadar sürer. Bu dönemde yapılacak işler bireysel/ailesel ve kurumsal olarak iki başlık altında toplanır.

Bireysel işlerin başlıcaları, kendi kendini kurtarma, aileden yakınlarından haberdar olma ve kurtulmalarına yardım etme, olaydan ayrıntılı bilgi edinme, önceden verilmiş görevi var ise görevi başına gitme ya da kriz masalarından görev isteme şeklinde sayılabilir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 347 23.11.2023 13:18

Bu dönemde yapılacak kurumsal işlerin başlangıcı; yerel yöneticilerin (afetin şokunu üzerlerinden atara atmaz) derhal yerel/kuruma ilişkin kriz ve koordinasyon masalarını toplamasıdır (yerel kriz ve koordinasyon masalarına en kısa sürede dışarıdan/kardeş kurum/kardeş il gelecek kişilerim katılmasında büyük yarar vardır. Bunlar daha sakin ve objektif değerlendirmelerle komisyonların daha soğuk kanlı ve objektif çalışmalarını sağlar).

Yerel koordinasyon masalarının yapacağı ilk iş bir durum değerlendirmesi yapmaktır. Bu ise çok iyi bir haberleşme ağının kurulmasına bağlıdır. Derhal bir haberleşme ağı aktive edilerek/ kurularak bu ağ aracılığı ile hem olay ve sonuçları konusunda bilgi toplanır hem de alt birimlerin /toplumun bilgilendirilmesi sağlanır. Çeşitli araç ve gereçlerle topluma, afetin büyüklüğü, neler yapılacağı, sağlık istasyonlarının yeri, temel gereksinimlerin karşılama yolları gibi konularda bilgi verilmesi toplumun olayın şokunu atmasına yardımcı olacak en etkili eylemlerden birisidir. Yerel komiteler/masalar, üst kademeleri de bilgilendirmeyi de ihmal etmemelidir.

Yerel masa ilk değerlendirmesinde; a) afetin etkilediği bölge, b) varsa yıkımın büyüklüğü, evsiz kalanların sayısı, c) ölüm ve yaralıların tahmini, yer ve sayıları, d) izole kalan aile ya da köy var mı, f) ailelerinden kopan engelli, yaşlı, çocuk ve kadın var mı ve sayısı gibi konulara öncelik vermelidir.

Elde edilen bilgilerin ışığında, daha önce hazırlanmış olan senaryo seçeneklerinden (planlardan) duruma en uygun olanı/birisi yürürlüğe konur. Şayet böyle bir senaryo yok ise, derhal bir plan yapılır. Bu planda; a) kurtarma işlemleri, insan gücü ve makina parkının sevk ve idaresi, b) sağlık istasyonları, sağlık insan gücü ve yaralıların tahliyesi, c) su ve gıda dağıtım planı, d) çadır, battaniye ve giysi dağıtım planı, e) barındırma planı önceliği olan konulardır.

### 14.4.4. Dış Yardım Dönemi

Afet bölgesine dış yardımım ulaşması ile başlayan ve bu yardımların kesilmesine dek süren dönemdir. Süresi afet türü, şiddeti yanında ülke ve bölgeye göre de değişir. Günler bazen de aylarca sürer.

Dış yardım yapacak kurum ve kuruluşların (ilçe, vilayet, merkezi hükümet ya da uluslararası kuruluşlar) ilk yapması gereken iş; yerel masalar/otoriteler ile iletişim kurarak haber almak olmalıdır. Yerel kaynaklardan alınan, bilgiler yeterli değil ise, bu bilgileri, dış yardım kuruluşları kendisi toplayarak, bir değerlendirme yapabilir. Bu konuda, en etkili yöntem uçak ya da helikopterlerle afet bölgesinin havadan keşfidir. Bu inceleme sonunda; sırası ile, a) afetin etkilediği bölge ve nüfusunun saptanması, b) varsa yıkım büyüklüğünün saptanması, buna bağlı olarak tahmini sonuçlar çıkarılması (gereksinimler hesaplanır), c) şok giderme arama- kurtarma, ilkyardım-triage ve, d) geçici yerleşimin sağlanması (beslenme, giydirme, su, barındırma ) iş ve işlemleri yapılır. Tüm dış yardımların bu sırayla ve planla yapılması gerekir. Gerekli ve yeterli bilgiye ulaşmadan ve detaylı bir müdahale planı oluşturmadan yapılacak dış yardımlar iyi sonuç veremez. Aksine afet bölgesine gönderilen insanların da afet yaşamasına neden olarak afetin olumsuzluklarını artırır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 348 23.11.2023 13:18

Afetlerde dış yardım kuruluşlarının yapacağı iki temel hatadan birisi aceleci davranarak, ele geçirilebilen/toplanabilen her şeyin afet bölgesine gönderilmesidir. Diğeri ise devlet yetkililerinin afet bölgesine yapacakları ziyaret yoğunluğudur.

Afet bölgesinin gerçek gereksinimi olmayan hiçbir şey gönderilmemelidir. Türlerine ayrılmamış kişisel/ailesel paketlemesi yapılmamış, özellikle de yardımseverlerden toplanan, ilaç giyecek ve yiyeceklerin etkili bir yararı yoktur. Bunların, afet bölgesinde kişisel/ailesel paketlere konularak dağıtılması olanaksız olduğu gibi, özellikle iyi hazırlanmamış kullanılmış eşyalar afetzedelerde ve hatta yerel yöneticilerde, "insanların kendilerine layık görmedikleri şeyleri afetzedelere gönderdikleri" duygusunu yaratarak tepkilere de neden olmaktadır. Aynı şekilde, afet yaşayan toplumun kültürüne uygun olmayan gıda ve eşyaları göndermenin bir yararı yoktur.

Afet bölgesine plansız, organize olmamış insan gücü göndermenin yarardan çok zararı vardır. Çeşitli gönüllü veya resmi kuruluşlardan afet bölgesine giden plansız insanların, afet bölgesinde barınma ve beslenme gibi gereksinimlerinin karşılanması yerel yöneticiler için ciddi bir sorun oluşturur. Yerel /merkezi yöneticilerle dışardan gelen yardımcıların çatışmalarına yol açar.

Devletin üst kademelerinde bulunan insanların afet bölgesine giderek, afetzedelerin yanında olduklarını göstermeleri, onlara moral vermesi açısından yararlıdır. Ancak, bu ziyaretlerin yerinde ve dozunda olması gerekir. Özellikle afetin ilk günlerinde gelen çok sayıdaki devlet yetkilisi, yerel yöneticileri iş yapamaz duruma sokar. Bu nedenle bu ziyaretlerin olabildiğince az sayıda olması ve acil dönem atlatıldıktan/arama kurtarma etkinlikleri bittikten sonraki döneme bırakılmasında yarar vardır. Afetin ilerleyen günlerindeki yardımların en az arama kurtarma sırasındaki yardımlar kadar hatta çok daha önemli olduğu asla unutulmamalıdır.

### 14.4.5. Rehabilitasyon Dönemi

Toplumun rehabilite edilmesi, afet bölgesindeki yıkımların yerine yenilerinin yapılarak, bölgenin, çevrenin ve yaşamın afetten önceki durumuna getirilmesi (rekonstrüksiyon) bu başlık altında toplanır. Bölgenin çöken ekonomisinin yeniden canlandırılması en önemli iştir. Süresini; afetin büyüklüğü ve toplumun sosyo-ekonomik düzeyi belirler. Kısa sürebileceği gibi genellikle yıllarca da sürebilir,

## 14.5. Afet Yönetimi

Ulusal ve uluslararası yazında yönetim için birçok tanım verilir. Bu tanımlardan afet için uygun olanların şunlar olduğu söylenebilir, yönetim:

- Geleceği şekillendirmek ve gelecekte söz sahibi olmaktır,
- Kişi/kurum/sektöre yüklenen/beklenen görevleri yerine getirme/gereksinimleri karşılama/ gereksinimler ile kaynakları karşı karşıya getirmedir.
- Bir örgütün/kuruluşun/sektörün amaçlarına ulaşmak için, planlama, örgütleme, eş güdüleme, denetleme ve değerlendirme işlevlerini yerine getirme sürecidir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 349 23.11.2023 13:18

Gerçekten de yönetim ve yöneticilerin afet bağlamında işlevi, her şeyden önce geleceği/ gelecekte oluşabilecek afetleri görerek/öngörerek, önce bu afetleri tetikleyebilecek olayları önlemek, eğer onları önleyemiyorsa (doğal olaylar ve benzerleri olduğu gibi) bu olayların afete dönüşmemesini sağlamaktır. Tüm bunlara karşın, toplum önlenemeyen bir afetle karşılaştığında toplumun yöneticilerden, yönetimlerden beklediği görevleri yerine getirmek, yani afetin ortaya çıkardığı gereksinimleri karşılamaktır. Başka bir anlatımla afette ortaya çıkan gereksinimler ile toplumsal kaynakları en hızlı, en pratik ve verimli bir biçimde karşı karşıya getirmektir.

Toplumun örgütlü gücü olan devletin, afetlere ilişkin amacı; afetlere karşı planlama, afete ilişkin örgütler kurma ve bunların gerek kendi birimleri arasında(iç) gerekse diğer örgütlerle(dış) eşgüdümünü sağlama, bu kapsamdaki örgüt ve etkinlikleri denetleme ve değerlendirmesini yaparak, sorunları/eksiklikleri bulmak ve gidermektir. Başka bir anlatımla önce afet olmasını önlemek, afet olduğunda ise toplumun tüm gereksinimlerini karşılayarak, en az zararla atlatmasını, esenliğe kavuşmasını sağlamaktır.

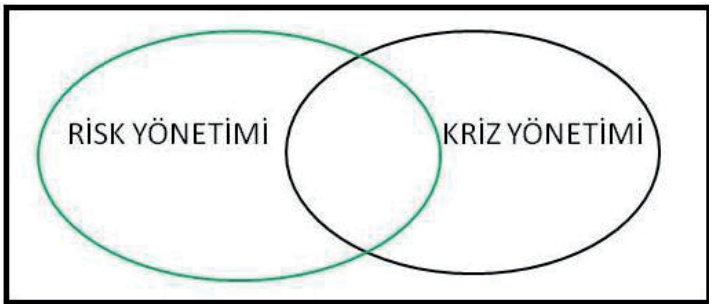
Afet yönetiminin iki bileşeni/ iki kümesi vardır. *Bunlardan birisi risk yönetimi diğeri ise kriz yönetimi olarak adlandırılır* (Akdur 2001). Risk yönetimi ile sessiz evrede, yani tetikleyici olay/olgu gerçekleşmeden önce (proaktif olarak) risk/ hasar/ zarar nedenlerini bulup azaltmak ya da yok etmek suretiyle olayın afet niteliği kazanmasını önleme, yani olayın toplumda yaratacağı riskleri/zararları /hasarları önleme/ yok etme ya da en az düzeye indirme çalışmaları demektir. Hedefi risk/hasar/ zarar nedenlerini dolayısı ile de afetleri yok etmektir. Toplumu kırım ve yıkımdan koruyan; klasik halk sağlığı söylemiyle *afet bağlamındaki koruyucu /önleyici hizmetlerdir.*

Kriz yönetimi ise, tetikleyici olay/ olgu olduktan sonra (reaktif) özellikle izolasyon ve dış yardım evrelerinde riski/ hasarı/zararları onarma/yaraları sarma/krizi def etme, ikincil ölüm ve sakatlıkları azaltma, özetle krizin zararlarını en aza indirme çalışmaları demektir. Klasik halk sağlığı söylemine benzetmek gerekir ise; *afet bağlamında hastalık ve yaralanmaları tedavi etmektir.*

Bu iki kümenin ortak elemanları da söz konusudur. Yani bazı iş ve eylenler hem risk yönetimi hem de kriz yönetimi kümesinde değerlendirilebilir. Afet yönetiminde başarı bu iki kümede de başarılı olmayı gerektirir. Türkiye'de günlük konuşmada çok kullanıldığı gibi "bir kriz yönetiminde çok başarılıyız ancak risk yönetiminde başarısızız" gibi bir durum söz konusu olamaz.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 350 23.11.2023 13:18




**Şekil 5.** Afet yönetimi

### 14.5.1.Risk Yönetimi

Risk sözcüğü, günlük yaşamda ve hayatın birçok alanında çok sık kullanılan, üstelik de çok çeşitli anlamlara gelen bir sözcüktür. Etimolojik kökünün Arapça, Latince ve Yunancadan geldiğini bildirenler var olup, kökeni konusunda bir uzlaşı olmadığı gibi anlamı konusunda da tam bir anlaşma yoktur. Tehlike, kriz, olasılık, tehdit, rızık, felaket, kayıp, bilinmezlik, cesaret, gözü peklik, kazanç, kendi kaderini tayin etme, gibi birçok anlamlarda kullanılmış ve kullanılmaktadır.

Gerek Türkçe ve gerekse batı dillerindeki afet konulu metinlerde risk sözcüğü beş ayrı anlamda(tehlike-tehlikeli=danger-dangerous-hazardous), (olasılık-ihtimal=chance-probability-possibility), (duyarlılık-hassasiyet=vulnarabilitiy- sensivity), (şiddet/sertlik=-forse-severity-violence-intensity),(hasar–zarar–ziyan-kayıp=damage-harm–injury-loss) anlamların-da kullanılıyor. Bu nedenle risk sözcük olarak da / yaklaşım /düşünce kategorisi ya da kavram olarak da *kullanıldığı alanın/cümlenin iyi/açık anlaşılmamasına ve somutlanamamasına neden olan bir sözcüktür.*

Kendini ve toplumu bu karmaşadan/anlaşılmazlıktan korumanın en kestirme yolu affet alanındaki konuşma ve yazılardan bu sözcüğü hiç kullanmamaktır. Onun yerine anlatmak istediğimiz durumu / olguyu ifade eden diğer sözcüklerden birini kullanmak daha yerinde ve anlaşılır olacaktır. Risk sözcüğünü kullanmak isteyenler için ise, yalnızca sözlükteki mutlak anlamı karşılığında yani hasar-zarar-ziyan=damage-harm-injury anlamında kullanılması yerinde olur.

*Risk yönetimi; risk sözcüğünün sözlüklerdeki mutlak anlamı gibi, hasar/ zarar/ ziyan ile sonuçlanan olayları**n kendisinden** bağımsız olarak hasar / zarar miktarını azaltmak demektir.* Örneğin depremler/seller/fırtına/tsunami/aşırı sıcaklıklar/aşırı yağışlar gibi tetikleyiciler/ olayların kendisini/ olasılığını yok edemediğimiz gibi büyüklükleri de kontrol edilemez. Bugünkü bilgilerimize göre, bu durum gelecekte devam edecek ve dünya ile birlikte var olacaktır. *Bu tür tetikleyiciler/olaylar karşısında insanlığın/ yönetimin tek olanağı/şansı, alınan önlemlerle çevreyi, toplumu, bağışık/dirençli kılarak bu olayların yol açtığı hasarı azaltmak, hatta sıfırlamaktır.* Böylece deprem örneğinde olduğu gibi bu olaylar varlığını sürdürecek ancak uygulanacak risk azaltıcı/yok edici önlemler nedeniyle afet



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 351 23.11.2023 13:18

üreticisi olmaktan çıkacaktır. Bu yaklaşım özellikle doğal tetikleyicilerin afet üretmesini önlemede çok önemlidir.

Çevre/kent düzeni ile aşırı yağışlardan sonra sel oluşumunu önleme veya kuvvetini/ şiddetini azaltma olanağı vardır. Yani bazı olayların/tetikçilerin kendisi önlenebilir. Ancak bu tür tetikleyicilerde de risk yönetimi yapılabilir ve önemlidir. Burada elbette ki riski/ zararı azaltmak yerine olayı tamamen yok etmek yeğlenir. Yönetimler için olayı önlemek ya da riski/hasarı azaltmak seçeneklerinden hangisinin yeğleneceği tamamen teknik veya ekonomiktir. Bu örnekten de çıkarılacağı üzere olay önleme ile hasar/risk azaltma/önleme birbirine karıştırılmamalıdır. *Risk yönetimi bir anlamda olayların riskinin/ zararlarının miktarını /büyüklüğünü küçülterek olayın afet yaratma niteliğini yok etmek demektir.*

Afetlerde olay öncesinde(proaktif) ve risk yönetimi bağlamında yapılacak iş ve işlemler dört başlık altında toplanır: 1) Riskin /olası risklerin saptanması ve değerlendirilmesi (deprem/fay haritaları gibi), 2) Riskin arttırılmaması/biriktirilmemesi (inşaat kuralları/ deprem şartnamesi gibi), 3) Riski azaltma (kentsel dönüşüm) ve 4) Riskin finansmanı ve riskin transferi (sigortalama sistemleri vb.).

Riskin belirlenmesi/tespiti/ değerlendirilmesi/ anlaşılması: Özellikle doğal afetlerden korunmanın temeli/hedefi, yapılacak tüm yapıların (bina, yol, köprü) inşa edileceği bölgede gelecekte afet tetikleyicileri (fay hattı, volkan patlama ürünleri, sel, fırtına) olma olasılığının sıfır ya da en az olmasıdır. Başka bir anlatımla tetikleyici olayın alabileceği bölgeye yapı yapmamaktır. Bunun için bu olayların olma olasılığı belirlenir (zemin etüdü, fay haritası. İklim koşulları, aşırı yağmur, su basma vb.). Daha sonra yapılacak tüm yapılar ise olabilecek olaylara karşı dirençli/ dayanıklı şekilde yapılır. Endüstriyel afetler için ise söz konusu işletmede (nükleer santral, ensektisit fabrikası, patlayıcı üretimi) afete neden olabilecek kaza olasılığı ve sonuçları değerlendirilir. Fabrika üretim kaza olasılığını yok edecek /en aza indirilecek şekilde tasarlanır.

Yerleşim birimlerinin /yapıların tarihi çok eskidir. Bu nedenle de birçok yapı /bina günümüzdeki risk değerlendirmelerine göre güvensizdir. Buna karşı alınacak en önemli önlem risk biriktirmemek yani riskli bölgelere, söz konusu tetikleyiciye/tetikleyicilere dayanıksız/ dirençsiz yeni yapılar yapmamak/ eklememektir. Örneğin 1999 Marmara Depremi sırasında İstanbul'daki Konut stokunda 7,4 büyüklüğündeki bir depreme dayanıklı olmayan 500000 konut var ise, o tarihten sonra yapılanlar ile bunun sayısı 2023'te 1500000'e çıkmamalıdır.

Risk azaltma çalışmaları ile günlük dilde kentsel dönüşüm olarak adlandırılan çalışmalar anlatılmak istenir. Özetle *kabul edilemeyecek riske* sahip binaların yıkılarak aynı yerde veya başka bir yere yeniden yapılması bu çalışmaların en önemlilerindendir. Ayrıca mevcut yapılarda *yapısal riskleri azaltarak*, güvenliği arttırmak/duyarlılığı azaltmak için güçlendirme vb. çalışmalar da bu tür çalışmaların diğer örnekleridir. Benzer şekilde tüm bina ve yapılardaki eşyaların insanlara risk olasılığı yaratmayacak/güvenli şekilde yerleştirilmesi /tespit edilmesi suretiyle *yapısal olmayan riskleri* azaltmakta bu başlık altında değerlendirilen çalışmalardandır. Tüm bu çalışmalar sonucunda var olan risk/hasar olasılığı önemli oranda azalacaktır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 352 23.11.2023 13:18

Tüm bu önlemlere karşın birtakım yıkımların /hasarların oluşması durumunda bu hasarla karşılaşan kişilerin /ailelerin bir an önce yeni ve kalıcı bir yerleşime kavuşmasını sağlamak üzere bunun maliyetini/finansmanını karşılayacak işlerde *riskin transferi* başlığı altında toplanır. Türkiye'de DASK olarak bilinen çalışmalar bu türden çalışmalardır. Bu çalışmalarla, deprem, sel, fırtına gibi bir nedenle evini, işyerini kaybeden insanların sigortanın sağlayacağı finansmanla hemen yeni bir eve veya işyerine yerleşmesi amaçlanır.

Türkiye'de afetlerde risk yönetiminden birinci derecede sorumlu kuruluş AFAD Planlama ve Risk Azaltma Dairesi Başkanlığı'dır ve çalışmalarını yedi başlık altında yürütmektedir. Bunlar:

a) Doğal Afet Risk Azaltma Çalışma Grup Başkanlığı
b) Zarar Azaltma Proje Geliştirme ve Uygulama Çalışma Grup Başkanlığı
c) Afet Yönetimi Standart Belirleme ve Akreditasyon Çalışma Grup Başkanlığı
d) Türkiye Afet Risk Azaltma Plan Esaslarını Belirleme Çalışma Grup Başkanlığı
e) Teknolojik (İnsan Kaynaklı) Afetler Risk Azaltma Çalışma Grup Başkanlığı
f) Türkiye Afet Müdahale Planı Çalışma Grup Başkanlığı
g) Tatbikatlar Çalışma Grup Başkanlığı

Dünya ölçeğinde afetlerde risk yönetiminin koordinasyonunu UN International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) Genel Sekreterliği yapmaktadır. Bu sekreterlik, Aralık 1999'da BM Genel Kurulu'nda, (56/195) sayılı kararı ile Uluslararası Afet Azaltım Stratejisinin kabul edilmesi üzerine, bu strateji kapsamındaki çalışmaları yürütmek üzere kurulmuştur. Kısaca UNISDR olarak bilinir. Genel merkezi Cenevre'dedir ve UN Sekreteryasının bir birimidir. Yöneticiliğini BM'nin Afet Riskini Azaltma Genel Sekreteri (SRSG/ASG) yapar.

UNISDR'in Cenevre'deki UNISDR Genel Merkezine ek olarak; Asya (Bangkok), Afrika (Nairobi), Avrupa (Brüksel), Arap Devletleri (Kahire), Amerika ve Karayipler (Panama)'de beş bölge müdürlüğü vardır. Ayrıca New York'ta BM Genel Merkezi ile irtibat sağlayan bir ofisi ile Bonn'da bir irtibat bürosu, Rio de Janeiro, Kobe, Suva, Incheon ve Almatı'daki saha birimleri vardır. Genel merkez dahil tüm bölge ve bu ofislerde daimi çalışan personelin sayısı 100'ün biraz üzerindedir.

UNISDR, 18 Mart 2015 tarihinde Japonya'nın Sendai kentinde Dünya Afet Riskinin Azaltılması 3. Konferansı'nı topladı. Bu toplantıda *Sendai Afet Riskinin Azaltılması Çerçeve Programı (2015-2030) ve deklerasyonu* kabul edildi. Deklarasyon gönüllü bir sözleşme niteliğinde olup, temel işlevi kalkınma ve insani yardımdır. Disaster Risk Reduction (DRR) için yatırımların artırılması, afet dirençli şehirler, okullar ve hastaneler kurulması ve uluslararası DRR sisteminin güçlendirilmesi hedefleniyor.

Öncelikleri afet riskini anlamak, afet riskini yönetmek için afet risk yönetimini güçlendirmek, afet riskinin azaltılması için yatırım yapmak ve etkin müdahale için afet hazırlıklarını geliştirmek diye Türkçeleştirile-bilecek dört etkinlik kümesinden oluşuyor. Deklarasyon ve çerçeve programa dayalı olarak ulusal hükümetler ve yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri ve özel sektör de dahil olmak üzere tüm toplumsal yapılar ile ge-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 353 23.11.2023 13:18

liştirdiği ilişkilerden oluşan bir küresel ağ aracılığıyla bu alandaki hizmetleri yönlendirmekte ve koordine etmektedir. Ayrıca her iki yılda bir Afet Riskinin Azaltılmasına İlişkin Küresel Değerlendirme Raporunun yayınlanması, risk eğilimlerinin izlenmesi görevini de yürütmektedir.

### 14.5.2. Kriz Yönetimi

Kriz yönetimi (reaktif davranış, sorunları defetme) başlıca şu bileşenden oluşur:

a) ilk tepki/reaksiyon, toplanma organize olma, b) arama-kurtarma, c) geçici yerleşimler kurma (yaşamın sürdürülmesi ve tolumu geleceğe taşıması), d) moloz kaldırma/değerlendirme, e) kalıcı konutların inşası ve kalıcı yerleşimin sağlanması ve f) tüm süreç boyunca sağlık/halk sağlığı hizmetleridir. Bu metinde bunlardan sağlık sektörü ile ilgili olanlar ayrıntılandırılmıştır.

*Sağlık Hizmetleri*: Hangi tür olursa olsun, afetlerin sonuçları ölüm yaralanma, sakatlanma ve hastalanma gibi doğrudan sağlıkla ilgili sonuçlara yol açar. Bu nedenle de afetler gündeme geldiğinde, üzerinde en çok durulan sektör sağlıktır. Oysa, afet yönetiminin tümü (risk yönetimi ve kriz yönetimi) düşünüldüğünde, sağlık sektörünün sorumluluğu ve payı çok küçük bir yer alır. Esas önemli olan diğer sektörlerin sorumluluk ve paylarıdır. Özellikle konut, haberleşme, ulaştırma, sanayi gibi alt yapıyla doğrudan ilgili sektörler ile ordu, polis, sivil savunma ve Kızılay gibi hizmet kuruluşlarının öncelikli ve önemli bir yeri vardır. Konuya, acil sağlık hizmetleri/ işlemleri açısından bakıldığında, olay anından üç ile beş gün sonra sağlık kurumlarının bu bağlamdaki işlevleri sona erer. Ancak afet ortamında, afetzedelere sunulacak sağlık hizmetleri ve bunun sonunda birkaç canın kurtarılması; moral olarak çok büyük önem taşır. Bu nedenle de afetler sırasında toplumun bütün dikkatleri sağlık sektörüne çevrilir. Bu durum, çoğunlukla bir yanılgıya ya da sapmış tepkiye de yol açar. Tüm eleştiriler sağlık sektörüne yönelir. Bazen bu eleştirilerin dozu kaçar ve olayın tüm yükü/ sorumluluğu sağlık sektörüne yüklenebilir. Sektörünün bir yandan bu eleştirilerin hedefi olmaması öte yandan da gerçekten moral yönden çok önemli olan işlevlerini yerine getirebilmesi ve kriz döneminde başarılı bir görüntü verebilmesi için sessiz dönemde çok iyi hazırlanması, başka bir anlatımla, çok iyi düşünülmüş/ hazırlanmış senaryolara sahip olması gerekir.

Kriz dönemindeki sağlık konu ve amaçları/hizmetleri; kabaca örgütlenme, yaralı/hasta bakımı, sevk ve tahliye hizmetleri ve halk sağlığı hizmetleri diye dört küme altında toplanabilir (Akdur 1998).

*Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi*: Afet nedeni olayın, yerleşik sağlık birimlerini ve insan gücünü önemli oranda etkilemediği ve yerel kapasitenin olaya bağlı hizmet yükünü karşılamada yeterli olduğu durumlarda afet için hem ayrı bir sağlık hizmeti örgütlenmesine hem de dışarıdan yardım gönderilmesine gerek yoktur. Mevcut yapıların afet düzeninde yani dört bölge (kırmızı, sarı, yeşil, siyah) esasına göre veya salgınlarda olduğu gibi salgın düzeninde çalışmaya geçmesi yeterlidir. Olayın türüne göre yerel hastanelerde bulunmayan ya da sayısı az olan uzmanlar yönünden takviye gerekebilir. Genel uygulama, olayın olduğu yerde bulunmayan uzmanlık/teknoloji için bunlara ihtiyaç duyulan afetzedelerin, bu tür uzmanlık dalları ve teknolojinin bulunduğu merkezlere sevki şeklindedir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 354 23.11.2023 13:18

Afetlerde, yerleşim birimi dışından veya sınır ötesinden plansız bir biçimde sağlık personeli ve seyyar üniteler gönderilmesi genel bir alışkanlıktır. Oysa ki bu tür plansız ve gereksinim fazlası yardımların, moral destek ve dayanışma duygusu yaratmak dışında önemli bir yararı yoktur. Büyük boyutlu olmayan afetlerde genellikle ilk gün en çok izleyen üç gün içinde hizmet birimlerine kitlesel afetzede akışı durmakta ve acil / tedavi edici hizmetler açısından olağan sağlık sorunları dönemine geçilmektedir. Buna karşılık dışarıdan gönderilen yardımlar olay yerine genellikle bu süreden daha geç intikal eder. Bu nedenle de gereksinim fazları sağlık ekipleri, etkili bir yarar sağlamadığı gibi yerleştirilmesi ve barındırılması anlamında yerel yönetimlere ek işler ve sıkıntılar da yaratır. Örneğin; Dinar Depreminde (1 Ekim 1995), 90 ölü 200 kadar yaralıya karşılık, ilçeye 400'den sağlık personeli sevk edilmiş, bu insanlara da afet yaşatmakla kalınmadığı gibi, bunların beslenmesi ve barınması nedeniyle sorunlar ve sürtüşmeler yaşanmıştır. Benzeri olaylar Iraklı sığınmacılar olayında (Mart 1991) ve son Erzincan depreminde (13 Mart 1992) de yaşanmıştır. Bu nedenle, afetzede ve yaralılara hizmet edecek acil ekiplerle (yaralı toplanma istasyonları ve yaşam idame merkezleri), afet bölgesinde moral hizmeti sunacak sağlık birim ve sağlık personeli birbiri ile karıştırılmamalıdır ve bölgeye gereksiz toplu sevkler yapılmamalıdır. Bölgeye gönderilecek personel seyyar hastane ve ekipman gibi yardımların aceleye getirilmeden ayrıntılı bir şekilde düşünülerek ve planlanarak gönderilmesi daha doğrudur.

Yerleşik birimlerin kapasitesinin yetersiz kaldığı, yapılarının hasarlandığı ya da yıkıma uğradığı veya personelin görev yapamayacak hale geldiği durumlarda daha önce öngörülen/ planlanan sayıda ve yerde yaralı toplanma istasyonları ve seyyar hastaneler kurulması gerekir. Bunların yerleşik sağlık birimlerinin bahçeleri veya yakınlarında (yaralı toplanma istasyonlarının aile hekimliği vb. hastanelerin ise hastane) kurulması yeğlenmelidir. Çünkü; kendi başına ya da yakınlarının yardımı ile kurtulan afetzedelerin ilk yönlenecekleri / götürülecekleri yerler, eskiden beri bildikleri sağlık birimleri olacaktır. Herhangi bir nedenle buralarda hizmet verilemez ise, buralara mutlaka bir irtibat noktası/ haberciler yerleştirilmeli ve buraya gelen afetzedelerin yeni kurulan hizmet birimlerine yönlendirilmesi yapılmalıdır.

Yerleşik hastanelerden yararlanma olanağı varsa/ kısmen çalışıyorsa seyyar hastanelerin bunların yanına/bahçesine kurulması düşünülmelidir. Yerleşik hastaneler tamamen kollaps olmuş ve çalışmayacak durumda ise kurulacak seyyar hastanelerin bu hastanenin/ hastanelerin yerine/yanına kurulması zorunlu değildir. Aynı şekilde yerleşim biriminin merkezine yakın olsun diye seyyar hastanenin afetin/olayın, kaosun içine kurulması da gerekli değildir. Sakin ancak afetzedelerin kolayca ulaşabileceği ulaştırılabileceği / tahliye edilebileceği yerlere, hatta hasar görmemiş komşu bir yerleşim birimindeki (hastane /sağlık ocağı) gibi yerlerin yanına/bahçesine kurulması yeğlenmelidir. Örneğin Erzincan depreminde Kemah Devlet Hastanesi, Marmara depreminde ise Kandıra Devlet Hastaneleri hiç hasar görmemişti. Bu hastanelerin kapasitesinin arttırılması ve yanına seyyar hastaneler eklenmesi, sıfırdan bir seyyar hastane kurmaktan hem daha kolay hem de daha etkili olabilirdi. Olay yerinde değerlendirilmesi yapılan yaralılardan ve gerekli olanların (özellikle ikinci sınıf yaralılar) ambulanslarla buralara tahliyesi hastane sorununu çözmek için yeterli olacaktır. Bu konuda en iyisi/önemlisi daha önceden/sessiz dönemde kardeş yerle-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 355 23.11.2023 13:18

şim birimlerinin/hastanelerin hazırlanması ve afet olduğunda devreye girmesidir. Ayrıca, bu istasyon ve hastaneler ile daha gerideki hastanelere yaralı/hasta taşıyacak sevk/tahliye zincirine (ambulanslara) gereksinim vardır. Büyük afetlerde bunlar ancak dış yardımlarla karşılanabilir. Bu nedenle de bu anlamdaki dış yardım senaryoları/planları sessiz dönemde hazırlanmış olmalı ve derhal devreye sokulabilmelidir.

Bölgeye araç gereç ve personel yardımlarının karşılanmasında kardeş sağlık kuruluşu, kardeş kasaba, kardeş il gibi yakın çevreden başlanması ve bu birimlerin ortaklaşa hazırlamış oldukları senaryolar/planlar çerçevesinde yürütülmesi daha etkili sonuçlar verir. Komşu / kardeş kurum ve ilçe, ilin olanaklarının yetmemesi halinde diğer bölgeler ve merkezin yardımları akla gelmelidir.

Afet yeri ile ortak senaryoları olsun ya da olmasın, kardeş/komşu il ve ilçelerin sağlık kriz masaları derhal toplanarak, afet bölgesi kriz masası ile iletişim kurmalı ve karşılıklı bilgi alışverişi yapılmalıdır. Afet bölgesinin, hangi konularda acil yardıma gereksinimi olduğu öğrenilerek, kendilerince ne kadarının karşılanabileceği konusunda bilgi verilmeli ve gereği için derhal harekete geçilmelidir.

Büyük boyutlu olaylarda, var olan sağlık birimlerinin bulunduğu yerlerin dışında ve mahalle aralarında da yaralı toplanma istasyonları ve yaşam desteği merkezlerinin kurulması gerekebilir. Bunların kurulacağı yerler sessiz dönemde belirlenir ve afet senaryolarına işlenir, topluma da olaydan önce duyurusu yapılır. Olay sırasında/ sonrasında da bu amaçla topluma tekrar duyurular yapılmalıdır. Yaralı toplanma/triyaj istasyonları ve yaşam desteği merkezlerinin, küçük yerleşim birimlerinde yerleşim yeri çıkışlarına, büyük yerleşim birimlerinde ise trafik akışına göre ana yolların uygun yerlerine yerleştirilmesi yerinde olur.

Yerel birimler olaydan hemen sonra ve olabildiğince erken devreye girebilme refleksine sahip olmalıdır. Sessiz dönemdeki tatbikatlar ile bu refleksin canlılığı korunmalıdır. Sağlık personeli kendi ve ailesinin güvenliğini sağladıktan hemen sonra, çalıştığı birime giderek, derhal bir değerlendirme yapmalı, birimin çalışıp çalışamayacağını, varsa hasarı bir üst (ilçe, il, bakanlık) kriz masasına rapor etmelidir. Sağlık biriminde hasar fazla ise, derhal geçici yaralı ve yaralı/hasta kabul yeri/istasyonları (sağlam kalan bölüm, bahçe ya da yakın diğer bir yerde) organize ederek, yaralı kabul edecek duruma getirmelidir. Olaydan sonra, esas yaralı akışının bir iki saat içinde olduğu göz önüne alındığında, bu konuda çok çabuk davranılması gerektiği unutulmamalıdır.

Hasarsız olan hastaneler derhal boşaltılabilecek yataklarını boşaltmalı, ek yatak kapasitesi için hazırlıklarını yapmalıdır. Kitle halinde yaralı gelmesi olasılığına karşı diğer binalardan da (yurt, otel vb. yataklı ve yemekli binalar) hastane olarak yararlanılması düşünülmeli ve planlanmalıdır.

Yerleşik birimler (sağlık ocağı, hastane) hizmet yerlerini kesinlikle terk etmemelidir. Olay yerindeki olanaklarla kurtarılan yaralıların buraya akın edeceği unutulmamalıdır. Ancak; birimde kendisine gelecek olgulara yanıtın gerektiğinden fazla personel var ve senaryoda kendisine böyle bir görev verilmiş ise olay yerine ekip gönderilebilir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 356 23.11.2023 13:18

*Yaralıların /Hastaların Bakımı:* Kriz yönetimi sürecinde sağlık sektörünün en temel işlevi olaydan etkilenenlerin/ yaralıların/ hastaların bakımıdır. Yaralı bakım hizmetleri, arama-kurtarma/sana taraması etkinliklerinden başlayarak (bu bağlamda doğal afetlerdeki arama kurtarma ekiplerine sağlık personeli katılması en yaygın uygulamadır.), klasik tedavi hizmet basamakları tamamlanıncaya dek devam eder ve hastanın/ yaralının taburcu edilmesi ile sona erer. Elbette ki afetlerde alan /uç sağlık birimleri önemli ve önceliklidir, ancak bu yanlış anlaşılmamalıdır. Afetlerde sağlık hizmetlerine hazır olmak üzere üçüncü basamak ve hatta özel/uzmanlaşmış birimleri de kapsayan senaryolar /planlar yapılmalıdır. Eğitim ve tatbikatlarla hem senaryoların işlerliği test edilmeli, gerekli düzeltmeler yapılmalı hem de kuruma/personele alışkanlık/yeti kazandırılmalıdır.

Afetlerde yaralı/hasta bakım hizmetlerinin başlıcaları arama-kurtarma sırasına afetzedeye tıbbi bakım, yaralı toplanma istasyonu/ ilk başvuru yerlerinde triyaj ve yaralıların bakımı / yaşam idamesi (yaralının-hastanın stabilizasyonu), yaralı-hasta sevk ve tahliyesi şeklinde sıralanabilir.

*Kurtarma Sırasında Afetzedelere Tıbbi **Gözetim** ve Girişim*: Afetzedelere hem kurtarmaya başlamadan önce hem de kurtarma eylemi süresince tıbbi gözetim ve gerekli girişimlerin yapılması gerekir. Bu girişimlerin yapılmaması halinde, kurtarmanın usulüne uygun olmaması veya kurtarma sırasında gerekli tıbbi desteğin verilmemesi gibi nedenlerle afetzedeler ölebilir. Bu tür ölümlere afet yazınında *kurtarma ölümleri* adı verilmektedir.

Kurtarma ölümlerini önlemek/azaltmak için; her şeyden önce arama-kurtarma ekiplerinin "zarar vermeden kurtarma" ve "ilk yardım" konularında iyi eğitim almış olmaları gerekir. Buna ek olarak tüm kurtarma süreci, bu konuda eğitim almış bir hekimin/sağlık personelinin gözetiminde yapılmalıdır. Sağlık personeli kurtarma öncesinde ve süresince afetzedeyi değerlendirmeli ve gereğinde gerekli tıbbi girişimlerde bulunmalıdır. Bundan ötürü, ya arama-kurtarma ekiplerinin kadrosunda bir de sağlık personeli bulunur ya da onlarla entegre çalışacak ekipler kurulur. Türkiye'de bu ikinci seçenek benimsenmiş ve bu amaçla UMKE kurulmuş ve çalışmaktadır. Buralarda görevlendirilecek sağlık personelinin eğitim ve uzmanlık düzeyini ülkenin/bölgenin sağlık insan gücü durumu beliler.

*Triyaj Yaralıların Bakımı ve Sevk ve Tahliyesi:* Sağlık sektörünün afetlerdeki ağırlıklı acil görevi; yaralıların triyajı ve bunlardan gerekli olanlara olay yerinde tıbbi girişimde (yaşam idamesi /resüskütasyon) bulunmaktır. Stabilize edilen bu afetzedelere daha ileri girişim gerekli olduğunda, olgunun türüne göre seçilmiş ambulanslarla güvenli bir şekilde merkezlere tahliye edilmesi gerekir.

Triyaj, afetzedelerin ya da yaralıların/hastaların, ilk kabul edildikleri yerde, sorunun ağırlığına ve verilecek hizmete göre (acil yardım gerekli/ birinci sınıf /kırmızı kart, yardımsız iyileşir/ikinci sınıf/yeşil kart, takibi gerekli/üçüncü sınıf/sarı kart/ nakli gerekli, ümitsiz, ölmüş/ dördüncü sınıf/siyah kart) sınıflandırılması iş ve işlemleridir. Ancak triyaj kesinlikle yalnızca uç birimlerde (yaralı toplanma /triyaj istasyonu, sağlık ocağı, ilçe hastanesi) yapılan bir iş veya eylem olarak algılanmamalıdır. Hizmetlerin her kademesinde uygulanması gerekir. En yoğun olarak uç birimlerde/acillerde yaşandığı için, yalnızca buralara özgü bir iş olduğu sanılmaktadır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 357 23.11.2023 13:18

Özellikle büyük afetlerde triyaj yapılması bir zorunluluktur. Çünkü; personel zamanı, araç gereç ve malzemenin iyi/ seçici kullanılması gerekir. Aksi durumda, bunlar yardıma gerek olmadan iyileşecek veya kurtarılamayacak yaralılara/hastaya harcanır, yardımla iyileşeceklere / yaşam idamesi gerekenlere ise gerekli zaman ayrılamaz / hizmet verilemez ve kayıplar artar. Afetzedeler, yaralı toplanma istasyonunda/acil servislerde triyajı yapıldıktan sonra, hangi sınıfa girdiğine ilişkin kartlarla kimliklendirilmelidir (yaralı sınıflama kartları canlılarda yakaya, ölülerde sağ ayak baş parmağına bağlanmalıdır).

*Sevk ve Tahliye*: Arama kurtarma alanlarından, yaralı toplanma istasyonları ve genel hastanelerden, triyaj sonuçlarına göre yaralı ve hastaların bir üst birime taşınması kurulacak olan ambulans sistemleri ile sağlanır.

*Halk Sağlığı Hizmetleri*: Günümüze dek yaşanan afetlerin birçoğunda özellikle akut seyreden olaylara bağlı afetlerde; acil sağlık hizmetleri afetten sonraki birkaç gün için gereklidir. Sağlık sektörünün esas ve ağırlıklı görevi ise, bu günlerden sonra başlamaktadır. Çünkü; acil hizmetler bittikten sonra geriye hijyenik koşulları (suyu, besini, konutu ve beslenmesi) bozulmuş ve sağlık hizmetleri kesintiye uğramış bir toplum kalır. Bazı durumlarda özel çevre kirlilikleri oluşur. Nüfusta kütlesel yer değiştirmeler yaşanır. Barınma, beslenme ve giyinme gibi temel yaşam gereksinimlerinin karşılanmasında zorluklar çekilir. Bu nedenle de toplum özellikle enfeksiyonlara karşı duyarlı hale gelir ve ikincil hastalıkların/ afetlerin olasılığı artar. Böyle bir ortamda ortaya çıkabilecek salgınlar, afet sırasında oluşandan çok daha ağır kayıplara neden olabilir. Bundan ötürü kriz yönetimi kapsamındaki sağlık hizmetlerinin ikinci ana/önemli başlığını oluşturan halk sağlığı hizmetlerinin temel işlevi ikincil hastalık ve ölümlerin önlenmesidir. Bu bağlamda, su ve gıda güvenliği, atıkların, vektörlerin kontrolü gibi çevre sağlığı hizmetleri ile kişiye yönelik koruyucu hizmetler olağan döneme göre çok daha büyük bir önem kazanır.

Afete neden olan olayın etkisi ile, özel kirliliklerin (toksik madde, radyasyon vb.) devreye girmesi olasılığı her zaman vardır. Bazen bunlar tetikleyici olaydan daha büyük sağlık sorunlarına yol açabilir. Olaydan hemen sonra ve hızla, bu türden olasılık taşıyan yapılar gözden geçirilerek şayet bir kirlenme var ise gerekli önlemler alınmalıdır.

Afete özgü bir aşı yapmaya gerek olmadığı gibi, rutin aşılarda da fazla aceleci olmaya gerek yoktur. Acil dönem geçtikten ve hizmetler oturmaya başladıktan sonra rutin aşılama takvimine devam edilmesi yeterlidir. Olay ve enkaz kaldırma çalışmaları sırasında yaralananlarda, tetanos oluşma riski olağan koşullardan daha fazladır. Bu nedenle, aşı takvimine göre aşılanmamış ya da aşılı olup olmadığını bilmeyenlerin mutlaka aşılaması gerekir. Aynı şekilde, çalışmalar sırasında, cesetlerle ve yaralılarla temas edenlere de Hepatit B aşısı yapılması yararlı olur. </NORMAL><NORMAL>Kolera ve Tifo gibi hastalıklara karşı, ne acil dönemde nede sonrasında, aşılama yapılması gereksizdir.

Acil hizmetlerin yoğunluğunun azalıp, toplumun panikten kurtulmasıyla birlikte / ortam rahatlar rahatlamaz, risk grupları (gebeler, bebekler, yaşlılar, kimsesiz kalmış çocuklar, kronik sorunlular vb.) hızla bir ön taramadan geçirilerek, rutin izlemelere/kontrollere ve diğer koruyucu hizmetlere bir an önce başlanmalıdır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 358 23.11.2023 13:18

*Olağan Sağlık Hizmetlerine Geçme:* Kriz yönetiminin başarısının önemli ölçütlerinden biri de olaydan sonra ne kadar erken düzenli ve sürekli sağlık hizmetlerine geçip, rutin koruyucu sağlık hizmetlerine (aşılama, periodik kontroller vb.) başlanabilmiş olmasıdır. Bunun için; sıklıkla yapıldığı gibi, alt yapının tekrar inşaatı beklenmemeli ve bir an önce düzenli ve sürekli sağlık hizmetlerine geçilerek, bunların afet öncesi düzeye ulaşması sağlanmalıdır. Bozulan çevre koşullarına ek olarak, toplumun uzun süre olağan sağlık hizmetlerinden de yoksun kalması, ikincil kırımların devam etmesi ve sayılarının artmasına neden olur. Rutin izlemelerde, diğer dönemlerden farklı olarak, travma sonrası sendromuna da dikkat edilmelidir.

*Sağlık Hizmeti Alt Yapısının Yeniden İnşa Edilmesi:* Afette hasar gören sağlık birimlerinin yeniden inşa ya da tamir edilerek afet öncesi duruma getirilmesi, rehabilitasyon dönemi hizmetleri arasında sayılır. Ancak bu hizmetlerin gecikebileceği ve rehabilitasyon dönemine ertelenebileceği anlamına gelmemelidir. Sağlık alt yapısına diğer sektörlere göre öncelik verilmeli bölgedeki sağlık sektörünün eksiklikleri fazla zaman kaybetmeden giderilmelidir. Aksi takdirde olayın peşine bir bulaşıcı hastalık salgınını eklenmesi, süreğen ve takipli hastaların ihmalinin getireceği toplumsal sorunlar kaçınılmaz olur.

### 14.5.3. Afet Senaryoları Yazma/Hazırlama

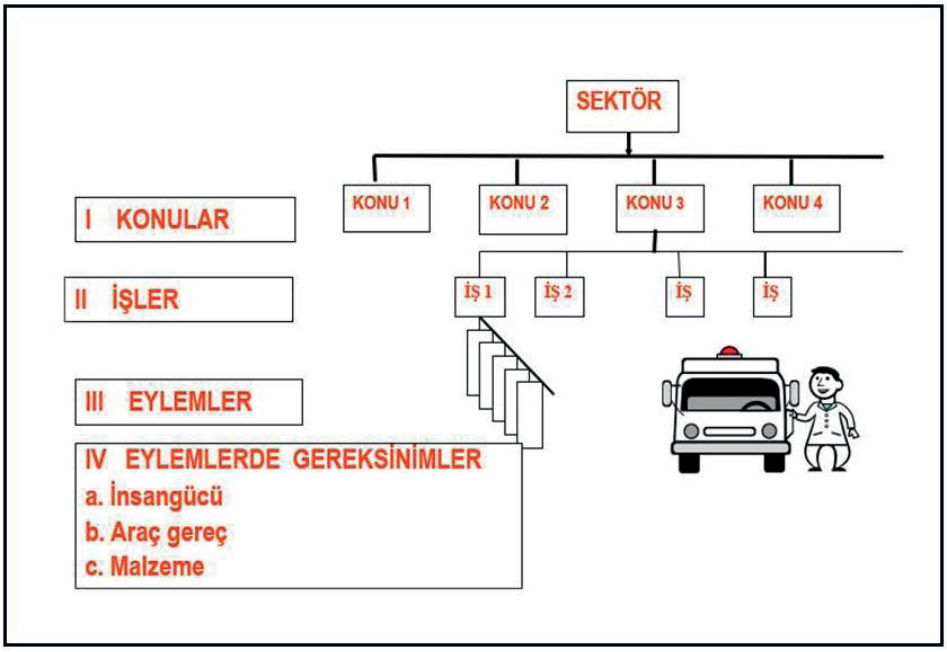
Günlük söylemde ve yazında genellikle afet planı kavramı kullanılır (Yener, 2002 -Sağlık Bakanlığı, 2019- AFAD, 2013, - İBB,2023). Oysa ki planlar, büyüklükleri önceden bilinen (yönetimce belirlenmiş) belli ölçeklere/verilere dayanan, tek seçenekli metinlerdir. Afetlerde risk yönetimi/korunma bağlamında planlar hazırlanabilir. Buna karşılık afet tetikleyen olayların (deprem, sel, fırtına) yeri, zamanı, büyüklüğü ve şiddeti önceden kesin sayılarla bilinemez, yalnızca tahmin edilir/öngörülür. Bu nedenle de afetlere karşı özellikle de kriz yönetimi bağlamında kesin ve net planlar yapılamaz, ancak senaryolar yazılabilir/hazırlanabilir.

Senaryolar, sessiz dönemde her afet tetikleyiciye karşı çeşitli/birden fazla büyüklüğe/ olasılığa göre hazırlanır. Bundan ötürü de (iyi durum senaryosu, kötü durum senaryosu), (büyüklüğü 6,5/ 7,0 ve 7,5 olan deprem senaryoları gibi), (yağışın 60,0 mm/ 85,0 mm ve 110,0 mm olması durumu için senaryolar) gibi daima birden çok seçenekli olmak zorundadır. Olay olduğunda sorumlu kuruluşça (Türkiye'de AFAD) genel bir durum değerlendirilmesi yapılır ve eldeki senaryo seçeneklerinden duruma/büyüklüğe en uygun olanı yürürlüğe sokulur. Dolayısı ile yönetimlere inisiyatif kullanma ve seçme olanağı tanıyan metinlerdir. Planlarda bu şans yoktur ve aynen uygulanmak/sadık kalınmak zorundadır.

Afet/kriz senaryoları; gelecekte bir olay olması halinde, onun sonuçlarını ve bu sonuçlar ile baş etmek için *konular/amaçlar/işler* ile bunlar için gerekli olan örgütlenme (*ekipler / birimler)* ve bu işlerin kotarılması için *gereken insan gücü, araç-gereç, malzeme ve paranın* hesap edilmesidir/öngörülmesidir. Gereksinimler hesaplandıktan sonra elde var olan / bilinen *olanaklar* ile olay nedeniyle ortaya çıkan/hesaplanan *gereksinimlerin* en etkili ve ekonomik nasıl karşılanacağının/ *ikmalinin* yol ve yöntemlerini belirlenmektir (**Şekil 6**).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 359 23.11.2023 13:18




**Şekil 6.** Senaryo yazım süreçleri

*Görev Konu ve Bunları Yapacak Birimlerin / Ekiplerin Tanımlanması*: Tüm sektörler/ kurumlar için afet senaryosu hazırlamada üç adım vardır. Bunlardan ilki afet halinde sektörün amaçlarının/konularının/görevlerinin neler olacağının listelenmesidir (Bunlar özünde kurumun teşkilat/ kuruluş vb. kanunları ile kuruma verilen görevlerdir). Örneğin; emniyetten beklenen, yollardaki trafiği düzenlenmesi, yağmanın önlenmesi, güvenliğin sağlanmasıdır. AFAD'ın; durum ve hasar tespiti, arama kurtarmanın organizasyonu, geçici yerleşimin sağlanması, enkazların kaldırılması vb. görevleri vardır. Sağlık Bakanlığından beklenen görevler ise, kurtarılma sırasında afetzedelere gözetimi/refakat, yaralıların triyajı, bakımı/ yaşam idamesi, tahliye, halk sağlığı hizmetleri, olağan temel sağlık hizmetlerine geçiş, sağlık alt yapısının yeniden inşası şeklinde sıralanabilir ya da başlıklanabilir.

İkinci adımda bu listedeki konuların/hizmetlerin gerektirdiği ya da bu başlıkların altına giren işlerin listesi ve tanımlanmaları yapılır. Üçüncü adımda ise; bu işlerin kotarılması için gereken eylemler ve bunları gerçekleştirmek için gerekli olan insan gücü, araç-gereç, fizik yapı, para vb. kaynaklar nicel ve nitel olarak tanımlanır, listelenir.

Sağlık sektörünün/ Bakanlığının/ kurumların, birimlerin ve kişilerin yukarıda özetlenen konuları/amaçları/ ondan beklenen hizmetler ile bunların gerçekleşmesi için yapılması gereken işler/eylemler ve bunları kotarmak için gerekli araç gereç ve malzemeler ilgili mevzuatlarla düzenlenmiştir. Bu nedenle de afette sağlık alanına giren sorumluk ve görevler sektör yöneticilerince/uzmanlarca bilinen ve kolayca listelenebilir. Bazı ayrıntılarda belirsizlik ya da anlaşmazlıklar olması başka bir anlatımla bazı hizmetlerin açıkta kalması/



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 360 23.11.2023 13:19

sahibinin bilinememesi gibi durumlarda da sorun kurumlar arası iş birliği ile çözülür. Ayrıca üst kurum/makamlarca da koordinasyon yapılarak iş sahibine verilir.

Afet türüne göre, bu konu/amaç/hizmetlerin her birinin altına yapılması gerekli iş ve eylemlerin bir listesi çıkarılır. Örneğin, sağlık sektörü için *kurtarma sırasında tıbbi gözetim*, iş başlığının altına; sağlık ekibi nerede toplanacak, ekipmanlar nereden alınacak, arama kurtarma ekibi ile nerede buluşulacak, olay yerine/ bölgeye nasıl intikal edilecek, arama kurtarma sırasında neler yapılacak gibi eylemler listelenir. Sonra tek tek bunları kimler yapacak ne ile yapacak vb. tüm ayrıntıları ile ve açık bir biçimde düzenlenir/yazılır. Bu amaçla sağlık senaryosunu hazırlayan kurum temsilcileri ile/ekiplerle, arama-kurtarma senaryosunu hazırlayan ekiplerin/ bir araya gelerek senaryoların birbiri ile uyumlu hale getirilmesi/ koordine edilmesi gerekir.

Benzer şekilde; *triyaj, yaralıların bakımı ve tahliyesi* başlığının altındaki hizmetler/ eylemler ile bunları yapacak ekipte görev alacakların tanımlanması/belirlenmesi-isimlendirilmesi, nasıl seçilecekleri ve bilgilendirilecekleri yazılır. Malzemeleri nerden alacakları, nerede toplanıp görev yerine nasıl intikal edecekleri, hangi düzende çalışacakları, yaralı kabul, triyaj, yaralı bakımı-yaşam idamesi, yaralı sevk-tahliyesi gibi eylemlerden oluşan listeler hazırlanır. Her bir işin altına bu işin kotarılabilmesi için gerekli eylemlerin listesi çıkarılır. Bunlar tek tek tanımlanır ve akış şemaları çizilir. Daha sonra bu iş ve eylemleri yapacak her bir ünitenin (örneğin; bir triyaj ekibinin, yaralıların bakımı veya sevk/tahliye ekibinin, bir seyyar hastanenin, bir çadırkent sağlık biriminin, çevre/su/gıda güvenliği sağlayacak halk sağlığı ekiplerinin) gereksinim duyacağı (personel, araç gereç, para bunların tür ve sayısı, nereden temin edileceği) tek tek listelenir. Bu iş ve eylemin nerede ve nasıl yapılacağı soruları ayrıntılı bir biçimde yanıtlanır. Ayrıca, buralardaki, yönetim ve kontrol ağı, yetki, görev ve sorumluluklar (hiyerarşik yapı) açıkça belirlenir. Özetle her bir iş/eylem için 5N1K (ne, neden, ne ile, nerede, ne zaman ve kim tarafından) soruları yanıtlanır, tanımlanır.

*Gereksinim Miktarlarının Belirlenmesi*: Gereksinim hesaplamaları; tanımlaması yapılan konu/amaç/ hizmet ve işlerin kotarılabilmesi için, hangi birimden / ekipten (triyaj ekibi, yaralıların bakımı/idamesi ekibi, sevk ve tahliye ekibi, seyyar hastane ekibi, halk sağlığı ekibi vb.) kaç tane gereksinim olacağının hesabı ile başlar. Örneğin bir bölgede, 7 Rihter Ölçeği büyüklüğünde bir deprem olması halinde, kaç adet arama kurtarma ekibine, kaç adet triyaj/yaralı toplanma istasyonu ve yaralı bakım ekibine gereksinim olacaktır? Bunlar hesaplanıp tahmin edildikten sonra, ekiplerin / birimlerin her biri için gerekli olan miktarlarla (insan gücü, ekipman, malzeme) gerekli olacak ekip sayısı çarpılarak o ilçe/il/ bölge için gerekli olan miktarların hesabı yapılır.

Bu hesaplamalar sanıldığı kadar zor değildir, titiz bir çalışma ile üstesinden gelinebilir. Örneğin; önce bir arama-kurtarma ekibine kaç kişilik bir sağlık ekibinin refakat edeceği kararlaştırılır, sonra da arama kurtarma ekiplerinin sayısı ilgili sektörden (AFAD) öğrenilerek bölgeye/ile/ilçeye kaç kişilik sağlık personeli sevk edileceği hesaplanır.

Bunu bir deprem veya salgın olayı ile örneklemek gerekir ise; herhangi bir bölgede 5,5, 6,5 veya 7,5 büyüklüğünde bir deprem olması, aşırı yağış ve su taşkını veya bir virüs salgını



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 361 23.11.2023 13:19

yaşanması halinde; bu olaydan ne kadar nüfus etkilenecektir? Bina ve yapı ve insan gücü hasarları ne düzeyde olacaktır? Beklenen ölü/yaralı /hasta sayısı nedir? Kaç tane arama kurtarma ekibi, yaralı toplanma/triyaj istasyonu, kaç tane çevre sağlığı ekibi, kaç tane filyasyon ekibi vb. gerekecektir? Kaç kişi kurtarılacak? Bunların gereksineceği tıbbi girişimler ve bu girişimleri yapmak için gerekli olan alt yapıda gerekli olan insan gücü, araç gereç ve malzeme hesaplanır. Sonuçta o olayın senaryonun (bölge için/yerleşim birimi için) gerektirdiği toplam sayılar bulunur. Örneğin; bir depremde 40 tane yaralı toplanma/triyaj istasyonu yanında da yaşam idamesi merkezine gereksinim olursa, her biri için de altı hekim tanımlanmış/ öngörülmüş ise; bu senaryonun yaralı toplanma /triyaj istasyonları ve yaşam idame merkezleri için toplam 240 hekime gereksinimi olacaktır. Bu sayıya bir kısım da yedek eklenmesi yerinde olur. Çünkü; olay sırasında bu hekimlerden bir kısmı çeşitli mazeretleri nedeniyle göreve katılamayabilir. Bu sayılar her senaryo seçeneği için (6,8 büyüklük/7,2 büyüklük) ayrı ayrı hesaplanır. Böylece, her varsayım / senaryo için, daha önce hazırlanmış olan tüm iş ve görevleri kapsayan listelerden hareketle, gerekli, insan gücü, araç-gereç çadır vb. gereksinimler hesaplanmış olur.

Türkiye'de en sık afet nedeni olan depremlerde; yaralanma ve can kayıpları özellikle bina ve diğer yapılarda oluşan hasarlara ve bunların yol açtığı diğer/ikincil olaylara (yangın, toksik madde emisyonu vb.) bağlıdır. Bu nedenle de deprem senaryolarındaki öngörüler/ hesaplar bina envanteri/konut stoku ve bu stokun depremlerde vereceği reaksiyonların tahminleri üzerinden yapılır. Dolayısı ile deprem senaryoları özellikle de kriz yönetimi yapabilmek için her şeyden önce kent/bölge/ülkedeki binaların sayısı ve bunların yapı türüne (kerpiç, moloz, taş yığma, yığma kagir, ahşap, tuğla ve betonarme) göre dağılımı vb. bilgilerin listelenmesi gerekir. Her bir binanın/ türünün belli büyüklükteki (6 / 6,5 / 7 / 7,5 Richter Ölçeği vb.) depremlerde vereceği reaksiyon/ hasar görebilirlikleri hesaplanır. Bu hesaplamalarda genellikle; *(hasarsız/ az/orta/ ağır hasarlı, acil yıkılacak)* sınıflaması/ ölçeklemesi kullanılır. Yedi Richter büyüklüğündeki bir depremden sonra, kerpiç binaların %25'i hasarsız, 27'si hafif hasarlı, %20'si orta hasarlı, %15 ağır hasarlı (kısmen yıkık), %13 çok ağır hasarlı (yıkık) olacaktır gibi öngörülerde bulunulur.

Öngörülen/beklenen deprem büyüklüğünde, binaların reaksiyonlarının ne olacağının tahmin edilmesi kolay değildir. Başka bir anlatımla, öngörülen deprem büyüklüğünün yaratacağı şiddeti tahmin etmek zordur. Senaryolar yazmanın en zor ve duyarlı işi de budur. Bu zorluğu aşmada başvurulacak en önemli kaynak ise geçmiş afet bilgileridir. Bundan ötürü, iyi bir deprem senaryosu yapılabilmesi, her şeyden önce, eski depremlere ilişkin bilgilerin/ kayıtların arşivlenmesine bağlıdır. Geçmişten günümüze kalmış iyi bir arşivin olmadığı bilinmektedir. Hiç olmaz ise günümüzden itibaren oluşan her depremin verilerini çok iyi biçimde kaydedilmesi ve bilgiye dönüştürülerek arşivlenmesi gerekir. Bu bilgiler bir yandan içinde bulunulan deprem çalışmalarının düzenli bir biçimde yürütülmesi ve denetlenesi için gerekli olduğu gibi, gelecek depremlere ilişkin tahminler yapabilmek için de şarttır. Bu nedenle de genelde afet bilgilerinin özelde ise deprem bilgilerinin çok ciddi bir biçimde toplanması ve epidemiyolojik ilkelere uygun olarak değerlendirilerek bilgiye dönüştürülmesi konunun olmaz ise olmazlarındandır.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 362 23.11.2023 13:19

Binaların vereceği reaksiyonlar/depremin/selin/fırtınanın şiddeti hesaplandıktan sonra sıra insan kayıplarının hesaplanmasına gelir. Bina hasarlarına dayalı insan kayıplarını hesaplanmasında esas/temel formül; ölen-yaralanan *kişi sayısının bina sayısına bölünmesi* işlemidir (can kaybı oranı- yaralanma oranı). Bu formül hem bir olaydan/deprem /fırtına sonra oluşan ölüm ve yaralanmalara ilişkin oranları hesaplamada hem de gelecek olaylara ilişkin tahminler yapmada kullanılır.

Örneğin; bir depremde yıkıntı altında kalma nedeniyle ölen kişi sayısı toplam bina sayısına bölünerek *genel ölüm / can kaybı oranı* bulunur. Benzer şekilde her bir hasar türünde *(hasarsız/ az/orta/ ağır hasarlı, acil yıkılacak)* meydana gelen ölüm sayısı, aynı hasar türündeki binaların sayısına bölünür ise; her bir hasar türü başına ölüm oranı bulunmuş olur. Böylece daha önceki depremlerde hesaplanmış olan oranlardan yararlanılarak gelecekte olabilecek bir depremdeki sayılar hesaplanabilir / kestirilebilir.

Bu hesaplamalardan yararlanılarak sonuçlar çok ayrıntılandırılabilir. Her tür binanın (kerpiç, moloz taş yığma, yığma kâgir, ahşap, tuğla ve betonarme) her tür hasarında ölüm oranları tek tek hesaplanıp listelenebilir. Hesaplanan bu oranlardan hangilerinin kullanılacağı hazırlanacak senaryoların ayrıntısına bağlı olarak seçilir / kararlaştırılır.

Eski depremdeki yaralanma oranları ya da gelecekte olacak bir depremdeki beklenen yaralı sayı ve ağırlıkları da aynı formülden yararlanılarak hesaplanır. Örneğin; kerpiç binalardan çıkan toplam yaralı sayısı bu binaların toplam sayısına bölünerek kerpiç binalardaki genel yaralanma oranı bulunur.  Ağır hasar görmüş kerpiç binalardan çıkan yaralı sayısı ağır hasar görmüş olan kerpiç binaların sayısına bölünür ise; ağır hasar görmüş kerpiç bina başına yaralı sayısı hesaplanmış olur. Yaralılar kendi içinde hafif / olay yerinde tıbbi müdahale ile iyileşir / hastaneye yatırılması-sevki gerekir gibi genel kategorilere ayrılabileceği gibi, doğrudan triyaj sınıflarına ayrılarak daha ayrıntılı hesaplar da yapılabilir. Bulunan bu oran ve sayılardan hareketle gelecekte olacak olan bir depremde beklenen yaralı sayı ve ağırlıkları da tahmin edilebilir.

Az olmakla birlikte, bazı yazarlarca geçmiş depremlerdeki veriler değerlendirilerek Türkiye için depremde kayıp ölçütleri hesaplanmış ve bunlar hazırlanmakta olan senaryolarda kullanılmaktadır. Örneğin; Erdik ve Arkadaşlarının Ambraseys ve Jakson'ın 1981'de yayımladıkları bir çalışmasından aktardıklarına göre; Türkiye ve Yunanistan'da beşten büyük magnitüdlü depremlerde yıkılan her 100 konut için; moloz yığma olanlarda 17, kerpiç olanlarda 11, hatıllı kerpiçlerde  2,  kagir olanlarda 2, ahşaplarda  1, betonarme olanlarda ise 1 ölüm hesaplamıştır (Erdik ve arkd, 2000). Geçmiş depremlerden elde edilen bilgilerin ışığında, her bir deprem büyüklüğü için beklenen kayıtlar ayrı ayrı hesaplanarak çizelgelere yerleştirilir. Birincisinde binalarda-konutlarda beklenen hasar sayıları işlenir. İkincisine olası ölüm sayıları üçüncüsünde yaralı sayı ve türleri yerleştirilmek sureti ile olası bir depremdeki sağlık senaryolarının sayılarına ulaşılmaya çalışılır.

Yukarıdaki bilgileri topluca özetlemek gerekir ise, deprem senaryosu hazırlarken oluşacak yıkım ve kırımları hesaplanmada üç veri esas alınır. Bunlardan birisi, depremin büyüklüğü (hangi Rihter Ölçeği›nde/magnitüdde olacağı), ikincisi arazi ve yapıların niteliği, üçüncüsü de daha önce olmuş depremlere ait bina reaksiyonlarının verileri/ bilgileri. Bu



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 363 23.11.2023 13:19

üç veriden hareketle, olası bir depremin ne kadar yıkım ve kırım yapacağı, şiddetinin hangi Mercalli Ölçeği›nde ya da hangi MSK (Medvedev Sponheur-Karnik) olacağı tahmin edilir. Bu iki işlemle elde edilen verilerden hareketle gereksinimler hesaplanır (örneğin; beş yüz bin nüfuslu, yaklaşık 20000 hanelik bir yerleşim biriminde, deprem senaryolardan birine göre, binaların %15'inin ağır ve çok ağır hasar göreceği ve bu yıkım sonunda, 700 ölüm 2100 yaralı oluşacağı, bu durumda, on kurtarma ekibine, beş triyaj istasyonuna, 30 hekime, bin çadıra, 700 ölü torbasına vb. gereksinim olacağı gibi). Senaryolar en az üç seçenekli olmalıdır (en kötü senaryo depremin 7,5 Richter büyüklüğünde olması, 2. orta kötülükte senaryo / depremin 6,5 Richter ölçeğinde olması, 3. en hafif senaryo / depremin 5,5 Richter büyüklüğünde olması gibi).

Salgın senaryosunda kaç kişiye evde/ kurumda karantina gerekecek? Kaç kişi izole edilecek? Kaç kişi hastaneye alınacak ve kaç kişiye yoğun bakım gerekecek? Özetle olayın sonuçları/şiddeti hesap edilmeye / tahmin edilmeye çalışılır. Elde edilen sonuçlardan hareketle, bölgeye kaç arama kurtarma/filyasyon ekibinin gerekli olacağı hesaplanır/kararlaştırılır. Hesaplanan ekiplerin gereksinimlerini karşılayacak kadar sağlık personeli, bunları donatacak kadar alet edevat ve malzemeyi karşılayacak kaynak önceden belirlenerek ve hazır hale getirmek gerekir.

Senaryoların farklı afet türü (deprem, sel, fırtına salgın, büyük endüstriyel kaza) ve bunların da farklı şiddetlerine göre hazırlanması çok önemlidir. Aksi takdirde tek bir senaryo / plan ortaya çıkar ve bu pratikte çok işe yaramaz. Örneğin; deprem için oluşturulan bir senaryonun selde veya salgında hiçbir yararı olmaz. Aynı şekilde, deprem için tek bir büyüklüğe bağlı senaryolar da fazla bir işe yaramaz. Bu tür tek seçenekli senaryolar / planlar, olayın haber alınmasından sonra yapılması gereken ön değerlendirme ve var olan senaryonun revize edilmesi işlemlerinin çok uzamasına dolayısı ile de yanıtın gecikmesine neden olur. Dolayısı ile de pratikte çok fazla bir yararı olmaz. Oysa, aynı türden olay için (deprem) birden çok/ seçenekli senaryolar hazırlanması halinde, bunlardan boyutları/hesapları o an yaşanan olaya benzeyen senaryo hemen yürürlüğe sokulabilir. Yine de senaryo ile yaşanan olayın sonuçları arasında farklılıklar olması kaçınılmazdır, bunlar da olayın akışı sırasında revize edilebilir.

*Durum, Kaynaklar ve Olanakların Saptanması*: Afet sırasında yürürlüğe konulacak olan senaryo için gerekli olan, *kaynaklar / olanaklar envanterini* çıkarmak ve afette *yapılacak işler listesini* yapmak kısmen kolaydır. Buna karşılık olay sırasındaki gereksinmelerin tahmin edilmesi daha titiz bir çalışmayı gerektirir. Senaryoların başarısı da bu tahminlerin başarısına bağlıdır.

Herhangi bir afet durumunda, hizmet üretecek ülkenin / kentin / organizasyonun / birimin var olan olanaklarının iyi bilinmelidir. Bu amaçla; sağlık sektöründeki tüm (kamu, özel ve gönüllü kuruluşlar vb.) kurum ve kuruluşların, kaynakları (insan gücü, yatak, makine, araç - gereç vb.), hakkındaki ayrıntılı bilgiler, yönetimin o düzeyinin (bakanlık, il müdürlüğü, grup başkanlığı, başhekimlik) afetle ilgili biriminde toplanır. Bu bilgiler, amaca yönelik olarak sınıflanır. Bunlardan bir olay anında hangilerinden ve nasıl yararlanılabileceği çıkarılır/ listelenir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 364 23.11.2023 13:19

***İkmal** Planları :* Yukarıda özetlenen yöntemlerle hesaplanan, insan gücü araç gereç ve para gibi gereksinmelerin yerel olanaklarla karşılayıp karşılamayacağı ve nasıl ikmal yapılacağı değerlendirilir. Eğer yerel olanaklar gereksinimleri karşılamıyor ise, komşu birimden, merkezi birimden ya da uluslararası/yurtdışı kaynaklardan bunların nasıl karşılanacağının tasarımları / hazırlıkları yapılır. Bunların hangi yollarla ve nasıl afet yerine ulaştırılacağı planlanır. Olası aksaklıklara karşı seçenek kaynak ve ulaştırma yolları düşünülür kayıtlanır.

*Uygulama ve Eylem Planı:* Olaydan haberdar olunması ve uygun senaryo seçeneğinin uygulamaya sokulması durumunda; kimin, hangi işi, nerede, ne zaman, ne ile ve nasıl yapacağı, olay yerine kişi ve malzemelerin nasıl intikal edeceği gibi soruların ayrıntılı yanıtlarından oluşur. Bunlar ilgili kişi ve kuruluşlara bildirilir, kurumsal ve bireysel düzeyde görevlendirmeler yapılır böylece senaryo tamamlanmış olur.

Afet oluşması durumunda, yetkili birimler elde ettikleri bilgilerle bir değerlendirme yapar ve bu değerlendirme sonunda, haber alınan afetin elde hazır bulunan senaryolardan hangisine uyduğuna karar verilir ve duruma uyan bu senaryo derhal yürürlüğe konulur.

İl, ilçe, bakanlık ve sektör düzeyindeki afet senaryoları tek tek birimlerin ve kurumların yaptığı senaryoların bir mozaiğinden ibarettir. Başka bir anlatımla, kentsel / ulusal afet senaryo ve planlarının yapılmasında esas olan alt birimlerin bizzat yaptıkları senaryo ve planların birleştirilmesidir. Bu nedenle de, kent, bölge ya da ülke düzeyindeki senaryolardan kasıt, birtakım makamların masa başında yapmış olduğu kuramsal /sanal senaryolar değildir. Bu tür makamların görevi, önce birim ve kurumlar düzeyindeki senaryoların yapılmasını sağlamak, daha sonra da bunları birleştirerek, kent, bölge ve ülke senaryolarını yapmaktır. Bizzat yerel uygulama birimleri tarafından yapılmayan ve bunların bileşiminden ibaret olmayan senaryolar gerçekçi olmaz ve bir işe yaramaz.

## 14.6. Sonuç ve Öneriler

Dünyada doğal tetikleyicilere bağlı yıkım ve kırımlarda seller birinci sıradadır. Türkiye de ise depremler birinci sıradadır. Gerek dünyada gerekse Türkiye'de yapay afetlere bağlı kırım ve yıkımlar doğal nedenli afetlerden daha önemli büyüklüklerdedir.

Türkiye'de her türden afet tetikleyicisi görülmekte olup, özellikle doğal tetikleyicilerin varlığı dünya var oldukça sürüp gidecektir. Avrasya ve Afrika kırıklarının(faylarının) kavşağında bulunması nedeniyle dünyanın depremselliği en yüksek olan bölgelerinden birisi Türkiye'dir. Bu nedenle yazılı tarihten bu yana en çok can, mal kaybına neden olan afet türüdür.

İklim değişikliği ve düzensiz kentleşme nedeniyle önümüzdeki dekatlarda sel ve su taşkınlarının da önemli büyüklüklere ulaşması ve afet nedeni sıralamasında birinci sıraya tırmanması olasılık dahilindedir. Ayrıca 19. Yüzyıl ve daha öncesinin en önemli afet nedeni olan salgınların, özellikle viral salgınların tekrar önem kazanması beklenen diğer bir gelişmedir.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 365 23.11.2023 13:19

Gerek Türkiye'de gerekse dünyanın birçok diğer ülkesinde, afetlere "mistik/kader merkezli yaklaşım ve algı" hem felsefi hem de kavramsallaştırma açısından konuyu sorunlu hale getirmektedir. Olayın "özünde insani ve toplumsal bir olgu olduğu, çözümün de yine insani ve toplumsal girişimlerden geçtiği", "afet tetikleyicilerin değil" ama "afetlerin yok edilebileceği en azından çok azaltılabileceği" konusunda toplumsal uzlaşma ve bilinç sağlanması çözüm için en önemli adımlardan birini oluşturmaktadır. Bu bağlamda örgün, yangın ve algın öğretimde bu konuya gereken yer ve önemin arttırılmasına gereksinim vardır. Toplumun dolayısı ile de yönetimlerin bilinçli hale getirilmesi özellikle risk ve risk algısı konusunda bilinçlendirilmesi *"tüm afetlerin yapay afetlere bağlı, kırımların da ihmale bağlı olduğunun kabulü"* çözümüm anahtarı niteliğindedir.

Günümüz Türkiye'sinde özellikle 17 Haziran 2009 yılında kurulan Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı'ndan (AFAD) sonra, bu bağlamdaki devlet örgütlenmesi açısından oldukça iyi bir düzeye gelinmiştir. Ancak örgütün günlük siyasal müdahalelerin altında olması, özerk/bilimsel bir tutumla yönetilmemesi ve yönetimine afet alanında uzman/liyakatli kişilerin egemen olmaması örgütlenme konusundaki en önemli sorundur. Bunun mutlaka çözülmesi gerekir.

Merkezi devlet örgütlenmesinin en azından gereksinime yanıt verecek bir düzeye ulaşmış olmasına karşın toplumsal örgütlenmeler (apartman, sokak, toplu yaşam alanları, mahalle, kent) yok denecek düzeydedir. Bir yandan bu eksiklik hızla giderilirken öte yandan da toplum eğitimlerinin bu örgütlenmeler üzerine oturtulması gelecek için son derece önemlidir.

Deprem özelinde Marmara Depremi ve üzerine Kahramanmaraş Depremleri sonrasında risk yönetimi/sessiz dönem çalışmaları önem kazanmaya başlamıştır. Ancak bu bağlamdaki en önemli müdahale olan kentsel dönüşüm çalışmaları çok yavaş ilerlerken öte yandan da özellikle plan/senaryo çalışmaları da hem nicelik hem de nitelik olarak yetersizdir. Benzer şekilde yaşanan Kahramanmaraş depremi depremlere karşı, Covid-19 pandemisi ise salgınlara/biyo afetlere karşı kriz yönetimi hazırlıkların yetersiz olunduğunun açık kanıtlarıdır. Hazırlanmış ve güncellenmiş bir *Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı* olmasına karşın pratikte kullanılmaması hatta gündeme bile gelmemesi anlaşılamamıştır.

Arama kurtarma ve acil müdahalede son derce yetersizlikler yaşanmaktadır. Özellikle izolasyon evresi çalışmaları çok yetersizdir. Bu çalışmaların toplumsal örgütlenmeler (apartman, sokak, mahalle, köy, kasaba, kent) üzerinden yürütülmesi yararlı olacaktır.

## KAYNAKLAR:

AFAD (2013). Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı 2012-2023, T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı 2. Baskı.

AFAD. (2023). https://www.afad.gov.tr/afet-istatistikleri (erişim 0.09.2023)

Akdur, R. (1998). Afetler ve Afetlere Karşı Alınacak Önlemler (Halk Sağlığı içinde, Akdur ve arkadaşları 1998)

Akdur R. (2001). Afetlere Hazırlık ve Afet Yönetimi, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi içinde (Editörler: Esin A.S, Oğuzhan T, Kaya K.C., Ergüder E, Özkan A.T, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara), s:1-39



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 366 23.11.2023 13:19

Akdur R. (2005). Afetlere Karşı Toplumsal Örgütlenmesi ve Hazırlık, Afet Tbbı (Editörler:Eryılmaz M.,Dizey U.) Ünsal Yayınları, Ankara, s:197-204

Ambraseys NN, Jackson JA. (1981) Earthquake hazard and vulnerability in the northeastern Mediterranean: the Corinth earthquake sequence of February-March 1981 Disasters Volume5, Issue 4 P:355-368 Pages 355-368

Aktel, M. (2010). 5902 Sayılı Yasa İle Türkiye'de Afet Yönetiminde Oluşan Değişim. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Yıl 2010, Sayı: 27

Ergünay, O. (2008). *"Afet Yönetiminde Kurumsal Yapılanma ve Mevzuat Nedir? Nasıl Olmalıdır?"*, İstanbul Depremini Beklerken Sorunlar ve Çözümler Bildiriler Kitabı, ss.97–108, İstanbul.

Erdik M.,Durukal E., Biro Y., Birgören G. (2000). İstanbul'da Binalar İçin Deprem Riski ve Azaltımına Yönelik Somut Bir öneri İkinci İstanbul Deprem Sempozyumu 27 Mayıs 2000 (https://antalya.imo.org.tr/Eklenti/3226, 12135pdf.pdf?0&_tag1=DDEE7F310322F437F017EEE64952DBC2CF824589 Erişim Ağustos 2023

Güvenç B (1976). Sosyal ve Kültürel Değişme, Gündoğan yayınları

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2022). World Disasters Report 2022, Geneva

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2020).World Disasters Report 2020, Geneva

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2018).World Disasters Report 2018, Geneva

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2016). World Disasters Report 2016, Geneva

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2012). World Disasters Report 2012, Geneva

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2010). World Disasters Report 2010, Geneva

İBB (2020). İstanbul İçin Deprem Master Planı https://8luvomezzzsk.merlincdn.net/wp-content/uploads/2020/11/ IBB_Deprem-Master-Plani.pdf (Erişim Eylül 2023)

Nişanyan S. (2021). Nişanyan Sözlük, Çağdaş Türkçe'nin Etimolojisi, Liberus Yayınevi

UN Office for Disaster Risk Reduction Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (2020). The human cost of disasters: an overview of the last 20 years (2000-2019). Belgium

UNISDR. (2009). Terminology on Disaster Risk Reduction. https://www.undrr.org/ publication / 2009-unisdr-terminology-disaster-risk-reduction (Erişim: Ağustos 2023)

Yener, Z. (2002). Afet Yönetimi ve Yerel Yönetimler, Türk Belediyeler Derneği- Konrad Adenauer Vakfı Yayını, Ankara.

5902 Sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun, Resmi Gazete sayı 27261, tarih 17.06.2009



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 367 23.11.2023 13:19

# 15. DEMOGRAFİK DEĞİŞİM

*Prof. Dr. Banu ÇAKIR*

Klinik hekimlik öğreti ve uygulamalarında "danışan/hasta" ile karşılaştığımızda ilk olarak cinsiyet, yaş, medeni durum, (varsa) çocuk sayısı, yaşadığı yer, yaptığı işi sorarız; şikayetini öğrendiğimizde tüm bunlar bizi tanıya yöneltecek ilk verilerimizdir. Sonrasında, önceki döneme ait sağlık öyküsü, sağlık açısından risk faktörleri, aile hikayesi ile derinlemesine kişisel özellikleri detaylı olarak irdeleriz. Bunun nedeni kişinin sağlık durum ve belirleyicilerinin doğumdan ölüme kadar birey özelinde (dahi) dinamizm (farklılık) göstermesi; risk faktörlerinin genetik olduğu kadar edinsel olabilmesi; "önceki" sürecin bugünümüze ve geleceğimize çoğu kez "doğrudan", sık olarak "dolaylı", olumlu ya da olumsuz etkileri olabileceği içindir. Benzer şekilde, yaşanılan yer, eğitim, sağlık okuryazarlığı, iş koşulları kişinin sağlığını doğrudan belirlemese dahi (sağlık okuryazarlığı, belirtiler konusunda farkındalık, hekime ulaşma, tetkik yaptırabilme, tanı alabilme, korunma/tedavi yoluyla) sağlığın "belirlenebilmesini" etkiler. Çalışılan "sonuç" (hastalık, yaralanma, remisyon, ölüm vb.) açısından bu özellikler temel belirleyiciler (prediktör) olabileceği kadar, etki değiştirici, karıştırıcı veya yanlılık (örn.,çarpıştırıcı yanlılık) özelliği taşıyabilir ve bireyde sonucu/tanı alabilmesini etkiler. Kişi bazında dikkat etmemiz gereken tüm bu özellikler toplumu tanımanın da ilk, temel adımlarıdır.

Halk sağlığı uzmanı, klinisyen hekime benzer uygulamaların hemen tümünü "danışan"ı birey değil de "toplum" özelinde alarak daha geniş ölçekle gerçekleştirir. Miettinnen ve Flegel "doktor"u etimolojik olarak "öğreten" olarak ele alır, "bilen" olarak tanımlar: Tıpkı klinik hekim gibi, toplum hekimliğinde de hekim, hastasını (yani, toplumu) tanımak (gnosis, örn. diag-nosis) konusunda yetkin ve onun sağlığı konusunda toplumu/toplumun temsilcisini (karar vericileri) sağlık sorunları konusunda eğitebilen kişi olarak tanımlar (Miettinen ve Flegel, 2003a ve 2003b). Klinik hekimin birey özelindeki müdahale ve takibini halk sağlıkçılar, benzer şekilde, (kolektif) toplum bazında, ele alınan sağlık sorununa özel müdahale ve izlemler şeklinde yapar. Bireysel farklılıklar ötesinde, toplumlarda farklılık yelpazesi daha geniş, fark boyutları daha belirgindir: Genetik yapı, çevresel maruziyetler, davranış şekilleri, (var olma, ulaşabilir olma ve kabul edilebilirlik açısından) sağlık hizmet imkanları, düzenli ve sürekli kayıt tutma (sürveyans, hastalık veri tabanları, hastane veya geri ödeme sistemleri vb.) imkanlarına göre çok farklı özellikte toplumlara hizmet sunma durumundaki halk sağlığı uzmanları bu görevi üstlenirken, ilk adım olarak toplumun temel demografik özelliklerini öğrenmek durumundadır. Müdahalelerin zaman içinde etkisi izlenirken, demografik değişimin de eş zamanlı takibi gerekir.

Miettinen halk sağlığı (public health) kavramını tanımlarken, sağlık ve hastalıkların toplum tabanındaki kolektif düzeyi, kabaca, "toplumun sağlığı"nın (public's health) incelenmesi olarak açıklar. "Toplumun sağlığı" morbiditeyi (var/yok) ifade etse de düzeyini



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 368 23.11.2023 13:19

niceliksel olarak tanımlamadığı gibi, buna olan etkileri de nicel olarak tanımlamamaktadır (Miettinen, 2010). Halk sağlığı uygulamalarında sağlığın nitel ve nicel betimlemesini yapmak durumundadır. Buna demografi ile başlanılsa da her özelliğin sonuca etkisi/etkileşiminin boyutu, istatistiksel anlamlılığı, nedensellik açısından incelenmesi ve buna uygun yöntem planlaması ve eleştirel tartışma gereklidir ki, bu aşamada halk sağlığı epidemiyoloji biliminden destek alır (Miettinen, 2010). Dolayısıyla, halk sağlığı uzmanı demografik yapı ve değişimi incelerken bunun toplum sağlığına yansımalarını epidemiyolojik yöntemler ile birleştirerek irdelemek zorundadır. Kanıta dayalı tıp uygulamaları toplum boyutunda kanıta dayalı halk sağlığı uygulamaları olarak isimlendirilse de her ikisinde de temel başlama noktası demografik verilerin incelemesiyledir.

Demografik özelliklerinin zaman içinde devinim göstermesi beklenen ve oldukça sık gözlenen bir durumdur. Dolayısıyla, demografik yapının bir kez ölçülmesi yeterli olmaz, zaman içinde, toplum alt katmanları özelinde sürekli, kapsayıcı, doğru ve güvenilir şekilde değerlendirilebilmesi esastır. Bu değerlendirmeler esas olarak kamu eliyle (örneğin, TÜİK adrese dayalı kayıt sistemi, sağlık istatistikleri vb. ya da aile hekimi sistemi kayıtları üzerinden) yapılsa da; özgün başlıklarda ya da özel durumlarda (doğa kaynaklı afetler, hızlı göçler vb. sonrasında) yerel olarak akademi, uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum organizasyonları desteği ve/veya önderliğinde yapılabilir/tekrar edilebilir.

Demografik değişim sadece sağlık belirleyicisi olmayıp ekonomi, şehircilik, savunma, meteoroloji, ulaşım ve eğitim vb. birçok diğer alan için temel indeks niteliğindedir. Kitabın okuyucu kitlesi ve hedefleri çerçevesinde bu bölümde, Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk 100 yılı içinde demografik değişikliklerin tanıtılması ile bunun sağlık sistemi ve halk sağlığı uygulamalarıyla ilişkisi özetlenecektir. Geriye yönelik bir değerlendirme sonrasında, önümüzdeki yıllarda beklenen demografik değişikliklerin sağlık düzeyine olası etkilerinin nasıl belirlenebileceği, uygulama ve planlamaların halk sağlığı etiği ve kanıta dayalı halk sağlığı kavramlarını dikkate alarak nasıl şekillenebileceği ve halk sağlığı uzmanlarının olası katkılarının neler olabileceği konusunda bir tartışma çerçevesi oluşturmak hedeflenmiştir. Metin içerisinde sunulan tablo ve grafiklerin toplum sağlığı açısından yorumlanabilmesi için, gereken durumlarda, bazı kavramların açıklanmasına da yer verilmiştir.

## 15.1. Demografi Nedir? Halk Sağlığı Açısından Önemi Nedir?

İnsan topluluklarının özelliklerini tanımlamak, analiz etmek ve anlamak için çalışmalar demografi disiplini olarak bilinir. Demografi çok uzun yıllardır halk sağlığı uzmanlarının temel destek alanlarındandır (Duffy ve Behm, 1964; Badrinath ve Gillam, 2012). Demografik verilerin halk sağlığı uygulamaları kapsamında kullanıldığı temel alanlar aşağıda özetlenmiştir:

*1. Toplumun sağlık ihtiyaçlarını değerlendirme*: Toplumlarda sağlık ihtiyacı ve katmanlar arası uyumsuzlukların yaş, cinsiyet, yerleşim yeri benzeri sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi yolu ile hastalık yaygınlıkları, davranış özelliklerindeki farklılıklar, sağlık hizmetine ulaşım yüzdeleri hesaplamada halk sağlığı uygulamaları için temel "risk altındaki grup" paydası bilinmelidir. Pandemi sürecinde kaç kişinin öncelikle aşılanması gereği, Şubat 2023 depremleri sonrasında su/beslenme temel ihtiyacını takiben han-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 369 23.11.2023 13:19

gi ilçeye, hangi aşıdan, ne kadar gönderilmesi gerektiği benzeri temel hesaplamalar için kapsayıcı, detaylı ve güncel demografik verilere ne denli ihtiyaç duyulduğu bir kez daha gözlenmiştir.

*2. Epidemiyolojik çalışmalar ve sürveyans*: Kanıta dayalı halk sağlığı değerlendirmeleri ve ilgili politika planlamada sosyodemografik özellikler sağlık sonuçlarının temel belirleyicileri ve/veya karıştırıcı faktörler olarak rol oynadığı için halk sağlığı uzmanları topluma özel risk faktörlerini ve göreceli yaygınlıklarını hesaplamada ve topluma-özel (*tailored*) müdahale planlamada demograflar ile çalışmaktadır. Özellikle afet sonrası özel durumlarda temel demografik özellikler bilinmediği durumlarda hızlı yöntemler ile ilk olarak risk gruplarının nitel ve nicel olarak tanımlanması hayatidir (Karacsonyi ve ark., 2021).

*3. Sağlık politikaları planlama ve uygulama*: Sağlık politikalarının uygun ve verimli olabilmesi toplumun özgün ihtiyaçlarının tanımlanmasına bağlıdır. Örnek olarak, çocukluk çağı aşı sayısı, bağışıklık düzeyi ve hastalık yaygınlığına göre yaşa-özel aşılama planları yapılabilmesi, olası salgın durumu öncesinde bölgede hangi temel ihtiyaçların depolanmış ve dağıtıma hazır olması gerektiği bilgisi için detaylı demografik veri gereklidir. Benzer şekilde, eldeki kısıtlı kaynakların "hakkaniyet" ile dağıtılması/kullanılması, katmanlar arasında eşitsizlikleri önlemek için topluma ait demografik verilerin tam, güncel ve ulaşılabilir olması gereklidir (Miettinen, 2010). Son dönemde hızla sayıları artan kızamık vakalarına müdahalede halk sağlığı yönetim sisteminden elde edilen aile hekimliklerine bağlı çocuk sayısı ve aşılama durumlarının belirlenerek bu kişilerin ASM hekimleri tarafından aşılarının tamamlanması istenmiştir. Bu uygulama yanlış olmasa da, doğru olan ASM kayıtlarında olan çocukların zamanında ve uygun şekilde aşılanmasının sistemin doğal akışında sağlanması olacaktır. İl/ilçe özelinde aşılama yaşındaki çocukların sayılarının ve aşılanma yüzdelerinin düzenli kayıt ve izleminde aşı kapsayıcılığı tam değil ise, aşısızların "vaka" gözlenmeden öncesinde aşılanması esas olmalıdır. Aynı durum, okul çağı çocuklar için de sağlanabilmelidir. Kaba doğum sayıları üzerinden ulusal kapsamda aşı temini gerekli ise de yeterli değildir; aşının dağıtımı ve uygulanılması için detaylı, nicel veriler esas alınmalıdır.

Doğurganlık arttıkça toplumda artan kişi sayısının sağlık hizmeti talebinde artışa neden olması; hastalık insidans ve prevalanslarında artış gözlenmesi; nüfus yoğunluğu fazla yerlerde solunum yolu ile bulaşan hastalıklar ve beslenme sorunlarının daha fazla olması; nüfus ile hizmet sunumu orantılı olmadığında çocuk sağlığı, ruh sağlığı ve kronik hastalıklar başta olmak üzere hastalık ile mücadelede zorlanılması beklenen halk sağlığı sorunlarıdır. Benzer şekilde, nüfus yoğunluğunun çevresel koşullardaki olumsuz etkiler pandemi döneminde, kapanmaların meteorolojik etkileri ile, bir kez daha dikkat çekmiştir.

*4. Halk sağlığı uygulamalarının temel hedeflerinden sağlık eğitimi ve sağlığın iyileştirilmesi,* sağlık okuryazarlık düzeyi ve sağlık davranışlarının temeli olan demografik özellikler ile paralel seyrettiği için, halk sağlığı çalışanlarının bu alanda demograflar ile iletişim ve iş birliği hayatidir. Özellikle topluma yönelik kampanyaların özgün kültürel ve sosyoekonomik yapı ve dil özelliklerine uygun planlaması önemli olup, toplumun kampanyayı kabulü, sahiplenmesi ve sürdürülebilirliği açısından demografik detaylı değerlendirme ilk aşama olmalıdır. Son olarak, sağlık sisteminin değerlendirmesi ve izleminde, farklı de-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 370 23.11.2023 13:19

mografik alt grupların sağlık durum değerlendirmeleri, müdahalelerin etkililiği hesaplanabilmesi ve uygun stratejiler ile revizyon/modifikasyonu, zamanında, sağlanabilmelidir. İlerlemelerin değerlendirilmesi kadar geleceğe yönelik ön tahminler ve projeksiyonlar için halk sağlığı çalışanlarının demografi bilgisinin yeterli olması ve etkili iş birlikleri ile entegre bir çalışma ortamı yaratabilmesi esastır. Bu ihtiyaç paralelinde, dünyada olduğu gibi ülkemizde de demografi disiplininden toplum sağlığı alanında önemli destek alınmıştır ve bu işbirliğinin sürdürülmesi gereklidir.

## 15.2. Demografi Biliminin Gelişimi ve Topluma Sağlık Hizmetleri ile Etkileşimi

Demografi dendiği zaman toplumların doğum, yaş alma (ölüm dahil olarak) ve göç kaynaklı dinamiğinin incelenmesi anlaşılır. En temel 4 demografik özellik yaş, cinsiyet, ırk ve gelir olsa da, özellikle sağlık açısından toplum incelenirken bu parametrelerin sayısı da artmaktadır; hastalıkların türü, görülme yaşı, yaygınlığı, fatalitesi beklenen yaşam süresini doğrudan etkileyeceği için demografik yapıda değişikliğe neden olacaktır (Grundy ve Murphy, 2015). Doğurganlık paterni toplumsal nüfus piramitlerinde en belirgin değişikliği yapan unsur gibi görünse de, bazı yaş bantlarındaki belirgin daralma/çıkıntı daha ziyade göç veya toplumsal afetler (savaş vb.) ile ilişkili olmaktadır. Yaşam alanındaki yeni yapılaşma, okul, yurt, iş yeri vb. bazı yaş bantlarının (çalışan genç erkek vb.) lehine nüfus piramidinde çıkmalara neden olabileceği gibi, kırsal alandan göçlerde genellikle benzer bantlarda belirgin azalma da dikkat çekebilir.

Yerel olduğu kadar küresel anlamda da demografi "büyük resmi" görmek, toplumların ekonomik, kültürel ve coğrafi özelliklerinden bağımsız olarak zaman içinde (geçmişten ileriye) nasıl devinim gösterdiğini tespit açısından önemlidir. Demografik değişim her zaman istenmeyen sağlık problemleri ile mücadele açısından önemli olmayıp, sağlık iletişimini iyileştirmek, sağlık mesajlarını risk gruplarının büyüklüğüne göre uygun şekilde hazırlamak, sağlık hizmeti sunumunu ihtiyaca göre planlamak imkanları sağlamak açısından da değerli olacaktır (Grundy ve Murphy, 2015).

Yazılı kaynaklar incelendiğinde, sistematik açıdan, ilk demografik incelemeler 1662 yılında John Graunt Londra Mortalite Kayıtlarını ve hanehalkı verileri içinden ölümleri ve nedenlerini incelemiştir. Farr vital istatistik kavramını İngiltere'de ilk kez kullanırken Graunt "ölümleri ilk kez sayısal olarak açıklanmış" kişi olarak tanımlamıştır (Grundy ve Murphy, 2015). Graunt (24 Nisan 1620-18 Nisan 1674) Londra'da yaşamış bir İngiliz istatistikçi olup, günümüzde demografinin babası olarak tanınır. Ticaret ile uğraşırken 1666 yılında Londra yangınında şirketi yandıktan sonra belediyede işe girdiğinde, 1532 yılından beri tutulan ölüm kayıtlarını toplamaya başladığında "Natural and Political Observations . . . Made upon the Bills of Mortality (1662)" eseriyle bugün hala çok kıymetli ölüm istatistiklerinin temellerini hazırlamıştır: Kentsel alanlardaki ölümlerin kırsal alandakilerden yüksek olduğu; erkeklere ait doğum hızlarının kız bebeklerdekinden yüksek olmasına karışık erkeklerin daha çok ölmeleri nedeni ile nüfusta cinsiyet yüzdelerinin yakın olduğu bulguları ilk kez bu dönemde sayısal olarak rapor edilmiştir. Bu paralelde yaşam tabloları ilk kez yapılmış ve ölümlülük "yaşamda kalma" üzerinden bir olasılık



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 371 23.11.2023 13:19

olarak hesaplanabilmiştir. Gerçek gözlemlere dayalı olarak 6 ve 76 yaşı özelinde iki yaş bandında yaşamda kalma yüzdeleri hesaplanmıştır. Kişiler bu yaşa kadar geldiklerinde ondan sonraki her bir yaş için yaşamda kalma yüzdeleri hesaplanabilmiştir. Petty bu tabloları kullanarak ölümlerin toplumdaki ekonomik kayba ne kadar etkili olduğunu hesaplayabilmiştir (Grundy ve Murphy, 2015).

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasından önce, Selçuklu Devleti ve Osmanlı İmparatorluğu dönemlerinde toplam nüfus hakkındaki veriler tahrir defterleri, mühimme defterleri, seyahatnameler, vakfiyeler, salnameler vb. kaynaklar yardımıyla toplanmıştır. Osmanlı İmparatorluğu'nda ilk nüfus sayımı 1831 yılında yapılmış olup, sadece askere alınacak erkek nüfusun tespiti için yapılmış; 1844 yılında ise ilk kez kimlik belgesi verilecek kişiler için sayım gerçekleştirilmiştir. Her iki sayımda da kapsayıcılığın tüm ülke sınırlarını içermediği bilinmektedir (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019). Bu kısıtlılık (olduğundan az gösterme) dikkate alınarak, Osmanlı İmparatorluğu'nda 1831 yılında yapılan ilk nüfus sayımına göre Anadolu'da 2,5 milyon, Rumeli'de ise 1,5 milyon erkek yaşamaktadır (Karal, 1995). 1885 ve 1907 yıllarında gerçekleştirilen nüfus tahrirlerinde nüfusun sayı yanı sıra yaş, cinsiyet, meslek, etnik ve dinsel durum, doğum yeri gibi temel demografik bilgilerin toplandığı görülmektedir (Elibol, 2007). Yazılı kaynaklara göre 1830 ve 1913 yılları arasında Anadolu nüfusu sürekli artmıştır. 1830, 1844, 1874 ve 1884 yıllarında sırasıyla 7.5 milyon, 10,5 milyon, 12 milyon vd 12.6 milyon olan tahminin Anadolu nüfusu1897 yılında 13.9 milyondan 1910 yılında 15.4 milyona yükselmiş, 1913 de 15.8 milyon olan tahmini nüfus 1923 yılında (olasıdır ki savaşların etkisi ile) 13.1 milyona gerilemiştir (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019).

## 15.3. Türkiye'de Demografi ve Halk Sağlığı Disiplininin Etkileşimi

Tanoğlu 1969 yılında nüfusu tanımlarken "hareket halinde, her an ve durmadan değişen bir olay" ifadesini kullanmıştır (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019). Bölgeye özel doğurganlık ve mortalite hızları kadar, "olumlu koşulların sağlanmasına yönelik" göçler de nüfus hareketini ve bölgesel nüfus özelliklerini doğrudan etkilemektedir" (Aktaş, 2018). Demografi esas olarak toplumların yapısının nicel ve nitel olarak değişimini incelerken, halk sağlığı uzmanları bu değişimlerin "nedenlerini" ve ilişkili faktörleri incelemek; bulgular ışığında sağlık politika yapanlara kanıt sunmak ve ilişkili müdahalelerin etkisini değerlendirerek revize konusunda daha geniş bir yelpazede çalışmak durumundadır (Grundy ve ark., 2015). Halk sağlığı uygulamalarında nüfusun büyüklüğü kadar, dağılımı, dağılımlarda farklılığa neden olan faktörler yanı sıra bu devinime ait özellikler (yani, zaman ve mekan içi değişimler) de önem taşımaktadır.

Türkiye'de Cumhuriyet sonrası dönemde demografi ve halk sağlığı formal eğitimleri paralel gelişmiştir. Ülkemizdeki halk sağlığı anabilim dallarının ilk kuruluşundan beri departmanlarda demografi eğitimi almış öğretim üyelerine kadro verilmiş; Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü'nün Prof. Dr. Nusret Fişek'in katkıları ve öncülüğü ile kurulmuş, ulusal demografi çalışmalarının planlanması ve analizlerinde halk sağlığı uzmanları aralıksız katkı sağlamışlardır. Demografi ve halk sağlığı disiplinlerinin ortak sorun alanlarını 1960'lı yıllarda saptayan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, doğumlarla ölümler



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 372 23.11.2023 13:19

hakkında sağlıklı veri toplanmasının önemine dikkat çekmiş; nüfus ve aile planlaması programlarının kadın sağlığı ve kadın hakları çerçevesinde ele alınması gerektiğini ortaya koymuştur. Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 1967 yılında Hacettepe Üniversitesi ile eş zamanlı olarak kurulan "Nüfus Etüdleri Enstitüsü"nde beş yıl boyunca müdürlük yapmış; "Nüfusbilim Sözlüğü"nün oluşturulmasına önayak olarak demografideki kavramlara Türkçe karşılıklar bulunması için katkıda bulunmuştur. Doğru kararlar alabilmek için güvenilir bilgi toplamanın gerekliliğini savunan Prof.Dr. Nusret H. Fişek, ilk olarak 1963 yılında yapılmaya başlanan ülke çapındaki nüfus ve nüfus-sağlık ilişkilerini ortaya koyan araştırmalarının (Türkiye Nüfus Araştırması) yönlendiricisi ve uygulayıcısı olarak konunun öneminin ülkemizde kavranmasında en büyük rolü oynamış; demografi eğitiminin sağlıklı ve kaliteli olması için yurt dışından konusunda uzman olan kişilerin Enstitü'ye getirilmesi ve öğrencilerin çoğuna da yurt dışında eğitim yapma olanağı yaratmıştır. H.Ü. Nüfus Etüdleri Enstitüsü'ndeki "Dokümantasyon Merkezi"'nin kurulması onun çaba ve destekleri ile sağlanmış olup, bu merkez halen ülkemizde konusunda tek ve en büyük bilgi kaynağı olma durumunu korumaktadır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, halen Türkiye'de demografi alanında yüksek lisans ve doktora eğitimi veren tek akademik kurumdur (Nusret Fişek Kişisel web sayfası; HÜNEE, 2021).

## 15.4. Türkiye'de Cumhuriyet Sonrası Demografik Yapı ve Değişimler

Türkiye nüfusu 1927 yılından günümüze dek, genel anlamda, pozitif yönde artmış, belli dönemlerde değişkenlikler gözlenebilmiştir: 1940-1945 yılları arası İkinci Dünya Savaşı'nın etkisi ile nüfus artış hızında gerileme (‰10,5), 1955-1960 yılları arasında İkinci Dünya Savaşı'nın olumsuz etkilerinin azalması, çok partili hayat, bayındırlık faaliyetlerinde artış, ölümcül hastalıkların tedavisinde artan başarı, sağlıkta (verem, sifilis, trahom, sıtma vb) hastalıklara özel eylem planlamaları, çocukluk çağı bağışıklamasındaki başarı vb. sonucu ölümlerde belirgin azalma gözlenmiş olup, nüfus artış hızı %30'lara kadar dayanmıştır (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019). 1965 yılından sonra nüfus artışına yönelik politikalardan vazgeçilmiş, aile planlaması hizmetlerine erişim/kabul artmış, 1975-1980 yılları arasında Türkiye'den Avrupa'ya gerçekleşen işçi göçleri veya dış göçler nedeni ile nüfus artışında azalma belirginleşmiştir. Türkiye'de 1985 sonrasında yaşanan kentleşme oranının artışı, kadınların sosyal ve ekonomik hayata olan katkılarının artması, eğitim, kültür ve refah düzeyinin ve kişi başına düşen milli gelirin artması doğurganlık sayısında ciddi azalmada rol oynamıştır (Akbaş, 2016). 1997 yılında nüfus sayımı esas olarak siyasi seçimler hedefli gerçekleşmiş ve nüfusunun 62.865.574 olduğu görülmüştür (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019). 2000 yılında, 1997 yılına göre yıllık nüfus artış hızı (‰ 25,2) ise de 1990 yılına göre (‰ 18,3) kadardır. Nüfusun dinamik yapısında yıllık değişimler kadar bölgesel değişikliklerin de dikkate alınması ve ortalama rakamların tepe değerleri yumuşatacağı bilgisi ile nüfus artış hızlarını, mümkünse, yıla-özel irdelemek önemlidir. Erken dönemde 5 yıllık nüfus değerlendirmelerinde, yılık nüfus artış hızları, 5 yıllık dönemler için benzer kabul edilerek, ortalama artışlar esas alınmıştır (**Tablo 1**).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 373 23.11.2023 13:19

**Tablo 1.** Türkiye toplam nüfus sayılarının yıllara göre dağılımı ve hesaplanan yıllık nüfus artış hızları (Kaynak: Türkiye İstatistik Enstitüsü web sitesi ve arşivi, 2023).

| Yıl | Toplam Nüfus (sayı) | Yıllık nüfus artış hızı (%) |
|---|---|---|
| 1927 | 13.648.270 | - |
| 1935 | 16.158.018 | 2,29 |
| 1940 | 17.820.950 | 2,05 |
| 1945 | 18.790.174 | 1,08 |
| 1950 | 20.947.188 | 2,29 |
| 1955 | 24.064.763 | 2,97 |
| 1960 | 27.754.820 | 3,06 |
| 1965 | 31.391.421 | 2,62 |
| 1970 | 35.605.176 | 2,68 |
| 1975 | 40.347.719 | 2,66 |
| 1980 | 44.736.957 | 2,17 |
| 1985 | 50.664.458 | 2,64 |
| 1990 | 56.473.035 | 2,29 |
| 2000 | 67.803.927 | 2,00 |
| 2007 | 70.586.256 | 0,58 |
| 2008 | 71.517.100 | 1,31 |
| 2009 | 72.561.312 | 1,48 |
| 2010 | 73.722.988 | 1,60 |
| 2011 | 74.724.269 | 1,35 |
| 2012 | 75.627.384 | 1,20 |
| 2013 | 76.667.864 | 1,37 |
| 2014 | 77.695.904 | 1,34 |
| 2015 | 78.741.053 | 1,34 |
| 2016 | 79.814.871 | 1,35 |
| 2017 | 80.810.525 | 1,24 |
| 2018 | 82.003.882 | 1,47 |
| 2019 | 83.154.997 | 1,39 |
| 2020 | 83.614.362 | 0,55 |
| 2021 | 84.680.273 | 1,25 |
| 2022 | 85.279.553 | 0,71 |

2007 yılında 2000 yılı Genel Nüfus Sayımına göre yıllık nüfus artış hızı ‰5,75 olarak gerçekleşmiş; 2017-2018 yılları arası nüfus artış hızı ‰14,7'ye gerilemiştir. Nüfus hesaplamasında yapılan teknik değişikliklerin de sayılarda göreceli farklara sebep olabileceği açıktır. Örnek olarak 2000 yılında evlere gidilerek herkes sayılırken, 2007 yılında



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 374 23.11.2023 13:19

ADNKS ile yapılan nüfus sayımında sadece nüfusa kayıtlı olan kişiler sayılmıştır; bu şekilde ADNSK'ya kayıtlı ol(a)mayan nüfus saptanamayacağı için 2000-2207 arasında nüfus artış hızı hesaplaması olduğundan "az" gösterilmiş olabilir (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019). Benzer şekilde, seçim dönemlerinde/bası özel nedenlerle nüfus sayılarının belirli bölgelerde "sanal" olarak düşük/yüksek gösterilmediğinden emin olmak gerekir.

Nüfus artış hızı derken, farklı hesaplamalar yapılabileceği açıktır. Ülkemizde bu nüfus artış hızı hesaplanırken: 1) ilgili yıl içinde doğanlardan o yıl içinde ölenler çıkarılır (doğal nüfus artışı), 2) elde edilen değere +/- net göç miktarı eklenir/çıkarılır, 3) bulunan değer, o yılın yıl ortası toplam nüfusuna bölünür; 4) çıkan sonuç 100 ile çarpıldığında; artış hızı (yıllık ortalama artış/azalış oranı) elde edilir. Yıl ortası nüfus hesaplaması özellikle sağlık ocaklarının var olduğu dönemde, nüfusa ulaşmanın kolay olması kadar, doğum, ölüm ve göçlerin yıl içinde benzer dağılım gösterdiği varsayımı ile Haziran ayı sonu itibarı ile sağlık çalışanlarının ev halkı tespit fişi dönemlerinde güncellenen bir hesaplama olarak halk sağlığı çalışanları için tanıdık bir ifadedir. ADNKS muhtarlarca güncellenmekte ve TÜİK nüfus sayımını bu veri ışığında her yıl Ocak ayında, bir önceki yıl için hesaplanmaktadır (TÜİK web sayfası, 2023).

Nüfus artış hızının nedenleri araştırılırken, 3 ana komponent (doğum, ölüm ve göz sayılarının) dağılımının incelenmesi esastır. Bu bağlamda, Türkiye'de yıllara göre **doğurganlık** incelendiğinde:

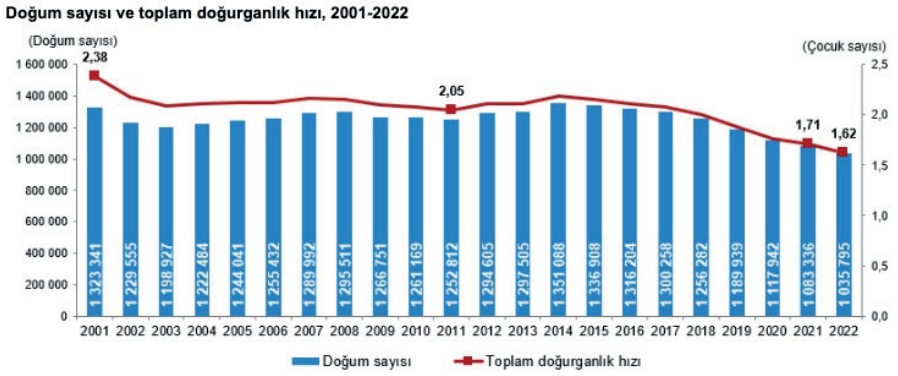
Nüfus artış hızının doğru hesaplanabilmesi için doğumların canlı doğum sayısı üzerinden hesaplanabilmesinin gereği açıktır. 1980 yılından itibaren güncel doğurganlık düzeyinin belirlenmesi amacıyla sayımdan önceki son bir yılda gerçekleşen doğumlar derlenmeye başlanmıştır (Sertkaya Doğan ve Bostan 2019). Türkiye'de doğum hızları son 100 yıl içinde genel olarak azalma eğilimindedir: bunda toplumsal gelişme, kentleşme, çalışma koşulları, ekonomik imkanlar ve sosyal yaşam değişiklikleri paralelinde istenen (bakılabileceğine inanılan) çocuk sayısındaki değişim kadar, aile planlaması hizmetlerinin var olması, çeşitliliği ve erişilebilirliği de önemli rol oynamıştır. Herhangi bir yıl özelinde o yıl toplumda 15 yaşına gelmiş bir kadının, ülkedeki yaşa özel doğurganlık düzeni aynı kaldığı durumda 49 yaşına geldiğinde ortalama kaç çocuk sahibi olacağına dair indeks toplam doğurganlık hızı olarak belirtilir. Bu değer bir mutlak sayı olup, fertil olmayan, çocuk istemeyen kadınları da dahil ettiği için gerçek değeri olduğundan az gösterse de (*underestimation*) genel kabul gören bir ölçüttür ve kadınları "sahip olmak istedikleri çocuk sayısı (halen 2)" ile karşılaştırılarak aile planlaması hizmetlerinin etkili kullanılıp kullanılmadığını belirlemek için yaygın olarak kullanılır. Ülkemizde nüfus politikalarındaki değişikliklerde de bu sayı önem taşımaktadır. Benzer bir diğer doğurganlık ölçütü ise Genel Doğurganlık Hızı olup bir katsayı (genelde binde) ile tanımlanır ve 15-49 yaş arasındaki yani doğurgan yaştaki kadın başına o yıl doğan canlı bebek sayısını vermektedir (Akbaş, 2016). Genel Nüfus Sayımlarında, 1970 yılından itibaren kadının yaşamı boyunca doğurduğu çocuk sayısı derlenerek, doğurganlık ile ilgili derlenmeye başlanmıştır.

Türkiye'de genel doğurganlık hızı 1980 yılında ‰105,3, 2001 yılında ‰82,7 iken, 2010 yılında ‰72,8 ve 2018 yılında ise ‰66,8'e, 2022'de bu süreçte kaba doğum hızları da 2001 yılında ‰20,3 iken, 2010 yılında ‰17,2 ve 2018 yılında ‰15,3 ve 2022'de ‰16,2 olarak



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 375 23.11.2023 13:19

hesaplanmıştır (TÜİK web sayfası). Genel doğurganlık hızı sağlık aşısından olduğu kadar, ekonomik açıdan önemli olduğu gibi, kreş/okul sayısından, bebek eşyası üretimi, mama stoklarına kadar farklı birçok iş kolu açısından önem taşımaktadır.




**Şekil 1.** Türkiye'de yıllara göre toplam canlı doğum sayıları ve toplam (tamamlanmış) doğurganlık hızları dağılımı

Türkiye'de toplam doğurganlık hızı 1960-65'li yıllarda 6,2 iken (Sertkaya Doğan ve Bostan 2019), bu değer 1980 yılında 3,41'e, 1990 yılında 2,65'e, 2001 yılında 2,38'e, 2018 yılında 1,99 ve 2002'de 1,62'ye düşmüştür (TÜİK web sayfası arşivi). Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de sosyoekonomik durum, kadının ev dışında çalışma yaşamına girmesi doğum hızlarının azalmasında önemli rol oynamaktadır. Ülkemiz gibi yüksek nüfusu olan, sosyal ve kültürel açıdan heterojen yapıda, geniş bir coğrafyada yaşayan toplumlarda toplam doğurganlığın zamansal olduğu kadar bölgesel değişiklik göstermesi de beklenen bir durumdur. Örneğin, ülke geneline kıyasla Doğu Anadolu, özellikle de Güneydoğu Anadolu bölgesindeki bazı illerde yüksek doğurganlık hızları zaman içinde önemli farklılık göstermemiş; bu düzeyin korunduğu hatta arttığı dikkat çekmektedir. Bu durum, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki yaş yapısına da etkide bulunarak, yerel nüfus piramidinde 0-14 yaş grubu nüfusun belirginleşmesine neden olmaktadır. Yüksek doğurganlık hızı ve beraberindeki genç nüfus birikiminin kaynak bulma ve yatırım yapma konusunda ulusal dengelere etkisi önemlidir. Doğurganlığın yüksek olduğu bu alanlarda kadının sosyal ve ekonomik statüsünde göreceli yükselme olmaması kalkınma açısından önemli bir eksikliktir. Batıya göç ve şehirleşme, kadınların eğitim seviyesinin yükselme ve tarım dışı sektörlerde iş gücüne kadının katılımını artırırken, doğurganlıkta düşme ile ilişkilendirilmektedir. Türkiye'nin 4.00'dan fazla TDH değerlerine sahip, kadınların tarım dışı iş alanlarında çalışma oranının %10'dan az, 15-49 yaş grubuna mensup kadın nüfusun okuma yazma bilmeyen kısmının %30'dan fazla ve diğer taraftan kişi başına üretilen mal ve hizmetlerin 1500 ABD dolarının altında kaldığı illerin mekânsal analizi yapıldığında, bu ölçütlere uyan 9 il olduğu (Şanlıurfa, Mardin, Siirt, Şırnak, Hakkâri, Van, Bitlis, Muş ve Ağrı) gözlenmekte olup toplam doğurganlık ile sosyoekonomik koşullar arasındaki negatif ilişkinin en belirgin olduğu iller olarak dikkat çekmektedir (Özgür, 2004) (**Şekil 1** ve **Şekil 2**).

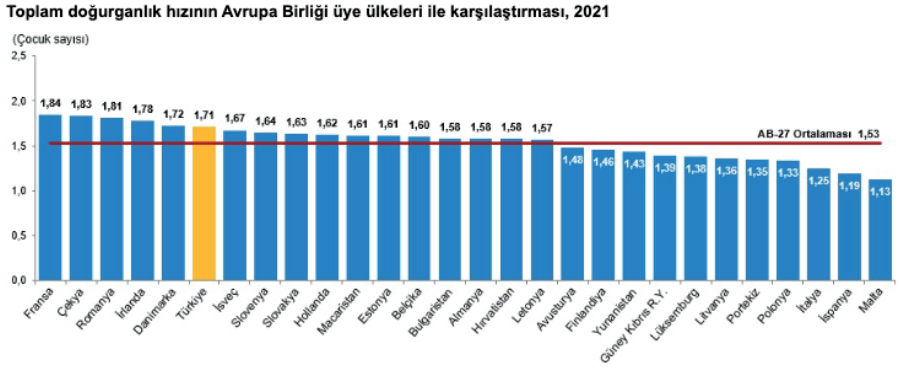


Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 376 23.11.2023 13:19




**Şekil 2.** Toplam doğurganlık hızının illere göre boyutu (2022)

Toplam Doğurganlık Hızı değeri ülkemizde yıllara göre azalan bir eğri gösterse de halen Avrupa Birliği'ne üye ülkeler ortalamasının üzerinde bir toplam doğurganlık hızına sahip durumdayız (**Şekil 3**).




Kaynak: Avrupa Birliği İstatistik Ofisi (Eurostat) Veri Tabanı, 2021
Türkiye verisinin kaynağı TÜİK'tir.

**Şekil 3.** Türkiye toplam doğurganlık hızının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırılması

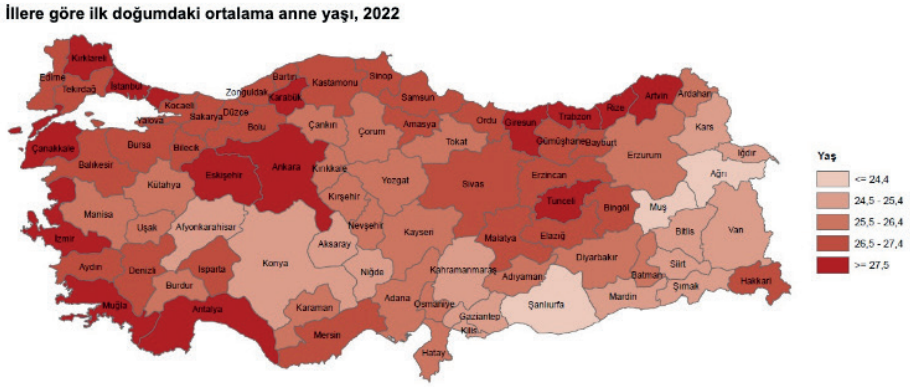
Doğurganlığı değerlendirmede kullanılan diğer bir ölçüt, kaba doğum hızı, o yıla ait canlı doğum sayısının genel nüfusa bölümüyle elde edilen, her 1000 kişi başına o yıl eklenen bebek sayısını ifade eden kaba bir ölçüttür. "Kaba" olmasının nedeni hesabın paydasında erkek nüfus ve doğurgan olmayan/çocuk istemeyen kadın sayısını da içermesi nedeniyledir. Ekonomik değerlendirmeler için kullanılabilirliği sağlık alanına göre daha fazla bu ölçüt en kolay hesaplanan doğurganlık göstergesi olduğu için kullanımı yaygındır. Bin nüfus başına düşen canlı doğum sayısını ifade eden kaba doğum hızı, 2001 yılında binde 20,3 iken 2022'de binde 12,2 değerine düşmüştür (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019).

1980 yılında ortalama anne olma yaşı 28,16 iken, 2001 yılında 26,2'ye düşmüş sonrasında ise, 2018 yılında bu yaş 28,9'a yükselmiştir. Bu durum, kadınların formal eğitim alma du-

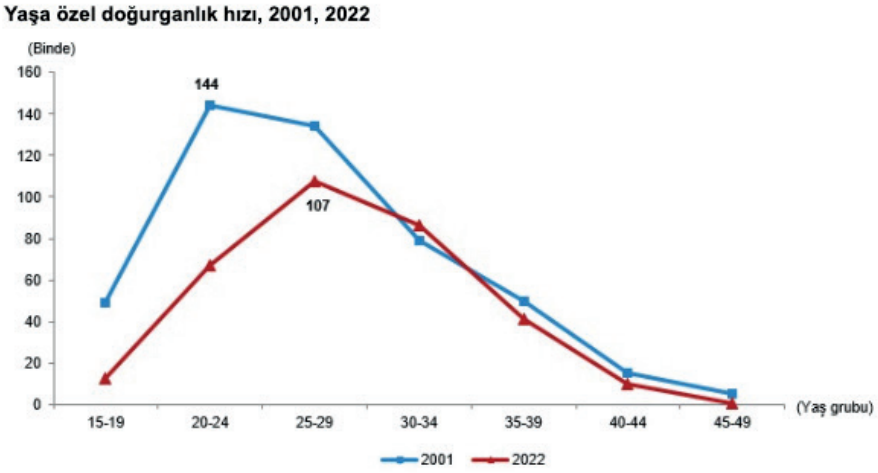


Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 377 23.11.2023 13:19

rumu ve süresiyle olduğu kadar çocuk isteme/doğurma yaşı ile de ilişkili olduğu için yıllara gör bazı değişiklikler göstermesi beklenen bir durumdur (**Şekil 4**) (TÜİK web sayfası). Kadının ev dışı iş yaşantısı ve üretime aktif katkısının yüksek oranda olduğu, eğitime devamın uzun olduğu bölgelerde ilk doğum yaşının 27 ve üzerinde olması dikkat çekerken, gelişmiş ülkelerdeki duruma benzerlik göstermektedir (**Şekil 5**). Gelişmişlik artan toplumlarda kadınların eğitim ve sosyoekonomik gelir artıkça evlilik ve ilk doğum yaşını ileri attıkları gözlenmektedir.




**Şekil 4.** İlk doğumda anne yaşının illere göre dağılımı
(Kaynak: TÜİK web sayfası, 2023)




**Şekil 5.** Yaş gruplarına özel doğurganlık hızlarının son 20 yıl içindeki değişimi
(Kaynak: TÜİK web sayfası,2023)

Doğurganlık değerlendirmelerinde kadın-çocuk sağlığı açısından ilk doğum yaşı ve doğumlar arasında geçen süre de önemlidir. Adolesan yaşta doğumlar istenmeyen sağlık sorunlarına neden olabileceği için ilgili hızın düşük olması istenir. 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade eden adolesan



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 378 23.11.2023 13:19

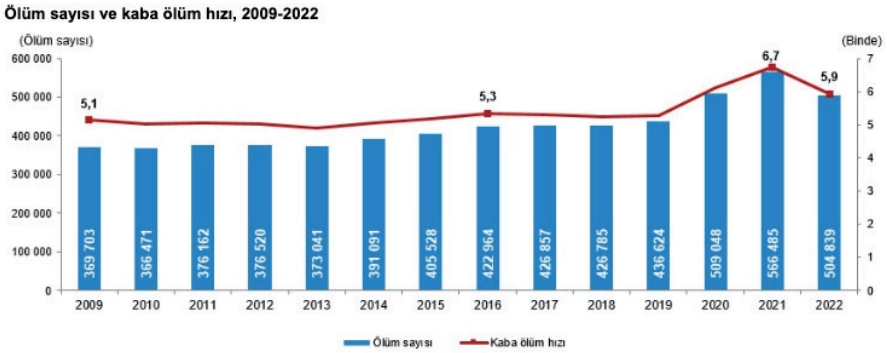
doğurganlık hızı 2001 yılında binde 49 iken 2022 yılında binde 12'ye düşmüştür. Avrupa Birliği üyesi 27 ülkenin adölesan doğurganlık hızları incelendiğinde, 2021 yılında en yüksek adolesan doğurganlık hızının olduğu ülke binde 37 ile Bulgaristan, en düşük adolesan doğurganlık hızının olduğu ülke ise binde 1 ile Danimarka'dır; 2021 yılında binde 13 olan Türkiye, Avrupa Birliği üyesi 7 ülke ile beraber Avrupa Birliği ortalamasının üzerinde yer almıştır (**Şekil 5**) (TÜİK web sayfası).

Doğurganlık hızları hesaplanırken, kaba hızlardan kaçınılması, veri toplama imkanları karşıladığı sürece doğum hızlarının doğurgan çağ ve yaş bandına özel olarak hesaplanabilmesi değerlidir. Kadın doğrumu gerçekleştiren cinsiyet olmak dışında çocuğun bakımından primer sorumlu kişi olarak da değerlidir. Bu nedenle, kadın başına düşen çocuk sayısı da hesaplamalarda yer alır. Çocuk-kadın oranı 0-4 yaş grubu çocuk sayısının 15-49 yaşlarındaki (üreme çağındaki) kadın sayısına oranını göstermektedir. Türkiye'de 1945 yılından itibaren çocuk-kadın oranı hesaplanmakta olup, 1945 yılında ‰555 olan oran, 1960 yılında en yüksek seviyeye (‰989) ulaşmış olup, 2018 yılında ise ‰329'a düşmüştür. Kadın başına düşen çocuk sayısı ne kadar az ise, annelerin yükünün o kadar azalması, ev dışı faaliyetlerde yer alma olanağının artışı, çocukların daha iyi bakım alıyor olması beklenir. Benzer şekilde, ilk doğumda annenin yeterli fiziksel ve ruhsal olgunlukta olması değerlidir. 2001-2018 yılları arasında 15 yaş altı doğum sayılarındaki %93,9 azalış, 30-34 yaş grubunda ise %54 artış gerçekleşmiştir Türkiye'de 2006 yılından önce doğurganlığın en fazla olduğu 20-24 yaş grubu, 2006 yılından itibaren 25-29'a yükselmiş olması; 30-34 yaş grubundaki doğumların payının yıllar içinde kadınların daha uzun süre ile eğitimlerine devam etmeleri ve aktif iş hayatına daha fazla katılıyor olması ile açıklanabileceği gibi, kadın/eşlerin çocuk yapmadan önce yeterli sosyoekonomik imkanları sağlamak istemeleri, doğum sonrası bebeğe uygun yaşam imkanları verebilmek için beklemeleri ile de ilişkilendirilebilir (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019) (**Şekil 5**). Batı Avrupa'nın demografik dönüşümü sürecinde de en yüksek doğurganlığın giderek 30-34 yaş grubuna kaymıştır. Bu durumun kadının doğurabileceği çocuk sayısında azalmaya neden olacağı, dolayısıyla yıllar içinde toplam doğurganlık sayısının azaltacağı akılda tutulmalıdır.

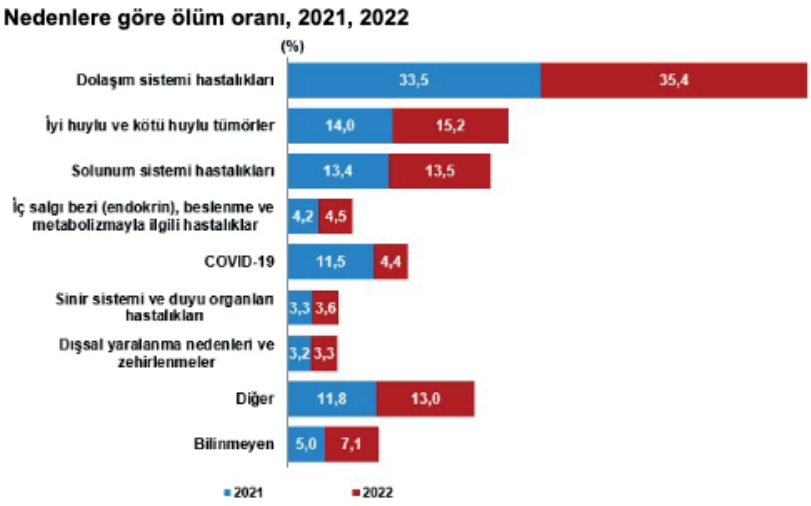
Nüfus artışının ikinci temel belirleyicisi **ölümlülük düzeyi**dir. Türkiye'de genel yaşam koşullarının iyileşmesi, sağlıklı beslenme ve konut imkanları, sağlık hizmetlerine erişimin artması, doğum öncesi/sırası/sonrası bakım imkanları, sağlıklı işyeri koşulları, salgın hastalıkların önlenmesi, kaza ve yaralanmaların kontrole alınması ve kronik hastalıların tedavisindeki gelişmeleri kaba ölüm hızlarının yıllar içerisinde azalmasına neden olmuştur. Türkiye'de ölüm hızı 1960-65'li yıllarda ‰15,3 iken (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019), 2018 yılında ‰5,2'ye düşmüştür. Benzer şekilde bebek ölüm hızları da 1960-1965 yılları arasında ‰ 208 iken 1950'den itibaren 10 yıllık dilimlerde sırasıyla (binde) erkeklerde 331.7, 422.1, 470.5, 541.9, 572.6, 651.4, 647.6, kadınlarda 291.6, 388.2, 485.9, 518.3, 543.9, 615.3, 613.3, 607.791, toplam 623.296, 810.339, 956.489, 1.060.175, 1.116.493, 1.266.751, 1.261.169 ve 1.248.847 (TÜİK web sayfası). Ölümlülük hızında 2019 sonrasındaki ani ve belirgin artışın ne kadarının COVID-19, ne kadarının pandemi nedeni ile hastane başvurularının az olması ya da yeterince hizmet alınamaması kaynaklı sağlık sorunlarından kaynaklandığı eldeki veriler ile açıklanamasa da, 2019-2021 arasındaki ölüm hızlarındaki %26'lık göreceli artışın detaylı olarak çalışılması gereklidir (**Şekil 6**) (TÜİK web sayfası; Eser E, 2020).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 379 23.11.2023 13:19




**Şekil 6.** Kaba ölüm hızı ve ölüm sayılarının yıllara göre dağılımı
(Kaynak: TÜİK web sayfası)




**Şekil 7.** Pandemi döneminde topluma ait ölüm nedenlerinin yıllara göre dağılımı (Kaynak: TÜİK web sayfası)

**Şekil 7'de** 2012-2022 yıllarındaki ölümlerin nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde, COVID-19 başlığındaki ölümlerin 2. yılda belirgin olarak azalmış olduğu, bu payın ağırlıklı olark "diğer" başlığına kaydığı gözlenmektedir. "Diğer" başlığı içindeki tanıların incelenerek, bu değişimin gerçek bir farklılık ve/veya tanı oymadaki farklılıklardan kaynaklanma durumu irdelenmelidir. Daha önemlisi, bu tür pay dağılımları, saptanmış ölümler içindeki bir göreceli artış/azalmaya işaret etse de, hastalıkların ve ilgili mortalite/fatalite hızlarındaki değişiklikleri gösteremez. Ölüm sayıları belirlenirken, risk altındaki grup üzerinden yapılan "hız" değerlendirmeleri gerek halk sağlığı müdahaleleri gerekse sağlık politikaları gelştirme süreci açısından kanıt değeri daha yüksek olacaktır.

Yıllar içinde, kaba ölüm hızlarına benzer şekilde öncelikle 5 yaş altı çocuk ölümlerinde ve sonrasında bebek ölümlerinde belirgin azalmalar olmuştur (**Şekil 8**, **Şekil 9**). Son 15 yıllık

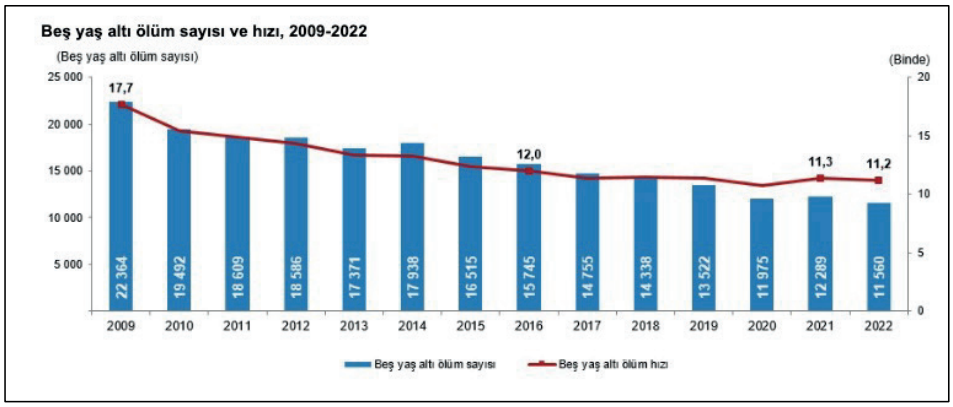


Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 380 23.11.2023 13:19

dönemde her iki yaş grubu ölümlerinde %30 üzerinde düşme yaşanmıştır. Korunulabilir ölüm sebeplerinin (beslenme yetersizlikleri, aşılama hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar vb.) yanı sıra gebelik öncesi bakım ve taramaların geliştirilmesi, doğumların hastane/sağlık merkezlerinde yapılması, neonatal bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi, ana sağlığının genel anlamda artışı doğrudan bebek ve çocuk ölümlerinde azalmayı desteklediyse de, hala, özellikle erken neonatal ölüm sayılarında azalma sağlanması gereklidir. Ülkemizde akraba evliliği halen önemli boyutta olup, 2012 yılında 16 yaş ve üzeri nüfus içinde 1. derece kıuzenleri ile evlenenlerin payı %8,3'dür. Bu değer açısından Mardin (%20,3), Siirt ve Diyarbakır (%18,6) ve Şanlıurfa'da (%16.9) 2021 yılında en yüksek illerdir. Akraba evliliklerinin konjenital anomaliler ve ileri yaşlarda ortaya çıkacak sağlık problemleri açısından önemi dikkatle incelenmeli ve topluma ilgili konuda danışmanlık desteklenmelidir. Göç, pandemi ve deprem sonrası son yıllarda yaşanan hizmet eksikliklerinin önümüzdeki yıllarda bebek/çocuk ölümlerine olumsuz etkisi olması olasıdır; yakın takip ve gerekli müdahalelerin zamanında yapılması önemlidir.




**Şekil 8.** 2009 sonrasında bebek ölüm hızları ve mutlak sayıların yıllara göre değişimi (Kaynak: TÜİK web sayfası)

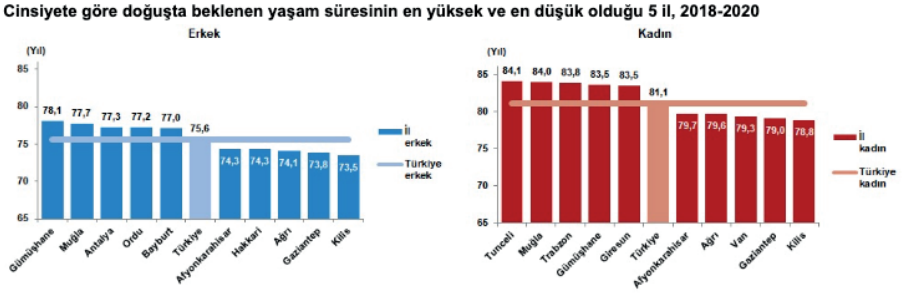



**Şekil 9.** 2009 sonrasında 5 yaş altı çocuk ölüm sayı ve hızlarının yıllara göre değişimi (Kaynak: TÜİK web sayfası)



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 381 23.11.2023 13:19

Toplumda doğurganlık hızı azalırken, sağlık bakım hizmetlerine erişimin artması, genel yaşam imkanlarının iyileşmesi ve ölümlerin azalması birlikte, beklenildiği şekilde, doğuşta beklenen yaşam süresinin yıllar içinde artmasını sağlamıştır: 1970 yılında doğan bir çocuğun ortalama olarak 55 yıl yaşamda kalması beklenir iken (kadınlarda 57, erkeklerde 53 yıl), 2017 yılında bu değer 78 yıla yükselmiştir. TÜİK verilerine göre Türkiye'de doğuşta beklenen yaşam süresi 2019'dan itibaren kısalmaya başlamıştır: 2017-2019 döneminde 78,6 yıl ve 2019-2021 döneminde 77,7 yıl olan ortalama yaşam süresi, 2020-2022 döneminde 77,5 yıla gerilemiştir. Kadınlarda doğumda beklenen yaşam süresi, ülkeler genelinde olduğu gibi, erkeklere kıyasla daha yüksektir. 2018-2020 yıllarına özel doğuşta beklenen ortalama yaşam süresi kadınlarda 81.1 yıl ve 75.6 yıldır. Beklenen ortalama yaşam süresinin genetik, çevresel faktörler kadar, yaşam alışkanlıkları, risk alma davranışları ve sağlık hizmetine erişim ile ilişkisi olduğu bilinmekte olup, TÜİK rakamlarına göre şehirler arasında da anlamlı değişiklikle gözlenmektedir (**Şekil 10**). Ölüm nedenlerine ait yüzde dağılımı şehirlere göre çok farklı görülmese de bu gerilemede pandeminin etkileri, erken ölümlere sebebiyet verebilecek kaza ve yaralanma ölümleri, intiharlar vb. dağılımının detaylı çalışılması değerli olacaktır. Ölümlerin coğrafi bölgelere göre dağılımı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi sağlık politika kararları açısından önemi önümüzdeki yıllarda da devam edecektir.




**Şekil 10.** Doğuşta beklenen yaşam süresinin cinsiyet ve bölgelere göre dağılımı (2018-2020)

Demografik yapıyı etkileyen 3. ana belirleyici **göç**tür. İçe veya dışa göç yüzdeleri ülke geneli ya da bölge özelinde değerlendirmek mümkündür. Göç, toplumlarda, nüfus sayısından ziyade nüfusun coğrafya üzerindeki dağılım ve nüfus yoğunluk farklılaşmasını etkileyen önemli bir yapıdır. Sosyoekonomik durumun en önemli belirleyicilerinden biri kırsal alandan kente göç olup, 1950 yılında dünya nüfusunun sadece %29'u kentsel alanda yaşamakta iken bu değer 2010 yılında %59'a ulaşmıştır (UN, 2012). İç göç tanımı yapılırken, idari alanlar arasında kalıcı ya da yarı-kalıcı olarak yer değiştirilmesi esas alınmaktadır. Ancak, ülkeler arasında tanımların farklı yapılması göç hızlarının karşılaştırılabilirliğini güçleştirmektedir. Örneğin, göç için alınan süre tanımlaması da önemlidir. Örnek olarak, ülkemizde mevsimsel işçi grubunun ne kadar süre ile yaşadığı yerden ayrılmasının göç kabul edileceği tanımı bölgesel nüfusun hesaplanmasında farklılık yaratacaktır.

ADNKS sonuçlarına göre Türkiye'de ikamet eden yabancı nüfus 1 823 836 olup, %50,5'i kadındır. Bu sayı içinde kurs, turizm, bilimsel araştırma vb. nedenlerle 3 aydan kısa sü-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 382 23.11.2023 13:19

reli vize almış yabancılar ve geçici koruma statüsündeki Suriyeliler dahil değildir (TÜİK, 2023).

Muhammed Bouazizi isimli gencin 2010 yılı Aralık ayında Tunus'ta kendini yakarak intihar teşebbüsünde bulunmasıyla patlak veren olaylar, kısa sürede tüm Arap coğrafyasına yayılmış ve başta Mısır, Libya ve Suriye olmak üzere Cezayir, Ürdün, Bahreyn ve Yemen gibi Arap ülkelerini etkilemiştir (AFAD, 2017). Bu sürecin sonunda bazı ülkelerde rejim değişiklikleri yaşanırken bazı ülkelerdeki iç karışıklıklar ise halen devam etmektedir. Olayların sıçradığı ülkelerden biri olan Suriye Arap Cumhuriyetinde, iç karışıklıklar Mart 2011'de baş göstermiştir: Kriz öncesinde sağlıklı olarak veri derlenebilen son yıl olan 2011 yılı verilerine göre Suriye'nin toplam nüfusunun 21 milyonun biraz üzerinde olduğu raporlanmıştır (AFAD, 2017; Aktaş, 2018) Resmi dili Arapça olan ülkede doğumda ortalama yaşam beklentisi erkekler için 72 yıl ve kadınlar için 77 yıldır. Çatışma ortamından kaçan Suriyeliler, ilk kez 29 Nisan 2011'de Hatay ili Yayladağı ilçesinden 260 kişilik bir grup olarak Türkiye'ye giriş yapmıştır. 4/4/2013 tarihli ve 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununun 91 inci maddesine dayanılarak hazırlanan ve 22/10/2014 tarihli ve 29153 numaralı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Geçici Koruma Yönetmeliği ile geçici koruma statüsü altına alınan Suriyelilere sağlanan tüm hizmetlerin koordinasyonu AFAD'a verilmiştir (AFAD, 2017). Türkiye'de kayıt altına alınmış, geçici koruma statüsündeki Suriyeli sayısı 14 Eylül 2023 tarihinde (bir önceki aya göre 19 127 kişi azalarak) 3 288 755 kişidir. Ocak 2023 başından bu tarihe kadar toplamda 247 143 kişi azalarak, Eylül ayındaki toplam kayıtlı nüfusun son 7 yılın en düşük sayısına gerilediği belirtilmektedir. Toplam sayının yaklaşık yarısı (1 611 265) 18 yaş ve altında olması dikkat çekicidir; yaş ortalaması 22.2 yıldır. Halen Türkiye'de yaşayan kayıtlı Suriyelilerin %47.6'sı kadındır.14 Eylül 2023 itibarı ile tüm nüfusun 3 213 511'i (%97.7) şehirlerde yaşamakta, en yoğun yerleşim Ankara, Antalya, Aydın, Bursa, Çanakkale, Düzce, Edirne, Hatay, İzmir, Kırklareli, Kocaeli, Muğla, Sakarya, Tekirdağ ve Yalova illerindedir: Suriyelilerin toplam il nüfusu içindeki payı %20'yi geçen il sayısı 63'tür. 31 Aralık 2022 tarihinde TÜİK tarafından açıklanan Türkiye nüfusu esas alınarak (85 279 553) ülke içindeki Suriyelilerin nüfus içindeki payının %3.71 olduğu hesaplanmıştır. 15.4.2023 tarihli televizyon programında İçişleri bakanı 230 998 Suriyeliye TC vatandaşlığı verildiğini açıklamıştır (AFAD, 2017; Mülteci Derneği web sayfası). Siyasi söylemler, Suriye'li nüfusun, kademeli olarak ülkelerine gönderileceği yönünde olsa da, mevcut yüksek nüfusun ne süre ile Türkiye'de kalacağı, yerel halk ile entegrasyonu ve yerel halk ile aile birliklerinin kurulması paralelinde önümüzdeki yıllarda demografik değişiklik takibinde geçici statüsündeki bu grubun sayısı ve özellikleri belirgin farka neden olabilir.

## 15.5. Türkiye'de Nüfus Hesaplama Uygulamaları

Türkiye'de bilimsel anlamda ilk demografik veri toplanmasının 1927 yılında başlayan ve düzenli olarak devam eden nüfus sayımları ile başladığı kabul edilebilir. Kurtuluş savaşlarında özellikle erkek nüfusta ciddi ölümlerin meydana gelmesini takiben nüfus giderek artış göstermiş ve bu artış devlet tarafından da desteklenmiştir. **Nüfus sayımı** "bir memle-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 383 23.11.2023 13:19

kette belli bir anda bütün fertleri kapsayacak şekilde demografik bilgilerin toplanması ve bunların işlenmeye hazır hale getirilmesi, belirli gayelere uygun tarzda tertip edilmesi ve yayınlanması olarak" ifade edilebilir. Bu sayımlar, sadece sayı ile kısıtlı kalmayıp nüfusun cinsiyet, yaş, kır/kent nüfus dağılımı, eğitim durumu, nüfusun çalışma sektörüne göre dağılışı gibi özellikleri de içerecek şekilde kapsamlandırılabilir; bu şekilde, nüfus artış/azalış ile iç ve dış göç hızları da belirlenebilir (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019).

Türkiye'de 1927 yılında yapılan ilk nüfus sayımından sonra, nüfus sayımları 1935 ile 1990 yılları arasında düzenli olarak sonu 0 ve 5 ile biten yıllarda uygulanmıştır. Nüfus özellikleri içinde en belirgin değişiklik, ki doğrudan sağlık hizmet sunumunu da etkilemiştir, 1927'de %75,8 olan kırsal nüfusun, 2018 yılında %7,7'ye düşmüş olmasıdır; bu paralelde kentlerde yaşayan nüfusun payı %24,2'ten %92,3'e çıkmıştır. Kır-kent dağılımının 2010 yılında 1927 yılındakinin tam tersine dönüştüğü dikkat çekmektedir. Kentleşme arttıkça Türkiye'nin demografik yapısında önemli dönüşümler yaşanmıştır. Kentleşme kadınların sosyal ve ekonomik hayata olan katkılarının artması, anne olma yaşının yükselmesi, okullaşmanın yükselmesi, bebek ölümlerinin azalması, hane halkı büyüklüğünün azalması, eğitim, kültür ve refah düzeyinin ve kişi başına düşen milli gelirin artması gibi faktörlerden doğrudan etkilenmiş olduğu kadar bu döngünün sürmesini de pozitif etkilemiştir.

1927 ve 2000 yılları arası yapılan nüfus sayımlarının hanelere gidilerek yaşayanlarla doğrudan görüşme (*de fakto*) yöntemi ile yapılmıştır. Nüfus sayımları nüfusun sayısı ve yaşamsal olayların tespiti için çok değerli olsa da ülkemiz gibi geniş coğrafi yayılımda ve büyük nüfusa sahip ülkelerde yapılması giderek zorlaşan bir değerlendirme olup, idari ve ekonomik zorlukları yanı sıra nüfusun iş birliğini de gerektirmektedir. Genç, coğrafik olarak hareketli yetişkinlerin yüzdesinin çok olduğu topluluklarda, (özellikle kayıt dışı) göçmenlerin sayısının yüksek olduğu gruplara ulaşmak zordur. Geleneksel sayımlarda dahi, askeri, kurumsal yaşam alanlarında barınan, mevsimlik işçi, öğrenci sayımlarında kısıtlamalar olduğu bilinmektedir: bu kişilere ulaşımın zor olması dışında bir zorluk, yaşam alanı olarak hangi adresin belirleneceği olmaktadır. *De jure* sayımlarda olağan/yasal olarak kayıtlı yerleşim yerlerine kayıt yapılırken, ülkemizde olduğu gibi kişiler sayım günü bulundukları adreslere de kayıt yapılabilir (de facto). Özellikle sağlık istatistiklerinde "payda"nın hesaplanabilmesi için de factor sayımlar tercih nedenidir. Bu nedenle, çocuk sayısı, ölümler vb. üzerinden yapılan dolaylı yaşamsal istatistik hesaplamaları ile idari kayıtlara dayalı hesaplamalar ve kayıtların yetersiz olduğu durumlarda anket çalışmaları giderek yaygınlık kazanmaktadır. 2010 yılında Avrupa Birliği'ne üye 27 ülkeden sadece 11'inde geleneksel sayım teknikleri uygulanmıştır (Valente 2010). 2007 yılından beri ülkemizde nüfus hesaplamaları ADKS verilerine dayalı olarak yapılmaktadır. Nüfus sayımları sonrası küçük alt gruplarda hane tabanlı çalışmalar/diğer kayıtlar ile birleştirme ile hem kapsayıcılık kesinleştirilir hem de ek (detaylı) bilgi toplanabilir. Sağlık ölçütleri hesaplamada risk altındaki nüfusun ne kadar gerçekçi olduğu bilinmelidir. Örneğin; ölüm kayıtlarının hastanenin olduğu şehirde, deprem sonrası defin yapılan adreste veya nüfusa kayıtlı olsa da yıllardır/hiç yaşamadığı bir adreste belirtilmesi benzeri farklı uygulamalarda pay ve paydada yer alan kişiler uygun olmayacağı için ölüm hızlarının gerçek ve karşılaştırılabilir olması beklenemez.



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 384 23.11.2023 13:19

2004 yılından itibaren Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) çalışması kapsamında ülke genelinde tüm adres bilgileri "Ulusal Adres Veri Tabanı (UAVT)" sistemine kaydedilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının ikamet adresleri Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) veri tabanına T.C. kimlik numarası ile girilirken, ülkede yerleşik yabancılar için vatandaşlık numarası ile eşleştirilecek yeni bir sistem kurulmuştur. 2005 yılından itibaren Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) olarak teşkilatlanan, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 2007 yılından itibaren nüfus sayımları her yıl *de jure* yöntemi ile Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) üzerinden yapmakta ve her ocak ayının son haftasında bir önceki yıla ait ulusal nüfus sayım sonuçları açıklanmaktadır (TÜİK web sayfası). Bu sistemin kapsayıcılığı için yerleşik tüm kişilerin muhtarlıklar tarafından düzenli ve güncel olarak tespit edilmesi mutlak zorunluluk olarak görülmektedir.

Doğumlar gibi ölüm kayıtlarının da zorunlu olarak tutulması Avrupa'da 19. yüzyıldan beri yapılmaktadır. İngiltere ve Galler'de sivil kayıtçılık 1937'de başlatılmıştır. Öte yandan, günümüzde dahi dünya genelinde tüm ölümlerin sadece 1/3 kadarının resmi kayıtlara geçtiği ve Dünya Sağlık Örgütü'ne aktarıldığı belirtilmektedir (Mathers et al. 2005). Ölümlerin kayıt olması dışında doğru (altta yatan neden) kod ile kayda geçmesinin sağlık ölçütleri için hayatidir. Var olan yaşamsal veri kayıtlarımızın birleştirilmesi, (eğitim, evlilik, doğum, göç, sağlık, askerlik, ceza vb) kayıtlar arasında bağlantılar ile kayıt sistemlerinin kapsayıcılığı artırılabilir, yaşamsal verilerin daha detaylı olarak eldesi mümkün hale gelebilir (Mathers et al. 2005).

Ülkemizde doğumlar gibi ölümler de TÜİK tarafından toplanılmaktadır. Ölümler sağlık kurumlarında gerçekleşmiş veya cenazeler getirilmiş ise ölüm belgesi kurumlarda düzenlenir; sağlık kuruluğu dışında ölüm belgesi düzenlenecek ise bu sorumluluk (ulaşılabilir olmasına göre sırasıyla) belediye tabibi tarafından, toplum sağlığı merkezi ya da aile hekimi, ölüm belgesi düzenleme yetkilisi tarafından ya da bunların hiçbirine makul sürede ulaşılamıyor jandarma karakol komutanları veya köy muhtarları tarafından verilir. 112 acil sağlık istasyonu görevlileri vakaya gittiklerinde ölüm gerçekleşmiş ise doğrudan ölüm belgesi düzenleyebilir. Ölüm belgesi elektronik ortamda doldurulsa da, kâğıt ortamında doldurulmuş ise de 5 gün içerisinde elektronik ortama aktarılır. Bu uygulamada ölüme götüren (altta yatan, ara ve son) nedenlerin ve ilgili kodlamanın doğru ve eksiksiz yapılması çok önemlidir. Halk sağlığı açısından ölüm nedenleri içinde altta yatan hastalıkların tanımlanması önemlidir. Ülkemizde ve birçok ülkede ölüm nedenlerinin doğru ve 3 basamak olarak doldurulması çoğu kez eksik bir uygulamadır (Mathers ve ark, 2015). Ölüm nedenini belirtenlerin medikal bilgisi, tanıya hakim olma, otopsi yapılıp yapılmaması, kullanılan kodların detayı önemlidir. Gereksiz kodlama (garbage coding) denilen yaşlılık benzeri kodlar ile kardiyovasküler hastalık, solunum zorluğu, arest benzeri tanısal anlamı olmayan kodların halen yaygın kullanılması ülkemiz için talihsiz bir durumdur. Mathers ve ark. 2003 yılında çok sayıda ülkede yapılan ölüm kodlamasının %40 kadarının tanısal açıdan anlam taşımadığının altını çizmiştir. Dünya genelinde sadece 23 ülkede ölüm nedenlerinin en az %90 kadarı doğru olarak belirtilmektedir. Pandemi döneminde ölüm sayıları ve COVID-19 kaynaklı ölümlerin "doğru" olarak tanımlanamamasının tartışması uzun süre yapıldı, il üzerinden hesaplamalar ile farklılıklar teyit edilmeye çalışıldı (Yardım ve Eser, 2020). Bu kapsamda, ölüm tarihinde PCR-test sonucu pozitif olmayan-



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 385 23.11.2023 13:19

ların farklı şekilde kodlanmış olması pandeminin gerçek mortalite hızının hesaplanmasını engellemiş olabilir. Öte yandan, bu dönemde artan kardiyovasküler hastalık ölümlerinin COVID-19 kaynaklı mı olduğu ya da hastanelerin kapanmalar veya enfeksiyon bulaş korkusu nedeniyle yeterince kullanılamamış olmasının ayırt edilememesi de önemli bir eksiklik olarak tanımlandı: Yaş ve cinsiyete-özel standartlaştırılmış ölüm sayıları hesaplamadığı sürece eldeki sayıların uluslararası karşılaştırılabilirliği de düşük olacaktır (Eser, 2020). Bu örnekte olduğu gibi, ölüm nedeninin doğru tespit edilmesi sadece bugüne özel ölüm boyut ve nedeninin bilinmesinden öte, geleceğe yönelik kestirimler yapılabilmesi ve (varsa) koruyucu önlemlerin zamanı içinde alınabilmesi için ön koşul olarak değerlendirilmeli; ölüm sayı ve neden kodlaması zamanında ve doğru olarak yapılmalıdır.

Nüfus sayısının kesitsel hesapları kadar geleceğe yönelik tahmin edilmesi de önemlidir. Türkiye'de *de facto* nüfus sayımlarının 5 yılda yapılıyor olması ara dönemlerde ekonomik planlamalar açısından projeksiyon ihtiyacını doğurmuş, 1963-1967 yıllarını içeren 1. Kalkınma planı dönemiyle birlikte nüfus projeksiyonları yapılmaya başlanmıştır. **Nüfus projeksiyonları** nüfus artış hızları ve uluslararası göçlerin gelecekteki seyri dikkate alınarak çeşitli senaryolara göre hesaplanmaktadır. Örneğin; 21 Şubat 2018 yılında 2017 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) dikkate alınarak oluşturulan 2080 yılı nüfus projeksiyonu ile farklı doğurganlık ve göç varsayımlarına göre üç aşamalı senaryo yöntemi uygulanmıştır. Bu projeksiyon ile de 81 il için 2018-2025 yılları için nüfus tahminleri üretilmiştir (TÜİK, web sayfası). Yapılan ana senaryoya göre Türkiye nüfusunun 2023 yılında 86 milyon 907 bin 367 kişiye, 2040 yılında ise 100 milyon 331 bin 233 kişiye ulaşması; nüfusun artarak 2060 yılında 107 milyon 664 bin 79 kişiyle en yüksek değerine ulaşacağı öngörülmüştür. Daha sonrasında nüfusun azalışa geçerek 2080 yılında 107 milyon 100 bin 904 kişi olacağı tahmin edilmiştir.

Demografik verilerin askeri düzenlemelerden ekonomiye, şehirleşmeden konut sektörüne, ticaret ve turizm planlamasına kadar olan geniş yelpazedeki ilişkisinin belki en önemli kısmı nüfus-sağlık alanındadır. Bu paralelde, sağlık değerlendirmeleri için detaylı nüfus bilgisine duyulan ihtiyaç üzerine kurulan Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü nüfus sayımlarının yapıldığı yılların ara dönemlerinde, 1968 yılından 2008 yılına kadar olan 40 senede gerçekleştirilen 9 araştırma ile demografik değerlendirmeler yapmıştır (Koç ve ark., 2010). Bebek ölümlülüğü, ana ve çocuk sağlığı konusunda halk sağlığı çalışanlarının temel veri kaynaklarından olan nüfus ve sağlık araştırmalarının en yakın tarihlisi 2018 yılına aittir (HÜNEE, 2021).

## 15.6. Türkiye'de Demografik Değişim Basamakları ve Tarihsel Özet

Toplumların hem doğurganlık hem de ölüm hızlarının yüksek olduğu durumdan, her ikisinin de düşük olduğu duruma geçişe "**demografik dönüşüm kuramı**" denir (Bongarrts, 2009). Demografik dönüşümün aşamaları; doğum ve ölüm hızlarının oldukça yüksek olduğu birinci aşama, ölüm hızları düşerken, doğum hızlarının hâlâ yüksek olduğu ikinci aşama; ölüm ve doğum hızlarının eş zamanlı olarak düştüğü, dengeli nüfus artışının olduğu üçüncü aşama; ve doğum ve ölüm hızlarının çok düşük olduğu dördüncü aşama olarak



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 386 23.11.2023 13:19

ifade edilmektedir. Türkiye'de halen ölüm ve hızlarının düştüğü, dengeli nüfus artışının olduğu üçüncü aşama yaşanmaktadır (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019). 2012 sonrası giderek artan iç göç, COVID-19 pandemisi dönemindeki ölümlerdeki hızlı ve belirgin artma ve ilişkili artan kronik hastalık potansiyeli, 2 Şubat depremlerindeki can kayıpları vb. doğal nüfus hareketlerindeki ani ve beklenmeyen değişikliklerin demografik yapıyı nasıl etkileyeceği önümüzdeki 10 yılda daha iyi tanımlanabilecektir.

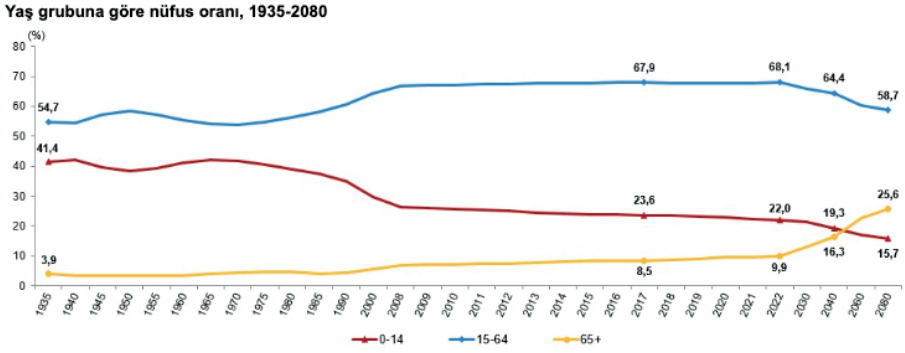
"Demografik dönüşüm/döngü/geçiş kuramı" bütün toplumlarda farklı süreler içinde gerçekleşmektedir (Bongaarts, 2009). Demografik dönüşüm ile genel olarak doğumların yüksek ancak beklenen yaşam süresinin kısa olması neden ile nüfus artışının yavaş ve nüfusun genç olduğu bir aşamadan doğumların azalırken, yaşam süresinin uzaması sonrası yaşlı nüfusun payının artığı bir döneme geçiş ifade edilmektedir. Demografik dönüşüm kuramcıları, "modernleşme, sanayileşme ve kentleşmeyle beraber her ülkenin aynı demografik evrimi izleyeceğini ancak her ülkenin bunu farklı zamanlarda yaşayacağını" ve bu süreci önce Avrupa ve Kuzey Amerika'nın, sonrasında Asya ve Latin Amerika ülkelerin (Çin, Hindistan, Endonezya, Brezilya, Meksika, vb), en sonra ise Sahraaltı Afrika ülkelerinin yaşayacağını öngörmüşlerdir (Danış, 2018; Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019).

Demografik dönüşüm kuramı farklı yazarlarca 3-5 aşama şeklinde tanımlansa da en sık kabul edilen dört aşamalı olandır: Toplumda doğum ve ölüm hızlarının oldukça yüksek olduğu birinci aşama (geçiş öncesi dönem) ortalama yaşam süresinin kısa olduğu, genç nüfuslu bir zamanı ifade etmektedir. İkinci aşama (geçiş evresi) toplumda gelişme seviyesinin, sağlıklı beslenme ile ilaç ve sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin artmasına paralel, ölüm hızlarının azalması ile giden, ancak doğurganlığın halen yüksek olmasının söz konusu olduğu dönemdir; nüfus artış hızı hala yüksek düzeydedir. Üçüncü aşama (geç geçiş evresi) ölüm ve doğum hızlarının eş zamanlı düştüğü, dengeli nüfus artışının olduğu, sosyal ve ekonomik aşamada gelişmekte olan ülkelerin yaşadığı dönemdir. Dördüncü aşama (son proses evresinde) toplumlarda doğurganlık (>%2) azalır, bakım ve sağlık hizmeti artarak ölümler azalır, yaşlı nüfusun piramit içindeki payı en yükseğe (>%10) ulaşır (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019).

Demografik dönüşüm (döngü) veya geçiş kuramı/teorisine göre Türkiye'nin yaşadığı aşamalar incelendiğinde 1935-1945 arasında birinci aşama; 1945-1965 yılları arası ikinci dönem gözlenmiştir. Demografik dönüşüm Türkiye'de üçüncü aşamasını hızla düşen ölüm hızları ile antinatalist politikanın desteklendiği 1965 yılından 2000 yıllarına kadar olan sürede kaydetmiştir. 2000 yılı sonrasında demografik dönüşümün dördüncü aşamasına geçildiği belirtilmektedir (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019). 2080 yılına kadar yapılan projeksiyona göre 2080 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun genel toplam içindeki payının %25,6'ya yükselmesi beklenmektedir (**Şekil 11**).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 387 23.11.2023 13:19




Kaynak: TÜİK, Genel Nüfus Sayımları, 1935-2000
TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008-2022
TÜİK, 2018 Nüfus Projeksiyonları, 2030-2080

**Şekil 11.** Türkiye nüfusunda çocuk, yetişkin ve yaşlı grupları yüzdelerinin yıllara göre dağılımı (2080 yılına dek projeksiyon da dahil edilmiştir)

## 15.7. Türkiye'de Nüfus Politikaları ve Demografik Değişime Etkileri

Cumhuriyetin kurulduğu dönemde savaş ve kayıplardan çıkmış, nüfusun önemli bir kısmını savaşlarda kaybedilirken, kaybedilen topraklarda yaşayan nüfus sayısı da kaybedilmiş; nüfusta gerçek bir sayısal azalma gözlenmiştir. Aynı dönemde sosyal ve ekonomik açıdan güçten düşmüş bir toplumun tekrar ayağa kalkması için gerekli insan gücünün sağlanması için devlet 1927 ile 1965 yılları arasında doğurganlığı artırıcı-nüfus artışını hızlandırıcı/destekleyici (pronatalist) nüfus politikalarını esas almıştır. Çocuklar için maddi destek verilmesi, vergi indirimleri, nakti ve ayni yardımlar ile desteklenen bu süreç sonrasında 1960'lı yıllarda kadın başına düşen tamamlanmış doğum sayısı 7'ye yaklaşmıştır. Aynı dönemde yapılan araştırmalarda kadınlar ortalama 3 çocuk istediklerini belirtirken; devlet de 1965 yılında itibaren gebeliği önleyici yöntem kullanılarak doğurganlığı azaltıcı (antinatalist) nüfus politikalarına geçmiştir. 1980 yılına kadar geçen bu yeni nüfus politikası döneminde aile planlama yöntemlerinin kullanımı yaygınlık kazanmış, kişilere "istediği zaman, istediği kadar çocuk yapma" imkanı sunulmuştur. 1985 yılı sonrasında istenmeyen gebeliklerin 10 haftaya kadar medikal olarak sonlandırılabilmesi de kabul edilmiştir. Demografik dönüşümde 2.döneme denk gelen bu dönemde doğurganlık sayısının azalarak toplam doğurganlık sayısının 3'e kadar düştüğü bilinmektedir. Türkiye'de 1980-2005 arası dönem antinatalist nüfus politikalarının yerleşmiş olduğu bir dönem olarak tanımlanırken ile 2014 yılı sonrasını kapsayan pronatalist nüfus politikalarına yeniden dönüş dönemi tanımlanmaktadır (Koç ve ark., 2010; Danış, 2018).

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında yer aldığı şekli ile, 1927-1965 yılları pronatalist nüfus politikasının uygulandığı, doğum ve salgın hastalıklarıyla mücadele edilmesiyle ölümlerin azaltılmasının sağlandığını dönem ilk nüfus sayımı ile başlamıştır. 1962 yıllında Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulması, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile nüfus artış hızının



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 388 23.11.2023 13:19

azaltılması konusunda varılan uzlaşı neticesinde, 1965 yılında Nüfus Planlaması hakkında Kanunun uygulanmaya başlanması ile tamamlanmıştır. Bu dönemde, 1930 yılında çıkarılan, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile çocuk ölümlerinin azaltılması, aşıların uygulanması zorunluluğu gibi düzenlemeler yapılmış; Türk Ceza Kanunu'nda çocuk düşürme ve düşürtmenin yasaklanmasını içeren hükmün konulmuştur. 442 sayılı Köy Kanunu (1924) ve 1580 sayılı Belediye Kanunu (1930) pronatalist politikaların desteklenmesi yönünde maddeler içermektedir.

Antinatalist politika dönemi olarak belirtilen 1965-1980 yılları arasında alınan önlemlere rağmen, nüfus artışı devam etmiştir. 1983 yılında Nüfus Planlaması Hakkında Kanun yayınlanmış, öncesinde alınan tedbirlerle birlikte çocuk ve anne sağlığı kapsamında alınan önlemler etkisini sürdürmüş olsa da, nüfus artışında yeterince etkili olunamamıştır.

2000 yılıyla birlikte nüfus artış hızlarının azalmaya başlaması sonrasında, 2005 yılıyla birlikte yeniden "en az üç çocuk" söylemi ile nüfus deviniminde yeni bir döneme girilmiştir. Bu dönemde; emzirme ve geçici iş göremezlik ödeneği, doğum ve süt izinleri verilmesi, babaya doğum izni verilmesi, aylıksız izin sürelerinin uzatılması, doğum yardımı verilmesi vb. uygulamalar nüfus artışını sağlamaya yönelik tedbirler olarak sayılabillir (Sertkaya Doğan ve Bostan, 2019).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye'nin demografik dönüşüm kuramına göre üçüncü aşamayı tamamlayıp dördüncü aşamaya geçmesi için toplam doğurganlık hızının nüfusun kendini yenileyebileceği sınırın altı olan 2,1'in altına düşmesi ve nüfusun artışının sona ermesi ilk kez 2018 yılında toplam doğurganlık hızının 1,99'a düşmesi ile gerçekleştiyse de, nüfus artışının sona ererek sabitlenmesi henüz tamamlanmamıştır (TÜİK web sayfası).

## 15.8. Türkiye'nin Yeni Yüzyılında Demografik Yapının Halk Sağlığına Ne Tür Etkileri Bekleniyor?

1. Türkiye giderek artan 65 yaş ve üzeri nüfus yüzdesi ile 2022 yılında (%9.9) "çok yaşlı" ülkeler kulvarına dayanmıştır. Azalan doğum hızları, doğumda beklenen yaşam süresinde uzama ve azalan ölümlülük ile yaşlı ve bakıma ihtiyacı olan toplum kesiminde artma; sosyal bağımlılık; yaşlanan nüfusun artan tedavi ve bakım ihtiyaçları; kronik ve dejeneratif hastalıklar, engellilik, palyatif bakım ihtiyacı artacak, uzun dönemli bakım ünitelerine ihtiyaç, solunum/yürüme destek ihtiyaçları artarken, yaşlı bireylerin sosyal ve duygusal iyilik hallerinin sağlanması ihtiyacı giderek artacaktır. Aile yapısındaki değişimler, geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kadınların eğitim sürelerinin uzaması, çalışma hayatına dahil olmaya başlamalarıyla kurumsal bakım ihtiyacını artırmaktadır (Tezcan ve Seçkiner, 2012). Zaten ekonomik açıdan zorluk çeken bir toplumda bağımlılık oranı arttıkça yaşlıların gelir seviyelerinin daha da düşmesi ve fakirleşme belirginleşirken, artan sağlık bakım hizmetleri ile katastrofik sağlık harcamalarının payının artması beklenir. Yaşlı nüfusun sosyal hizmet, sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin ekonomik ve sosyal sorunlar Türkiye'nin yakın bir gelecekte karşılaşacağı en temel sorunlar olacaktır (Koç, 2010). Bu kapsamda yaşlı nüfusun kurumsal (akut/



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 389 23.11.2023 13:19

uzun dönemli) bakım gereksinimlerinin karşılanması için gerekli tedbirlerin alınması, sağlık güvencesi ve sosyal güvenlik konularında yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Sağlıklı yaşlılar için de sosyal ve ruhsal destek mekanizmalarına ihtiyaç duyulacaktır. Erken emeklilik sonrası kısa süreli çalışma imkanları ile sağlıklı yaşlanmayı destekler (erişilebilir, ucuz ve ulaşımı kolay barınma/beslenme/aktivite/etkileşim/üretime katkı) imkanlar yaratılması konusunda sektörlerarası işbirliği desteklenmelidir (Rechel et al. 2013). 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Herkese Sağlık-Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri (Hedef 7)" doğrultusunda "Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı'nın" geliştirilmesi ve uygulanması hedeflenmiştir (Öztek, 2001).

2. Kentsel alanlarda nüfus yoğunluğunun hızlı artması, işsizlik, kentsel yaşama uyum problemleri; kötü şehirleşme, konut özelliklerinin yetersiz olması, artan bulaşıcı hastalıklar; iç ortam kirliliğine bağlı sağlık sorunları; kentsel alana göç sonrası fiziksel aktivitede azalma, yaşam stilinde değişiklikler, sağlıksız beslenme, obezite, kronik hastalıklarda artış, tütün ve alkol kullanımında artış sağlık sorunları yükünü artırırken, sağlıkta kır/kent farkları kadar kent içi sağlıkta eşitsizlikler belirginleşecek, sağlık hizmetlerine erişim zorlukları, hastanelerde yığılmalar artacaktır.

   Göç kaynaklı sağlıkta eşitsizlikler ülke içi ve dışı göçler arttıkça belirginleşecek; göç alan bölgelerde yaşayan kişilerin yaşamlarındaki değişiklikler ve bunların etkileri; kültürel açıdan ve dil farkı nedeniyle olan sağlık hizmeti kullanım bariyerleri; sosyal entegrasyon ve mülteci sağlığı sorunları belirginleşecektir. İç göçler her zaman "daha iyi bir yaşam için gönüllü" olmayıp, doğa kaynaklı afetlere bağlı göçler de benzer sorunlar yaratırken, ulusal anlamda ekonomik yük, eşitsizlik ve sorunlarını artıracaktır (Hoque ve ark., 2017).

3. Artan nüfus sayısı ve geniş çocuk/yaşlı yaş bantları nedeni ile sağlık sistemi hasta yükünde artma, hastalık paterninde değişiklik, aşı/ilaç temininde zorluklar, geri ödeme sisteminin kullanımında karşılaşılan zorluklar, ilaç temini/geri ödeme yüzdelerinin giderek artması beklenmektedir. Geniş şehir hastaneleri yatak sayısını karşılasa da hekim başta olmak üzere sağlık personeli sayısının bakım imkanlarını karşılaması giderek zorlaşacaktır. Halen "övündüğümüz" uluslararası hasta sayısı mevcut bakım sunumunu yerel toplum için azaltacak, sağlıkta memnuniyeti iki yönlü azaltırken, hekimlerin mevcut dışa göçünü artırabilecektir. Dışarıdan ithal hekimlerin sayısının artması ile işyerinde uyum sorunları, hasta memnuniyeti, malpraktis vb. üzerine etkilerin detaylı çalışılması gerekecektir.

4. Halk sağlığı uygulamaları klinik uygulamalardan ayrışmamalı, pandemi yönetiminde "hastaneye yatma/ölüm" üzerinden yapılan "klinik tabanlı" korunma yaklaşımları, halk sağlıkçıların sisteme entegrasyonu ile müdahalelerin kollektif yaşama etkilerini çalışılabilmelidir. Kliniğe gelen hasta gibi toplumda var olan ancak hastane yatışı gerektirmeyen/fark edilmeyen hastalara da uygun şekilde ve zamanında müdahale edilmesi, toplumda yaygın hastalıklara yaklaşım kılavuzlarının hazırlanmasında toplum sağlığı hekimlerinin desteği giderek önem kazanacaktır. Demografi biliminden halk sağlığı müdahaleleri için gerekli projeksiyonlar yapılması ve kanıt sağlanmasında değeri giderek artacaktır (Gee ve Regmi, 2016).



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 390 23.11.2023 13:19

5. Demografik değişikliklerin politika planlama ve uygulamaya etkilerinin kanıta dayalı olarak şekillendirilmesi önemlidir. Kanıt ışığında: yaşlanan topluma özel hizmet sunum değişiklikleri; kentsel sağlık sorunları için entegre hizmet sunum alternatifleri; geçici/kalıcı göçmen statüsündeki yabancılar, uluslararası sağlık hizmeti alan yabancılar, yabancı sağlık personelinin hizmet sunumu konularında özel hizmet modelleri geliştirilmesi değerlidir. Bunlar yapılırken uluslararası iş birliği, bilgi alışverişi ve ortaklıkları önemli olacaktır. Pandemi döneminde yaşadığımız "ithal bilgiye dayalı" uygulamalar yerine ulusal/yerel bilgi üretimi ve kullanımı değerli olacaktır. Bu şekilde, yeni, yeniden ortaya çıkan sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve yeterli çözüm üretilmesi vazgeçilmez hedefimiz olmalıdır. Uluslararası sürdürülebilir gelişme hedeflerini yakalamada zorluklar, tehditler ve olanakların çalışılması ve eylem planları hazırlığında "seçilmiş" değil, konu hakkında formal eğitimi olan ve deneyimli yerel uzmanlardan yararlanılarak, geribildirime açık, revizyona olanak sağlar tarzda çalışılmalı; sorunlar ve toplanan ulusal veriler akademi ve sahada aktif çalışan uzmanlar ile zamanında ve şeffaf olarak paylaşılmalıdır.

6. Nüfusumuzun genç olması, geçici koruma altındaki nüfusun hızlı doğurganlığı ve topluma entegrasyonu ile birlikte, önümüzdeki dönemde doğurganlık sayılarının artacağını, mortalite hızlarında daha fazla azalma olmasa bile, nüfus artış hızında pozitif bir ivmeye sebep olacağını düşündürmektedir. Bu artışın çevre koşulları ve ekonomik yaşam üzerinde olumsuz etkileri olacağı aşikardır ve gerekli önlemlerin bir an önce alınmaya başlaması önemlidir (Bongarts, 2009). Uygun nüfus politikaları yanı sıra üretimi destekleyen ekonomik gelişme, işsizlik ile mücadele, primordial korunmanın erken yaşlardan itibaren desteklenmesi; sağlık okuryazarlığının artırılması iş yeri koşullarının iyileştirilmesi; kadınların ev dışı iş ortamlarında aktif katılımının artırılması konusunda ulusal hedeflerin belirlenmesi ve takvime uygun olarak gerçekleştirilmesi önemlidir.

   Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin 2030 yılına kadar tamamlanması hedeflense de: yoksulluğa (1) ve açlığa (2) son, sağlık ve kaliteli yaşam (3), nitelikli eğitim (4), toplumsal cinsiyet (5), temiz su ve sanitasyon (6), erişilebilir ve temiz enerji (7), insana yakışır iş ve ekonomik büyüme (8), sanayii, yenilikçilik ve altyapı (9), eşitsizliklerin azaltılması (10), sürdürülebilir şehirler ve topluluklar (11), sorumlu üretim ve tüketim (12), iklim eylemi (13), sudaki yaşam (14), karasal yaşam (15), barış, adalet ve güçlü kurumlar (16), amaçlar için ortaklık (17) hedeflerinin tümüne erişmede genç, üretime katılan, sağlıklı bir demografik yapıdan yeterince yararlanılmalı ve sağlık başta olmak üzere tüm alanlarda toplum içinde hakkaniyetli, adil paylaşım ilk ve en önemli basamak olacaktır (Birleşmiş Milletler Türkiye, 2023). Bu nedenledir ki, halk sağlığı çalışanları önümüzdeki yıllarda da demografik değişimi yakından takip etmeli, halk sağlığı plan ve uygulamalarının halk sağlığı etiğini gözeterek ve kanıta dayalı olarak" yapılmasını esas almalı, desteklemelidir.

7. Göç, büyük doğal afetler, doğurganlıkta ve ölümlerde eşitsizliğin coğrafi dağılımındaki farklılaşması, sınırlarımıza yakın savaş ve siyasi çekişmelerin ve pandemi/olası pandemilerin önümüzdeki yıllarda ülke nüfusumuza etkileri konusundaki bilinmezlikler demografik değişimler konusunda kesin bir ön tahmini engellemektedir (Miettinen,



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 391 23.11.2023 13:19

2010). Öte yandan, nüfus yapısının hastalık, ölüm, çevresel kaynaklar, cinsiyet eşitsizliği üzerinde çok önemli etkileri olacağı ve bu durumun sürekli ve gerçekçi takibinin halk sağlığı çalışanlarının gelecek yıllardaki ana çalışma alanlarından olacağı açıktır.

## KAYNAKLAR:


AFAD. (2017). AFAD Raporu: Türkiye'deki Suriyelilerin Demografik Görünümü, Yaşam Koşulları ve Gelecek Beklentilerine Yönelik Saha Araştırması. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Ankara.

Akbaş, Y. (2016). "Türkiye'nin Nüfus Coğrafyası", Türkiye Beşeri ve Ekonomik Coğrafyası, Doğanay, S. ve Alım, M. (Eds.), 1.Baskı, Pegem Akademi, Ankara, 1-59.

Aktaş M. (2018). Türkiye'deki Suriyeliler: Sorunlar ve Çözüm Önerileri Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; 42:129-154.

Anderson, RN. Coding and classifying causes of death. In R.G. Rogers and E.M. Crimmins (eds.) *International Handbook of Adult Mortality*, pp. 47–490. Dordrecht: Springer.

United Nations. (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision.* New York: UN. Available at: http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm

Badrinath, P, Gillam, S. Demography. In S. Gillam, J. Yates, & P. Badrinath (Eds.) (2012). Essential Public Health: Theory and Practice (pp. 29-42). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781139059442.007

Bongaarts J. (2009). Human population growth and the demographic transition. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 27;364(1532):2985-90. doi: 10.1098/rstb.2009.0137. PMID: 19770150; PMCID: PMC2781829.

Birleşmiş Milletler Türkiye (2023). Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları https://turkiye.un.org/tr/sdgs Erişim Tarihi 28.9.2023

Danış, D. Demografi: Nüfus Meselesine Sosyolojik Bir Bakış, Türkiye Bilimler Akademisi, Ulusal Açık Ders Malzemeleri. http://www.acikders.org.tr/course/view.php?id=86 2018. Erişim Tarihi: 26.9.2023

Duffy BJ, Behm H. (1964). Demography and public health. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 42, No. 2, Part 2 pp. 276-286. Available from: https://doi.org/10.2307/3348667•https://www.jstor.org/stable/3348667

Elibol N. (2007). Osmanlı İmparatorluğu'nda Nüfus Meselesi ve Demografi Araştırmaları, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi;12 (2):135-160.

Eser E. (2020). Türkiye'deki Covid-19 ölümlerinin diğer bazı ülkelerle, standardize ölüm oranları (SÖO) ile karşılaştırılması. Sağlık ve Toplum; 30:64-69.

Gee I, Regmi K. (2016). Demography in public health intelligence', in Regmi K, Gee I (eds). Public Health Intelligence: Issues of Measure and Method, Springer International Publishing. 187-201.

Grundy E, Murphy, MJ. (2015). Demography and public health. In: Detels, Roger, Gulliford, Martin, Karim, Quarraisha Abdool and Tan, Chorh Chuan, (eds.) Oxford Textbook of Global Public Health. Oxford textbooks, 2. 6th ed., Oxford University Press, Oxford, UK, 718-735. ISBN 978019966176

HÜNEE. (2021). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri web sayfası, HÜNEE Stratejik Planı (2023-2027). https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/duyuru%20dosyalar%C4%B1/enstit%C3%-BC%20duyurular%C4%B1/HUNEE-Birim-Stratejik-Plan.pdf Erişim tarihi: 28 Eylül 2023.

Hoque MN, Pecotte B, McGehee MA (2017). (eds.) Applied Demohraphy and Public Health in the 21st century. Applied Demography Series. ISSN 2352-3778 (electronic) ISBN 978-3-319-43688-3 (eBook)




Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 392 23.11.2023 13:19

Karácsonyi D, Taylor A. (2021). Introduction: Conceptualising the Demography of Disasters. In: Karácsonyi, D., Taylor, A., Bird, D. (eds) The Demography of Disasters. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-49920-4_1

Karal, E.Z. (1995). Osmanlı İmparatorluğunda İlk Nüfus Sayımı 1831,: Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara.

Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. (2010). Türkiye'nin demografik dönüşümü: Doğurganlık, aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler, 1968-2008, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Mathers, C.D., Ma Fat, D., Inoue, M., Rao, C., and Lopez, AD. (2005). Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bulletin of the World Health Organization*; 83, 171–177.

Miettinen OS. Demography, epidemiology and Public Health. In: Killewo J. (ed.) Epidemiology and demography in public health. Academic Press Publications MA, USA. 2010: 364-367.

Miettinen OS, Flegel KM. (2003a). Elementary concepts of medicine IX. Acting on gnosis. Doctoring, intervening. Journal of Evaluation in Clinical Practice: 9:337-339.

Miettinen OS, Flegel KM. (2003b). Elementary concepts of medicine XI. İllness in a community: Morbidity Journal of Evaluation in Clinical Practice; 9:345-348.

Mülteci Derneği web sayfası. Türkiye'deki Suriyeli Sayısı Eylül 2023. https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/ Erişim tarihi: 26.9.2023

Nusret Fişek Kişisel web Sayfası. https://nusret.fisek.org.tr/ozgecmisi/ Erişim tarihi: 28 Eylül 2023.

Özgür EM. (2004). Türkiye'de toplam doğurganlık hızının mekânsal dağılışı. Coğrafi Bilimler Dergisi; 2 (2):1-12. https://doi.org/10.1501/Cogbil_0000000047

Öztek Z, Akdur R, Aycan S ve arkadaşları. (2001). Herkese sağlık Türkiye'nin hedef ve stratejileri (Sağlık 21). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı,Barok Matbaacılık. 68-69.

Rechel, B., Grundy, E., Robine, J.M., *et al.* (2013). Ageing in Europe. *The Lancet*. 381(9874), 1312–22.

Sertkaya Dogan, Ö., Bostan H. (2019). Türkiye'nin demografik dönüşümü ve nüfus projeksiyonlarına göre fırsatlar. Doğu Coğrafya Dergisi; 24(41):61-90.

Tezcan S, Seçkiner P. (2012). Türkiye'de demografik değişim: Yaşlılık Perspektifi. In: Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. HASUDER Yayın No: 2012-1. Palme Yayıncılık. ISBN: 978-975-97836-1-7

TÜİK web sayfası. Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus ve Demografi https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dil=1 Erişim Tarihi 1.9.2023

Valente P. (2010). Census-Taking in Europe: How are populations counted in 2010. Population and Societies. https://www.researchgate.net/publication/312579081_Census Taking_in_Europe_How_are_populations_counted_in_2010/citation/download. Erişim Tarihi: 1 Ekim 2023.

Yardım M, Eser S. (2020). COVID-19 pandemisi ve fazladan ölümler: İstanbul örneği. Turkish Journal of Public Health;18:14-24 https://doi.org/10.20518/tjph.776138



Türkiye'de Halk Sağlığının Yüzyılı ve Geleceği.indd 393 23.11.2023 13:19