



SASAM ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü

Halk Sağlığı Günleri

“SAĞLIK OKURYAZARLIĞI”

03-04 Eylül 2015 ANKARA

(Sempozyum Kitabı)



SASAM
ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre



SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI



SASAM ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü

Halk Sağlığı Günleri

“SAĞLIK OKURYAZARLIĞI”

03-04 Eylül 2015 ANKARA

MAYIS 2016
ANKARA

SAĞLIK-SEN YAYINLARI - 34

Sağlık-Sen Adına İmtiyaz Sahibi

Metin MEMİŞ
Genel Başkan

Genel Yayın Yönetmeni

Mustafa ÖRNEK
SASAM Genel Koordinatörü

Yayın Kurulu

Mustafa Örnek, İdris Baykan, Abdülaziz Aslan, Murat Kalem,
Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan, Doç. Dr. Mehmet Merve Özaydın,
Dr. Özcan Kars, Arş. Gör. Mehmet Gözlü, Nihan Ready,
Onur Burak Barkan, Defne Demet, Nilüfer Toksoy

MAYIS 2016

7500 Adet

Grafik Tasarım

Sedat ALTUĞ

Fotoğraf

Emrah ÇANKAYA

Baskı:



SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ

GMK Bulvarı Özveren Sok. No: 23 Demirtepe/ANKARA

Tel: 444 1995 Faks: (0312) 230 83 65

www.sagliksen.org.tr

Bu kitabın basım ve yayın hakları Sağlık-Sen Genel Merkezine aittir.
Hangi amaçla olursa olsun yazılı izin olmadan kopya edilemez ve çoğaltılamaz.



Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre

SASAM, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası'nın (Sağlık-Sen) politika ve uygulamalarının akademik altyapısını oluşturmayı amaçlayan, sağlık, sosyal politika ve işgücü politikalarına ilişkin küresel ölçekte ve Türkiye ölçeğinde kanıta dayalı bilgi üreten, kaynağı çalışanların alın teri olan alanında ilk ve tek strateji kuruluşudur.

Sağlık, sosyal ve işgücü politikalarını bilimsel çalışmalar ışığında çağdaş standartlara kavuşturacak akılcı çözümler ve sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının haklarını geliştirmeyi hedefleyen politikalar üretmek, **SASAM**'in öncelikli amaçları arasındadır.

SASAM, aynı zamanda kamunun yönetim kapasitesini geliştirmeye teşvik edecek politikalar geliştirmek, sağlık ve sosyal politika karar süreçlerinde etkin ve öncü düşünce kuruluşu olmayı ve küresel ölçekte sağlık, sosyal ve işgücü politikalarına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

SASAM bilimsellik, bağımsızlık, güvenilirlik, tarafsızlık, değerlere bağlılık, paydaşlık ve katılımcılık ile çözüm odaklılığı kendine ilke edinmiştir.

SASAM'in çalışma alanları içerisinde "Sağlık Politikaları", "Sosyal Politika" ve "İşgücü Politikaları ve Sendikal Haklar" yer almaktadır. Ayrıca **SASAM** çalışma alanlarına din ve medeniyet, kimlik, kültür, etik ve ahlak konularını da dahil ederek düşünce üretmeyi amaçlamaktadır.

SASAM'in Faaliyet alanları içerisinde; bilimsel toplantılar (Kongre, Sempozyum, Konferans, Seminer, Çalıştay, Arayış Toplantıları, vs.) gerçekleştirmek, saha araştırmaları yapmak, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermek ve süreli/süresiz yayınlar (Kitap, Dergi, Rapor, Makale...vs.) ortaya koymak yer almaktadır.

İÇİNDEKİLER

Sempozyum Programı	6
Açılış Konuşmaları	8
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN / SASAM Enstitüsü Sağlık Politikaları Direktörü.....	8
Metin Memiş / Sağlık-Sen Genel Başkanı.....	11
Necdet ÜNÜVAR / AK Parti Adana Milletvekili	16
Ahmet GÜNDOĞDU / AK Parti Ankara Milletvekili	20
Mehmet MÜEZZİNOĞLU / Sağlık Bakanı	24
I. OTURUM: Sağlık Okuryazarlığı	31
Sağlık-Sen Sağlık Okuryazarlığı Araştırması – Mustafa ÖRNEK.....	32
Sağlık Okuryazarlığının Gelişiminde Kitle İletişim Araçlarının Rolü - Prof. Dr. Ayla OKAY	44
Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Okuryazarlığı Hakkındaki Çalışmaları - Dr. Kağan KARAKAYA	58
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetine Etkileri - Prof. Dr. Mine DURUSU TANRIÖVER.....	68
II. OTURUM: Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunumu	79
Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri - Prof. Dr. İrfan ŞENCAN.....	80
TSM Bakışıyla Sorunlar ve Çözüm Önerileri - Uzm. Dr. Ümit ATMAN.....	100
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri - Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN.....	112
III. OTURUM: Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğu	123
Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğu Kapsamında Sağlık Bakanlığı Çalışmaları - Dr. Hüseyin İLTER	124
Sağlık Sektöründe Çok Paydaşlı İşbirliğinin Önemi - Prof. Dr. Mehmet Rüştü Karaman..	136
Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunda STK'ların Rolü– Fatih SEYRAN.....	142
Sağlığın Geliştirilmesinde Medyanın Sorumluluğu - Dr. İbrahim ERSOY.....	148
IV. OTURUM: Sağlıkta Bilgi Kirliliği	157
Yrd. Doç. Dr. Hacı Ömer TONTUŞ - Açılış Konuşması	158
Sağlık Enformasyonunun Önemi - Doç. Dr. Elgiz YILMAZ.....	160
Sağlıkta Bilgi Kirliliği ve Güvenilirliği - Serhat ÖZEREN	164
Etik ve Sağlıkta Bilgi Kirliliği - Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU	168
Medya ve Sağlıkta Bilgi Kirliliği - Yeşim SERT KARAASLAN	176
V. OTURUM: Göç ve Halk Sağlığı	185
Göç ve Sağlık Sorunları - Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN.....	186
Türkiye'de Göçlerde Sunulan Hizmetler - Fatih ÖZER.....	192
Göçmen Kampında Bir Gün - Dr. Mehmet GÖL.....	208
Suriyeli Göçmenlerin Sağlığı (Sağlık Bakanlığı UNICEF Ortak Projesi) - Dr. Dt. Gül ATEŞ.....	214



SEMPOZYUM PROGRAMI

3 Eylül 2015

09.00-09.30: Kayıt

09.30-10.15: Açılış Konuşmaları:

SASAM Enstitüsü Sağlık Politikaları Direktörü Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin MEMİŞ

AK Parti Adana Milletvekili Necdet ÜNÜVAR

AK Parti Ankara Milletvekili Ahmet GÜNDOĞDU

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU

10.15-10.30: Ara

10.30-12.00: 1.Panel: Sağlık Okuryazarlığı

Oturum Başkanı: Mustafa ÖRNEK, Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı (SASAM Koordinatörü)

- **Mustafa ÖRNEK**, Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı (SASAM Koordinatörü)
Sağlık-Sen Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
- **Prof. Dr. Ayla OKAY**, İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Öğretim Üyesi
Sağlık Okuryazarlığının Gelişiminde Kitle İletişim Araçlarının Rolü
- **Dr. Kağan KARAKAYA**, Sağlık Bakanlığı Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanı
Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Okuryazarlığı Hakkındaki Çalışmaları
- **Prof. Dr. Mine DURUSU TANRIÖVER**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetine Etkileri

12.00-13.30: Öğle Arası

14.00-15.30: 2.Panel: Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunumu

Oturum Başkanı: Prof. Dr. İrfan ŞENCAN, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

- **Prof. Dr. İrfan ŞENCAN**, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı
Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- **Uzm. Dr. Ümit ATMAN**, Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Yunus Emre TSM Başkanı
TSM Bakışıyla Sorunlar ve Çözüm Önerileri
- **Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN**, Gazi Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

15.30-16.00: Ara

16.00-17.30:3.Panel: Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğu

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Haydar SUR, Biruni Üniversitesi Rektör Yardımcısı

- **Dr. Hüseyin İLTER**, THSK Çevre Sağlığı Daire Başkanı
Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğu Kapsamında Sağlık Bakanlığı Çalışmaları
- **Prof. Dr. Mehmet Rüştü Karaman**, Yüksek İhtisas Ün. Kurucu Rektörü-Doğader Başkanı
Sağlık Sektöründe Çok Paydaşlı İşbirliğinin Önemi
- **Fatih SEYRAN**, Sağlık-Sen Genel Sekreteri
Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunda STK'ların Rolü
- **Dr. İbrahim ERSOY**, Sağlık İletişimi Derneği Başkanı
Sağlığın Geliştirilmesinde Medyanın Sorumluluğu

4 Eylül 2015**10.00-11.30: 4.Panel: Sağlıkta Bilgi Kirliliği**

Oturum Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Hacı Ömer TONTUŞ, Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürü

- **Doç. Dr. Elgiz YILMAZ**, Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Kişilerarası İletişim ABD Başkanı
Sağlık Enformasyonunun Önemi
- **Serhat ÖZEREN**, Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı İnternet Geliştirme Kurulu Başkanı
Sağlıkta Bilgi Kirliliği ve Güvenilirliği
- **Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU**, Gazi Ün. Tıp Fakültesi Tıp Etiği ve Tıp Tarihi ABD Başkanı
Etik ve Sağlıkta Bilgi Kirliliği
- **Yeşim SERT KARAASLAN**, Anadolu Ajansı (AA) Sağlık Muhabiri
Medya ve Sağlıkta Bilgi Kirliliği

12.00-14.00: Öğle Arası**14.00-15.30: 5. Panel: Göç ve Halk Sağlığı**

Oturum Başkanı: Dr. Muhammed Murtaza YETİŞ, Başbakan Başdanışmanı

- Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN, Gazi Ün. Tıp Fak.Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi:
Göç ve Sağlık Sorunları
- **Fatih ÖZER**, AFAD Müdahale Dairesi Başkanı
Türkiye'de Göçlerde Sunulan Hizmetler
- **Dr. Mehmet GÖL**, Kilis İl Sağlık Müdürlüğü Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü
Göçmen Kampında Bir Gün
- **Dr. Dt. Gül ATEŞ**, Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Daire Başkanı
Suriyeli Göçmenlerin Sağlığı (Sağlık Bakanlığı UNICEF Ortak Projesi)

15.30-16.00: Ara**16.00-17.30: Kapanış**



Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
SASAM Enstitüsü Sağlık Politikaları Direktörü

Sayın Bakanım, Sayın Milletvekillerim, Sayın Genel Başkanım, sayın katılımcılar; sözlerime başlamadan önce hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Yine, sözlerime başlamadan, üç gün önce PKK'lı teröristlerin saldırısı sonucu şehit olan meslektaşımız Doktor Abdullah Biroğlu'na ve şehitlik mertebesine erişmiş fedakâr sağlıkçılara Allah'tan rahmet diliyorum.

SASAM Enstitüsü Halk Sağlığı günlerine hoş geldiniz.

Sizlere SASAM Enstitüsünü kısaca tanıtmaya çalışacağım.

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitümüz, sağlık ve sosyal hizmet çalışanları sendikamızın politika uygulamalarının akademik altyapısını desteklemek amacıyla kurgulayan, sağlık, sosyal politika ve iş gücü politikalarına ilişkin küresel ölçekte ve Türkiye ölçeğinde kanıta dayalı politikalar geliştirmeyi amaçlayan bir düşünce kuruluşu olarak alanında ilk ve tek olan bir strateji kuruluşudur.

Amaçlarımız içerisinde, sağlık, sosyal ve iş gücü politikalarını bilimsel çalışmalar ışığında çağdaş standartlara kavuşturacak akılcı çözümler üretmek, sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının haklarını geliştirmeyi hedefleyen politikalar üretmek, kamunun yönetim kapasitesini artırmayı teşvik edecek politikalar geliştirmek, sağlık ve sosyal politikalara karar süreçlerine etkin ve öncü düşünce kuruluşu olmak ve küresel ölçekte sağlık, sosyal ve insan gücü politikalarına katkı sağlamak yer alıyor. Elbette bu amaç-

larımızı gerçekleştirirken temel ilkelerimiz var, yola çıkarken daha başta koyduğumuz. En başta bilimsellik, bağımsızlık, güvenilirlik, tarafsızlık, değerlerimize bağlılık, paydaşlık, katılımcılık ve çözüm odaklılık temel ilkelerimiz içerisinde yer almaktadır.

Çalışma alanlarımızın en başında sağlık politikalarımız yer alıyor. Sağlık politikaları içerisinde sağlık eğitiminden çok sektörlü sağlık sorumluluğuna, sağlık okuryazarlığına, küresel sağlığa, sağlıkta kaliteye, performans yönetimine değin pek çok ayrıntılı başlığımız yer alıyor.

Yine, sosyal politika bir başka çalışma alanımız. Burada da sosyal güvenlikten sosyal yardıma, ailenin korunmasından sosyal hizmetlere değin pek çok çalışma konumuz yer almakta.

İş gücü politikaları ve sendikal haklar ise aslında yine önemli çalışma alanlarımızdan birisi. İş gücü planlaması, iş sağlığı ve güvenliği, sosyal haklar, örgütlenme, toplu sözleşme de bu başlığın altındaki çalışma alanlarımız içerisinde bulunmakta.

Elbette bu faaliyetlerimizi saha araştırmaları, bugün içinde bulunduğumuz toplantı gibi bilimsel toplantılar, çeşitli eğitimler, danışmanlıklar, kitap gibi, analizler gibi pek çok güncel yayınlara, çalışmaya destekleme isteğindediz. Organizasyon şemamızda bir Yönetim Kurulumuz var. Başkanımız, Koordinatörlerimiz, 3 Başkan Yardımcımız ve 3 ayrı politika direktörlüğü olarak çalışmaktayız: Sağlık Politikaları Direktörlüğü, Sosyal Politikalar Direktörlüğü ve İşgücü Politikaları ve Sendikal Haklar Direktörlüğü şeklinde. Uzman kadromuzda ise, yine çalışma yaşamı uzmanı, sağlık politikaları uzmanı ve sosyal politika uzmanı olmak üzere pek çok değerli çalışma arkadaşlarımız yer almaktadır. Elbette bir de "Bilimsel Danışma Kurulumuz" yer alıyor.

Büyük ama ulaşmaya çalıştığımız hedeflerimizde, yaklaşık bir yılımız daha yeni dolmak üzereyken aslında, kadın istihdamından kamu hastane birliklerine analizlerimiz, sağlık çalışanlarından iş sağlığıyla ilgili yıpranma payı konusundaki çalıştaylarımız, hemşirelik sempozyumumuz gibi faaliyetlerimizle birlikte sağlık alanının pek çok farklı unsuruna dokunmaya çalışıyoruz.

Halk sağlığı günlerimizi de bu yıldan itibaren her yıl farklı bir kutlamayla yapmayı planladık. Bu yıl Halk Sağlığı Haftası'nda yaptığımız Halk Sağlığı Günleri'nde Sendikamızın büyük emekle çok ciddi bir örnekleme tamamen bilimsel olarak hazırladığı sağlık okuryazarlığı temasıyla gerçekleştiriyoruz. İlk panelimizde zaten bunları detaylı olarak tartışacağız.

Bunun yanı sıra, yine göç ve halk sağlığı, çok sektörlü sağlık sorumluluğu gibi çok ilgi çekici başlıklarımız olduğunu da sizlerle paylaşmak istiyorum.



AÇILIŞ KONUŞMALARI

Elbette sağlık alanında akılcı çözümler üretmek, yeni görülen ya da yeniden görülen ya da yeni ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına ilişkin politikalar üretmek bizim amaçlarımız içerisinde ve faaliyetlerimiz içerisinde yer almaktadır.

Sözlerimi burada tamamlarken, sürecin en başından beri bizi teşvik eden, ülkemiz için sağlık alanında gerek sağlık hizmetinin niteliğinin artırılması gerek sağlık çalışanlarının kazanımlarının artırılması, en önemlisi de sağlıklı ve güçlü toplum olma yönünde her türlü desteğini sağlayan Sayın Genel Başkanımız Metin Memiş'e, Koordinatörlerimize, Genel Sekreterimize, Başkan Yardımcılarımıza ve SASAM ekibindeki tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ediyorum. Tüm sağlık çalışanlarını bizlere destek olmaya davet ediyorum.

Saygılarımla.



Metin MEMİŞ
Sağlık-Sen Genel Başkanı
SASAM Enstitüsü Başkanı

Sayın Bakanım,

Akademi dünyamızın çok değerli üyeleri,

Kıymetli Teşkilat Mensupları ve değerli basın,

İnsanımızı ve toplumumuzu sağlık dolu bir geleceğe taşımak adına sorumluluk üstlenen, emek veren herkesi selamlıyorum.

Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarını temsil eden Sağlık-Sen olarak bugün, gelecek yıllarda etkinlikleri daha da geliştirerek geleneksel hale getireceğimiz Halk Sağlığı Günlerinin ilkinin gerçekleştiriyoruz.

Bu yıl temel halk sağlığı politikaları ve uygulamalarını başta Bakanlık yöneticileri ve üniversite camiamız olmak üzere çok değerli paydaşlarımızla değerlendirmek amacıyla bu sempozyumu düzenlemeye karar verdik.

Bu vesile ile başta sempozyum oturumlarında görüşlerini bizlerle paylaşacak olan panelistlerimiz olmak üzere bütün katılımcılara teşekkür ediyor, hoş geldiniz diyorum.

Değerli Misafirler

Ülkemizin istikrarına, huzuruna kast eden teröre onlarca evladımızı şehit verdik. Bir kez daha şehitlerimize Allah'tan Rahmet, milletimize sabır ve vakar diliyorum.



İnsanlığa kast eden hain terör saldırılarını lanetliyorum. Allah'ın izniyle teröristler ve terörü besleyen kirlî eller adalet ve yaşatma idealiyle kuşanmış insanlık karşısında er veya geç mağlup olacaktır.

Bu nedenle, masum hayatları söndürerek toplumda kaos ve korku üretmeye çalışan teröre her ne şartta olursa olsun teslim olmayacağımızı göstermek adına, hayata değer katma amaçlı bu programların çok büyük anlamı olduğuna inanıyorum.

Değerli Misafirler,

Biz sağlık çalışanları, insanımızın bedenini ve ruheni sağlık içinde olması için, insanımızın doğumundan ölümüne her an yanında olan ve 24 saat hizmet sunan insanlarız.

Özellikle meslek hayatımızın son 12 yılını çok yoğun bir çalışma temposu içinde geçirdik. Kısıtlı insan kaynağı ile Cumhuriyet tarihinin en büyük reform hareketini sağ-lıkta gerçekleştirdik.

Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla devam eden 12 yıllık süreçte insanımızın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştı. Kişi başı sağlık kurumlarına başvuru sayısı en az 3.5 kat arttı. İlaç tüketimimiz en az 3 kat arttı. Evlerimiz ecza deposu oldu ve insanımız bu gelişmelerden büyük memnuniyet duydu.

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet yüzde 39'lardan 75'lere yükseldi.

Tıbbi teknolojide, biyoteknolojide, klinik kalitede önemli ilerlemeler kaydedildi.

Bugün yerli ilaç üretimine hazırlanıyor, kampüs hastane temelleri atıyoruz.

Ancak bütün bu güzel gelişmelere rağmen bugün insan ve toplum sağlığını ve sağlık sistemimizin sürdürülebilirliğini tehdit eden sorunların da ciddi şekilde büyüdü-ğünü görüyoruz.

Sağlık çalışanları olarak kanser vakalarının, kalp damar hastalıklarının, diyabet vakalarının, dolayısıyla hastalık yükümüzün gün geçtikçe arttığına şahit oluyoruz.

Bugün bütün dünyayı muzdarip eden, sağlık sistemlerini hizmet üretmez nok-taya getiren küresel sağlık tehditlerini, biz de ülke olarak ciddi şekilde hissediyoruz.

Sağlık okuryazarlığı düşük bir toplum olmamız, yaşam biçimimizi, üretim ve tüketim anlayışımızı belirleyen sosyokültürel ve sosyo-politik tercihlerimiz gibi faktörler de sağlığını koruma ve geliştirme mücadelemizi zorlaştıran etkenler olarak karşımızda duruyor.

Değerli misafirler,

Sağlık artık tıbbi bir süreç olduğu kadar sosyal bir süreçtir. Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de bireyin sağlığını içinde yaşadığı çevrede koruyan sistemler inşa etmek kaçınılmaz bir ihtiyaç olarak kendisini hissettiriyor. Bu yüzden, sağlığı sosyal dinamiklerden bağımsız düşünmüyoruz.

Yaşam boyu sağlık mücadelesinin temel hedeflerine ve stratejilerine baktığımızda, ekonomik, sosyal ve siyasal tabanlı bütün politikaları doğrudan etkilediğini yada etkilendiğini görüyoruz.

Konumu itibarıyla tüm politikalarda önceliğe haiz ve kolektif sorumlulukla ilereleyebilecek bir mücadeleyi bütün toplum kesimleri olarak önce içselleştirmek, sonra sistemleştirmek durumundayız.

Bu nedenle mücadele etmeye çalıştığımız bu alanda bütün toplum kesimlerine roller ve sorumluluklar düştüğüne inanıyoruz.

İnsanımızın sağlığı için, sağlıklı nesiller için; Devlet kurumlarıyla, yerel yönetimlerle, sivil toplum örgütleriyle, medyayla 360 derecelik bir sorumluluk ilişkisi kurmak zorundayız.

Değerli Katılımcılar

Biz Sağlık-Sen olarak, emeğini insanımızın sağlığına adayan sağlık emekçileri olarak, ulusal ve küresel halk sağlığı mücadelesinin aktif paydaşı olmanın gereğine inanıyor ve bu konuda kendimizi sorumlu hissediyoruz.

Bir taraftan "yaşam boyu sağlık" hedeflerine öncülük etmek, diğer taraftan sağlık hizmetlerini, hem halkımız, hem biz sağlıkçılar için en nitelikli koşullara ulaştırmak istiyoruz.

Bu hedeflere hizmet etmesi amacıyla 2014 yılında SASAM Enstitüsü'nü kurduk.

Sağlık ve sosyal hizmet politikaları başta olmak üzere sosyal politikanın bütün alanlarında bilimsel faaliyetler yürütmek, toplumsal gelişimi teşvik edici çalışmalar gerçekleştirmek gibi amaçlar doğrultusunda kısa zaman diliminde önemli çalışmalar ortaya koyduk.

Halk Sağlığı Günlerinin ana teması olarak seçtiğimiz, sağlıklı yaşam vizyonunun en önemli ayaklarından olan sağlık okuryazarlığı konusunda da Türkiye'de yapılan ilk bilimsel araştırmayı gerçekleştirdik.



Sağlığın sosyalizasyon sürecini doğrudan etkileyen bir konu olması nedeniyle Türkiye toplumunun sağlık okuryazarlık düzeyini tespit etmenin doğru bir adım olacağına inandık.

Sağlık okuryazarlığı konulu panelimizde araştırmamıza ait sonuçları katılımcılarla paylaşacağız. Ben bu vesile ile, 23 ilde yaklaşık 5 bin kişi ile gerçekleştirilen araştırmamıza emek veren araştırma grubumuza huzurunuzda bir kez daha teşekkür ediyorum.

Tabi bu araştırmada biz sadece toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmedik. Kültürel olarak sağlık algısına, sağlık hizmeti algısına, edinilen sağlık alışkanlıklarına dair veriler de elde etmeye çalıştık.

Çünkü insanımızın özellikle son 12 yılda çarpıcı şekilde artan sağlık imkanlarını, kullanım alışkanlıklarının ve bu alışkanlıkları besleyen faktörlerin, sağlık sistemine, sağlık hizmet üretim sürecine etkilerinin mutlaka incelenmesi gerektiğine inanıyoruz.

Bugün şiddet başta olmak üzere artan iş sağlığı riskleri, iş yükü, mesleki tükenmişlik gibi sorunları başa çıkılamaz hale getiren en temel olgunun, sorumluluk bilincinden uzak ve kısırlanmış sağlık hakkı algısı olduğunu düşünüyor, insanımızdaki sağlık hizmetini normalleştirecek bir politik kararlılığa ihtiyaç olduğuna inanıyoruz.

Bu noktada, bireysel, sektörel ve toplumsal düzeyde halk sağlığını önceleyen bir sosyalizasyon hedefliyor isek, mutlaka bu hedefe siyaset kurumu liderlik etmeli, özellikle halka dönük mesajlar boyutuyla sağlığı siyaset üstü bir konu olarak gündemine almalıdır.

Sayın Bakan, değerli misafirler,

Sağlık camiası olarak, sağlık hizmetlerinin yönetim ve planlama süreçlerini halk sağlığı stratejilerini güçlü şekilde uygulamaya imkan sunacak biçimde yeniden gözden geçirmek gerektiğini de ifade etmek istiyorum.

Ekonomik ve sosyal açıdan terörden daha büyük yıkımlara yol açması beklenen bu tehditlerle mücadele, güçlü yatırımlar ve sürdürülebilir sistemler gerektirir.

Bu noktada üzülen belirtiyorum ki, bu kadar önemli bir alanda stratejik hedefleri ve eylem planlarını taşıyacak güçlü sağlık alt yapıları oluşturulması beklenirken, koruyucu hizmetleri daha da zayıflatacak, aile hekimlerine hastanelerde nöbet zorunluluğu gibi yanlış adımlar atılmaktadır.

Biz Sağlık-Sen olarak sistemin ruhuna uymayan palyatif çözüm arayışlarını doğru bulmuyoruz. Bakanlık aile sağlığı ve toplum sağlığı hizmetlerini halkımız için ulaşılabilir

ve tercih edilebilir noktaya taşımının yollarını aramalıdır diyoruz. Aile ve toplum sağlığı hizmetlerini yürüten sağlık profesyonellerini, halkımızın sağlık bilincini biçimlendirecek sosyalizasyon ajanları olarak güçlendirmek gerektiğine inanıyoruz.

Bakın son yıllarda Bakanlığımızın ortaya koyduğu sağlıklı yaşam programlarını iyi niyetli çalışmalar olarak takdir etmekle birlikte, halka yansıyan boyutuyla etkisiz kaldığını görüyoruz.

Sağlık okuryazarlığı araştırmamızda Bakanlığın kampanyaları ile ilgili toplumdaki farkındalık düzeyinin çok düşük olduğunu gördük. En bilinen kampanya yüzde 35 ile dumansız hava sahası.

Bu veri hepimize güçlü bir işaret veriyor. Tütün ürünleri karşıtı kampanyalar, karar ve uygulamalara dönük adımlar politikacılar, sanatçılar, sporcular, kanaat önderleri, kısaca kahvehaneciler dışında hemen her kesimin güçlü desteğini aldığı için toplumsal algıda yer etti.

Ancak, tütünden çok daha zor ve uzun soluklu mücadele gerektiren fiziksel aktivite ve beslenme ile ilgili kampanyalardaki farkındalığın yüzde 15 düzeyini aşamadığı görülüyor.

Sağlıklı birey ve toplum hedefleri doğrultusunda bütün toplum kesimlerine ulaşmayı hedefliyorsak bunun için sadece medya kampanyalarının yeterli olmayacağını görmeli ve sahaya sürdüğümüz kadroları donatmalı ve güçlendirmeliyiz.

Saygıdeğer misafirler,

Son söz olarak diyorum ki, sağlığa gösterilen özen, insanımızın kendisine verdiği değer ve duyduğu saygının göstergesidir.

En temel hedefimiz, insanımızı bu bilince eriştirmek olmalıdır. Bunun için hep birlikte, sağlığı siyaset üstü bir mesele olarak ele alıp, milli bir seferberlik duygusuyla sağlıklı yaşam hedeflerini sahiplenmeliyiz.

Ben bir kez daha hedeflere inanan, emek veren, gönül veren, değerli hocalarımıza, sağlık çalışanlarımıza, bakanlık yöneticilerimize medyamıza ve bütün katılımcılara teşekkür ediyorum.

Gelecek yıllarda bütün toplumu kuşatacak şekilde yaygınlaşmasını dilediğimiz Sağlık Sen Halk Sağlığı Günleri etkinliğimizin hayırlı olmasını diliyorum saygı ve sevgilerimi sunuyorum.



Necdet ÜNÜVAR
AK Parti Adana Milletvekili

Sağlık-Sen'in çok değerli Başkanı, Sağlık Bakanlığının değerli bürokratları, değerli SAĞLIK-SEN mensupları, değerli basın mensupları; hepinizi saygıyla, muhabbetle selamlıyorum.

Öncelikle Sağlık Okuryazarlığı Paneli'nin çok başarılı geçmesini ve sağlık sistemimize önemli katkılar sağlamasını temenni ederek sözlerime başlamak istiyorum.

Değerli konuklar, her gün canımızı yakan haberler almaya devam ediyoruz. Bugün de maalesef toplantının hemen öncesinde Mardin Dargeçit'te 4 polisimizin alçakça bir saldırı sonucu şehit olduğu haberini aldım. Polislerimize Allah'tan rahmet diliyorum, yakınlarına, milletimize başsağlığı diliyorum. İnşallah şehit kanlarıyla bezenmiş bayrağımızın şehitlerimizin manevi huzuruyla, onların bize verdiği güçle inşallah daha yukarı göndere çıkarma arzumuzu tetikleyeceğini ifade ederek sözlerime başlamak istiyorum.

Tabii, geçtiğimiz günlerde Diyarbakır'da iki hain saldırı sonucu doktorumuz Abdullah Biroğul kardeşimiz şehit edildi. Bir de eczacı kardeşimiz Yunus Koca, ki eski bir AK PARTİ Gençlik Kolları Başkanı aynı zamanda Yunus kardeşimiz, onlar da hunharca katledildi.

Tabii, bu vesileyle şunu da ifade etmek isterim: Özellikle Abdullah Biroğul'un şehadeti sonucu kardeşimizin öbür dünyaya irtihal etmesiyle ilgili cılız bir şekilde onu

kınayanların, saldırıyı asıl yapan hainleri es geçmesini de tarihî bir kayıt anlamında kayda geçirilmesi gerekmektedir. En küçük bir hadisede ortalığı feveran eden, ortalığı birbirine katmaya çalışanların bu konuda gerçekten çok sessiz kaldıklarını da milletimiz fark etmiştir. Şüphesiz Sağlık-Sen mensupları da ve sağlık camiası da fark etmiştir.

Değerli dostlar, okumak ve yazmak çok önemli bir eylemdir, çok değerli bir eylemdir; insanları öne çıkaran toplumlariyeriye götüren bir eylemdir. Ama son 30 yılda okuma ve yazma eylemini daha bilinçli toplumlar oluşturma noktasında farklı alanlarda, farklı şekillerde, farklı okuryazarlık türlerinin ortaya çıktığını biliyoruz. Sağlık okuryazarlığı bunlardan birisi. Medya okuryazarlığı, bilişim okuryazarlığı, başka tür okuryazarlıklar toplumlariyeriye okuma ve yazma eylemini daha farklı bir şekilde enerjiye dönüştürme, toplumların gelişmesi, kalkınması noktasına yönlendirme amaçlı birtakım faaliyetler şeklinde karşımıza çıktığını biliyoruz. Sağlık okuryazarlığı da 1970'lerden sonra kavramsallaştırılan ve son yıllarda giderek daha fazla konuşulan bir durumda. Biz de Sağlıkta Şiddet Araştırma Komisyonu esnasında, özellikle sağlık çalışanlarımızın yaptığı hizmetin değerinin anlaşılması ve hizmeti verenle hizmeti alan arasındaki iletişimin daha ileriye götürülmesi anlamında sağlık okuryazarlığının mutlaka geliştirilmesi gerektiğini ifade etmiştik. O Sağlıkta Şiddet Araştırma Komisyonunda Sağlık-Sen'in de çok değerli katkılarını görmüştük, onların yaptığı araştırmalar gerekse yaptıkları sunumlardan gerçekten bizler raporumuzda geniş bir şekilde ifade etmiştik. O sebeple Sağlık-Sen'e, Başkanına ve yöneticilerine ve o çalışmaya katkı sunan değerli akademisyenlere çok teşekkür ediyorum.

Nitekim şimdi de Sağlık-Sen gerçekten sağlık-toplum arasındaki ilişkileri iyileştirme noktasında önemli katkıda bulunacak olan sağlık okuryazarlığı toplantılarını planladı. Gerçekten çok önemli, etkili, verimli bir sürecin olacağını düşünüyorum.

Değerli konuklar,

Modern sağlık sistemi aslında karmaşık bir sistemdir yani anlaşılması, anlatılması çeşitli zorlukları beraberinde barındırır. Dolayısıyla anlamanın güçleştiği noktalarda o faaliyetin ortaya konmasında da birtakım zorlukları beraberinde getirir. Sağlık okuryazarlığı, kişinin sağlıkla ilgili etkin ve uygun kararlar verebilmesi için sağlık bilgilerini, okuma, anlama ve kullanma kabiliyetine verilen isimdir. Sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığının gerek sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekse o sunum esnasında ortaya çıkan maliyette çok önemli farklılıkları beraberinde getirdiğini biliyoruz. Nitekim, biraz önce Metin Bey'in de ifade ettiği, Sağlık Okuryazarlığı Araştırması yaklaşık 100 sayfa, dışarıda da dağıtılıyor bu 100 sayfalık araştırmada gerçekten çok önemli noktalara değinilmiş.



Burada, Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı açısından durumu da ortaya konulmuş. Türkiye'de sağlık okuryazarlığı açısından 50 indeks puan üzerinden Türkiye'nin notu 30,4. Avrupa Birliğinde ise 33,8. Şimdi, bu şu anlama geliyor; erişkin 53 milyon civarında bir nüfusun varlığını göz önünde bulundurursak, yaklaşık 35 milyon vatandaşımızın sınırlı veya yetersiz bir sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğunu görürüz. Bu, sadece bir ilaç prospektüsünün veya hekimin ona önerdiği birtakım dokümanların anlaşılması veya anlaşılabilmesi anlamının çok ötesinde bir anlam ifade ediyor. Maliyette de çok ciddi ölçüde maliyet artışına yol açıyor. Bu raporda yok, ama Amerika'da yapılan bir araştırmada, sınırlı veya yetersiz sağlık okuryazarlığının 50 milyar dolarla 238 milyar dolar arasında bir maliyete yol açtığı bilgisi var. Yani bu, ülkemizde de şüphesiz bir ekonomik boyutu da beraberinde getiriyor. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı seviyesinin mutlaka ama mutlaka ciddi ölçüde artırılması gerekiyor.

Peki, Türkiye'de bununla ilgili atılan adımlar var mı? Şüphesiz var. Örneğin, Sağlık Bakanlığı'nda Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü var ve her geçen gün daha fonksiyonel hizmetler yapıyor. Onuncu Kalkınma Planında sağlık okuryazarlığına özel bir vurgu var, Başbakanımızın açıkladığı o 25 maddenin içerisinde sağlıkla ilgili bölümde sağlık okuryazarlığının mutlaka sağlık hizmetlerinin etkinliği, kaliteli hizmet sunulması açısından çok önemli olduğuna dair vurgu var ki bunun bir devlet metnine girmesinin çok önemli olduğunu söyleyebilirim.

Sağlık-Sen ilk kez sağlık okuryazarlığıyla ilgili bir araştırma yaptı. Şüphesiz bundan sonra, şimdi 100 sayfalık bir rapor var ama daha sonra bu raporların sayısının, miktarının, hacminin ve değerinin çok artacağını çok rahatlıkla söyleyebilirim.

Bunlar yeterli mi? Kesinlikle yeterli değil. Peki, neler yapmak lazım? Bir defa, sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılması adına tez zamanda Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Eylem Planı'nın ortaya konması gerekiyor, ulusal bir eylem planı haline getirmek gerekiyor. Bunun için tabii Sağlık Bakanlığımız başta olmak üzere, diğer kamu kurumlarının da mutlaka etkin bir şekilde devrede olması gerekiyor.

Paydaşlar arasındaki koordinasyonu artırmak gerekiyor yani topluma da benimsetmek gerekiyor.

Sadece sağlık değil, sağlığın diğer özellikle sosyoekonomik bileşenleriyle birlikte çalışılması gerekiyor.

Hem genel eğitimin hem de sağlık eğitiminin temel öğelerinden birisi haline getirmemiz gerekiyor. Yani sağlık okuryazarlığını genel eğitimin içine de koymamız lazım. Yani bu araştırmayı dün aradım bulamadım ama yıllar önce okuduğum bir araştırmada,

7 yaşına kadar bir grup çocuğa sağlık eğitimi verilmiş, bir gruba da verilmemiş. Daha sonra bu çocukları 30 yıl boyunca takip etmişler. 30 yıl sonra o sağlık eğitimi verilen bireylerin çok daha sağlıklı olduğunu, sağlık bilincinin yüksek olduğunu tespit etmişler. Bunun çok önemli olduğunu çok rahatlıkla söyleyebiliriz.

Tabii, bütün bunları sağlık sektörü, eğitim sektörü, STK'lar, üniversiteler, medya iletişim sektörü, iş dünyasının da katkılarıyla zenginleştirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Yani devlet şüphesiz mevzuatı hazırlar, kanunu yapar, eylem planını ortaya koyar ama onun mutlaka toplumda yer edinmesi adına toplumda etkin olan kanaat önderlerinin, iş dünyasının, akademik çevrenin, STK'ların çok etkin bir şekilde devreye girmesi gerekir. Ben umuyorum ki Sağlık-Sen'in düzenlediği Sağlık Okuryazarlığı Toplantısı'nın, ki Türkiye'de yanlış bilmiyorsam ilk kez yapılıyor, ilk kez yapılan bu toplantının bu anlamdaki çalışmaları tetikleyeceğini ve sağlık hizmetlerinin hem etkin hem kaliteli hem de daha verimli ve de ekonomik şekilde sunulmasına katkı sağlayacağını umuyor, toplantıyı tertip eden Sağlık-Sen Başkanı ve yöneticilerine tebriklerimi ileterek sözlerimi bitiriyor, saygıyla selamlıyorum.



Ahmet GÜNDOĞDU
AK Parti Ankara Milletvekili

Değerli Bakanım,
Saygıdeğer Milletvekilim,
Değerli Genel Başkanım,
Değerli Hocalarım,
Değerli Dava Arkadaşlarım,
Allah'ın selamı, rahmeti, bereketi üzerine olsun.

Şehitlerimize Allah'tan rahmet diliyorum. Hem Genel Başkanımız hem milletvekilimiz şehitlere karşı belli bir kesimin duyarsızlığını işaret ettiler. Adı içinde, "Tabip" geçen örgütler dahil, duyarsızlar duyarsız kalacaklar. Hatırlayın, dün Gezi Zekâlıların 9 ağaç üzerinden çıkardığı yaygarada onlar oradaydı, ama dün ağaç için Türkiye'yi kaosa sürükleyenler şehitlerimizi katleden teröristleri kınamayı bile beceremiyorlar, ellerine yüzlerine buluşturuyorlar. Bu, Hak ve Batıl savaşıdır; iyi ile kötünün mücadelesidir, darbeci ve teröristleri sevenlerle darbecilere ve teröristlere karşı olanların insan sevgisi, insanlık sevgisi, ülke sevgisi galip gelenlerin mücadelesi olacaktır ve inşallah bu sevgi galip gelecektir.

Sendikamı tebrik ediyorum. Sendikacılıkta 3T kuralı önemlidir; tenkit, tespit, teklif. Genelde sendikacılar, Memur-Sen sendikacılığı sözcülüğünü üstleninceye kadar

birinci T'yi kullanmışlardır, sadece tenkidi yapmışlardır. Tespitin ve teklifin olmadığı, tespitin ve teklifin de akademik bir çalışmaya ve AR-GE'ye dayanmadığı tenkitler kuru güdültüyü geçememiştir, "Kahrolsun" ve "Yaşasın" a hapsolmuş ve ülke bundan çok şey kaybetmiştir. Şimdi, Allah'a hamdolsun, Onursal Genel Başkanınız olarak gurur duyuyorum. Tespitini, teklifini, yaptığı tenkidi de yapıcı eleştiriyi de araştırmaya dayandırarak, kütüphaneye döndürdüğü sendikal çalışmaya yeni bir kitap kazandırma adına attığı bu önemli adımdan dolayı sendikamla gurur duyuyorum. Başta Genel Başkanımız olmak üzere, emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

Sağlık okuryazarlığı, halk sağlığı bu kadar sağlık uzmanının, siyasetçinin olduğu yerde ben sağlık uzmanlığına değil de, halk iradesi okuryazarlığını ve halk iradesi sağlığına dair birkaç tespitte bulunursam daha sağlıklı olur diye düşünüyorum.

Değerli arkadaşlarım, 4 yıl önce gelen teklife "gitme" demiştiniz, gitmemiştim. Bu sene gelen teklife "gitmelisiniz" dediniz ve ikinci yarıda AK PARTİ kadrolarına beni dahil ettiniz. Ne oldu bu kadar kısa sürede? Yüzde 41 oy aldık. Bu, 2002'de aldığımız oydan bile daha fazla, yüzde 34,6 idi. Ama ne hikmetse algı operasyonlarıyla yüzde 13 alanların dünya şampiyonu, yüzde 16 alanların uluslararası şampiyon, yüzde 25 alanın da yüzde 60 bloğun sahibi olduğu ilk günleri hep beraber yaşadık. Ama yalancının mumu yatsıya kadar yanar sözü boşa söylenmemiş, kısa sürede CHP'nin yüzde 60'ından Ak Parti'nin yüzde 41'inin daha önemli, daha vurgulu, daha nitelikli, daha sonuç alıcı olduğunu Meclis Başkanlığı seçiminde gördük.

İlerleyen süreçte bütün siyasi partiler tek başına iktidar olmak için oy ister, bu olamıyorsa hükümet kurmak hepsinin birinci görevidir ama gerçekleşen bu süreçte gördük ki, Ak Parti'nin haricinde bu ülkenin Başbakanlık teklifiyle emanet edileceği bir başka parti yoktur.

Sonra, olan şeyde hayır vardır dedik ve "HDP ile asla" diyerek, nezaketen sadece bir ziyaretle CHP ve MHP'den herhangi birisiyle ya da her ikisiyle de koalisyon kurmak için yola çıktık. Cumhuriyet Halk Partisine gittiğimizde, reform ve restorasyon kavramları önemliydi. 34 saat istikşafi çalışmalar yapıldı, koalisyon kültürü adına, nezaket adına çok önemliydi. Ama ilk bir haftasında bizim "reform hükümeti", onların "restorasyon hükümeti" dediği, daha sonra onların da "Reform" olarak yansıtmaya başladığı sürecin esası, CHP ile Ak Parti'nin reformdan anladığı şeyin zıt kutupları içerdiğiydi. Muhtevasının asla bir araya gelinemeyeceği gerçeğiydi. Ne demek istiyorum?

1-Dış politikada Esed'le, Sisi'yle akrabalık teklifi CHP için reform, Ak Parti için ise geçmişi yok saymaktı.

2-Değerler eğitimi, eğitim sisteminde 1+8 CHP için 70 yıllık yasakçı CHP zihniye-



tinin reform anlayışı Ak Parti'nin de kendinden önceki medeniyet siyasetlerini de inkâr anlayıştı. En önemlisi, bizimle masada çalışırken bile “Esasen Sayın Davutoğlu bizimle hükümet kuracak ama Cumhurbaşkanı bırakmıyor” diyerek, Reisle Hoca'nın arasına nifak tohumu sokma anlayışı bu koalisyonun asla olmaması gerektiğini içeriyordu. Ne demek istiyorum? Cumhurbaşkanı'nın “Başbakana ‘Hükümeti kur’ diye görev verip, arkasından iş çeviren adam” pozisyonuna getirmek, Başbakana da “Kendi iradesiyle çalışmıyor” konumuna getirmek bir fitnedir ve inancımıza göre fitne katilden beterdir.

Esasen CHP ile koalisyon kurmamızı isteyenlere baktığımızda, Abdülhamit Han Hazretlerinin taktiğiyle bir tehlike olduğu ortadaydı. Paralel bu koalisyonu istiyordu, CHP istiyordu, MHP istiyordu, TÜSİAD istiyordu, İsrail istiyordu, Siyonistler istiyordu. İsteyenlerin geçmişteki yamukluklarına baktığımızda, burada ciddi bir sıkıntının olduğu da muhakkak.

Milliyetçi Hareket Partisinin kapısını çaldık, önceki ziyaretimizde “CHP'ye gidin demişlerdi” bir hakem edasıyla. “Ama olmazsa kapımız açık” demişlerdi. Açık olan kapıyı çaldığımızda dört şartla karşılaştık. Anayasa'nın ilk 4 maddesi, değerli arkadaşlarım, Anayasa'nın ilk 4 maddesi koalisyonun işi değildir. “Bu 4 maddeyi değiştireceğim” diye bir çalışma da zaten söz konusu değil. Daha önce de partimiz 4 siyasi partinin eşit üyesiyle Anayasa Uzlaşma Komisyonunu eşit oy oranıyla kurmuştu. Öyleyse bugünün meselesi değil.

17-25 Aralık Ak Parti'ye ve Ak Parti'lilere yolsuzluk çamuru atmak isteyen savcının bile Ermenistan üzerinden kaçış yaptığı bugünlerde –tırnak içerisinde- tüyü bitmemiş yetimin malına kim göz dikmişse, kim olursa olsun, Allah belasını versin, bunu tereddütsüz söyleriz. Ama millî irade yolsuzluğu, KPSS yolsuzluğu, devlet sırlarını peşkeş çekme yolsuzluğu gibi suçları belgelenmiş olanların tezgâhında oyun oynayanların bu oyununu da koalisyon parçası olarak getirmek çok doğru bir yaklaşım değil.

Bir başka konu, Cumhurbaşkanı'nı tartışma meselesi etmek. Cumhurbaşkanı bu Anayasa'ya göre seçilmiştir. Cumhurbaşkanı'nın “Koalisyon kurun” talimatı, isteği, görev vermesi bu Anayasa gereğidir. Koalisyon kurulamıyorsa seçime götürme yetkisi de yine bu Anayasa'nın 104 ve 116. maddelerini içerir. Ama hem Anayasa'nın 4 maddesine vurgu yapıp hem de Anayasa'nın onlarca maddesini çiğneyerek Reis karşıtlığı, Cumhurbaşkanı karşıtlığı yapmak ve bunu da burada bırakmayıp Hitler'e, Kaddafi'ye, Stalin'e benzeterek densizliğe varan boyut, amacın üzüm yemek olmadığı, bağcıyı dövmek olduğu gerçeğini ortaya koyar.

Efendim, her yetkilisi diyor ki “Millet bize ana muhalefet görevi verdi” Demokrasilerde hükümet kurmak esastır, hükümet yoksa kimse ana muhalefet değildir. Ana

muhafelet, hükümete muhafelet eder. Ama halk arasında kullanılan, hani "Baba bir hırsız yakaladım", "Al gel oğlum", "Gelmiyor baba", "Bırak gitsin oğlum", "Gitmiyor baba", "Bırak da sen gel oğlum", "Beni de bırakmıyor baba" Bu, her şeye "Hayır" diyen, çözüm sürecine en büyük eleştiriyi yapıp... Evet, çözüm sürecinde AK kadroların niyeti, 80 yıl "Öteki" ilan edilen Alevileri, başörtülülere, Kürtleri "Beriki" yapmak için demokratik adımları atmaktı. Allah'a hamdolsun, Kürt kardeşlerimizle ilgili atılan adımlar, asimilasyonun kaldırılması, Kürt kimliğinin tanınması, ana dilde savunma hakkı gibi, onlarca adım çağdaş bir devletin vatandaşlarına eşit vatandaşlık adına vermesi gereken adımlardır. Ama özgürlük adımları, güvenlik açığını beraberinde getirmişse, pardon, özgürlük adımlarının kıymetini bilmesi gerekenler dün "Neden silaha sarlıyoruz biliyor musunuz?" diye başlayıp, yüzlerce yok sayılan Kürt anlayışına sığınarak attığı adımları bugün yüzde 13 oy aldıktan sonra Türkiyeli olmak adına terörle mesafe koyması gerekirken arasına, "Sırtımı PKK'ye, PYD'ye, DHKP-C'ye dayadım" diyorsa, sırtını terör örgütüne dayayanlara da teröristlere de haddini bildirmek Ak Parti'nin ve devletin birinci görevidir. Şimdi biz bunu yapıyoruz, bu görevi yaparken yanımızda olması gereken birinci parti MHP idi. Maalesef bu sorumluluktan da kaçmıştır.

Şimdi, önümüzde 1 Kasım var. Elbette 13 yıllık iktidarın yorgunluğu, eksiklikler, vaatlerdeki eksiklikler... Bunlar kendi içimizdeki özeleştirilerimiz ama bir şeye dikkatinizi çekmek istiyorum değerli arkadaşlar, bu Ak Parti ile 3 siyasi partinin sandıkta siyasi rekabetinden ibaret değildir. 7 Hazirandan önce "Müslümanlar için Kâbe ne ise bizim için Taksim odur" diyenlerin, İsrail için Kudüs ne ise, Kudüs'ü İsrail'e veren zihniyetin, dün dünya işlerine hiç karışmayan Papa'nın bile "Türkler Ermenilere soykırım yapmıştır" diye bugünün diktatör Esed'ini, terörist İsrail'ini görmeyip 1915'te fail arayan Papa'nın o sözünden sonra "Evet, yapmıştır" dedirttikleri HDP'nin bu söylemlerine paralel 7 Hazirandan sonra Batı'da, İsrail'de "Selahaddin Eyyubi'yi durdurduk" manşetleri atılmıştır. Selahaddin Eyyubi diye kastettikleri, bu ülkenin yüzde 52'sinin oyunu alan, halkın doğrudan seçtiği Cumhurbaşkanı Sayın Recep Tayyip Erdoğan'dır. Recep Tayyip Erdoğan'a yapılmak istenen Menderes'e, Özal'a, Erbakan'a yapılandır. Onun için 1 Kasım "Selahaddin Eyyubi'yi durdurduk" diyen Siyonist ve onların payandalarıyla millet iradesinin mücadelesi şeklinde geçecek.

Sağlık-Sen'e, Memur-Sen'e çağırım: Başörtü özgürlüğü, millî irade özgürlüğü, referandum kazanımı, demokratikleşme, katsayı engelinden kurtulmak gibi, ülke ve ümmet adına kazanımlarımıza daha güçlü bir şekilde sahip çıkmaktır; sahip çıkacağınızı biliyorum.

Bu panelimizin, özelde Sağlık-Sen'imize, sağlık çalışanlarımıza ve milletimize hayırlı olmasını diliyorum. Emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.



Prof. Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
T.C. Sağlık Bakanı

Çok Değerli Komisyon Başkanım,

Değerli Meclis İdare Amirimiz,

Milletvekili Arkadaşlarım,

Sağlık-Sen'in ve Memur-Sen'in çok değerli üyeleri,

Bugün burada Halk Sağlığı Günleri'nde "Sağlık Okuryazarlığı" konulu iki gün sürececek bir sempozyumda sizlerle bir arada olmaktan mutluluk duyduğumu ifade ediyor, bu sempozyumun organizasyonunu yapan SASAM'a ve Sağlık-Sen'in çok değerli Başkanına teşekkür ederek sözlerime başlıyor, sizleri saygıyla selamlıyorum.

Tabii, öncelikle diğer arkadaşlarımızın da ifade ettiği gibi, bugün yine güvenlik görevlilerimizin şehit haberlerini aldık. 4 güvenlik görevlisini haince bir pusu sonucu kaybetmiş durumdayız. Rabbim mekânlarını cennet eylesin. Ailelerine, yakınlarına, sevdiklerine sabırlar versin, milletimizin başı sağ olsun.

Yine, son günlerde hemşiresinden eczacısına, eczacısından hekimine kadar şehitlerimiz oldu. Bu şehitlerimize de Allah'tan rahmet diliyorum, ailelerine sabırlar diliyorum, sağlık camiamızın ve milletimizin başı sağ olsun diyorum.

Tabii, 1071 yılından bugüne bu topraklarda bir medeniyetin mensubu olma mücadelesi veren, bu milletin yaklaşık 1.000 yıllık bu topraklardaki yaşam mücadelesi, yaşam serüveni çok önemli başarılarla, dünyaya çok farklı medeniyet anlayışlarıyla,

zenginlikleriyle yansımış ama bu yansıyışın süreç içinde dönem dönem ağır bedelleri de olmuş ve bu ay yıldızlı bayrağın dalgalanması uğruna bayrağa rengini verebilecek kadar şehit kanını feda etmiş bir milletin mensuplarıyız. Ama öyle bir camiamız var ki, sağlık camiası 14 Mart Tıp Bayramı'nı İstanbul'un işgaline karşı bir organizasyon yaparak, bir organize isyanın veya itirazın şekillenmesi olarak planlayan ve bunun adına da "14 Mart Tıp Bayramı" diyen, 14 Mart Tıp Bayramı adı altında işgale itiraz eden, bu topraklarda farklı bayrakların dalgalanmasına isyan eden bir anlayışın mensuplarıdır sağlık camiası mensupları. Hekimlerimiz bayramı bu ruhla kutlar. Hekim camiası bu ülkeye, bu millete ve insanlığa bu ruhla hizmet eder ve mesleğini icra eder. Hekim camiamızın bu duruşu tarihî geçmişten bugüne geldiği gibi, tarihî geleceğe de bu ruhla taşınacaktır. Millet uğruna, insanlık uğruna, milletin, insanın yaşaması uğruna canı pahasına fedakârlık yapabilmeyi merkeze alan bir mesleğin mensuplarıyız. Bu milletin hekimleriyiz. Bu milletin hekimlerinin, bu milletin başına bela olan ve 30 yıldır da bu milletin evlatlarını hiçbir ayırım yapmadan katledebilecek kadar gözü dönmüş terör örgütünü kınayamayan bir meslek örgütünün çatısı altında olmaktan da açıkçası hicap duyduğumu ifade etmek isterim.

Katledilen hemşire arkadaşımız Cizreliydi ve Kürt kökenliydi. Katledilen eczacı kardeşimiz Diyarbakırlıydı ve Kürt kökenliydi. Yine katledilen doktor arkadaşımız, Abdullah kardeşimiz Diyarbakırlıydı ve Kürt kökenliydi. Burada esasında kökeni meslektaş olarak bizi ilgilendirmiyor, insan olması, bu ülkenin vatandaşı olması, bu ülkenin vatandaşını yaşatabilme hizmetinin mensubu olması. Çünkü mesleği, derdi ortadan kaldırmak, yaşatabilme alanında sorumluluk üstlenmiş insanları katledebilmek, esasında insani değerlerle konuşulabilecek bir konu başlığı da değil. Ama ne yazık ki bunlar Kürt kökenli vatandaşların hakkını koruma veya haklarını korumayı iddia etme gibi bir insanlık dışı terörizme muhatap olduğumuz bugünlerde bu terörizme karşı dik duruşu gösteremeyen bazı şer odakları ve kuruluşlar ne yazık ki var. Esasında bu oyun bu milletin birlik ve beraberliğini bozma oyunudur. Bu oyun, Çanakkale'de başarılama-yan, işgal sürecinde başarılama-yanın bugün farklı senaryolarla başarılmak istenen dış güçlerin organize ettiği, içeride de maşalarını buldukları bir oyunun bu millet üzerinde oynanması oyunudur. Dolayısıyla milletçe bu oyuna karşı ay yıldızlı bayrağın hakkını verme adına, evet, şehitlerimizi hak ve hukukunu koruyan, yine bu terörizmin karşısında dimdik ayakta duran ve onlara da yaptıkları bu haince katliamların bedelini de ödeyecek süreçleri inşallah onlar görecektir.

Biz, ne pahasına olursa olsun, 78 milyonluk ülke insanımızın kardeşliği diyoruz. Biz ne pahasına olursa olsun, evlatlarımızın ve bu ülkeye kazandırdığımız yeni vatandaşlarımızın sağlıklı yarınları diyoruz ve sağlık camiası olarak da ülkemizin hangi köşesinde olursa olsun, hangi koşullarda olursa olsun, tüm sağlık hizmetlerini asla karamsarlığa düşmeden, asla motivasyon bozukluğuna uğramadan bu hizmetleri, yine onlar



AÇILIŞ KONUŞMALARI

ne yaparsa yapsın, vermeye devam edin. Ama bu mesleğin insani boyutu 360 derece o kadar geniş ki. Canımızı katledenler bile yaralı olarak geldiğinde onları yaşatmak için mücadele veren ve onları sağlığına kavuşturmak için yine o katlettikleri hemşirenin, o katlettikleri eczacının, o katlettikleri hekimin ruhunu taşıyan hekimler tarafından da tedavi edilebilen bir mesleğin onurlu sahipleriyiz. Ama bu yanlışlığı kınayamayan duruşları da açıkçası taşımakta ve anlamakta zorlanıyoruz. İnşallah önümüzdeki süreçte birlik ve beraberliğimizi güçlendirerek, insanımızın kardeşliğini, hak ve hukukunu merkeze alarak, sağlığın tarifindeki ruhen, fiziken ve sosyal yönden sağlıklı olma halini tüm bireylerimize, tüm ailelerimize ve tüm toplumumuza kazandıracak yol haritalarımızı güçlü bir şekilde yine birlikte belirleyeceğiz. Yine toplumumuzun tüm katmanlarının katkılarıyla, destekleriyle belirleyecek ve yarınlarımızı bugünden daha sağlıklı yapma gayreti içinde olacağız.

Bu anlamda, Sağlık-Sen'in yaptığı çalışmalar bizi her zaman mutlu etmiştir, bize güç vermiştir. Zaman zaman eleştirilerinden de pay çıkarmışız, zaman zaman katılmadığımız eleştirilerine itirazımız da olmuştur ama samimiyet var ya, iyi niyet var ya, dolayısıyla samimiyetinden, iyi niyetinden ve gayretinden asla tereddüt etmediğimiz, tenkidi, evet, samimiyetle yaptığı zaman başımızın üstünde yeri var. Yanında tespiti getirdiği zaman bundan mutluluk duyuyoruz. Hele hele tespitten sonra tedavi kısmında da önerileri olduğu zaman bundan da ayrıca güç aldığımızı ifade etmek isterim.

Dolayısıyla, çatışan değil, ayrıştıran değil, güç gösterisi yapan değil, birlikte bu ülkeye ve bu millete hizmet eden bir anlayışla, dertler ve sıkıntılar paylaşıldıkça azalır, mutluluklar ise paylaşıldıkça çoğalır veya büyür. Bu ülke bizim ülkemiz. Bu millet bizim milletimiz. Bu bayrak bizim bayrağımız. Bayrağımıza, toprağımıza, milletimize, insanımızın her kesimine hep birlikte sorumluluklarımız var. Bu sorumlulukları paylaşarak azaltabilen bir anlayışın mensuplarıyız. Ne kadar çok paylaşarak azaltabilirsek, o kadar paylaşarak büyütebileceğimiz, o kadar çok paylaşarak çoğaltabileceğimiz mutluluklarımızın olacağına inanıyoruz.

Bu son 13 yıllık dönemde çok büyük oranda başarılarımıza imza attık. Bu başarılar dertleri ve sıkıntıları paylaştığımız için başarılar oluştur. Dertleri ve sıkıntıları paylaşarak azalttığımız için büyüttüğümüz mutlulukları oldu bu milletin. Ve dünya milletlerinin karşısında geleceğe daha çok umutla bakan, geleceğe daha çok güvenle bakan, başı dik, onurlu bir süreci yakaladık. Bu süreçten rahatsız olanlar var, bu süreci bozmak isteyenler var, bu süreci sendelemek isteyenler var. Az önce çok değerli Onursal Başkanımızın, değerli milletvekili kardeşimin söylediği gibi, bu milletin bu çıkışından rahatsız olanlar farklı farklı oyunlar içine giriyor, farklı farklı tezgâhlar kurma peşine düşüyorlar. Gezi olayları, 17 ve 25 Aralık olayları, seçim kampanyası döneminde barış güvencini diye sundukları terörist anlayışı oyunlarıyla karşı karşıyayız. Ama bu oyunlarla bu millet son 3 yıldır muhatap kalmadı, bu millet bu oyunlarla 150 yıldır ağır bedeller

ödeyerek bugünlere geldi ve Stratejik Araştırmalar Enstitüsü diyoruz, evet, bu anlamda Sağlık-Sen'in Stratejik Araştırmalar Enstitüsü'nün konu başlığına baktığımızda, "Sağlık Okuryazarlığı" diyor, ama şöyle bir düşünün: Hepimizin yaş gruplarına... Ben 60 yaş grubundayım, 50 yıldır, asgari 45 yıldır bu ülkede stratejik olarak nelerin yapıldığını hepimizin değerlendirmesi lazım. Stratejik olarak bu ülke nasıl büyük bir ülke olur, stratejik olarak bu millet nasıl büyük bir millet olur, stratejik olarak bu ülke ve bu millet muasır medeniyet seviyesinin üzerine nasıl yürür Stratejik Araştırma Enstitüleri olmadan? Stratejik çalışmalar, başörtüsünde oldu, milletin değerlerinde oldu. Milletin, benim istediğim gibi olacak bir birey, bir toplum olması üzerinde oldu. Stratejik hedefler, milletin şekillenmesi üzerine oldu. Hâlbuki hedeflerin şekillenmesi ve hedeflere ulaşılması üzerine stratejik çalışmalar yapsaydık inanıyorum ki Türkiye, bugün olduğu noktadan çok daha farklı noktaya gelmiş olacaktı.

Bugün o farklı noktaları hedeflediği için de stratejik hedefler veya stratejik tuzaklarla önü kesilmeye çalışılıyor. Bu stratejik tuzakları bu millet aşmayı biliyor, başarıyor ve başarmaya da devam edecektir. Dolayısıyla, bugün burada Sağlık-Sen'in Halk Sağlığı Günleri çerçevesinde, "Sağlık Okuryazarlığı" konu başlığını çok anlamlı ve değerli buluyorum. Ama değerli Başkanımız ve değerli arkadaşlar, esasında ülkemizin okuryazarlığı konusundaki sorunu nedir? Biz esasında medeniyet mensubu, bir medeniyet mensubu bir millet olarak ilk emri "Oku" diyen bir medeniyet anlayışının mensuplarıyız. Ama okuryazarlığa geldiğimizde veya 1.000 kişiye düşen kitap sayısına geldiğimizde, açıkçası bizden çok daha arkalarda gördüğümüz milletlerin okuryazarlığına baktığımızda, aradaki makas ne yazık ki aleyhimize çok ciddi düzeyde açık. Dolayısıyla okuyan, düşünen, düşündüğünü şekillendirebilen ve onunla ilgili kararı verip hedefe yürüeyebilen bir süreci mutlaka toplumsal olarak sahiplenmek ve bunu başarabilmek zorundayız. Bunu, bütün toplum olarak, toplumun bir sorunu olarak görmeliyiz. Ama biz sağlık camiası olarak merkeze sağlık okuryazarlığını aldık ve sağlıklı yaşam kültürünün bir kültüre dönüşmesini yine önemsiyoruz. Bunu bir kültüre dönüştüremez isek yani sağlıkla ilgili çok okuyor, çok yazıyor ama elinde sigarası, elinde bardağı veya kokladığı herhangi bir şey onun bir kültüre dönüşmesini sağlayamıyorsak veya sağlığı bilgi kirliliğiyle toplumun bilincini darmadağın ediyorsak burada yine sıkıntılarımız olur. Dolayısıyla bilgi kirliliğine de müsaade etmeyen bir kültürü yerleştirmek ve bunu bir yaşam tarzına dönüştürebilmek gibi bir sürece ihtiyacımız var. Bu nedenle, bugün Sağlık-Sen'in bu anlamdaki iki gün sürecek ve sağlığın hemen hemen her konu başlığının da burada tartışılacağı konular sağlığın çok paydaşlı olarak kabul edilmesi ve çok paydaşlı olarak yürütülmesi önemli ve anlamlıdır. Ama ben zaman zaman şu cümleyi söylüyorum: Sağlık Bakanlığı veya Sağlık Bakanı diyoruz, şu anda bütçesi en güçlü olan 4'üncü, 5'inci Bakanlığımız. 30 milyarın üzerinde bütçemiz var. Ama harcadığımız paranın tamamı hastalık ve hastalığın tedavisiyle ilgili alanlara.



O zaman bizim adımız, acaba “Sağlık Bakanlığı” mı olmalı, “Hastalıkları Tedavi Eden Bakanlık” mı olmalı? Burada ciddi bir sıkıntıyı, toplumun algısındaki bir sorunu da farklı bir boyuta taşımamız lazım.

Bakınız, koruyucu sağlık hizmetleri de yine çok anlamlı, çok değerli ama sağlıklı bir yaşam kültürü, sağlıklı bir hayat bilinciyle ilgili bir paragraf içermiyor içinde. Yani çocuğun aşılınması koruyucu, sağlıklı su vermek sağlıklı çevre koruyucu ama birey sağlıklı bir yaşamla ilgili hangi kültüre, hangi bilince sahip olacak? Bunu başaramazsak, sağlıklı bireyi, sağlıklı aileyi oluşturamazsak biz yine daha çok hastane, daha çok tıbbi teknoloji, daha çok ilaç ve daha çok bu alandaki harcamaların planlamasını ve buradaki yükün kaldırılmasıyla, karşılanmasıyla ilgili sorumlulukları üstleniriz.

Kronik hastalık yükü her geçen gün artıyor. Peki, kronik hastalık yükünde en başta gelen hastalıklar nelerdir? Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, kronik akciğer hastalıklarıydı. Şimdi, dört tane en temel kronik hastalık yükünün en önemli nedenleri ne? En önemli nedenlerin başında kötü alışkanlıklar geliyor; sigara, tütün ve tütün ürünleri, alkol, alkolizm ve uyuşturucu gibi kötü alışkanlıklar. Şimdi, bunu toplumsal sağlıklı yaşam kültürü şekline dönüştüremezsek, bunların tedavisiyle ilgili alanımız gittikçe büyüyecektir.

Şimdi, bir maddede; tütün, tütün ürünleri bireyin kendi elinde, bize düşen bireyi bilinçlendirmek. Ama bir taraftan anne, baba sigara elindeyken çocuğuna “bak, senin sağlığına zararlı, sen içmemelisin” diyen bir anlayışın çocuk için ne kadar etkili olduğunu veya önünde örnek gördüğü öğretmeni, doktoru, ağabeyi örnekleri kötü örnekler, onu kötü örnek olarak algılamıyor. Onu, kendisinin de yapması gerektiği bir örnek olarak algılıyor. Niye? Öğretmeni yapıyorsa, öğretmen onun algısında değerli biri –ki öğretmen değerlidir- hekim onun algısında değerli biridir ve o onu yapıyorsa o da bunu yapacaktır. Dolayısıyla biz toplumsal kültürümüzü sağlıklı bir noktaya taşımak zorundayız.

Sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam, ikinci konu başlığı. Sağlıklı beslenme, anne, aile buzdolabının kapağını açtığında orada gazlı içeceklerle, pastayla, kurabiyeyle, çikolatayla dolu bir dolabı kendisi için meşru, çocuk için sağlıksız görüyorsa, yine bir toplumsal sağlıklı yaşam kültürünü oluşturamayız. Esasında burada temel sorun, Değerli Başkanım, burada sağlık okuryazarlığında sorun yok. Bakıldığı zaman gazlı içecekleri hemen hemen bu toplumun yüzde 99,9’u sağlık açısından doğru olmadığını, sigarada yüzde 100 sağlık açısından sakıncalı olduğunu, işte hareketsiz yaşamın esasında doğru olmadığını bilme sorunumuz yok, yapabilme sorunumuz var, bunu kültüre dönüştürebilme sorunumuz var. Bu, şu anlama gelmemeli: Sağlık okuryazarlığını önemsemiyoruz, anlamayı gelmemeli. Mutlaka daha çok okursak birçok konudaki başarımız daha da çok artacaktır. Ama bizim bunu toplumsal bir kültür hare-

ketine dönüştürecek liderlere, öncülere, dinamiklere ihtiyacımız var. O nedenle öğretmen önemli, o nedenle çok paydaşlılık önemli, o nedenle sivil toplum örgütleri önemli, yerel yönetimler önemli, toplumun önündeki sorumluluk üstlenen, önde görünen, örnek görünen insanların bizim medeniyetimizin özü olarak örnek ahlaklı insandır veya örnek insandır noktasında örneklemeleri de çoğaltacak bir dinamizmi göstermemiz lazım.

Bugün Sağlık Bakanlığı olarak önümüzdeki süreçte şayet adımız "Sağlık Bakanlığı" olarak kalmaya devam edecekse, bizim "Sağlıklı Yaşam Kültürü" başlığına da bütçemizin bir dilimini ayırmamız gerekir. Evet, bunu belki sembolik başlarız, yüzde 5'i olur ama bunu toplumsal baskılarla, toplumsal taleplerle çok daha güçlü bütçelere dönüştürebilecek noktaya da taşıyacağız, toplum olarak taşıyacağız. Taleplerimiz daha çok hastane üzerine, taleplerimiz daha çok hastanedeki MR, anjiyo, daha çok ilaç, daha kolay ilaç üzerine olurken, ondan daha çok benim çocuğumun sağlıklı geleceği, benim toplumda sağlıklı çevreye ihtiyacım var. Benim çocuğumun sağlıklı sosyal yönden de ruhsal yönden de sağlıklı gelişmesine yardım edecek alanlara, zeminlere, ortamlara ihtiyacı var. Bu zeminleri talep eden ve bunu isteyen modern ve geleceğe bir medeniyet algısıyla yürüyen bir toplumsal hareketi başlatmamız gerektiğine inanıyorum.

Tabii, son günlerde, özellikle burada genel koordinasyonumuzu yapan Komisyon Başkanımız Necdet kardeşim de burada. Uyuşturucuyla ilgili mücadelede çok önemli kararlılık gösteren bir Hükümetimiz var. "Alo 191" hattını açtık ve ortalama her gün 1.000-1.200 civarında telefonla karşılaşıyoruz. Buradaki 30 tane uzmanımız çözüm üreten uzman ve 100 civarındaki elemanımız da telefonları koordine eden ve yardımcı destek veren çalışanlarımız. 80.000 üzerinde muhataplık oluştu ve bu anlamda "Alo Uyuşturucuyla Mücadele ve Destek Hattı" diğer taraftan da İçişleri Bakanlığımızın narco timleri esasında dinamik bir görev üstlendi.

Önümüzdeki süreç, mücadele gerektiren, toplumsal duyarlılık gerektiren, toplumumuzla paylaşarak yine azaltabileceğimiz başarıları getirecek bir süreç olacaktır. Bu anlamda, toplumun, sağlıklı bir toplumun, sağlıklı bir bireyin buraya mutlaka "Sağlıklı bir aile" başlığını da koyacağımız süreçlerde SASAM'dan yeni yeni çalışmalar, farklı farklı yol gösterici çalışmaları beklediğimizi ifade ediyorum.

Bu anlamda, burada bugün ve yarın devam edecek olan bu sempozyumun ve çalıştayların başarılı geçmesini temenni ediyorum. Başta Sağlık-Sen'in çok değerli Başkanının şahsında, çalışmalarınızda başarılar diliyorum, sizleri saygıyla selamlıyorum.



SASAM ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü

Halk Sağlığı Günleri

“SAĞLIK OKURYAZARLIĞI”

03-04 Eylül 2015 ANKARA



Mustafa ÖRNEK
Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı
SASAM Koordinatörü

Sağlık-Sen

Sağlık Okuryazarlığı Araştırması

Halk Sağlığı Günleri'mizin de ana temasını oluşturan sağlık okuryazarlığı ve bu araştırmamıza ilişkin verileri ilk kez sizlerle paylaşacağız.

Türkiye'de sağlığın geliştirilmesinde iki temel araç var. Bundan önce sadece sağlık politikalarının geliştirilmesiyle ilgili kavramlar konuşuluyordu. Biz bu araştırmadan sonra sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin de bu anlamda daha sık zikredilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Sağlık okuryazarlığı nedir? Toplumların gelişmişliklerinde temel ölçütler vardır. Okuryazarlık da bu ölçütlerden birisidir ve sağlığın gelişmişliği, ülkelerin sağlığının gelişmişliği ilgili temel ölçütlerdendir. Bunlar genelde bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, doğumla beklenen yaşam süresi gibi ölçütlerdir ve dediğim gibi, bu araştırmadan sonra sağlık okuryazarlığı düzeyi de toplumların sağlıkta gelişmişlik düzeyi ölçütlerinden birisi olarak yerini alacaktır.

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlayabiliriz.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı koruyucu hizmetlerde anlayamama gibi etkiler, kronik hastalıklarla mücadelede eksiklikler, tedavi hizmetlerinin etkin kullanılmaması, yanlış ilaç tüketimi, hastalıklara bağlı ölümlerde artışlar, iş gücü ve finansman kaybı, sağlık harcamalarındaki artış gibi pek çok olumsuz etkiye sahiptir.

Sağlık Komisyonu Başkanımız, Sayın Hocamız Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR Amerika'daki bir araştırmadan bahsetti. Bizim araştırmamızda kısmen buna yer verilmişti.

Şimdi, Amerika'nın sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi, 1/4 yani yüzde 25. Aslında Amerika'nın sağlık sistemi ve sosyal güvenlik sistemi biraz farklıdır. Kimin, nereden hangi hizmeti alacağı, sağlık teminatının neleri kapsadığı çok kesin sınırlarla bellidir ve onların yüzde 25 sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık harcamalarının toplamda yüzde 3 ile 5 oranında arttığını Amerika'daki araştırmalar ortaya koyuyor.

Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyi ne? Türkiye'nin, birazdan size sunacağım sağlık okuryazarlığı düzeyi, sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi yüzde 64,6.

Yani aşağı yukarı Amerika'daki sağlık okuryazarlığı düzeyinin 2,5 kat altında ve Türkiye'de yetersiz sağlık okuryazarlığının getirdiği hizmeti nasıl alacağını ve hizmet sunucu hangi tedaviyi nasıl uygulayacağını bilinememesiyle ilgili sonuçlardan dolayı da sağlık harcamalarındaki artışın net olduğunu söyleyebiliriz.

Buradan, Türkiye'de bir araştırma yapılmamış olmasına rağmen, şöyle bir yorum yapabiliriz: Türkiye'nin gayrisafi millî hasılasından sağlığa ayırdığı pay yüzde 5,4, son araştırmaya göre ve Türkiye'nin sağlığa harcadığı para 84 milyar lira. Şimdi, 2,5 kat daha düşük sağlık okuryazarlığı olduğuna göre ve Amerika yüzde 5'e kadar daha fazla harcama yaptığına göre Türkiye'deki oran yüzde 12,5'lara kadar çıkabilir diye düşünüyorum. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olmasından dolayı yaptığımız sağlık harcamalarındaki artış oranı.

Bu, şu çarpıcı sonucu ortaya çıkarıyor, bu ilk kez verilen bir veri: Biz sağlık harcamalarımızın 10 milyar lirasını sağlık okuryazarlığı, yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığından dolayı harcıyoruz ne yazık ki. Evet, yani yetersiz sağlık okuryazarlığının olumsuz etkilerinin en çarpıcı verisi de bu olsa gerek.

Düşük sağlık okuryazarlığının nedenleri, birazdan bu verilerin ayrıntısına da gireceğiz, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey ve eğitim. Şimdi, araştırmamızın biraz metodolojisine, amaçlarına ben değinmek istiyorum. Biz araştırmamızla Türkiye'deki erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı hangi düzeyde, halkımız kendi sağlığına ne kadar önem veriyor, koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerde toplumsal farkındalık ne düzeyde, halkımız sağlık bilgisine erişimde hangi düzeyde, ne sorunlar yaşıyor, sağlık çalışanı ve hasta iletişimde hangi sorunları yaşıyoruz, halkımızın sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarında ne tür sorunlar yaşanıyor gibi amaçları hedefledik ilk başta ve

kullandığımız ölçüt de akredite edilmiş bir ölçek. 8 Avrupa Birliği ülkesinde uygulanmış olan en yeni yaşamsal bulgu anketini Türkiye'ye uyarladık ve Amerika'da da aynı anket uygulanmış. Yani sonuçları yorumlama açısından, aynı dili konuşma açısından biz bu anketi uyguladık ve anketimizle birlikte Dünya Sağlık Örgütü Türkiye temsilciliğini ziyaret ettik ve bu ziyarette Dünya Sağlık Örgütü'nün tepkisi çok farklı oldu. "İlk kez bir sivil toplum örgütü bizi bu tarz bir nedenden dolayı ziyaret ediyor" diyerek bize takdirlerini ifade ettiler ve "Bizim ne katkımız olursa yapmak isteriz" dediler.

Araştırmamızda, TÜİK'in rehberliğinde, 12 bölge, 23 ilde rastgele seçilmiş 4.924 vatandaşımıza bu anketi yaptık. Bu verilerle yapılan bu anket dünyada bu alanda yapılmış en büyük anket. Anketörlerimizi de Türkiye genelinden 100 sağlık çalışanımızı Ankara'ya davet ederek bir günlük eğitimden geçirdik. Şu an yine konuşmacılardan olan Prof. Dr. Mine Durusu Tanrıöver Hocam da araştırma ekibimizde liderlerdendi, onun da çok katkısı var bu çalışmaya. Ben yine teşekkür ediyorum kendisine ve biz bu Türkiye açısından ve dünya açısından en büyük araştırmayı bu şekilde gerçekleştirdik.

Bulgulara geçecek olursak: Biraz önce de zikrettik, Türkiye'de yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığının toplam oranı yüzde 64,6. Yani Türkiye'deki veriler şöyle: Yetersiz yüzde 24,5, sorunlu yüzde 40,1, yeterli sağlık okuryazarlığı yüzde 27,8, mükemmel sağlık okuryazarlığı yüzde 7,6. Yani yetişkin ülke insanımızın 34.800.000'inin yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu buradan paylaşabiliriz.

BULGULAR

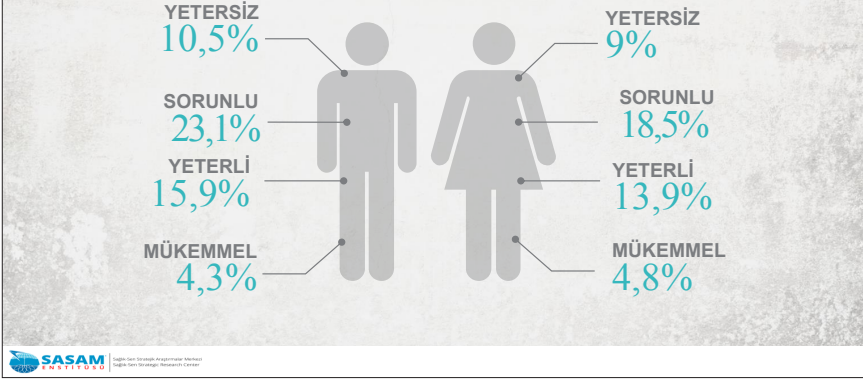
HER BİR SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNDEKİ ERİŞKİNLERİN ORANI VE SAYISI

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	HERBİR DÜZEYDEKİ ERİŞKİNLERİN ORANI (%)	KARŞILIK GELEN YAKLAŞIK ERİŞKİN NÜFUS
YETERSİZ	24,5	13.200.000
SORUNLU	40,1	21.600.000
YETERLİ	27,8	15.000.000
MÜKEMMEL	7,6	4.100.000
TOPLAM	100,0	53.900.000

Her üç yetişkinden ikisi, yetersiz sağlık okuryazarlığı nedeniyle sorun yaşıyor...

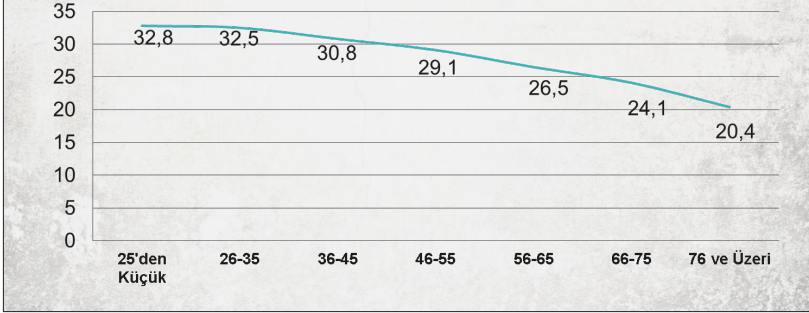
Cinsiyetle nasıl bir ilişkisi var? Sanki bayan arkadaşlarımızın sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek gibi görünüyor araştırmamıza göre. Erkeklerde yetersiz sağlık okuryazarlığı oranı yüzde 10,5, sorunlu sağlık okuryazarlığı yüzde 23,1, yeterli 15,9, mükemmel 4,3. Bayanlarda ise yetersiz sağlık okuryazarlığı yüzde 9, sorunlu 18,5, yeterli 13,9, mükemmel 4,8.

Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

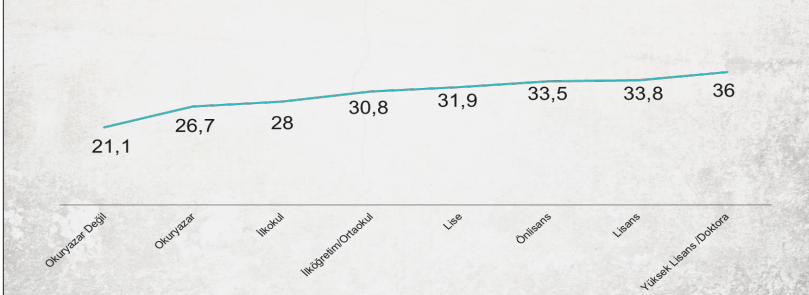


Sağlık okuryazarlığının yaşla nasıl bir ilişkisi var? Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüyor. Eğitimle olan ilişkisi de, tabii beklendiği şekliyle eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyi de yükseliyor.

GENEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İNDEKSİNİN YAŞ GRUPLARIYLA İLİŞKİSİ



GENEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İNDEKS ORTALAMALARI İLE KİŞİNİN BİTİRDİĞİ EN SON EĞİTİM DÜZEYİNİN İLİŞKİSİ



Türkiye ve Avrupa'nın karşılaştırmasını yapacak olursak: Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde Türkiye yüzde 24,5, Avrupa yüzde 12,4. Neredeyse Avrupa'nın yarısı kadarız. Sorunlu sağlık okuryazarlığında Türkiye yüzde 40,1, Avrupa yüzde 35,2. Yeterlide Türkiye yüzde 27,8, Avrupa'da ise yüzde 36. Mükemmel sağlık okuryazarlığında Türkiye yüzde 7,6, Avrupa yüzde 16,5.

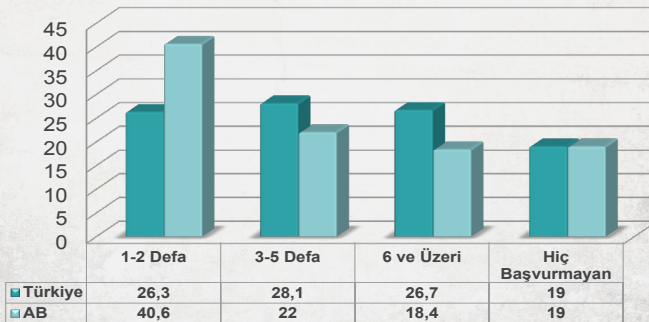
GENEL VE ALT SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İNDEKSLERİ İÇİN TÜRKİYE VE AVRUPA ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

	TÜRK TOPLUMUNDA YÜZDE	AVRUPA TOPLUMUNDA YÜZDE
YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	24,5	12,4
SORUNLU SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	40,1	35,2
YETERLİ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	27,8	36,0
MÜKEMMEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	7,6	16,5

Biz bu Avrupa'dan aldığımız, 8 ülkede ve Amerika'da uygulanan anketi birebir, bir kısmını uyguladık ve ek bir form da anketimize ekleyerek Türkiye'deki, Türk halkının sağlıkla ilgili alışkanlıklarını, sağlık hizmetiyle ilgili alışkanlıklarını ve Türkiye'ye özgü bazı soruları da sorduk.

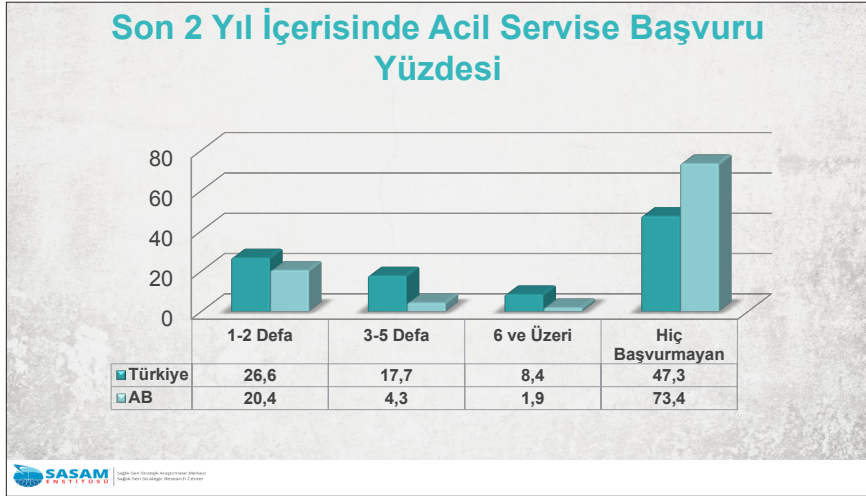
Son 12 ay içerisinde doktora başvuru sayısı: Türkiye'de bir iki defa başvuranlar yüzde 26,3, Avrupa Birliği ülkelerinde yüzde 40,6. 3-5 defa Türkiye'de yüzde 28,1, Avrupa'da yüzde 22. 6 ve üzeri yüzde 26,7, Avrupa'da yüzde 18,4. Hiç başvurmayanların oranı da aynı.

Son 12 Ay İçerisinde Doktora Başvuru Sayısı



Buradan şu sonucu çıkarabiliriz: Bizim doktora başvuru sayımız Avrupa'dan çok daha fazla. Biz genelde doktora başvuru sayımızla övünürüz. Gerçi son yıllarda artık övünmüyor. Bizim yılda doktora başvuru sayımız, Sağlık Bakanlığı verilerine göre 8,2. Bir iki Avrupa ülkesiyle de karşılaştıracak olursak, mesela İsveç sağlığa erimişin kolay olduğu, sağlığın ücretsiz olduğu bir ülke ve orada yılda sağlık kurumlarına başvuru sayısı 3,5 civarında. Yani bu veri gerçekten gelişmişliğin göstergesi değil, sanki birazdan da bakacağız, sağlık hizmetlerini kullanmadaki yanlış alışkanlıkların bir sonucu.

Son iki yıl içerisinde acil servis başvuru yüzdesi, 1-2 defa yüzde 26,6 Türkiye'de, Avrupa Birliği ülkelerinde yüzde 20,4. 3-5 defa başvuru Türkiye'de yüzde 17,7, Avrupa ülkelerinde 4,3. 6 ve üzeri başvuru Türkiye'de yüzde 8,4, Avrupa ülkelerinde 1,9. Hiç başvurmayanların oranı Türkiye'de yüzde 47,3, Avrupa ülkelerinde yüzde 73,4. Bu da gerçekten bizim için pek iftihar tablosu değil, biraz yüzümüzü kızartan bir tablo. Acil servislerimizi doğru kullanmıyoruz. Tabii burada katılım payları gibi bazı politikaların da etkisivar.

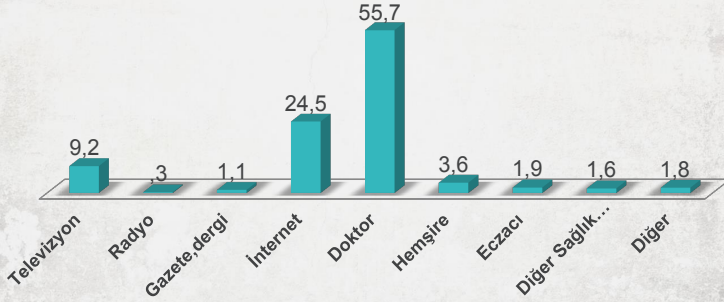


Genel Başkanımızın açılış konuşmasında zikrettiği, Sağlık Bakanlığının ulusal sağlık kampanyalarından vatandaşın haberdar olma durumu verisi, bu da pek çarpıcı yani lehimize görünmüyor. Vatandaşımızın yüzde 13,5'i Sağlık Bakanlığımızın kampanyalarından haberdar değil. Bunun tabii iki nedeni var; kampanyaların duyurulmuş şekli önemli olduğu kadar, vatandaşımızın sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması yani bu kampanyaları yeterince anlayamaması da bence önemli bir etken.

Sağlık bilgisine erişmek için bireylerin kullandığı yollar: Bu da önemli bir veri. Doktor elbette ki en sağlam, en güvenilir veri kaynağı sağlık profesyonelleri. Ama burada 2. sırada olan internete ben çok dikkat çekmek istiyorum. İnternette sağlık bilgisini edinenlerin oranı yüzde 24,5. Bu da gerçekten sağlık bilgisine erişmek için belki

internet güzel bir yol olabilir ama birazdan gelecek anket sonuçlarında, hani reçete için hekime başvuru gibi nedenlerde internetten ve televizyondan, kulaktan dolma bilgilerle sağlığımızı yönlendirdiğimizde bir aşıkâr.

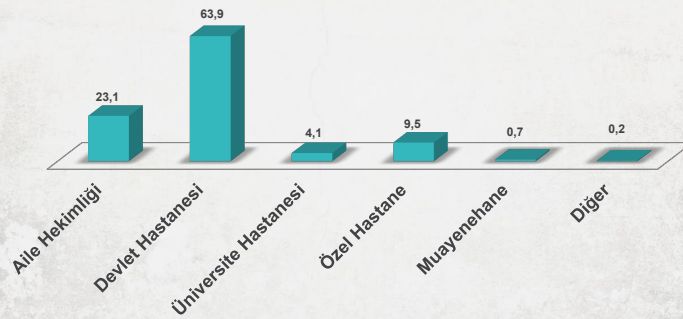
Sağlık Bilgisine Erişmek İçin Bireylerin Kullandığı Yollar



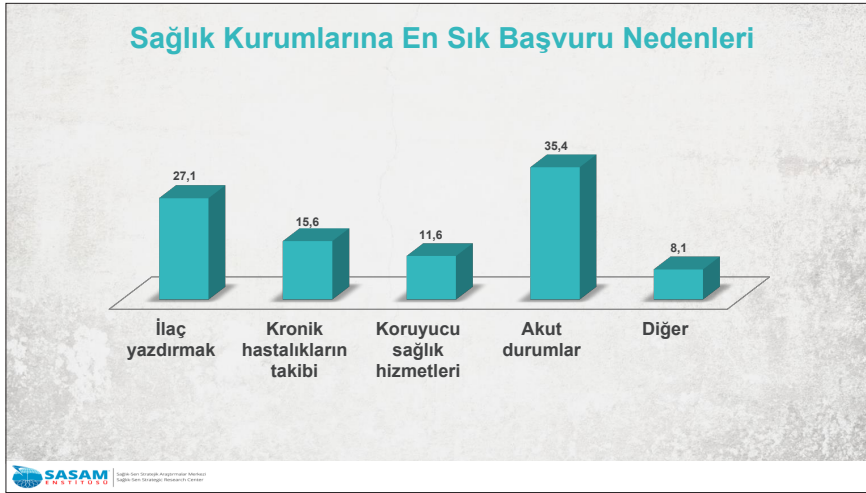
Evet, en fazla doktordan, daha sonra internetten, yüzde 9,2 ile televizyondan ve hemşire ve diğer sağlık personellerinden diye devam ediyor.

Genel olarak ilk başvuru sağlık kuruluşunda da başı devlet hastaneleri çekiyor. Bu, tabii ki doğru ve Bakanlık verileriyle de tutarlı olan bir veri. Yüzde 63,9 ile en fazla devlet hastanelerine, daha sonra yüzde 23,1 ile aile hekimliklerine, yüzde 4,1 ile üniversite hastanelerine, özel hastanelere ve diğerlerine diye bu şekilde devam ediyor.

Genel Olarak İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşları



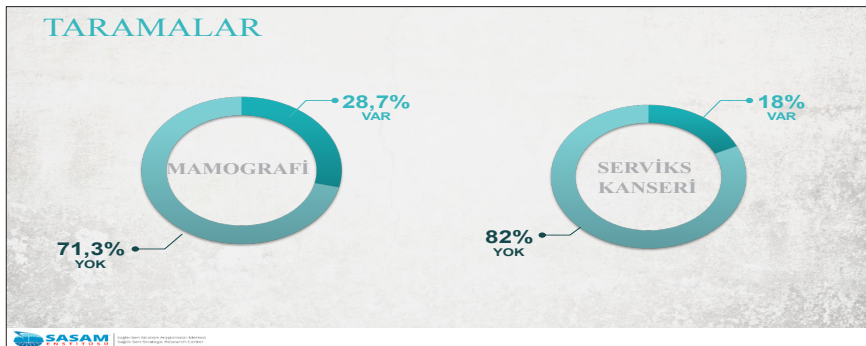
Sağlık kurumlarına en sık başvuru nedenleri: Akut durumlar. Gerçekten acil bir durumun, biz hastalığın ortaya çıkmasıyla başvuru sebebi yüzde 35,4, bu da çok çarpıcı bir veri. İlaç yazdırma verisi; asıl burada çok önemli bir veri, sadece ilaç yazdırmak için halkımızın yüzde 27,1'i sağlık kuruluşlarına başvuruyor. Biraz önceki internetten ve televizyondan edinilen bilgileri araştırmıştık. Şu an ne yazık ki bazı internet siteleri internet sitesinden reçete bile yazıyor. Daha sonra da hastalar, vatandaşımız doktorlardan, aile hekimlerinden ilaç yazdırmak için faydalanmaya gidiyorlar.



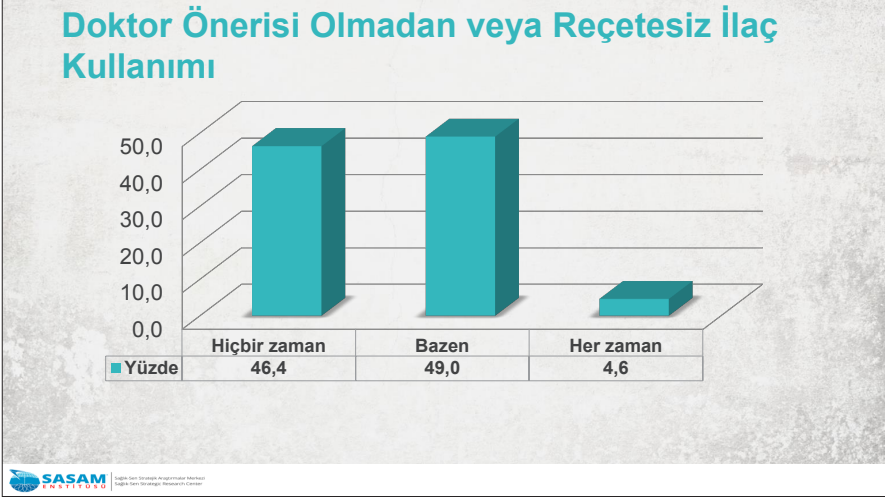
Daha sonra kronik hastalıkların takibi yüzde 15,6. Koruyucu sağlık hizmetleri yüzde 11,6. Ve diğer nedenler yüzde 8,1.

Taramalar: Burada da yine tablo çok iç açıcı değil. Mamografi taraması yaptıranların oranı yüzde 28,7. Servis kanseri taramalarının oranı yüzde 18, ki aile hekimlerinin programına alınmasına rağmen şu an oranlar çok da iyi gözüküyor.

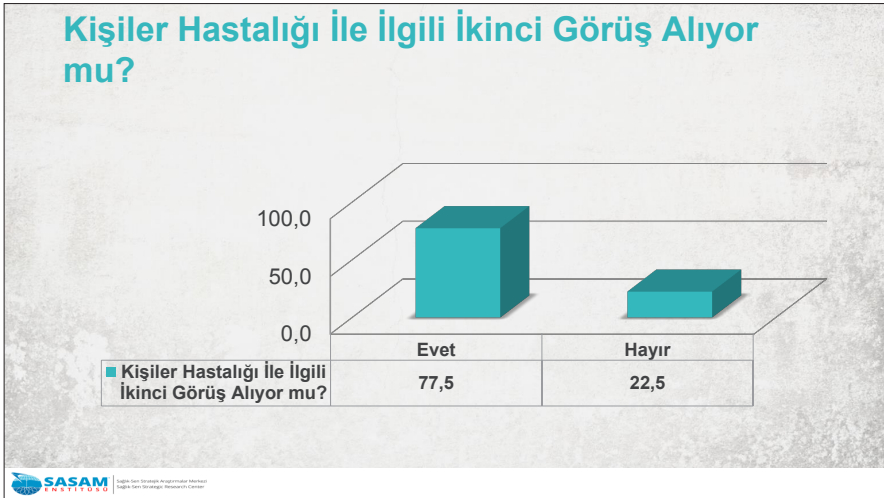
Kolon kanseri tarama oranı da yüzde 8,5. Yani vatandaşın yüzde 91,5'i taramaları yaptırmıyor.



Doktor önerisi olmadan veya reçetesiz ilaç kullanımı da çarpıcı bir veri. Bazen: Yüzde 49. Hiçbir zaman: Yüzde 46,4. Her zaman: Yüzde 4,6. Yani vatandaşımızın önemli bir kısmı doktor önerisi olmadan ve reçete olmadan kulaktan dolma bilgilerle ilaç kullanıyor.



"Kişiler hastalığıyla ilgili ikinci görüş alıyor mu?" Bence yine araştırmamızın en çarpıcı sonuçlarından birisi bu. Vatandaşımızın yüzde 77,5'i ikinci görüş almak için ikinci bir sağlık profesyoneline başvuruyor.



Yani biz ne dedik? Yılda 8,2 kez sağlık kuruluşlarına başvuruyoruz. Yani biz hekime gidiyoruz, sağlığa erişim kolay olduğu için, ertesi gün aynı şikâyetten dolayı bir kez daha sağlık kuruluşlarına başvuruyoruz. Bu konuda halkın sağlık hizmetine ve sağlık profesyonellerine olan güvenini artıracak tedbirler almamız çok elzem.

Sonuç olarak, bu kullandığımız ölçekle Türkiye'deki erişkin nüfusun yüzde 64,6'sının sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu buradan söyleyebiliyoruz.

Önerilerimiz neler: Gerçekten ben Necdet Hocamı çok takdir ettim, öneriler bizim yoğun çalışmalar sonucu ortaya çıkardığımız önerilerimizi Necdet Hocam konuşmasında değindi.

Öneriler: Herkesin güvenilir, anlaşılabilir bilgiye ulaşma ve sağlık okuryazarlık düzeyini iyileştirme fırsatı olmalıdır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için oluşturulacak politikalarda toplumun kültürel altyapısı, sağlık sistemi ve eğitim sistemini içine alacak çok boyutlu ve çok sektörlü bir araştırma ve geliştirme ajandasına gereksinim vardır. Zaten halk sağlığı günlerimizin oturum başlıklarında birisi, çok paydaşlı sağlık sorumluluğu. Sayın Bakanımız da buradan ifade ettiler, sağlık, sadece Sağlık Bakanlığının temel işlevi olamayacak kadar önemli bir alan ve Sayın şu anki Cumhurbaşkanımızın zikrettiği çok paydaşlı sağlık sorumluluğu devlet politikası haline geldi. Önümüzdeki günlerde buna daha çok önem verilerek, özellikle Millî Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve sivil toplum örgütleri olmak üzere diğer paydaşların sağlığın geliştirilmesi üzerine daha çok rol alması elzem.

Sağlık okuryazarlığı temel eğitimin yani 12 yıllık eğitimin bir parçası haline getirilmelidir. Toplumun sağlık okuryazarlığının yeterli düzeye yükseltilebilmesi için öncelikli hedefler arasında, toplumun eğitim düzeyinin ve ekonomik parametrelerin iyileştirilmesi de önemlidir. Kişinin eriştiği basılı, görsel, işitsel ve sosyal medyadaki dokümanların kaynağı ne olursa olsun, içeriği güvenilir ve kolay anlaşılabilir olmalıdır, ki bu da oturum başlıklarımızdan birisi ve çok önemli bir konu.

Sağlıkta bilgi kirliliği: Sağlık okuryazarlığı ilk kez tartışılıyor ve bilgi kirliliği de ilk kez tartışılacak bildiğim kadarıyla. Kurumlar sağlık okuryazarlığını misyon, yapı ve süreçlerine dahil edecek liderliğe sahip olmalıdır. Öncelikle sağlık insan gücü, sağlık okuryazarlığı olmalıdır ki araştırma neticelerimizde bu konuda sıkıntı var. Sağlık çalışanlarımız sağlık okuryazarlığı konusunda biraz sorunlular. Bu konuya özellikle önem



verilmeli, çünkü hekim-hasta ilişkisi, sağlık çalışanı-hasta ilişkisi, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çok önemli fırsatlar. Hastalar doğru bilgileri, tedavileriyle ilgili yeterli bilgileri sağlık profesyonellerinden alacak yeterli vakte sahip olmalı ve sağlık profesyonelleri bu konuda eğitilmiş olmalı.

Bakım geçişleri ve ilaçların anlatılması gibi, yüksek riskli durumlarda sağlık okuryazarlığı değerlendirilmelidir.

Sağlık okuryazarlığının planlanması ve ölçütlerin değerlendirilmesinde hasta güvenliği ve kalite gelişim süreçlerine dahil edilmelidir. Biliyorsunuz, SKS, sağlıkta kalite standartları tüm kurumlarımızda hizmetin sunulmasında temel ölçütler. Sağlıkta kalite standartlarına sağlık okuryazarlığıyla ilgili ölçütler de muhakkak dahil edilmesi gerekiyor.

Sağlık bilgileri ve servislerinin tasarımı, uygulanması ve değerlendirilmesinde onları kullanacak olan kişiler sürece dahil edilmesi gerekir. Vatandaşa hitap eden bir materyal basıyorsak, vatandaşın anlayacağı dilden; sağlık çalışanını anlayacağı dilden de sağlık çalışanlarına yönelik materyaller dizayn edilmesi gerekir.

Sağlık bilgilerine, sağlık hizmetlerine ve yön bulma erişiminde kolaylık sağlanmalıdır. Vatandaş sağlık hizmetine erişimde gerçekten sorunlar yaşıyor, bu konuya da özel önem gösterilmesi gerekir.

Sağlık okuryazarlığı kazandırılması için kişinin sağlık hizmeti aldığı her alan çok kıymetlidir. Biraz önce de değindiğimiz gibi, hekim-hasta ve sağlık profesyoneli-hasta ilişkileri sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için çok önemli fırsatlardır.

Daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunumuna ulaşabilmek için toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini iyileştirecek ciddi adımların en kısa sürede atılması gerekiyor.

Sağlık bilgilerini anlamak ve alacağı sağlık hizmetinin karar sürecinde aktif rol almak, tüm bireylerin hakkıdır. Biraz önce söylediğimiz gibi, başta Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve tüm sivil toplum kuruluşları olmak üzere, tüm paydaşlar sağlık okuryazarlığının yükseltilmesinde çok önemli rol almak zorundalar ve yine sağlık okuryazarlığının devlet politikasında yer almasını, biraz önce de Sağlık Komisyonu Başkanımızın zikrettiği gibi, Türkiye’de biliyorsunuz On Yıllık Kalkınma Planı’nda çok Acil Eylem Planı gibi bazı maddeler geçtiğimiz yıl yayınlanmıştı. Burada Sağlık Bakanlığını ilgilendiren üç başlık vardı. Bunlar, Ulusal Sağlık Endüstrisi, Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik ve Sağlık Turizmi idi. Biz sağlık okuryazarlığının artık devlet politikası haline gelerek yine buralarda sağlık okuryazarlığına yer verilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum.



Prof. Dr. Ayla OKAY
İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Öğretim Üyesi

Sağlık Okuryazarlığının Gelişiminde Kitle İletişim Araçlarının Rolü

Giriş

Sağlık okuryazarlığı anlayışı, son yıllarda giderek daha fazla bir biçimde ele alınmaya çalışılmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlık seviyesinin geliştirilmesi sonucunda, sağlıkla ilgili kurumlara ve elbette ki bireylerin kendisine büyük katkılar sağlanabilmektedir.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)'ye göre sağlık okuryazarlığı "bireylerin sağlıkla ilgili etkin ve uygun kararlar verebilmesi için gerekli temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, okuma, anlama ve kullanma kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır" (<http://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/> 07.02.2016). Sağlık okuryazarlığı; bir ilaç prospektüsünü okuyup ilacın nasıl kullanıldığını anlama, hekimin kullanılacak olan bir ilaçla ilgili verdiği talimatı yerine getirebilme veya medyada okunan bir sağlık haberinin gerçekliğini kavrayabilme konularını kapsamaktadır.

Sağlık okuryazarlık seviyesi pek çok çığıtıya neden olmaktadır. Bunları şekil 1'deki gibi sıralamamız mümkündür.

Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığının Çıktıları



Kaynak: <http://health.gov/communication/literacy/quickguide/factsliteracy.htm> 07/02/2016

Sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan bireyler, hastalanmadan önce alınabilecek olan önlemler konusunda daha ihmalkâr olabilmektedir. Bunun yanı sıra yine sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olması, kişilerin tıbbi durumları ve yaptırmak zorunda oldukları tedavileri anlamada zorluk çekmelerine neden olmaktadır.

2003 yılında kronik hastalığı olan ve sağlık okur yazarlık seviyesi düşük olan hastalarda ortaya çıkan temel verilerden birisi, hastalıkları hakkında sahip oldukları bilgilerin, sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek olan hastalara oranla daha düşük olduğudur (Gazmararian vd., 2003: 267).

Sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan ülkelerde hastanede tedavi oranlarının arttığı görülmüştür. Önleyici tedbirler alamayan bireylerin daha sık hastalandıkları ve hastanede tedaviye ihtiyaç duymaları nedeniyle bu durum oldukça normal gözükmektedir. Ülkemizdeki nüfus artışının yanı sıra, sağlık okuryazarlık seviyesinin istenilen düzeye çıkmaması, yataklı sağlık hizmetlerinden yararlanmayı da etkilemektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine bakıldığında, 2008 yılından 2014 yılına dek bu artışın sürekli olarak devam ettiği görülmektedir (bkz Tablo 1). Elbette ki bu durumda artan nüfus oranları, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması gibi durumlar da geçerlidir, ancak düşük sağlık okuryazarlık oranının da göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Tablo 1: Türkiye Sağlık Araştırması'na Göre 2008, 2010, 2012, 2014 yıllarında en az bir gece yataklı tedavi hizmeti alanların cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı (15 yaş üzeri, yüzdesel oranlar)

Yaş grubu	2008			2010			2012			2014		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Toplam												
Total	9.2	7.4	10.8	9.0	7.1	10.9	8.9	7.0	10.7	11.6	10.1	13.1
15-24	6.1	4.5	7.5	6.8	5.0	8.6	5.9	4.3	7.5	8.0	7.0	9.0
25-34	9.5	5.8	13.2	9.1	4.8	13.4	8.4	4.2	12.6	10.6	7.3	13.9
35-44	7.1	5.3	8.9	7.1	5.7	8.7	7.2	6.1	8.3	8.9	7.3	10.4
45-54	8.8	7.6	10.0	8.1	7.6	8.6	7.8	6.7	8.9	10.9	10.0	11.9
55-64	12.0	11.5	12.5	11.3	10.9	11.7	11.3	11.1	11.6	14.1	13.6	14.6
65-74	18.4	20.7	16.4	15.2	13.4	16.6	17.8	17.6	18.0	23.2	23.7	22.7
75+	16.6	18.8	15.1	20.2	23.7	17.3	21.8	22.3	21.4	25.6	30.2	22.6

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 (07/02/2016)

Elbette ki önleyici bir takım tedbirler almayan bireylerin genel sağlık durumlarının çok da iyi olamayacağını belirtmek gerekmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan bireyin sağlık alanında bilinçli olmayan davranışları, tüketimleri de sağlık harcamalarının artmasına neden olması doğaldır.

Sağlık okuryazarlık seviyesinin etkilediği bir diğer husus da stigma ve utanç durumudur. ABD'de 202 kişiyle gerçekleştirilen TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults)-Sağlık Okur Yazarlık testinin sonucunda, sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan bireylerin, sağlık hizmetlerinin alımında kendilerini daha olumsuz olarak hissettikleri ortaya çıkmıştır. Buna göre en önemli farklılıklardan birisi, sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan bireylerin, bir şeyi okuyabiliyor gibi yapmaları veya başka insanların nasıl yaptığına bakarak, kendileri de ona göre davranmaları biçiminde olmuştur (Parikh vd., 1996:33-39).

Yukarıda da görüldüğü üzere, düşük sağlık okuryazarlık seviyesi gündelik hayatımızda sağlıkla ilgili pek çok hususu olumsuz olarak etkilemektedir. Sağlık okuryazarlık seviyesinin geliştirilmesinde genel olarak toplumun eğitim seviyesinin yükseltilmesi kadar, kitle iletişim araçlarının da bir rolü bulunmaktadır. Bu çalışmada, kısaca bunlara değinilecektir.

Kitle İletişim Araçları ve Sağlık Okur Yazarlık Seviyesi

Bireyin sağlık okuryazarlığını alan eğitim, yaşadığı toplumdan gelen kültürel yapı ve medya ve iletişim de büyük ölçüde etkilemektedir. Birey sağlıkla ilgili pek çok bilgiyi çeşitli iletişim yöntemleriyle almaktadır.

Bu iletişim yüz yüze iletişim şeklinde olabileceği gibi kitle iletişim araçları vasıtasıyla da gerçekleşebilir.

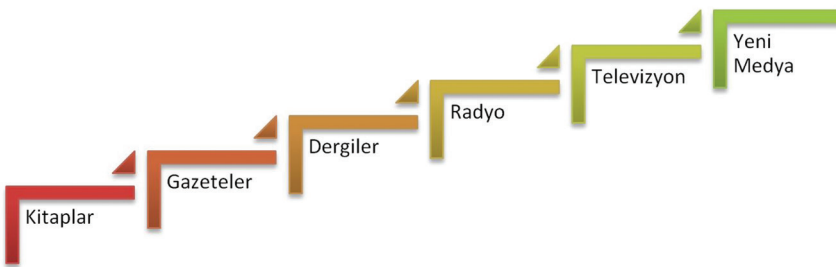
Günümüzde birey her an televizyonda sağlıkla ilgili programlarla karşılaşabilmekte ve merak ettiği sağlık konularında internette araştırma yapabilmekte veya kendisiyle aynı sağlık sorununu paylaşanlarla yine internet aracılığıyla bilgi alışverişinde bulunabilmektedir. Ancak bu mecralardan edindiği bilgilerin gerçekliğini değerlendirmek de kişinin sağlık okuryazarlığı seviyesi ile yakından ilgidir.

Düşük sağlık okuryazarlığı hem kişinin medyada karşılaştığı sağlıkla ilgili konuları içselleştirmede sorun yaratmakta hem de hekim, hemşire gibi sağlık hizmetini bireye sunan kişilerle olan ilişkisini zorlaştırmaktadır.

Sağlık okuryazarlığını yükseltmek sadece iletişim ile gerçekleştirilebilecek bir husus değildir ancak iletişiminin etkin bir biçimde kullanılmasının önemi de yadsınmaz. Bu bakımdan iletişim süreci sağlık okuryazarlığının artırılmasında her adımda karşımıza çıkmaktadır.

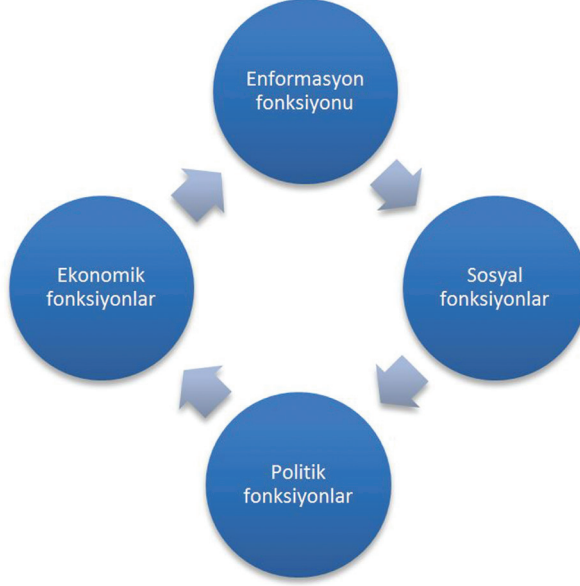
En basit haliyle kitlelere ileti aktaran tüm araçlar olarak değerlendirilebilen kitle iletişim araçlarının gelişim süreçlerine baktığımızda, giderek daha fazla insanlara ve dolayısıyla geniş kitlelere seslenir hale gelmişlerdir (bkz şekil 2).

Şekil 2: Kitle iletişim araçlarının yayılımı



Günümüzde kitle iletişim araçları elbette ki farklı fonksiyonlar üstlenmektedir. Bunların arasında enformasyon fonksiyonu en önemli olanıdır. Şekil 3'de kitle iletişim araçlarının fonksiyonları ortaya konulmuştur.

Şekil 3: Kitle İletişim Araçlarının Fonksiyonları



Kitle iletişim araçlarının, daha da spesifik olarak medyanın temel fonksiyonu elbette ki enformasyondur. Bu araçların ilettikleri bilgiler sayesinde, sıradan insanlar dünyada olup bitenler hakkında bilgi sahibi olmakta ve bunu gerçekleştirirken de aslında kitle iletişim araçlarının bakış açılarıyla bu olaylara bakmaktadırlar. Yani kendi gözleriyle görmedikleri, duymadıkları ve başkasının aktardığı verilerle bilgilenmekte ve olaylara yönelik bir tavır geliştirmektedirler. Enformasyon fonksiyonunun yanı sıra, medyanın sosyal, politik ve ekonomik fonksiyonları da söz konusudur. Ronnenberger bu fonksiyonlar hakkında şu verileri iletmektedir (2002: 61-66):

Sosyal Fonksiyonlar

Toplumsal olarak bir arada yaşamada medyanın en önemli fonksiyonu sosyalleşme fonksiyonudur. Bundan anlaşılması gerekenler çocukluktan itibaren gelişim süreçlerinde davranış kalıplarının ve norm bilinçlerinin öğrenilmesidir. Medya burada belirli modellerle düşünce şekillerini ve davranış tarzlarını öğrenmek için destek olabilmektedir. Medya ayrıca sosyal oryantasyon da sağlamaktadır ve bu şekilde içinde yaşadığımız dünyada farklı durumlarla daha kolay yüzleşebilmekteyiz.

Medya aynı zamanda bir eğlence ve boş zaman değerlendirme fonksiyonu da sunmaktadır. Günümüzde eğlence o kadar fazla hayatımıza girmiştir ki, "newstainment" yani habereğlence ifadesi ortaya çıkmıştır. Yani her şeye eğlenme gözüyle bakmaya başladık.

Medyanın entegrasyon fonksiyonu toplumda artmakta olan farklılaşma ve katmanlaşmayı dengeleme konusunda da destek sağlamak durumundadır. Medya bireyin toplumla bütünleşmesi ve ona yönelik aidiyet hissetmesine yardımcı olur.

Politik Fonksiyonlar

Politik alanda medyanın da enformasyon fonksiyonu büyük öneme sahiptir, çünkü siyasi aktörler toplumsal gerçeklikler hakkındaki enformasyonları ağırlıklı olarak kitle medyasından almaktadırlar. Bunun yanı sıra çeşitli konuları kamuoyuna açmak da yine medyanın görevidir. Ancak medyanın bunu yapması giderek azalıyor, çünkü politik konularda da eğlence ön plana çıkabilmektedir. Medyanın ayrıca görüş oluşturma konusunda da etkisi söz konusu, çünkü çeşitli enformasyon ve arka plan bilgileri de sunar. Demokrasilerde vazgeçilmeyen bir fonksiyon da eleştiri ve kontrol fonksiyonudur.

Ekonomik Fonksiyonlar

Burada sözü edilen, medyada çalışanlar ve elbette ki reklam sektörüdür. Reklam, medyanın motoru vazifesini görmektedir. Reklam olmayan medyanın ayakta kalması mümkün değildir. Reklam sayesinde bir sirkülasyon oluşmaktadır. Reklamla ürünler hakkında bilgi verilmekte ve talep arttırılmaktadır.

Luhmann'a göre "toplumumuz ve içinde yaşadığımız dünya hakkında bildiklerimizi, kitle iletişim araçları vasıtasıyla biliyoruz". Bu bilgiyi oluştururken de her zaman için doğruluk temeline dayanmayan bilgilerle de karşı karşıya kalabiliyoruz ve bu bilgileri değerlendirirken de aslında medya okuryazarlık seviyemiz devreye girmektedir. Benzer bir durum sağlık okuryazarlığı için de geçerlidir. Genel olarak bir izleyici kitlesi olarak değerlendirirsek kendimizi, başkalarının istediklerini izleyip dinliyoruz aslında, bu durum da düşük okuryazarlık seviyesi büyük bir tehdit haline gelebilmektedir.

Kitle iletişiminin enformasyon fonksiyonu burada aslında devreye girmektedir. Kitle iletişim araçlarını gerçekten de "saf bilgilendirme" amaçlı olarak kullanmaya baş-

ladığımızda, kitleleri bilgilendirmek ve eğitmek mümkün olabilmektedir. Sağlık okuryazarlık seviyesini de bu araçlarla desteklemek olasıdır.

Kitle iletişimi aracılığıyla sağlık okuryazarlığını yükseltmeye çalışırken, elbette ki farklı araçları kullanabilme olanağına sahibiz. Kısaca bu araçları ve gündelik örneklerini aşağıda göstermek istiyoruz:

1) Yazılı Basın

TÜİK verilerine göre ülkemizde gazete ve dergilerin sayısı 2014 yılında 2013 yılına göre %0,5 azalmıştır. Bu yayınların %58.7' sini dergiler oluşturmaktadır (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18523> 09.02.2016). Yazılı basının azalması söz konusu olsa dahi, hala etkisi devam etmektedir.

Resim 1: Hangi durum daha gerçek?

İdrar tutmak böbrekler için zararlı



Trakya Üniversitesi (TÜ) Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Faruk Yorulmaz, idrar tutmanın çok zararlı bir alışkanlık olduğunu belirterek, yol açtığı zararları anlattı.

[Haber Kaydet](#) [Arkadaşına Gönder](#)

Mesane doluyken daha iyi karar veriliyor

AA 7 Nisan 2011 | **A** **A**



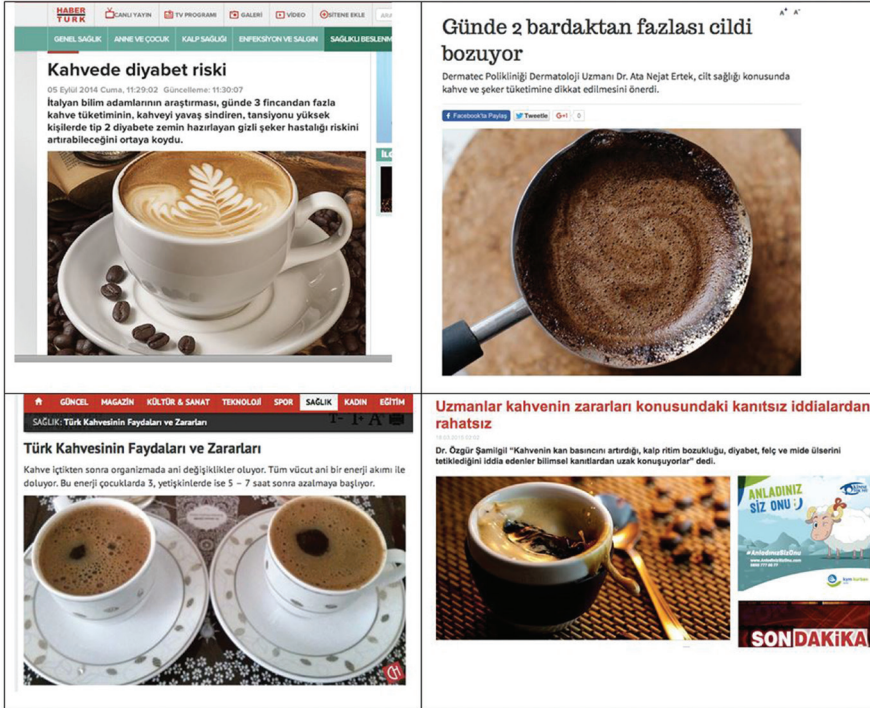
Hollanda'daki Twente Üniversitesi'nden bilim insanlarının yaptığı araştırma, "sıkışma hissinin" daha iyi kararların verilmesini sağladığını gösterdi.

Araştırmacılar, katılımcıların bazılarında 5 bardak su içmelerini istedi. Diğer katılımcılar 5 bardak sudan birkaç yudum içti. Her iki gruptakilerden, yarı 16 avro ya da 35 gün sonra 30 avro kazanma arasında seçim yapmaları istendi. Mesanesi dolu olanlar bekleyip daha fazla para kazanmayı tercih etti.

Basın yayın organlarına konulacak olan enformasyonların sağlık bilgisi olan muhabirler tarafından konulması ve her türlü verinin kaynağının doğruluğunun araştırılması gerekmektedir. Sağlık gibi hassas bir konuda verilecek olan eksik, yetersiz veya yanlış bilgiler kitleleri olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Aşağıda bu duruma örnek iki adet farklı haber yer almaktadır (bkz. Resim 1) Burada bir haberde idrar tutmanın böbrek için zararlı olduğu belirtilirken, diğerinde dolu mesaneyle daha iyi kararlar verildiği belirtilmektedir. Resim 2'de ise kahvenin faydaları ve zararlarının haberleştirilmesini ve farklı içerikleri görülmektedir.

Resim 2: Kahve konusundaki kararsızlıklar



2) Radyo

Eski popülaritesini yitirmiş olsa da, radyo hala yaygın olarak kullanılabilen bir kitle iletişim aracı olarak karşımıza çıkmaktadır. Radyoda yapılacak olan sağlık programlarının da sağlık okuryazarlık seviyesini yükseltmekte etkisi olacaktır. Elbette ki bu programların da, tıpkı yazılı basında olduğu gibi, konunun ehli kişiler ve konuları



aracılığıyla yapılmasında fayda bulunmaktadır. Belli birtakım sağlık bilgilerinin aktarılmasında, uygun bir medya planlaması yapılarak, radyo da bu sürece rahatlıkla dahil edilebilmektedir.

3) Televizyon ve Sinema

Televizyon elbette ki tüm dünyada olduğu gibi, ülkemiz açısından da en fazla tercih edilen kitle iletişim aracı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu aracın sağlık okuryazarlık seviyesini yükseltmede çok büyük potansiyeli bulunmaktadır. Buradaki tek sorun ise, nitelsiz sağlık programları olabilmektedir. Bu tür programlarda yanıltıcı bilgilerin aktarılması ve uzman olmayan kişilerin açıklamalarda bulunması, geniş izleyici kitlelerini olumsuz olarak etkileyebilmekte ve çok önemli alınması gereken koruyucu önlemlerin alınmamasına dahi etkili olabilmektedir.

Televizyondaki sağlık programlarının yanı sıra, televizyondaki dizilerin ve filmlerin de sağlıklı davranışı desteklemek konusunda olumlu etkileri olabilmektedir. Örneğin “Bin Bir Gece” dizisinin yayınlandığı dönemde kan bağışının arttığı tespit edilmiştir (bkz. Resim 3). Bu örnek hem dizi yayınlanırken insanların kan bağışını yapmalarını teşvik etmiştir, hem de yazılı basında haber haline gelerek, konuya dikkatlerin çekilmesini sağlamıştır.

Sinemada da sağlık konularının ele alındığı, çeşitli hastalıkların anlatıldığı filmler büyük ilgi çekmektedir. Burada elbette ki önemli olan yine bilgilerin doğru ve kişileri damgalayıcı tarzda verilmemesidir. Özellikle de ruhsal hastalıkların anlatıldığı filmler hem kişileri bu hastalıklar hakkında bilgilendirirken, bu hastalığı yaşayan bireylere yönelik olarak da hatalı tutumlara dahil edilebilmektedir. Sağlık konularının işlendiği filmlerde mutlaka konunun uzmanlarına danışılması ve senaryoların buna uygun olarak hazırlanması gerekmektedir.

4) İnternet

Türkiye’de internet kullanım oranları her geçen yıl artmaktadır. TÜİK verilerine bakıldığında 2004 yılında toplam internet kullanımı %18.8 iken, bu rakam 2015 yılında % 55.9’a çıkmıştır (bkz. Tablo 2).

Resim 3: Binbir Gece Dizisi oyuncularının kan bağıışı haberi

Binbir Gece kan bağıışladı

Büşra BOZOK

"Binbir Gece" dizisinin bu akşamki bölümünde Onur'un başlatacağı kan bağıışı kampanyası gerçeğe dönüştü.

Oyuncular ve set çalışanlarından oluşan yaklaşık 100 kişilik "Binbir Gece" ekibi, ilik nakli yapılmayı bekleyen hastalar için İstanbul Tıp Fakültesi İlik Bankası'na kan bağıışladı.



aşrollerini Halit Ergenç, Bergüzar Korel, Tardu Flordun ve Ceyda Düvenci'nin paylaştığı, yönetmenliğini Kudret Sabancı'nın üstlendiği "Binbir Gece" dizisinin bu akşamki bölümünde Onur'un Bin Yapı Holding'te başlatacağı kan bağıışı kampanyasıyla ilik nakli konusunda yaşanan sorunlara değinilecek. "Binbir Gece" ekibi, sadece dizide işledikleri konuyla değil bizzat sorumluluk alarak da ilik nakli konusunda yaşanan sorunlara parmak bastı. 100 kişilik ekip, bu akşam izleyeceğimiz bölümün çekildiği gün kan verdi. Kanların tahlil masrafları TMC şirketi karşıladı. Kanlar gerekli bütün testler yapıldıktan sonra İstanbul Tıp Fakültesi İlik Bankası'nda donör olarak verilere işlenecek. Bu anlamlı projeye ilgili olarak oyuncular ve ... Prof. Dr. Ömer Devicioğlu önemli açıklamalarda bulundu.

Organlarını da bağıışlayacaklar

n Halit Ergenç: "Dizinin başından beri lösemiye ve ilik nakli konusuna değiniyorduk. Lösemi hastaları, genelde illiği birinci derecede yakın akrabalarından alabiliyor. Eğer akrabalarda bulunmazsa hastaların yaşama şansı çok düşüyor. Sizlere, bizlere, ekran başındaki seyircimize ve tabii ki herkese görev düşüyor. Yapılması gereken çok büyük bir şey değil. Kan verilmesi yeterli. Kandan alınan örnekle sizin doku şifreniz belirleniyor. Günün birinde birinin size ihtiyacı olursa gidip kan veriyorsunuz ve bir hayat kurtarıyorsunuz. Ben organlarımı bağıışlamayı da düşünüyorum."

n Bergüzar Korel: "Binbir Gece" geçen seneden beri hep adından söz ettirdi ve bu başarıdaki en büyük etken işlediğimiz konulardı. İlik nakli konusunu ilk bölümden beri işliyorduk. Ekipçe bu olaya gerçek hayatta da destek olmak istedik. Sadece kan vermedik. TMC tahlil masraflarını da karşıladı. Ben böyle bir şeyin içinde olmaktan çok mutluyum. Buradan herkese sesleniyorum. Yapmanız gereken tek şey İstanbul Tıp Fakültesi Kemik İliği Bankası'na kan vermek. Ben de Halit gibi organlarımı bağıışlamayı düşünüyorum. Sonuçta öldükten sonra toprağın altına giriyorsun. Organlarınızla bir hayat kurtarabilirsiniz..."

Tablo 2: TÜİK, Hanelerde Bilişim Teknolojileri Kullanımı Araştırması (16-74 yaş arası bireyler)

Bilgi Toplamı İstatistikleri, 2004-2015

%

	2004	2005	2006 ⁽¹⁾	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hanelerde Bilişim Teknolojileri Kullanımı												
Bilgisayar Kullanımı (Toplam)	23.6	22.9	-	33.4	38.0	40.1	43.2	46.4	48.7	49.9	53.5	54.8
Erkek	31.1	30.0	-	42.7	47.8	50.5	53.4	56.1	59.0	60.2	62.7	64.0
Kadın	16.2	15.9	-	23.7	28.5	30.0	33.2	36.9	38.5	39.8	44.3	45.6
İnternet Kullanımı (Toplam)	18.8	17.6	-	30.1	35.9	38.1	41.6	45.0	47.4	48.9	53.8	55.9
Erkek	25.7	24.0	-	39.2	45.4	48.6	51.8	54.9	58.1	59.3	63.5	65.8
Kadın	12.1	11.1	-	20.7	26.6	28.0	31.7	35.3	37.0	38.7	44.1	46.1
Hanelerde İnternet erişimi	7.0	8.7	-	19.7	25.4	30.0	41.6	42.9	47.2	49.1	60.2	69.5

Kaynak: (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 09/02/2016)

(1) 2006 yılında araştırma yapılmamıştır.

Günümüzde internette sağlıkla ilgili bilgi arama durumuna bakıldığında ise oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. 2015 yılında TÜİK'in yapmış olduğu hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırmasına göre birinci sırada sosyal medya üzerinde profil oluşturma, mesaj gönderme veya fotoğraf/içerik paylaşma yer alırken, ikinci sırada online haber, gazete ya da dergi okuma, üçüncü sırada ise sağlıkla ilgili bilgi arama durumu yer almıştır (bkz Tablo 3).

Tablo 3: TÜİK, Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2015

Amaçlar	2015		
	Türkiye	Erkek	Kadın
E-Posta gönderme / alma	49.5	52.9	44.5
İnternet üzerinden telefonla görüşme/ video görüşmesi (<u>webcam</u> ile)	38.1	38.8	37.1
Sosyal medya üzerinde profil oluşturma, mesaj gönderme veya fotoğraf vb. içerik paylaşma	80.9	83.1	77.6
Kendi oluşturduğunuz metin, görüntü, fotoğraf, video, müzik vb. içerikleri herhangi bir web sitesine paylaşmak üzere yükleme	62.1	63.9	59.6
Online haber, gazete ya da dergi okuma	70.2	72.3	67.2
Sağlıkla ilgili bilgi arama (yaralanma, hastalık, beslenme, vb.)	66.3	60.1	75.2
Eğitim, staj veya kurslar hakkında bilgi arama	41.3	37.3	47.1
Herhangi bir konu ile ilgili bilgi almak için <u>Wikipedia</u> , <u>On-line</u> ansiklopedi, ekşi sözlük vb. kullanma	47.2	46.1	48.8
Mal ve hizmetler hakkında bilgi arama	59.4	61.9	55.7
Yazılım indirme (oyun yazılımları hariç)	19.5	22.7	14.8
Web siteleri aracılığıyla toplumsal veya siyasal konular ile ilgili görüşleri okuma veya paylaşma	22.3	24.2	19.7
Toplumsal veya siyasal bir konuda online bir oylamaya katılma	12.0	13.1	10.5
İş arama ya da iş başvurusu yapma	10.1	10.2	9.9
Profesyonel bir gruba katılma	4.4	4.7	3.9
Seyahat veya seyahat ile ilgili konaklama için online hizmetleri kullanma	19.7	21.2	17.7
Mal veya hizmet satışı	20.8	23.1	17.4
İnternet bankacılığı	29.3	34.5	21.8

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 09/02/2016



Bu tür bilgileri internetten arama isteğinin yaygınlaşması elbette ki olumlu bir durum olarak gözükmekle birlikte, internet ortamında sunulan bilgilerin ne kadar doğru veya güvenilir olduğu önemli bir sorun teşkil etmektedir. Birey örneğin baş ağrısı konusuyla ilgili bir tarama yaptıktan sonra, kendisinde beyin tümörü olduğu kanaatine varabilmekte ve tamamen olumsuz düşüncelere kapılabilmektedir. Elbette ki bu ortamdaki bilgilerin denetlenmesi çok mümkün gözükmemektedir, ancak yapılabilecek temel husus, vatandaş için güvenilir bilgi kaynaklarının yaratılması ve sağlıkla ilgili bilgi arayan kişilerin buraya yönlenmesi, bu sayfaları gönül rahatlığıyla kullanması olacaktır. Bu da aslında bir döngü olarak karşımıza çıkmaktadır, güvenilir bilgilere sağlık okuryazarlığı yüksek kişilerin erişebilmeleri, sağlık okur yazarlık seviyesi düşük olanların her türlü bilgiyi işlemeyen alma potansiyellerinin olması gibi.

Sağlık okuryazarlığının yükseltilmesinde, desteklenmesinde özellikle medyanın sosyal fonksiyonu önem taşımaktadır. Bu fonksiyon sayesinde, bireyin sağlık okuryazarlığına etkiye bulunmak mümkündür. Bu şekilde kişiler medya aracılığıyla eğitilecek, oryantasyon bilgileri verilebilir ve konunun öğrenilmesi, yükseltilmesi, eğlence ve boş zamanı biçimlendirme eylemleri içerisine yerleştirilebilir.

Sağlık-Sen'in yaptırmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda ortaya çıkan temel verilerden birisi, bireyin yaşının arttıkça sağlık okuryazarlık oranının düştüğü ve eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık okuryazarlık oranının arttığıdır. Bu tür araştırmalar temel olarak durum tespiti yaptıktan sonra, aslında birtakım sağlık iletişimi kampanyaları için de temel hareket noktaları sağlamaktadırlar. Bu tür kampanyala-



1. OTURUM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

rında uygulanmasında ise kitle iletişim araçları önemli bir yere sahiptir. Kampanyanın içeriği, amacı ve hedef kitlesine uygun araç ve yöntemlerle sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi için katkılar sağlanabilir.

Sonuç

Sağlık okuryazarlığı pek çok alanı etkileyen önemli bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır. Genel olarak sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseltilmesi kendi içerisinde pek çok konuyu, alanı barındırmaktadır. Kitle iletişim araçları bu alanlardan destekleyici ve konuyu gündeme taşıyıcı bir role sahiptir. Her bir aracın tekil ayrı fonksiyonları olsa dahi, bu araçların birbirleriyle uyumlu ve destekleyici, elbette ki hedef kitleye de uygun olarak kullanılmasıyla sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde rol oynayabilecektir. Burada özellikle de sağlık iletişimi kampanyalarının da önemli olduğunu belirtmekte fayda var. Tek tek özellikle belirgin, toplum için önem arz eden konularda gerçekleştirilecek olan iletişim kampanyalarında, hedef kitlenin hem bilgilendirilmesi, hem de eğitilmesi mümkün olabilecektir. Elbette ki bu durumun da profesyonel iletişimciler tarafından planlanıp, hedef kitlenin tüm ihtiyaç ve beklentilerinin göz önünde bulundurulmasıyla sağlanacağı açıktır.

KAYNAK

- Gazmararian J.A., Williams M.V., Peel J., Baker D.W., "Health literacy and knowledge of chronic disease", Patient Education and Counseling, 51 (2003), 267-275.
- Parikh N. S., Parker R.M., Nurss J.R., Baker D.W., Williams M.V., Shame and health literacy: the unspoken connection, Patient Education and Counselling, 27 (1996), 33-39.
- Ronnenberger F., "Funktionen des Systems Massenkommunikation", Mediensysteme im Wandel. Struktur, Organisation und Funktion der Massenmedien, (Hrsig. Hannes Haas, Otfried Jarren), Wien: Studienbücher zur Publizistik und Kommunikationswissenschaft, 2002, s.61-66)
- <http://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/> 07.02.2016
- http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 09/02/2016
- <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18523> 09.02.2016
- http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 07/02/2016)
- <http://health.gov/communication/literacy/quickguide/factsliteracy.htm> 07/02/2016)



Dr. Kağan KARAKAYA
Sağlık Bakanlığı Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi
Daire Başkanı

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Okuryazarlığı *Hakkındaki Çalışmaları*

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2008 yılında "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı" adı altında temel sağlık bünyesinde kurulan bir yapıydı. 2012 yılındaki KHK ile birlikte bu daire başkanlığı yapısı içinde bu yapının, bu gelişmişliğin sığmadığı görüldü ve KHK ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın iletişim kampanyalarını yürüten bir Genel Müdürlük seviyesine getirildi. Sağlık okuryazarlığı çalışmaları Bakanlığın birçok kurumunda olduğu gibi Genel Müdürlüğün de temel görevlerinden bir tanesi.

Bu konuların temelini oluşturacak araştırmalardan yola çıktık. Sağlık-Sen Başkan Yardımcısı Mustafa Örnek'in anlattığı "HLS-EU Anketi", Amerika'daki "NAAL Anketi" gibi birçok araştırma ve anket söz konusu. Kanada'da bununla ilgili yapılmış dört beş tane ve 400-800 soruluk ikişer tane anket var, hepsini inceledik ve bunları bize nasıl uyarlayabiliriz üzerinde düşündük. Biz sağlık okuryazarlığımızı nasıl ölçeriz? Sorusuna cevaben kendimize özgü bir ölçekle yapmaya karar verdik. Dolayısıyla bu çalışma oradan yola çıktı ve başladı.

Dünya sağlık okuryazarlığının birçok tanımı var ama Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de aynı tanımı kullanıyor. Sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması yeterli görülüyor bu anlamda artık. Bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halinin sürdürülebilmesi için bilgiye ulaşması, anlaması, kullanması için gerekli motivasyon ve bilişsel düzey yani “Ben sağlığımı korumalıyım” bilişsel düzeyi sağlık okuryazarlığının tanımı olarak ifade ediliyor, Dünya Sağlık Örgütü tarafından.

Sağlık okuryazarlığı, Sağlık Bakanlığında çok temel bir konu. Öyle ki Stratejik Plan 2013-2017’de de, Stratejik Amaç-1’de bu konu işleniyor ve Stratejik Hedefte kamu sağlık okuryazarlığının tanımı mevcut.

Neden önemlidir sağlık okuryazarlığı? Çünkü toplumdaki herkesi etkiliyor. Sağlık okuryazarlığı, sağlığa dokunan, herkese dokunduğu için, toplumun tamamına dokunan bir konu olduğu için önemli.

Biz kendi sağlık okuryazarlık ölçeğimizi oluştururken nereden yola çıktık. “National Assessment of Adult Literacy (NAAL)” diye 2003 yılında Amerika’da yapılan ilk çalışma var. Bundan önce Kanada’da yapılmış birkaç çalışma var ama sağlık okuryazarlığı ismine direkt dokunmadığı için bunu ilk çalışma kabul ettik. Bu ilk değerlendirme ulusal anlamda Amerika’da ve 2010 yılındaki “Healthy People” yani Amerikalıların Stratejik Planı diyebileceğimiz “Healthy People 2010”un temelini oluşturan sağlık okuryazarlığıyla ilgili verilerin oluşturulduğu temel çalışma bu. Fakat burada da kişilerin sadece basılı materyalleri anlama yeteneğini ölçmüşler. Neden? Çünkü konuşma ve dinleme becerilerini ölçmek çok masraflı olduğu için Amerikan Sağlık Bakanlığı, Amerikan Hükümeti bunu ölçmeyi uygun bulmamış. Bu çalışmada sadece basılı materyalleri anlama yeteneği ölçülmüş.

Sağlıkla ilişkili 28 veri değerlendirilmiş. Bunların 4’ü klinik, 14’ü koruyucu hekimlik, 10 tanesi de hizmete erişimle ilgili. Amerikalıların sağlık okuryazarlığı düzeyi dünyadaki ortalamanın bayağı üzerinde. Daha sonra Avrupa Birliğinin yaptığı “HLS-EU” var. Bu 8 ülkede yapılmış, 47 sorudan oluşan ve yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılan bir anket. 4 kategoride kesme değerleri hesaplanmış: Yetersiz-Kuşkulu-Yeterli ve Mükemmel. Örneklemin tümünde %47 oranında düzeyin yetersiz olduğu görülmüş.

Sağlık okuryazarlığını ölçerken, bir ölçek geliştirirken nelere ihtiyaç duyarız diye düşündük ve bilim kurulumuzla bunu tartıştık. Bir kere, geliştireceğimiz ölçeğin kavramsal çerçevesinin ve teorisinin test edilebilir biçimde olması gerekiyor. İkincisi, bu ölçek çok boyutlu olmalı. Çok boyutlu ne demek? Yani, Amerikalıların 2003 yılındaki “NAAL Anketi” nde olduğu gibi, sadece basılı materyal okumaya yönelik anket yaparsanız sağlık okuryazarlığını tam anlamıyla ölçemezsiniz. Birden fazla materyali, kitle iletişim

araçlarını kullanarak yapmak zorundasınız. Farklı yöntemler kullanılmalıdır. “HLS-EU Anketi”nde olduğu gibi, senaryo anketleri, yüz yüze görüşme, direkt soru anketleri var ve bunlar gibi farklı yöntemler kullanılmalı. Anketler karşılaştırılabilir olmalı. Sosyal çalışmalara ve halk sağlığı uygulamalarına klinik uygulamalara göre öncelik vermeli.

Üzerinde çalıştığımız ölçekle ilgili kısaca bilgi vermemiz gerekirse; ülkemizde sağlık okuryazarlığı mevcut düzeyinin ne olduğu ve bu düzeyin farklı toplumsal gruplar ile farklı tıbbi özellikler olan gruplarda nasıl değiştiğiyle ilgili çalışmalar ölçeceğimizi yaptığımız dönem içerisinde yoktu, daha sonra HLS-EU'nun Sendika tarafından Türkiye ölçeği yapıldı. Ülkemize özgü -“Ülkemize özgü” kelimesini özellikle vurguluyorum, çünkü ülkelerin kültürleri ve toplumsal yapıları farklı bilgileri farklı düzeyde algılamalarına yol açmakta. Dolayısıyla Türkçe bir ölçek yoktu bu konuda sağlık okuryazarlığını ölçebileceğimiz. Bu amaçla biz bu ölçeği başlattık. Bu çalışmanın aşamalarında, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Kürsüsüyle çalıştık.

Kavramsal Çerçeve

Temel amaç, önce kavramsal çerçeveyi iyi oturtmak gerekiyor. Çünkü kavramsal çerçeve, anketin ve ölçeğin temelini oluşturuyor. Bilim Kurulumuzla bunu değerlendirdik ve Sendikanın da yapmış olduğu o 47 soruluk “HLS-EU Anketi”nde kullanılan kavramsal çerçeveyi baz almaya karar verdik. Biz de o kavramsal çerçeveyi baz aldık ama şöyle değiştirdik:

Tablo 1: HLS-EU Anketi

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Yukarıda gördüğünüz, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve kullanma ve uygulama olarak dört ana temel konu var. Bunları sabit tuttuk, fakat Adnan Menderes Üniversitesi'nde çalıştığımız için, Aydın'da küçük bir bölgede ön çalışmasını yaptık. Yatay sütunda üç aşaması vardı yani HLS-EU'da bu ölçek 4x3=12 basamaklıydı aslında. Biz onu tedavi ve hizmeti bir basamaktı, hastalık-

lardan korunma bir basamaktı, sağlığın geliştirilmesi bir basamaktı. Fakat biz yaptığımız küçük örnekte hastalıklardan korunma ile sağlığın geliştirilmesinin bilinç düzeyinin toplumda daha çok iyi anlaşılmadığını gördük. Dolayısıyla bu ikisini birleştirmeye karar verdik yatay düzlemdeki ölçek... Dolayısıyla bizimki yukarıdaki 4, aynı "HLS-EU" daki gibi, fakat yatay düzlemdeki tedavi ve korunma ve geliştirme olarak 2'ye indirdik. Yani bizim ölçeğimiz 8 bileşenden oluşmakta.

Bunun nasıl bir katkısı oldu? HLS-EU'da 47 soru var, bu 47 sorunun o 12 bileşene dağılımı arasında büyük dengesizlikler var. Mesela, 12 bileşenden bazılarında 1 tane soru düşüyor. Yani 1 soruyla o bileşeni ölçme şansınız yok. Bazı bileşenlere 2 soru düşüyor, bazı bileşenlerde 8 soru var. Biz bunu 2'ye düşürerek –burada da görüldüğü gibi- 32 soruyla her bileşen için minimum 4 soru, maksimum da 4 soru, yani 4 soruya sabitlemiş olduk. En azından ölçülebilirlik derecesini yükseltmek için.

Tablo 2: TSOY-32 ve ASOY-TR Karşılaştırması

TSOY-32 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32	ASOY-TR Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması
Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak
	Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak
	Hangi aşılar ihtiyacınız olduğuna karar vermek
Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak
	Grip aşısı olması gerektiğine karar vermek
	İstedığınız zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak



1. OTURUM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Avrupa sağlık okuryazarlık ölçeğinin Türkçeye uyarlamasıyla, yani HLS-EU'nun Türkçesiyle Türkiye Sağlık Okuryazarlığının soru bazında birkaç karşılaştırmasını da vermek gerekir. Avrupa Birliğinin anketinde “Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileriyle ilgili bilgiyi bulmak” diyor. “Sağlığınıza ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak” şeklinde değiştirdik bu soruyu. Burada küçük nüanslar var ama bu sadece sağlık okuryazarlığı değil, Sayın Bakanımızın da söylediği gibi, okuryazarlık düzeyimiz de çok yüksek seviyede olmadığı için bazı küçük nüanslar algılarda farklılık değerlendirmelerine yol açabiliyor. O yüzden birazcık daha ayrıntıya girdik. Mesela “Sağlık taramanıza neden ihtiyaç olduğunuzu anlamak” önermesinde anketör eğer sağlık taramasıyla ilgili anketi uyguladığı kişiye taramanın ne olduğunu anlatamazsa, bu sorudan anlamlı bir cevap almak mümkün değil. Biz onu yaşıyoruz, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları, örneğin: Kadınlar için meme taraması, erkekler için “Prostat kaynaklı hastalıklar için bilgiyi araştırıp bulmak konusunda bilginiz var mı?” diye örneklem vererek açtık. Burada başka örnekleri de var. Temelde aynı, fakat vatandaşın eğitim seviyesine göre şu anda ilkokul 4 seviyesinde 77 milyonun ortalaması. Dolayısıyla herkesin anlayabileceği bir şekilde sormak için.

Sonuçta revize edilmiş, kavramsal çerçeveye dayalı olarak Türkiye sağlık sisteminin özelliklerinin esas alınması sayesinde kültüre dayalı bir ölçek geliştirmiş olduk. Bu ölçeği neden geliştiriyoruz? Sağlık okuryazarlığını geliştirmek neden önemli? Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilgili. Aslında maliyetler üzerinde bir sürü çalışma var ama Amerikan Sağlık Bakanlığına veri veren kuruluş olan “Agency For Healthcare Research And Quality (AHRQ)”nin yaptığı bir araştırmaya göre sağlık okuryazarlığının ekonomik maliyetler üzerine etkileri hakkında yeterli bilgi sahibi olunmadığı görülmüş. Bu ülkeler bazında, o ülkelerin gerçek anlamda sağlık okuryazarlığını ölçebilecekleri bir model olmamasından kaynaklanıyor. Çünkü Amerika’da –Sayın Başkan Yardımcımızın söylediği gibi- sigorta sistemi, geri ödeme sistemi farklı, bizde farklı. Orada sorduğu soruyu bizde sorarsa anlamsız bir veri ortaya çıkacaktır. 2005 yılında Kurucu Daire Başkanımız Aile Hekimliği Sisteminin. O zaman Sayın Bakanımızla “Nasıl bir sistem kuralım?” üzerine çok çalıştık. Değişik ülkelere gittik beraber. Mesela, Danimarka’dan ödeme modelini aldık, Hollanda’dan aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezlerinin yapılanma modelini aldık, İngiltere’den aile sağlığı merkezlerinin kuruluş şeması ve nereye konuşturulacağını aldık NHS’den. Dolayısıyla bütün bunların karması “Aile Hekimliği Türkiye Modeli”ni oluşturdu ve biz kendimize, kendi geleneğimize, göreneğimize, kültürümüze özgü bir modeli kurduğumuz için aile hekimliği şu anda bu kadar iyi bir seviyeye gelmiş durumda, daha da iyi olacak inşallah.



Yine bir araştırma Amerika'dan: Hekimlerin sağlık okuryazarlığıyla ilgili sorunların ve iletişim kaynaklı sorunların farkında olmalarına karşın, iletişimi geliştirmeye ilgili teknikleri yeterince kullanamadıkları görülmüş. Bu bütün dünyada böyle. Hekimler bunu biliyor ama kullanmıyor. Ben de hekimim ama bunu özeleştirir olarak da kabul edin, hekimlerimizde yarı tanrı modu vardı eskiden. Vatandaş giriyor "Ne hastalığın var?" diye soruyor hekim, hasta anlatıyor. Bütün hekimler için söylemiyorum tabii, ben de hekimim, bakın özeleştirir olarak kabul edin diyorum. Yani vatandaşa dokunamıyordu hekim, vatandaşa temas edemiyordu, vatandaşın derdini anlayamıyordu. Bu ne? İletişim eksikliği. Prof. Dr. Ayla Okay Hocamın bu konuyla ilgili çok çarpıcı bir örneği var, onu anlatmadan geçemeyeceğim izninizle.

Çapa Tıp Fakültesinde Ayla Hocam iletişimle ilgili hekimlere, sağlık çalışanlarına bir Sağlık Hasta-Hekim İletişimi Sempozyumu vermek ister, öyle bir talep gelir. Salon tamamen beyaz önlüklüler, Çapa Tıp'ta yaklaşık bin kişi. Ayla Hocam yaklaşık bir saat anlatır, ondan sonra "Bir sorunuz var mı anlattıklarım ile ilgili?" der. Salondan çıt yok. En son arkada bir beyaz önlüklü, gençten birisini elini kaldırır, "Buyurun" der Ayla Hoca, kişi der ki "Ben katlar arasında gidip gelirken çok yoruluyorum. Hekim-hasta ilişkisinde bu katlar arasındaki gidip gelmeyi –yanlış hatırlıyorsam Ayla Hocam düzeltsin- giderecek bir şey var mı?" Tabii, Ayla Hocam da soruyu anlayamaz, kimse de anlayamaz soruyu. Sonra kişi toplantı bittikten sonra gelir, Ayla Hocam "Hangi birimdensiniz?" der, o soruyu soran kişi Çapa Tıp Fakültesinin berberiymiş. Yani o salondaki bin kişilik hekim ve sağlık çalışanı grubundan bir tane soru gelmedi, hasta-hekim ilişkisiyle ilgili.

“Yanıma gelen Beyefendi dedi ki “Ben katlar arasında çok gidip geliyorum, çok da terliyorum, hastalar kokumdan rahatsız olabilirler. Yani ben buradaki iletişimi hastayla nasıl artırmalıyım, ne yapabilirim?” Dedim ki “Rahat edin, rahatsız olmayın terinizden, temizliğinize dikkat edin...” Komiğime gitti tabii ki böyle bir soruyla karşılaşmak. Arkasından birimini sordum... Çapa değildi, başka bir yerdeydi, dedi ki “Ben hastanenin berberiyim, hastalara gidiyorum, hastalarla ben daha iyi iletişim kurmak istiyorum, nasıl kurabilirim?” Yani o kadar yüzlerce hekim arasından bana “Hastayla daha iyi iletişimi nasıl kurabilirim?” diye soran sevgili berberdi. Demek ki hekimlerde hiçbir problem yoktu, hastayla çok güzel iletişim kurabiliyorlar. Ama berber yapamıyormuş. “Yaparsınız, konuşalım” dedim.” (Prof. Dr. Ayla OKAY)

Bu çok çarpıcı bir örnektir. Yani biz de sağlık çalışanları olarak, biraz da hekim-hasta arasındaki ilişkiye kapalıyız yani bu ilişkiyi de aşmamız ve dokunmamız lazım hastamıza.

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi neden önemli? Farklı sınırlı sağlık okuryazarlığı olan gruplarda bu müdahale çalışmalarının etkili olduğu görülmüş. Aynı zamanda, sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahalelerin farklı yöntemler kullanılarak olduğu takdirde daha başarılı sonuçlar verdiği görülmüş. Fakat bütün bunların hepsinden bir sonuç çıkıyor: Araştırma yapmalıyız, bütün araştırmalar değerli ve önemli. Şu anda Sendikamızın yaptığı araştırmalar son derece değerli ve çok önemli. Avrupa Birliğinin 8 ülkesinden sonra 9. bizde yapılmış. Bizim yaptığımız ölçek çalışması da bundan sonraki çalışmalar için ışık tutması anlamında çok değerli. Hepsini birleştirip, bir araya getirip bundan sonraki yol haritamızı beraber çizmemiz lazım.



Diyorum ki: Araştırma yapalım, öncesini ve sonrasını mutlaka ölçelim. Bütün araştırmalar bizim değerimiz çünkü.

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü olarak bu aşamadan sonra nereye geçeceğiz? Topluma dayalı müdahale çalışması bu işlerin nihai hedefi olmuştur her zaman. Biz de tabii ki topluma yönelik bir müdahale çalışmasına çevirmek istiyoruz bunu ama daha oraya kadar tabii çok yolumuz var, inşallah beraber daha kolay açacağız bunları.

Bununla ilgili bizim örnek aldığımız çalışma da, Finlandiya'daki "North Karelia Çalışması". 1972 yılında başlamış bir çalışma bu. North Karelia Bölgesi gibi, Finlandiya'nın orta kesimlerine denk geliyor. Bu çalışmadaki direktörü 2011 ve 2013 yılında Genel Müdürlük olarak ilk defa "Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu" yaptık ve orada bu çalışmanın direktörlerini davet etmiştik. Gerçekten çok değerli bir çalışma ve uzun yılların emeği var içerisinde. Koroner kalp hastalığı yönünden ülkenin en zayıf bölgesiymiş North Karelia, o yüzden orayı seçmişler. Ve 35 yıl bu çalışma devam ediyor. Maalesef sağlığı geliştirme çalışmaları ve sağlık okuryazarlığı çalışmaları uzun soluklu çalışmalar ve verileri öyle iki günde alınmıyor. 35 yılın sonunda bu müdahale çalışması ile koroner kalp hastalığı oranının %85 azaldığı görülmüş. Bu çok ciddi bir veri. %85 azalması demek, sağlık çıktıları, sağlık harcamalarının da % 85 koroner kalp hastalığıyla ilgili azalması demek.

Ne yapmışlar peki North Karelia'da? Mesela, erkeklerin yüzde 86'sı -1972 yılında, ilk çalışma başladığı yıl- kadınların yüzde 82'si ekmele birlikte tereyağı kullanıyor-muş. 2000'lerin başında bu oran erkeklerde % 10'a, kadınlarda % 4'e inmiş.

1979'dan 2004'e kadar gelindiğinde de, haftanın altı ya da yedi günü meyve yiyenlerin oranı -bu da çok önemli bir veri sağlığın geliştirilmesinde- erkeklerde %



Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için içerik, materyal ve model proje; aynısı tedavi hizmetlerinde; aynısı kronik hastalıklarda söz konusu. Kronik hastalıklar yakında, şu önümüzdeki 20-30 yıl içerisinde sadece ülkemiz için değil, bütün dünya için artık kaldırılamaz bir yük haline gelecek ve sosyal güvenlik kurumları batışın eşiğine gelecek. Dolayısıyla bu kronik hastalıklara müdahale modellerini geliştirmek son derece önemli.

Dezavantajlı gruplarımıza, yaşlılarımız, göçmenlerimiz, düşük gelir ve eğitim gruplarımız için model ve projeler oluşturacağız.

Aile hekimlerimize yönelik sağlık okuryazarlığıyla ilgili mesleki bilgi ve becerilerine yönelik model projeler oluşturacağız ve tedavi edici kurumlarımızda çalışan sağlık çalışanlarımıza yönelik projeler oluşturacağız.

Bu konuda yapacak çok işimiz var, hep beraber bu yolda ilerlemeliyiz.



Prof. Dr. Mine DURUSU TANRIÖVER

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetine Etkileri

Sağlık Okuryazarlığı Nedir?

Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak ele alınabilir. Sağlık okuryazarlığı karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik ve karar verici beceriyi ve bu beceriyi sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi de içermektedir (IOM, Health literacy: a prescription to end confusion, 2004).

Sağlık okuryazarlığı dinamik bir kavramdır: Kişinin bilgi ve becerileri ile ortamın karmaşıklığı ve talepleri arasındaki ilişkiye dayanır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı, sadece bireyi/hastayı değil sağlık kurumlarını, sağlık personelinin ve halk sağlığı politikalarını da içeren geniş bir toplumsal boyutta ele alınmalıdır (Institute of Medicine, Implications of health literacy for public health: Workshop summary, 2014).

Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri (Dünya Sağlık Örgütü)

İşlevsel: İlaç etiketleri, onam formları, sağlık broşürlerini okumak; sağlık personeli tarafından verilen bilgileri anlamak; ilaçlarını doğru kullanmak; randevularına sadık kalmak...

Kavramsal: Yaşam boyunca elde edilen sağlık bilgi ve becerileri ile sağlık bilgisine ulaşabilmek, bilgiyi anlamak ve değerlendirebilmek; bunlar sayesinde kendi sağlığı ve hastalığı hakkında kararlar verebilmek ve yaşam kalitesini yükseltmek...

Yetkisel: Sağlığın teşviki ve korunması için haklarını anlayan, talepkar olan, sağlık sistemi içinde vatandaşlık haklarını kullanarak iyileştirmeler talep eden aktif bireyler olmak...

Sağlık Hizmet Sunumunda Değişen Dinamikler

Sağlık hizmet sunumunda değişen dinamikleri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

- Çok daha fazla sayıda, kronik hastalık yükü yüksek ve yaşlı hasta
- Çok daha zor, karmaşık ve kritik hasta
- Çok daha hızlı döngü baskısı
- Performans kaygısı ve baskısı
- Hasta dışında harcanan zamanın artması
- Elektronik kayıtlar
- İdari görevler
- Hızla artan bilimsel bilgi ve teknoloji
- Hasta merkezli bir sağlık hizmeti sunma gerekliliği

Bütünleştirilmiş Sağlık Hizmeti ve Hasta Merkezli Tıp (European Federation of Internal Medicine Professional Issues Working Group)

- Hasta merkezli, hastanın özel gereksinimlerine, eşlik eden hastalıklarına ve seçimlerine uyarlanmış, tanısal ve terapötik stratejilerin bilimsel, verimli ve şefkatli kullanıldığı bir yaklaşım gerektirir.
- 'Bensiz benim hakkımda karar verme'
- Tıbbi profesyonellik ilkeleri doğrultusunda, hastanın merkezde olduğu bir bakım sürecini içerir.

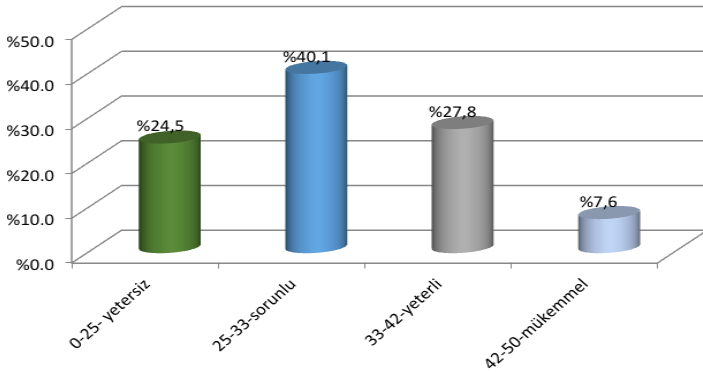
Sağlık Okuryazarlığının Önemi

- Kişilerin sağlık sorunları, verilen hizmet ve sorumlulukları ve hakları ile ilgili bilgi sahibi olmaları ve sağlık ile ilgili kararlar verebilmeleri gibi yeni rolleri vardır.
- Kronik hastalık yükü arttıkça, kronik hastalık yönetiminde hastaya düşen rol daha da önem kazanmaktadır.
- Ancak yetersiz sağlık okuryazarlığı nedeniyle buna hazır olmayan toplumlarda hasta merkezli sağlık hizmeti sunmak mümkün olmamaktadır.
- Bir bilgi denizinin içinde bundan yararlanmayı başaramayan toplumlar ciddi bir çelişki oluşturmaktadır.
- Sağlık okuryazarlığı, sağlıkta kalite ve hasta güvenliğinin kritik bir bileşeni haline gelmiştir.

Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Boyutu (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2014)

Toplumun % 64.6'sının yetersiz veya sorunlu sağlık okur yazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu oran, yaklaşık 35 milyon erişkin nüfusa karşılık gelmektedir.

Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Boyutu



Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2014

Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
Doktor önerisi olmadan/reçetesiz ilaç kullanımı (n=4903)	48,3	24,2	22,7	4,2	0,7
Çevre önerisi ilaç kullanımı (n=4897)	65,1	16,8	15,4	2,2	0,5
Kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanımı (n=4886)	45,4	22,4	25,3	5,5	1,4
Eczaneye danışarak ilaç kullanımı (n=4886)	46,2	20,8	23,8	7,0	2,1
İnternette araştırarak ilaç kullanımı (n=4871)	81,4	9,4	7,3	1,6	0,3
Kendine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına önerme (n=4876)	52,3	18,4	20,3	6,0	3,1

İran'dan yapılan bir başka çalışmada da kendi kendine ilaç, sedatif ve antibiyotik kullananların SO düzeyi daha düşük bulunmuştur.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2014
Kamran A, Int J Prev Med, 2015

Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Etkilerine baktığımızda:

- İlaç kullanım hataları,
- Hastalığın ve tedavinin anlaşılabilmesi,
- İstenmeyen olaylar ve tıbbi hatalar,
- Kronik hastalıkların ağır ve komplikasyonlu seyri,
- Azalmış hayat kalitesi (morbidite),
- Mortalite,
- Artmış hastane ve acil servis kullanımı,
- Artmış maliyetler,
- Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ve kalitesi için tehditler karşımıza çıkmaktadır.

Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Temel Tıbbi İşlevler Üzerine Etkileri (Council of Scientific Affairs, JAMA, 1999; IOM, Health literacy: a prescription to end confusion, 2004) ise:

- Sağlık bilgilerini anlayabilmede zayıflığa, medikal işlem ve talimatları yerine getirmede zorluklara ve sağlık hizmetlerine erişimde güçlüklerle,



1. OTURUM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

- Hastalık durumunu etkileyecek seviyede iletişim sorunlarına,
- Sağlık durumunu ifade etmekte başarısızlığa, tıbbi durumları ve tedavileri yeterince anlamamaya neden olmaktadır.

Örnek olarak astımlı hastalarda inhaler kullanımında, diyabetik hastalarda hipoglisemi belirtilerini hatırlamada, hipertansiyonlu hastalarda kilo verme ve egzersiz programlarını uygulamada, annelerin çocuklarının ateşini ölçmede güçlük yaşadıkları gösterilmiştir.

Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkilerine baktığımızda İran'dan yapılan bir çalışmada kendi kendine ilaç, sedatif ve antibiyotik kullananların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük bulunmuştur (Kamran A ve ark, Int J Prev Med, 2015).

Sağlık Okuryazarlığının Kronik Hastalıklar Üzerine Etkileri incelendiğinde sağlık okuryazarlığının hem kronik hastalıkların risk faktörleri hem de kronik hastalık yönetimi için önemli bir etken olduğu karşımıza çıkmaktadır.

Hipertansiyonlu hastalar arasında yapılan bir çalışmada, yeterli sağlık okuryazarlığı olanların % 92'si, yetersiz sağlık okuryazarlığı olanların ancak %55'i 160/100 mmHg kan basınç seviyesinin yüksek bir değer olduğunu bilmıştır. Diyabetli hastalar arasında ise, yeterli sağlık okuryazarlığı olanların %94'ü, yetersiz sağlık okuryazarlıkları olanların ise %50'si hipogliseminin semptomlarını bilmışlerdir (Williams MV, Archives of Internal Medicine, 1998).

Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmeti Kullanımı (The Center for Health Care Strategies and National Academy on an Aging Society, Health Literacy Fact Sheet, 1998; Council of Scientific Affairs, JAMA, 1999)

Düşük sağlık okuryazarlığı becerisine sahip kişilerin sağlık hizmetlerini, yeterli sağlık okuryazarlığı olanlardan daha fazla kullandıklarını ortaya konulmuştur.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı hastaneye yatış riskini de arttırmaktadır.

Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları:

- Verilen tedaviye uymada güçlük ve ilaç hatalarında artma
- Hasta güvenliği ile ilgili sorunlar
- Kötü sağlık sonuçları
- Sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanımı

Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Boyutu

Sağlık okuryazarlığı düzeyi	Her bir düzeydeki erişkinlerin oranı (yüzde)	Karşılık gelen erişkin nüfus (milyon)
Yetersiz	24,5	13,2
Sorunlu	40,1	21,6
Yeterli	27,8	15,0
Mükemmel	7,6	4,1

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2014

- Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, verilen eğitimleri anlamada güçlük,
- Sağlıklı kalma ve koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanmada sorunlar,
- Artmış sağlık eşitsizlikleri ve sağlık harcamalarında artış.

Sürdürülebilir bir Sağlık Sistemi için Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı ile sürdürülebilir ve kaliteli bir sağlık sistemi arasındaki çok yönlü ve çok düzeyli etkileşim göz önüne alınmalıdır. Sağlık hizmetinde nicelik niteliğe eş değer değildir; kişi sağlık sistemi içerisinde ne kadar çok zaman geçiriyorsa, aslında sağlık sisteminden o kadar az kaliteli hizmet alıyor demektir.

Kalite uçurumları derin olan bir sistem içerisinde, her ne kadar hizmet hacmi büyük ve sağlık hizmetine erişim kolay olsa da, kişi 'değer' anlamında daha düşük kaliteli bir hizmet almakta ve bu nedenle çözülemeyen sorunlar, komplikasyonlar gibi nedenlerle sistem içerisinde daha çok zaman geçirmektedir.

Sağlık okuryazarlığında eş zamanlı iyileşmeler olmadan kalite gelişimi, maliyetlerin düşürülmesi ve hakkaniyetsizliklerin azaltılması çabaları yersiz kalacaktır.

Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi için Öneriler- Klinik:

Her hasta görüşmesi-muayenesi sağlık okuryazarlığı değerlendirmesi için bir fırsat olmalıdır.



1. OTURUM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Evrensel önlemler:

- Tıbbi terimlerden kaçınmak
- Ana konulara odaklanmak ve 2-3 ana kavram üzerinde durmak
- Bilgiyi küçük parçalara bölmek
- Çizimler kullanmak
- Önerileri yazılı olarak vermek
- Hastanın anladığını doğrulamak

Sağlık okuryazarlığını geliştirmek adına pnömokok aşılmasında hasta eğitimini sağlayan bir sayfalık, basit bir dille yazılmış bir bilgilendirme broşürünün bile aşılama oranlarını beş katına kadar arttırabildiği gösterilmiştir (Jacobson TA, JAMA, 1999).

Kontrol listeleri:

- Testler, ilaçlar ve randevular için nereye gitmeliyim?
- İlaçlarımı nasıl almalıyım?
- Hangi durumda sizi acilen görmem gerekir?
- Ne zaman kontrole geleyim?

Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi için Öneriler- Kurum:

- Kurumlar, sağlık okuryazarlığını misyon, yapı ve süreçlere dahil edecek liderliğe sahip olmalıdır,
- Bakım geçişleri ve ilaçların anlatılması gibi yüksek riskli durumlarda sağlık okuryazarlığı değerlendirilmelidir.
- Sağlık okuryazarlığının planlanması ve ölçütlerin değerlendirilmesi hasta güvenliği ve kalite gelişimi süreçlerine dahil edilmelidir.
- Sağlık bilgileri ve servislerinin tasarımı, uygulanması ve değerlendirilmesinde onları kullanacak olan kişiler sürece dahil edilmelidir.
- Sağlık bilgilerine, sağlık hizmetlerine ve yer/yön bulma yardımına erişimde kolaylık sağlanmalıdır.
- Öncelikle sağlık işgücü sağlık okuryazarı olmalıdır.

Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi için Öneriler- Politika:

- Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için oluşturulacak politikalarda toplumun kültürel alt yapısı, sağlık sistemi ve eğitim sistemini içine alacak çok boyutlu ve çok sektörlü bir araştırma ve geliştirme ajandasına gereksinim vardır.
- Sağlık ve bilim, temel eğitimin bir parçası olmalıdır.
- Toplumun eğitim düzeyinin ve ekonomik parametrelerinin iyileştirilmesi hedeflenmelidir.
- Basılı, görsel/işitsel ve sosyal medyadaki dökümanların içeriği güvenilir, bilimsel ve kolaylıkla anlaşılabilir olmalıdır.
- Doktorun hastasına uygun şartlarda, yeterli zaman ayırabilmesi ve kaliteli hizmet sunabilmesi için 'hastabaşı' ödemeye dayalı niceliksel bir performans sisteminden 'kaliteye' dayalı niteliksel bir ödeme sistemine geçilmelidir.

1. Oturuma Katılan Konuşmacılara Plaket Takdimi







SASAM ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü

Halk Sağlığı Günleri

“SAĞLIK OKURYAZARLIĞI”

03-04 Eylül 2015 ANKARA



2. OTURUM

TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

Oturum Başkanı: Prof. Dr. İrfan ŞENCAN, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

- **Prof. Dr. İrfan ŞENCAN**, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı
Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- **Uzm. Dr. Ümit ATMAN**, Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Yunus Emre TSM Başkanı
TSM Bakışıyla Sorunlar ve Çözüm Önerileri
- **Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN**, Gazi Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri



Prof. Dr. İrfan ŞENCAN
Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri dediğimizde, aslında çok farklı şeyler söyleyebiliriz. Ama görünürlükte birinci basamakla, ikinci, üçüncü basamağın görünürlüğü birbirinden çok daha farklı. Bunu ben kendi açımdan şöyle tanımlıyorum: Sağlık hizmetinin bir, yaygınlığı; ikincisi, derinlik boyutu var. Eğer derinlik boyutunu çok fazla yaymaya kalkarsanız orada sıkıntıya uğrarsınız. Yaygınlığını da çok fazla derinleştirmeye çalışırsanız orada da sıkıntıya uğrarsınız.

Birinci basamak hizmetlerin yaygınlık ve kapsam açısından son derece geniş olması, ama alan derinliğini belli bir noktada sınırlaması gerekiyor. Türkiye’deki birinci basamak hizmetleri olarak baktığımızda, bu biraz bugünkü Halk Sağlığı Kurumunun hizmet durumunu da içerecek, belki bir kısmını doğrudan ikinci basamak diye tanımlamak doğru olmayabilir ama biz her gün 14 bin noktada 1 milyon kez vatandaşlarımızla buluşuyoruz. Her yıl sağlık tesislerimize ulaşamayan 250 bin vatandaşımızın evine gidiyoruz. Bunu, iş gününe bölerseniz, her gün 1.000 eve gidiyoruz.

2. OTURUM: TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

Her yıl doğan 1 milyon 300 bin çocuğumuzun ve annelerinin sağlığını koruyoruz. Bunun için çabalıyoruz ve iyi de yol da alıyoruz.

Her yıl geleceğimizin güvencesi çocuklarımızı korumak için 40 milyon doz aşı yapıyoruz. Nüfusun neredeyse yarısı kadar kişiye varenteral girişimde bulunuyoruz.

Her yıl yüz binlerce öğrencimizi ağız ve diş sağlığı taramasından geçiriyoruz.

Her gün 24 saat boyunca bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkar çıkmaz, bunların ipuçları, sinyalleri gelir gelmez bunları tespit edip yayılmasını engellemek, sınırlarımızın ötesinden gelecek hastalıkların ülkemize girmesine mâni olmak için görev başındayız.

Her yıl vatandaşımızı kanserden korumak için 5 milyon tarama yapıyoruz. Bütün ekşiğimize rağmen, yaptığımız 5 milyon.

Her gün 171 sigara bırakma hattımızla, şimdi 191 uyuşturucudan kurtulmayla ilgili danışmanlık hattımızla, 400'den fazla sigara bırakma polikliniğini koordine ediyoruz ve buralarda sigaradan kurtulmak isteyen vatandaşlarımıza destek veriyoruz.

Her bir çalışmamızla sizlere daha iyi hizmet etmek için çeşitli konularda ortalama yılda en az 2 kez eğitim veriyoruz.

Vatandaşlarımıza her fırsatta birçok konuda eğitim veriyoruz. Bu bazen Kırım-Kongo bulaşıcıdan korumak için, bazen bulaşıcı hastalıklardan korumak için, bazen sahada göçerlerin veya mevsimlik işçilerin sağlığını daha yukarıya taşımak için.

Sağlıklı yaşam için kampanyalar düzenliyoruz.

Biz Halk Sağlığı Kurumu olarak, temelde birinci basamağı temsil eden Kurum olarak yıllık faaliyetlerde bulunuyoruz.

Birinci basamak sağlık hizmetleri dediğimizde, aslında genel olarak birçok yerde basamaklandırılmış bir sağlık hizmeti sunumu var; birinci, ikinci, üçüncü basamak. Biraz önce de ifade etmeye çalıştığım gibi, birinci basamağın boşluk bırakmaması, yaygınlıkta, erişimde hiçbir şekilde ulaşılmamış bir tek nokta bile kalmaması gerekiyor. Onun için biz köylerdeyiz, onun için biz evlerdeyiz, onun için biz tarlalardayız, onun için biz köylerde su kanallarının başındayız, su gelirlerinin başındayız, su depolarındayız.

Sağlık hizmetleri örgütlenmesinde aslında birinci basamak sağlık hizmetleri merkezî konumda.

Ülkelerin sağlık sisteminin olmazsa olmaz parçası, yine birinci basamak sağlık hizmetleri, temas, ulaşım ve yaptığı hizmet açısından baktığımızda yaygınlık olarak diğer basamakların eriştiğinin çok daha fazlasına yani ulaşmadığımız sıfır vatandaş veya memlekette ulaşmadığımız sıfır metrekare kalıncaya kadar çabalamamız gerekiyor.



2. OTURUM: TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

Kurgumuz, yapılanmamız da bunun üzerine. O yüzden birinci basamağın, bireylerin hizmete kolay ulaşabileceklerine imkân sağlayan etkin ve mutlaka yaygın bir sağlık hizmeti şeklinde olması gerekiyor.

Uluslararası araştırmalar ve deneyimler de, aile hekimlerinin çalıştığı etkili bir birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin hem ekonomik olarak hem de klinik başarı olarak daha etkin sağlık bakımı sağladığını gösteriyor.

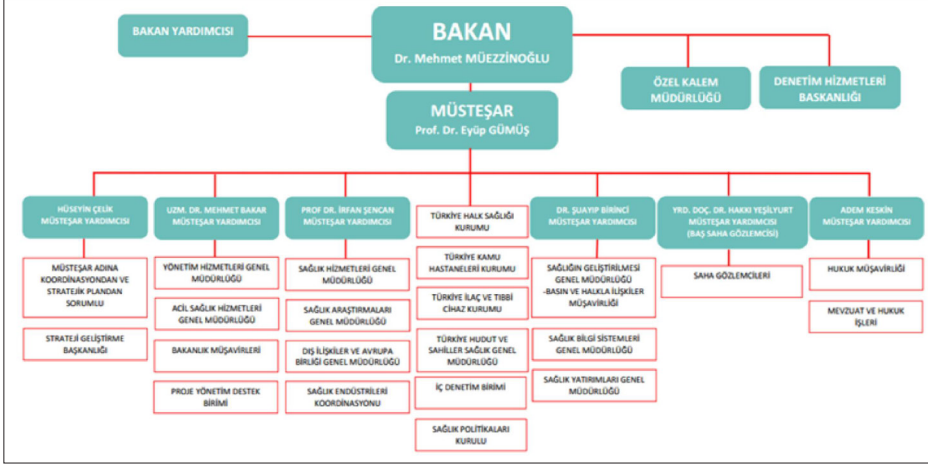
Aslında mutlak sistemler uygulamada tam anlamıyla yürümüyor. Bugün en iyi örnek diyebildiğimiz İngiltere'deki aile hekimliğinde de sosyalizasyonda uyguladığımıza benzer noktalar var. Bugün Almanya'daki birinci basamakta ikinci, üçüncü basamak muayenehanenin karışımına benzer bir sistem çalışıyor. İspanyanın farklı bölgelerinde farklı sistemler çalışıyor. Dolayısıyla hiçbir sistemi, önümüze böyle bir kutsal kitapmış gibi dayatmamamız gerekiyor. Şu anda örnek aldığımız ülkelerde de fiilî uygulamada birbirinden geçişkenli sistemler çalışıyor.

İlk başvuru yeri olma özelliğiyle hem maliyet etkin hem de daha sistematize edilmiş bir yol oluşturuluyor. Bu basamakta sağlık sorunlarının büyük ölçüde çözümlenmesi gerekiyor.

Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde birçok yapısal bileşen var. Gerçekten 360 derece dedikleri çok boyutlu bir sistem. Bileşenlerin mutlaka bir düzen içinde olması gerekiyor. Ekonomik durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlıklı bir şekilde ulaştırılmasında ve etkinliğinde önemli. Ayrıca, malzeme kaynakları da önemli. İnsan hem hizmeti veren hem de hizmeti alan taraf. Hizmeti alanların hizmeti alma kapasitesi, kabiliyeti, yetkinliği, etkinliği konularını hizmet sunanlar için de tartışıyoruz ama son yıllarda daha öne çıkan, belki bundan sonra daha da öne çıkacak olan hizmeti alanları da aynı parametrelerle değerlendirmemiz, geliştirmemiz gerekiyor.

İlk başvuru yeri olması, hastalık merkezli bakım yerine uzun süreli, sürekli birey merkezli bakımı teşvik etmesi, kapsayıcılığı ve ekipler arası koordinasyonu çok daha önemli. Elbette ikinci, üçüncü basamakta da ekipler arası koordinasyon önemli ama belki oradaki koordinasyonun ağırlığı hastane içi koordinasyon. Ama birinci basamak hizmetini etkili verebilmek için mutlaka bizim yol hizmetleriyle, güvenlik hizmetleriyle -bunu belki şimdiki kadar çok fark etmiyorduk ama şimdi çok daha net fark ediyoruz ve bir evde bakıma veya bir acil hizmete veya bir saha taramasına gideceksek güvenlik hizmetiyle- öbür tarafta yerel yönetimle, beri tarafta idari kademeyle mutlaka çok iyi bir koordinasyon yapmak zorundayız. Kurumlar arası koordinasyon veya paydaşlar arası koordinasyon birinci basamakta çok daha öne çıkıyor.

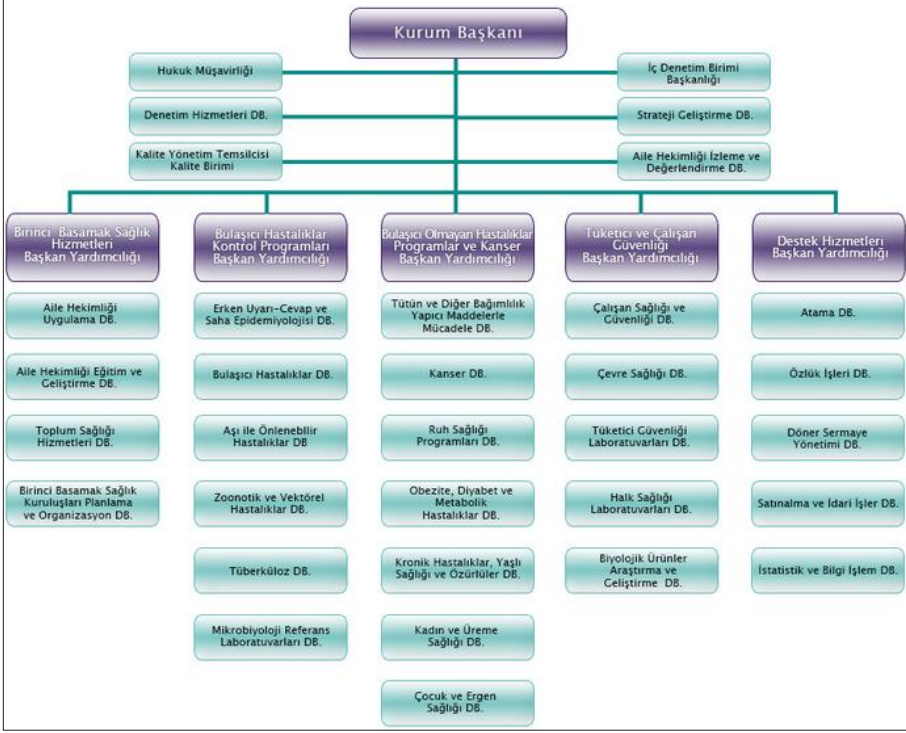
Resim 1: Sağlık Bakanlığı Organizasyon Şeması



Sağlık Bakanlığı organizasyon şeması basılı kaynaklarda veya görsel kaynaklarda mevcut. Temelde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı, Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Programları ve Kanser Başkan Yardımcılığı, Tüketici ve Çalışan Güvenliği Başkan Yardımcılığı, Destek Hizmetleri Başkan Yardımcılığı gibi beş birime bölünmüş durumda. Ama her biri diğerinin fonksiyonunu sürdürmek için olmazsa olmaz veya diğer fonksiyonunu yeterince destek olmazsa o fonksiyon zayıflıyor. Mesela, bulaşıcı olmayan hastalıklar en dışarıda gibi görünen bölüm. Eğer biz sağlığın geliştirilmesinde yeterli koordinasyon, yeterli destek, yeterli iş birliği yapamaz isek birçok yer aksıyor.

Yine, birinci basamak sağlık hizmetleri diye böldüğümüz kısım, sahadaki aile hekimleri, TSM hekimleri olmazsa bu programı nasıl yürüteceğiz? Dolayısıyla bunların hepsi Kurum Başkanının eli, ayağı, kolu, parçaları. Kurum Başkanı da sağlık hizmetinin organlarından birisi. Sağlık Bakanlığı da devlet organizasyonunun bir parçası. Sağlık Bakanına yüklediğimiz misyonlar Sayın Başbakanın görebileceği, onun koordine edebileceği genişlikte. Bütün bakanlıklar bu hizmetlere katkı sunmazsa, biz bunu sağlıklı bir şekilde yürütemeyiz. Hizmetleri gittikçe daha iyi yapmaya çalışıyoruz. Bildiğiniz üzere, evde bakım için yerel yönetimlerle Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığıyla ortak bir protokol imzaladık. Rollerimizi birleştirdik, o birleşme olmazsa sağlıklı bir hizmet sunamayız. Ben bunu Bakanlık içinde çalışmaya başladıktan sonra çok daha iyi anladım. Önceden Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nı ayrı bir dünya gibi gördüm, öyle zannedirdim ama hastanecilik tarafında çalışınca gördüm ki bizim en önemli partnerimiz, en önemli destekçimiz Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. ASPB ne kadar aktif çalışırsa bizim işimiz o kadar kolaylaşıyor, hizmetimiz etkinleşiyor. Tabii, farklı düşündüğümüz epeyce noktalar olsa da Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile ikiziz.

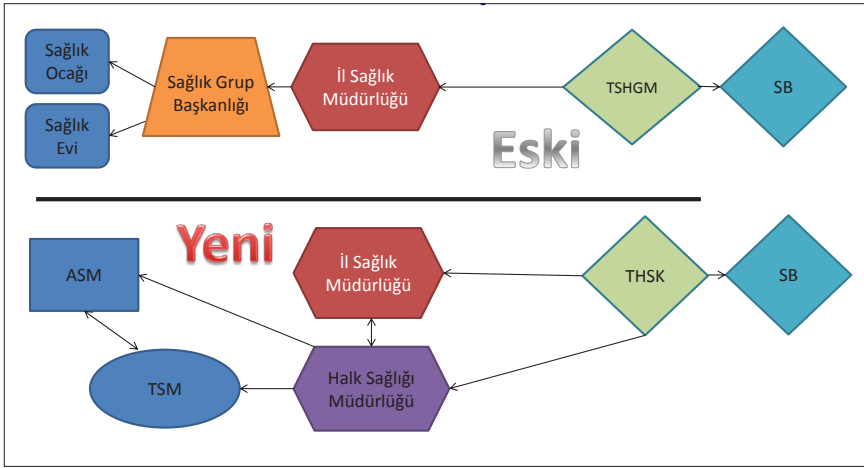
Resim 2: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Organizasyon Şeması



Halk Sağlığı Kurumu olarak değişen ve gelişen dünyada sağlık ihtiyaçlarını karşılamak, eşit, etkin, verimli, sürekli, kapsamlı ve seçim şansı tanıyan bir sağlık hizmeti sunmak için Sağlık Bakanlığının yapılanmasını sağlayacak şekilde sağlık sisteminde köklü bir değişiklik yapıldı. 2011'de, bizim sağlık hizmet sunumumuzu yeniden organize eden 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname çıktı. 19 Mart 2012'den itibaren de Halk Sağlığı Kurumu fiilen kurulup çalışmalarına başladı. Ama tabii biz halk sağlığını elbette 2012'den başlatacak değiliz, sağlık hizmetleri kapsamında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, AÇSAP, Sıtma Savaş, Kanser Savaş, Verem Savaş'ın bir araya getirilmesiyle, bunların fonksiyonlarının yeniden dizayn edilmesiyle ama bu birimlerin ağırlıklı olarak gördüğü hizmetleri üstlenen bir yapı ortaya çıktı. Hedef, bütüncül ve çağdaş sağlık hizmet sunumu anlayışına evrilmek idi. Herkes için erişilebilir, kabul edilebilir, kaliteli, etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunmamız gerekiyor birinci basamak deyince. İnsan merkezli, kişilerin sağlığını toplum sağlığıyla birlikte korumak esas. Belki süreç içerisindeki en önemli gelişimimiz bu yönde oldu. Daha önce, daha çok toplum merkezli idi, bundan değişmedi, bundan gelişti, bireyleri de öne alan bir hale geldik. Çünkü eğer biz suyu,

çevreyi çözmezsek –daha çok ortak alanları- bireyi çözemeyiz. Ama bireylerin sorunu da çözmez isek diğerleriyle başa çıkamayız. Dolayısıyla ben Halk Sağlığı bakış açısı olarak da en önemli “gelişim” diyorum. Değişim diyoruz ama onu kontrollü olarak gelişim diyorum, çünkü değişim değil, topluma yönelik veya grup olarak hizmet sunma ortadan kalkmadı. Bunun üzerine, bireysel, bireye yönelik hizmetlerin öne çıktığı veya bireye yönelik hizmetlerin de geliştiği bir süreci yaşıyoruz.

Şekil 1: Sağlık Bakanlığı Eski ve Yeni Yapı



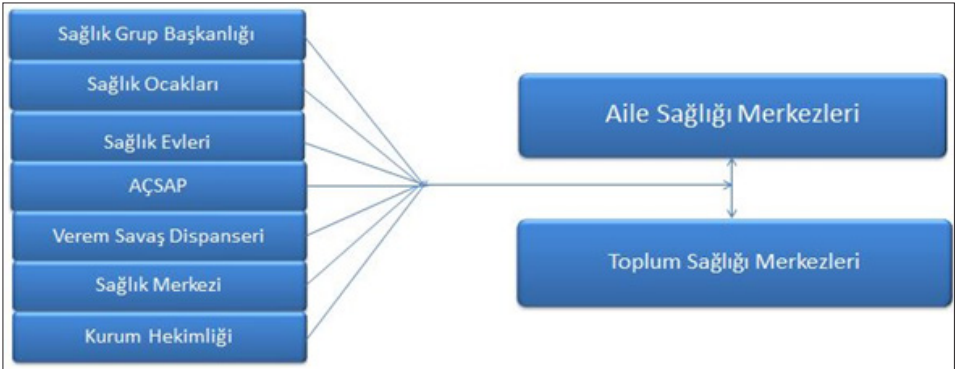
Eski yapımız dikeydi, şimdiki yapımız biraz daha yatay yapılanma. Ama biraz mağazin gibi gelecek size ama aslında çok da yatay değil. Buna en son “Oblik Yapılanma” dedik, yatayla dikeyin karışımı bir yapılanmamız oldu. Önceden Bakanlık Temel Sağlık Hizmetleri, il sağlık, sağlık grup başkanlığı, sağlık ocağı, sağlık evi yapılanması varken, şimdi Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu, ama Halk Sağlığı Kurumu olarak benim Halk Sağlığı müdürleriyle olan iletişimim kadar sağlık müdürleri ile de iletişimi ve etkileşimim var. Belki Müsteşar Yardımcısı olmanın etkisiyle de kaynaklanıyor ama benim Halk Sağlığı müdürleri kadar ilk sağlık müdürleriyle de iletişimim ve etkileşimim, hizmetler açısından da etkileşimim var. Buradan ASM, TSM ikisiyle birlikte etkileşiyoruz. Yani “Sistem basit iken karışık hale geldi” de denilebilir. “Dikey yapılanma iken yatay yapılanma haline geldi” diyemiyorum çünkü dikey yapılanma ve yatay yapılanmayı birlikte koruduğumuz oblik yapılanmaya da devam ediyoruz.

Şekil 2: Halk Sağlığı Kurumu Örgütlenme Şeması



Merkezî düzeyde Bakanlık ve Kurum, il düzeyinde Halk Sağlığı laboratuvarı, yine il sağlık müdürlüğü; ilçe düzeyinde de verem savaş, kanser erken taramaları, entegre sağlık merkezleri, ASM'ler, sağlık evlerimiz, AÇSAP'larımız, ama bunların hepsinin merkezinde bir toplum sağlığı merkezimiz var. Bunların gerçekten hepsinin merkezinde. Bazıları doğrudan içinde, bazıları elinin uzandığı yerde, bazıları da -belki sağlık evleri için bu yakıştırmayı yapabiliriz- gözünün uzandığı yerde. Ama merkezinde toplum sağlığı var.

Şekil 3: İlçe Örgütlenmesinde Eski ve Yeni Yapı

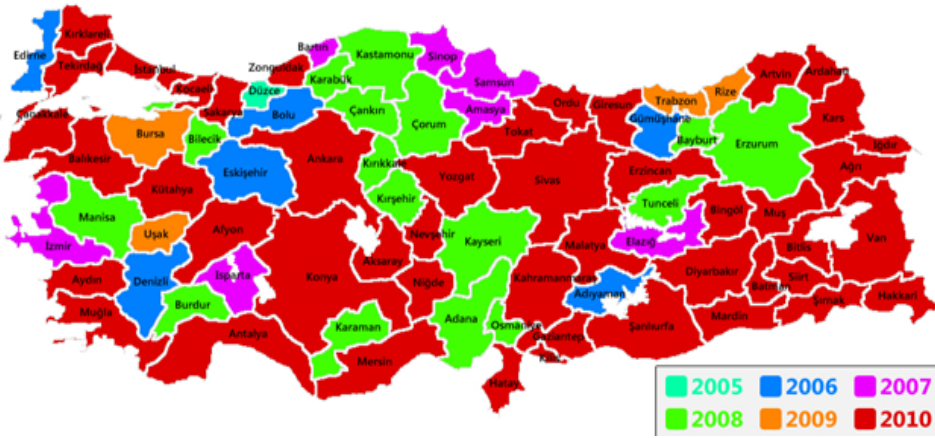


Önceden burada sol tarafta kalan yapı ayrı ayrı idi, şimdi bunlar aile sağlığı merkezi ile toplum sağlığı merkezinin birleşimi kümesinde, direkt birisine bağlı değil ama birleşim kümesinde. Burada yapılan hizmetler de bu birleşim kümesinden sürdürülüyor.

TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ

Tabii, birinci basamak hizmetlerinin omurgasını aile hekimliği oluşturuyor. Aile hekimliğinde, hizmetin eşit ve hakkaniyetli bir şekilde ulaşılabilmesi, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlıkta dönüşümde koyduğumuz hedeflere ulaşmanın yolu olarak bir "Türkiye Aile Hekimliği Modeli" oluşturuldu. Bu model hiçbir ülkenin modeliyle birebir örtüşmüyor. Aslında hiçbir ülkenin de tek bir modeli yok. Teorikte tek bir modeli olsa da uygulamada birbirinden çok farklı yapılanmaları var.

Resim 3: Yıllara Göre İllerin Aile Hekimliğine Geçiş Durumu



Sürece baktığımızda, 2004'te temel mevzuat oluşturuldu, model ve hizmet esasları. Aile hekimliği uygulamasına Türkiye genelinde geçiş 2010'un sonunu bulmuştur.

Burada renklerle geçiş süreci temsil ediliyor. Önce Düzce'de başlandı ve 2010'da da tamamlandı.

Aile Hekimliğinin Ana Amaçları

Bölge tabanlı hizmet sunumundan bireye yönelik sağlık hizmeti yaklaşımına geçtik. Ama tekrar söylüyorum, bölge tabanlı hizmetten de vazgeçme şansımız yok. Onu da TSM'ler eliyle veriyoruz. Dolayısıyla biz bireye yönelik sağlık hizmetinin etkisini, oranını büyüttük. Yoksa bölge tabanlıdan tamamen vazgeçmişliğimiz söz konusu değil. O yüzden, yeni önerilerde bazen "Biz birey tabanlıya geçtik, bölge tabanlıdan vazgeçelim" gibi, otomatik hükümler bizi sıkıntıya sokuyor, o yüzden bu otomatik hükümlere mahkûm olmak istemiyorum. Bu nedenle sürekli kişilerin bir aile hekiminin olmasını vurguluyorum ki; bu, gerçekten çok güzel ve etkiyici bir gelişmeydi. Kişisel hizmetlere



eşit erişim; ama eşitlik hiçbir zaman mutlak eşitlik anlamına gelmiyor, çünkü mutlak eşitlik en büyük haksızlıklardan, eşitsizliklerden birisi. Hakkaniyet bunu daha iyi tanımlıyor.

Birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bir de elektronik kayıtların tutulması.

Sağlık ocaklarında kartoteks dolaplar vardı. Yani biz bireye yönelik, bölgeye yönelik kayıt tutma işine ilk defa geçmedik, daha önce de yapıyorduk ama bunu geliştiriyoruz ve biraz şeklini değiştiriyoruz. Dolayısıyla nasıl millet olarak tarihimizde “Kes başla” yoksa her şey birbirinin devamı ise, sağlık hizmetleri olarak da biri birinin devamıdır. Öncekiler olmadan sonrakinin üstüne koyamazdık, öncekileri yok sayarak da sıfırdan yeni bir sistem yapmamalıyız. Öncesinin eksiği vardır, biz onu geliştirmeliyiz, artıları vardır o zeminin üzerinden oluşturmalıyız. Dolayısıyla kendi yaklaşımım ve doğru olduğuna da inandığım, eskiyi tamamen yok saymak, eskiyi atmak gibi bir sisteme gitmemeliyiz.

Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimliği Birimleri

Tablo 1. Türkiye’de Aile Hekimliği Birimlerinde Çalışan Hekimlerinin Dağılımı, Temmuz 2015 (31.07.2015)

	Sayı	
Sözleşmeli aile hekimi (n=20.807)	Aile hekimliği uzmanı	1.138
	Pratisyen tabip	19.708
	Diğer uzman	27
Boş pozisyon	646	
Toplam aile hekimliği birimi	21.519	
Yetkilendirilmiş aile hekimi	132	

Aile sağlığı merkezi aile hekimliği birimleri sayısına baktığımızda, 21.519 aile hekimliği birimimiz olduğunu görüyoruz. Bu 21.519 birimi 6.869 noktada oluşturmuşuz. 1.138 uzman aile hekimimiz var, 19.708 genel tababette olan aile hekimimiz var, 27 tane de diğer uzman aile hekimimiz var. Bu 27 diğer uzmanın sayısı çok az görünüyor ama bu hiç tercih edilmediği anlamına gelmemekte; teorikte veya mevzuatta olmasına rağmen diğer uzmanın aile hekimliğine geçişini biz sınırladığımız için. Ne kadar başarabiliriz bilmiyorum ama şimdi burayı da biraz genişletmek istiyoruz. 646 boş pozisyonumuz var ama bu fotoğrafın çekildiği an itibarıyla elbette, ancak sürekli bir değişim söz konusu.

2. OTURUM: TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

Ayrıca aile hekimliği fonksiyonlarını yüklediğimiz ama kendisine "Aile Hekimi" statüsünün içinde, ödeme vs. açısından değerlendirdiğimiz yetkilendirilmiş aile hekimleri var ki bunların sayısı da 132.

Kimi aile hekimi yaptık? Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle beraber, birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda verdik. Gerekli ölçüde gezici olarak sağlık hizmeti veren, tam gün esaslarına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri bu konuda görevlendirdik. Aslında bizim aile hekimliğindeki ana varsayımlarımız, tam gün, hedef aldığı grup olarak çocuk ya da yetişkin ayırt etmeyen, sabit bir noktada hizmet veren, aile hekimliği uzmanıdır. Diğerleri bunların istisnaları veya geçiş sürecinde. Ama biz aile hekimliği uzmanlığını istediğimiz kadar bu süreçte genişletemedik. Dolayısıyla bu noktada omurgada sapma olduğunu düşünüyorum.

Aile hekiminin görev ve sorumluluklarına baktığımızda, sağlığın korunması birinci sırada; her türlü sağlık sorunu yaşayan kişinin danışmanlık hizmetleri de bunun içinde. Danışmanlık hizmeti, hem sağlığın korunması, geliştirilmesi hem de tedavinin takibi, rehabilitasyonunun sürdürülmesi hem de ileri tedavilere yönlendirme adına danışmanlık hizmeti içermektedir. Aile hekimini koruyucu sağlık hizmetine yönelik programları yapan, uygulayan, hastayı uygun sağlık hizmetlerine yönlendirmek için koordinatörlük yapan ve mutlaka kayıtları tutan ve güncelleyen kişi olarak görüyoruz.

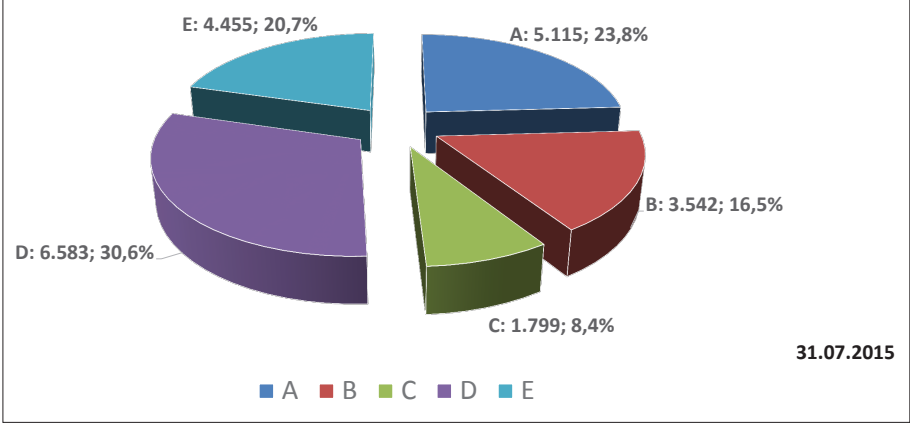
Aile sağlığı elemanımız var, yine bu da aile hekiminin bir diğer parçası. Aile hekimiyle birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan hemşire, ebe, sağlık memuru veya acil tıp teknisyeni...

Yerinde Sağlık Hizmetleri - Geçici Sağlık Hizmeti

Yaşadığı yer kendi evi değil de çocuk ıslahevi, cezaevi, huzurevi veya bakımevi gibi toplu yaşanan yerler ise, onları da yerinde sağlık hizmeti tanımıyla yürütüyoruz. 583 aile hekimimiz yerinde sağlık hizmeti veriyor.

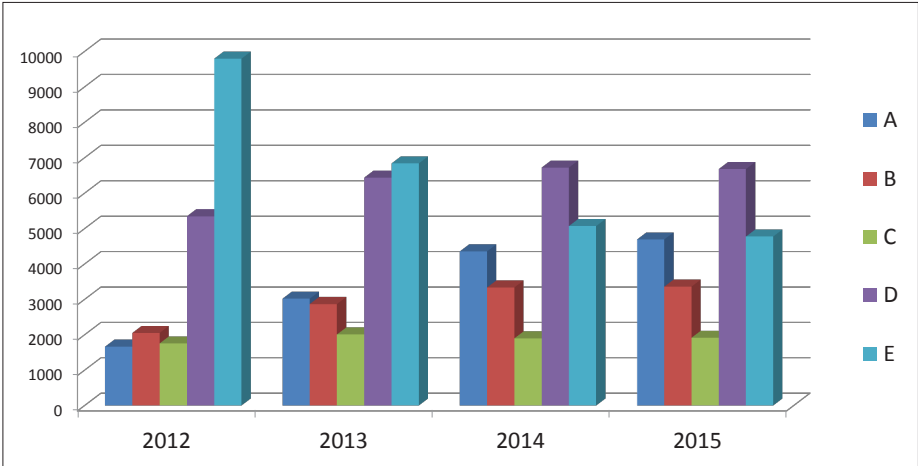
7.632 aile hekimimiz geçici sağlık hizmeti sürdürüyor. Zaman içinde bu küçülecek, çünkü biz şimdi ortalama 3.500-3.600 kişiye 1 aile hekimi tahsis edebiliyoruz. Bunu 2.000'e indirdiğimizde bu 7.600'ün de muhtemelen 4.000'lere ineceğini öngörüyorum. Bu 7.632 yani bütün aile hekimlerinin yüzde 35'ini nüfusun yüzde 11,6'sına, yaklaşık 9 milyonuna hizmeti yerinde ulaştırmasını istiyoruz.

Grafik 1. Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplarına Göre Dağılımları_31.07.2015



Aile hekimliği birimlerinin gruplandırmaları var. Ama bu grafik 2'de gördüğümüz gibi zaman içerisinde daha donanımlı veya fonksiyonel ve donanım açısından daha iyi dediğimiz A grubuna sayısı giderek artıyor, oransal olarak da.

Grafik 2. Aile Hekimliği Birimlerinin Yıllara Göre Grup Dağılımları

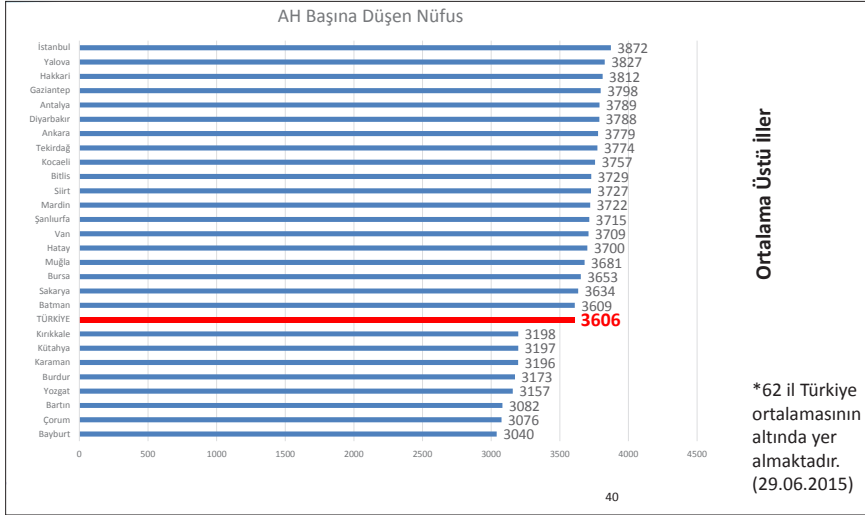


Aile hekimi başına düşen nüfusa baktığımızda, Türkiye ortalaması 3.606'dır. 62 il Türkiye ortalamasının altında yer alıyor ama İstanbul'un üzerinde. Dolayısıyla hepsini yukarıya taşıyor. Türkiye'deki nüfus başına yani aile hekimi başına düşen nüfus olarak hedefe koyduğumuz 2.000 ancak en düşük dediğimiz sayı 3.040. Bu noktada çok yol

2. OTURUM: TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

almamız gereken veya bana göre "Şu anda birinci önceliğimiz ne olmalı?" sorusuna cevabım aile hekimi sayısını artırmaktır. 3.600 kişiyle şimdiye kadar, idealize ettiğimiz aile hekimliği hizmetini bir aile hekiminin sağlıklı bir şekilde sunması fiilen mümkün değil.

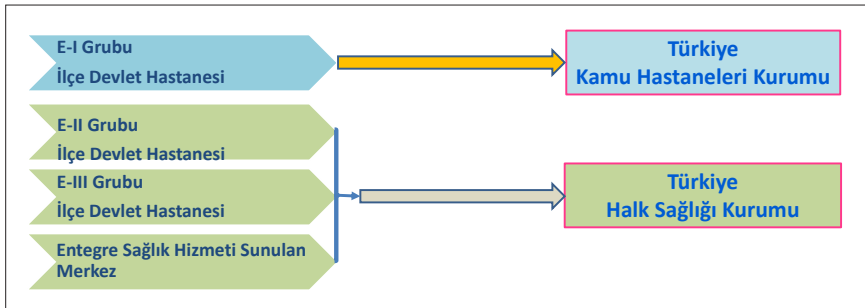
Grafik 3. Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus



Entegre Sağlık Merkezleri

Birinci basamak hizmetlerle nöbetin ve temel girişimsel işlemlerin yani hastane hizmetleri ile birinci basamak hizmetlerin aynı mekânda verildiği yapılara entegre sağlık merkezi diyoruz.

Resim 4: Entegre Hizmet Sunumu



Şimdiye kadar Entegre-1, E-2, E-3'ümüz vardı. Buna bu sene bir de entegre sağlık hizmeti sunan merkezleri ekledik. Yani içinde hastane olmayan kavramı ekledik. E-1'ler kamu hastaneleri ama bunların hiçbirisi mutlak bir kural değil, hepsi değişebilecek yapılar. Bunların standartlarını getirmiştik.

Tablo 2. Entegre Hastane Şartları ve Roller

E-I Grubu İlçe Devlet Hastaneleri	E-II Grubu İlçe Dev. Hastaneleri	E-III Grubu İlçe Devlet Hastaneleri
Toplam nüfusu ≥ 18.000	Nüfusu 9.000 - 18.000	Nüfusu < 9000
<ul style="list-style-type: none"> Aile hekimi uzmanı Pratisyen hekim 4 ana branşta uzman tabip 	<ul style="list-style-type: none"> Aile hekimi uzmanı Pratisyen hekim 	<ul style="list-style-type: none"> Pratisyen hekim
Poliklinik muayene hizmeti (uzman) Hasta yatışı ve takibi (uzman)	Hasta yatışı ve takibi	Müşahede amaçlı hasta yatışı ve takibi
Acil sağlık hizmetleri 1. seviye acil veya acil ünitesinde sunulması	Acil sağlık hizmetlerinin acil poliklinik yapılması içinde AH uygulama yönetmeliğine uygun yürütülmesi	Mesai saatleri haricinde acil nöbet hizmetlerinin acil poliklinik yapılması içinde AH uygulama yönetmeliğine göre yürütülmesi
Görüntüleme, Laboratuvar, Ameliyathane, Ameliyat sonrası bakım , Diş polikliniği ve Doğumhane	Röntgen Birimi Rutin tetkik laboratuvarı	Direkt Grafi Rutin laboratuvar
Diyaliz Birimi	Diş polikliniği	Diş polikliniği
D Grubu hastaneye dönüşebilme		43

Entegre sağlık hizmeti sunan merkezlere de birtakım kriterler koyduk. Şu anda 175 entegre hastanemiz, 9'da entegre sağlık hizmeti sunan merkezimiz var. Bu alanda tarih itibarıyla sayı her gün artıyor, her hafta 2-3 tane ekleniyor.

Tablo 3. Entegre Hastane ve Entegre Sağlık Hizmeti Sunulan Merkez Sayıları

E1 GRUBU İLÇE DEVLET HASTANESİ	E2 GRUBU İLÇE DEVLET HASTANESİ	E3 GRUBU İLÇE DEVLET HASTANESİ	ENTEĞRE SAĞLIK HİZMETİ SUNULAN MERKEZ
90	105	70	9
	175		
265			

Tablo 4. Aile Sağlığı Merkezlerinin Haricinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Tür Ve Sayılarına Göre Dağılımı, Temmuz 2015

Birimler	Genel Toplam (31.07.2015 ÇKYS Verileri)	
Entegre İlçe Devlet Hastanesi(E2=105 + E3=70)	175	
Halk Sağlığı Laboratuvarı	83	
Toplum Sağlığı Merkezi	970	
TSM Bünyesindeki Birimler	Sağlık Evi	5556
	Verem Savaş Dispanseri	181
	AÇSAP	182
	KETEM	139
	Trahom Savaş Dispanseri	6
	Sıtma Savaş Dispanseri	37
	Deri Zührevi Hastalıklar Dispanseri	11
Hemoglobinopati Tanı Merkezi	29	

2. OTURUM: TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

Tablo 5'te arkadaşlar bazı satırların üzerini çizdiler, çünkü bu satırlar üzeri çizilmesi gerekiyor, böyle bir satır olmaması gerekiyor. Ama ne kadar büyük olduğuna da bakın. Aile hekiminden hiç hizmet almayan kişi sayısı, son bir yılda; yüzde 33,9. Biz bunu görmek istemiyoruz, üzerini çizmek istiyoruz ama henüz silemediğimiz için... Kendi aile hekimine başvurmayan kişi var, %41. Bu da bizim sorunlu alanlarımızdan.

Tablo 5. Aile Hekimliği Uygulamasına Ait Bazı Veriler, Temmuz 2015

Aile Hekimliği Birimi Sayısı	21.519
Aile Hekimi Sayısı	20.873
Aile Sağlığı Elemanı Sayısı	20.437
Aile Hekimi Başına Düşen Ortalama Nüfus	3.606
Gezici Sağlık Hizmeti Veren Birim Sayısı	7.632 (%35,5)
Gezici Sağlık Hizmeti Verilen Nüfus	8.955.566 (%11,6)
Aile Hekiminden Hiç Hizmet Almayan Kişi Sayısı (Son Bir Yılda)	26.184.054 (%33,9)
Kendi aile hekimine başvurmamış kişi sayısı (Son Bir Yılda)	32.286.110 (%41,8)
Kişi Başı Aile Hekimine Ortalama Müracaat Sayısı	*2.69

Kaynak: *Son 12 aylık AH birimlerinde yapılan toplam muayene sayısının toplam kayıtlı nüfusa bölünmesi ile bulunmuştur.

Birinci Basamakta Sunulan Sağlık Hizmetleri

İlk başta saydığım işlerin hepsini birinci basamak sağlık hizmetleri olarak sunuyoruz.

Kişiler aile hekimlerini seçebilir ve istedikleri zaman değiştirebilirler ama bu şöyle bir anlama gelmemeli: -bazı kavramlar bizim kültürümüzden getirdiğimiz kavramlar olmadığı için, bu kavramlara yüklediğimiz anlamlar veya bu kavramları farklı yerlerde kullandığımızda ona biçtiğimiz misyonlar değişiyor- Aile hekimini seçebilir, değiştirebilir ama bu basit bir şekilde anlaşılmalı. Şereflikoçhisar'daki yerleşik vatandaş Beypazarı'ndan aile hekimini seçmemeli. Seçerse, Tablo 5'teki gibi bir durum ortaya çıkıyor.

Aile sağlığı elemanları aile hekimlerinin öteki yarları. Aile hekiminin sorumlulukları arasında aşı uygulaması, izlemler, taramalar, periyodik muayeneler ama mutlaka tanı ve tedavi hizmetleri de var. Biz aslında koruyucu hizmetler ve tedavi edici hizmetleri birbirinden şu anda ayırıyoruz ama fonksiyon olarak ayırmamız mümkün değil. Çünkü biz hem birinci basamakta hem ikinci basamakta hem de üçüncü basamakta görevleri yazarken hepsine koruyucu hizmetleri de yazdık, yazmak zorundayız. Çünkü modern dünyanın ve işin gereğinin gittiği yer bu. İkincil koruması da var, üçüncül koruması da var.

Elektronik sağlık kayıtları önemli. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'miz var. İleri tekno-



loji, demografik verileri, sağlık verileriyle birlikte tutan ve bunları örtüştüren, özellikle bu bizim birinci basamak hizmetlerde bulaşıcı hastalıklar veya birçok kontrol programlarında demografik verilerle sağlık verilerini -Demografik verileri, sadece yaş, cinsiyet bilgisi değil, aynı zamanda yerleşim bilgisi, hizmet aldığı bölge bilgisi açısından da örtüşürme ihtiyacımız var.

Merkezî veri toplama ihtiyacımız var, çünkü planlama yapmak istiyoruz, hizmeti planlamak istiyoruz. Paydaşlara raporlama ihtiyacımız var.

Kişiyeye özel danışmanlık, laboratuvar hizmetleri, idari işler, birimin yönetimi konuları söz konusu. Laboratuvar hizmetleri açısından da yeniden gözden geçirmemiz lazım. Laboratuvar hizmetini hastaya sunduğumuzda aslında laboratuvar hizmetini hastaya sunduğumuz kadar hekime sunuyoruz ve hekimin davranışında, kararında, tedavi şeklinde değişikliğe yol açmasını bekliyoruz. Ama bizim sunduğumuz laboratuvar hizmetlerinin önemlice bir kısmı fiilî uygulamada hekim tarafından tekrar değerlendirilip, o hasta için verilecek kararda işe yaramıyor. Kötü uygulamasını geçtim, laboratuvar sonucuna bakmayan hekim kısmını geçtim, %15-20 kadar hekim hastanın laboratuvar tetkikinin sonucuna bakmıyor. Geri kalan % 40'a yakını da hastaya tetkik istiyor ve hasta karar verilir gönderiliyor, o hasta bir daha kontrole geliyor veya gelmiyor. Hasta gittikten epeyce bir süre sonra laboratuvar tetkikleri karşımıza geliyor. Artık o laboratuvar tetkikleri de bir işe yaramıyor. Dolayısıyla bu birinci basamakta kullandığımız aile hekimlerine sağladığımız laboratuvar hizmetlerinin kullanımını gözden geçirmemiz, güncellememiz veya yeni bir politika belirlemeye ihtiyacımız var. Yani şu anda sunduğumuz laboratuvar hizmetlerinden ben efektif yararlanamadığımı düşünüyorum. Bazı laboratuvar hizmetlerini de, özellikle direkt görüntülemeleri de vermemiz gerektiğini düşünüyorum, çünkü biz hasta orada iken hasta hakkında hastanın kararını oluşturmadan bilgi sahibi olmamız lazım. "Hastanın bütün laboratuvar sonuçları çıkana kadar beklemesi esastır" demiyorum ama değişiklik yapma durumumuz laboratuvar sonucuna göre ne kadar, bunu analiz etmemiz lazım. Laboratuvar hizmeti sunmamızda da bir değişikliğe ihtiyacımız var.

THSK Düünden Bugüne

Sağlık çalışanlarının ücretleri geliştirildi, gerçekten bir motivasyon artışı oldu. Yalnızca "ama"ları eklesen de büyük resim bu.

Birinci basamaktan uzaklaşan personelin yeniden birinci basamağı tercih etmesi sağlandı. Negatif performans temelde hekimlerin koruyucu sağlık hizmetleri konusunda sorumluluk alması için konuldu ama bunun eksikliği belli noktada pozitif performansı da eklememiz gerekiyor.

Fiziksel şartların iyileştirilmesi gerekiyor. Bu aile hekimliği ile her hekim için bir muayene odası sağlandı. Bu noktada eski sağlık ocağı sistemimize göre çok iyi bir yerdeyiz. Yine, ben bir "Ama" ekleyeyim; buraların temizliğinden fiziksel yapısına kadar yeniden organize etmemiz gerekiyor. Belki işletilebilmek için şu anda aile hekimine "Kendi yerini kendin bul" dediğimizdeki uygulamadaki dengesizlikler, farklılıklar, birisine devlet kurumunu tahsis ediyoruz 80 metrekare, 600 lira kira alıyoruz, öbürüne "Özelden kirala" diyoruz, 50 metrekare. O aylık 2.000 lira ödeyebiliyor. Yani bunların ilk kurgusundaki mantık çalışırken birtakım düzeltmeler ihtiyaç gösterdi, şimdi o düzeltme kararlarını netleştirme aşamasındayız. Ama eğilimimiz, mümkün olduğu kadar kamunun yer tahsis etmesi, kira aile hekiminden alınabilir. Ama bunun da bir kamu alanı olduğunu bilerek ona göre düzenlemek ve burayı geliştirmek istiyoruz.

Bölge tabanlı kayıttan bireye yönelik birim temelli kayda geçtik. Rutin aşılama- mız: Bütün dünyada sağlık göstergesi olarak kabul edilen yüzde 78'lerden yüzde 97'lere çıktı. Gelişme yönündeyiz ve gelişmeye devam ediyoruz. Birçoğunda da artık gerçekten fiili ulaşılabilirlik noktasına ulaşmış durumdayız. Ama anne ölüm oranı için bunu, evet uluslararası kriterler olarak da, oran olarak, sayı olarak kabul edilebiliyor, kıyaslama açısından biz de oran veriyoruz ama anne ölümünün oranı vesaire olmaz. Anne ölümünün her biri bir kıyamettir. O arkasında bıraktığı yetim çocuklar, dul eş ve yıkılmış, sönmüş bir ocaktır. Dolayısıyla bunun oranı veya hedef rakamı yok. Bir tek hedef var: Sıfır. Bunu böyle görüyoruz, bu yönde bakıyoruz. Kendimizi kıyaslamak için oran koyuyoruz ama asla oranlarla, rakamlarla anne ölümü, bebek ölümü ifade edilemez. Bunu bu şekilde hem bizim hem de çalışan arkadaşlarımızın, meslektaşlarımızın böyle algılaması gerekiyor.

Memnuniyet iyi ama memnuniyet biraz subjektif bir ifade, beklentiyle alakalı bir şey. Dolayısıyla bu memnuniyetin yüzde 90'lığına kendimizi rehavete hiçbir şekilde kaptırmamamız gerekiyor. Beklentiyi artırırsak bu düşer.

Burada birinci basamakta hizmet veren hekim sayısı artışı olmuştur ama olması gerekenin yarısındayız.

Tablo 6. Yıllara Göre Aşılama Yüzdeleri

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	DBT-3.doz	DBT-3.doz	DBT-3.doz	DBT-3.doz	DBT-3.doz	DBT-3.doz	DBT+IPV+Hib-3.doz	DBT+IPV+Hib-3.doz	DBT+IPV+Hib-3.doz	DBT+IPV+Hib-3.doz	DBT+IPV+Hib-3.doz	DBT+IPV+Hib-3.doz	DBT+IPV+Hib-3.doz
TOPLAM	77,8	67,6	84,9	84,2	81,1	95,5	96,2	95,5	96,9	96,5	96,8	97,6	99,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı THSK Aşı İle Önlenbilir Hastalıklar Daire Başkanlığı

Aşılama yüzdelerinin yıllara göre değişimlerini görüyorsunuz. Aile hekimliği ile aşılama oranlarımız da anne ölümü, bebek ölümü oranlarımız da daha iyiye gidiyor, bu net.

Tablo 7. Yıllara Göre Anne Ölüm Oranı

	YILLARA GÖRE ANNE ÖLÜM ORANI (YÜZBİNDE)												
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TÜRKİYE	64*	61*	50,2*	39,3*	28,5*	21,2*	19,4*	18,4	16,3	15,6	15,0	15,9	15,2

Kaynak: 2005-2008 TSİM; 2009-2014 Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
*2002-2008 yılları arası Türkiye sayıları SB İstatistik Yıllığından alınmıştır.

Tablo 8. Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı

İl Adı	BEBEK ÖLÜM HIZI (Binde) (22 hafta ve üzeri)												
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TÜRKİYE	*31,5	*29	*26	*21,4	*16,5	16,4	14,8	13,1	10,1	9,6	9,6	10,2	10,4

Kaynak: 2002-2006 TSİM; 2007-2014 Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Bşk
* 2002-2006 yılları arası il bazında veri bulunmamaktadır. Bebek ölümleri izleme sistemi 2007 yılından itibaren veri sağlamaktadır. Bu tarihler arası Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması ile TÜİK verilerinin projeksiyonudur
**2002-2006 yılları arası il bazı verileri TSİM'den alınmıştır

Toplum sağlığı merkezleri merkezde yer alıyor. Bizim hem koruyucu hizmetlerde, özellikle topluma yönelik hizmetlerimizde, bu hizmetlerin koordinasyonunda, hem koordinasyon hem hizmet sunumunda merkezde yer alıyor.

Bunun yanında, çevre sağlığı hizmetleri, adli hizmetler, çalışan sağlığı gibi aile hekimlerinin birebir üzerine az yüklememiz veya hiç yüklemememiz gereken, az yüklediğimiz alanların da temel sorumluluğu toplum sağlığı merkezlerinde.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Mevzuatı

Mevzuat:

- 5258 Aile Hekimliği Kanunu (09.12.2004 - 25665 RG)
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (25.01.2013 - 28539 RG)
- Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği(30/12/2010 – 27801 RG)
- Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliği (05.02.2015 29258 RG)



- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (Karar Sayısı: KHK/663)
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (27/02/2015 - 29280 RG)

Daha alt düzenlemelere de baktığınızda, epeyce mevzuat değişikliği oluyor.

Mevzuat değişikliğine iki açıdan bakabiliriz: Birinci bakış açısı “ya bu kadar değişken bir ortamda ne yapacağımızı bilemiyoruz” bu doğru. Ama diğer taraftan da biz kuralsız hareket edemeyiz ama asla kuralların veya mevzuatın mahkûmu da olamayız. İşin gereği ne ise biz onu yapmak zorundayız. Dolayısıyla kuralsız iş yapmayacağımız gibi, mevzuata da mahkûm olamayız. Mevzuatı gerektiğinde de değiştirmeliyiz. Ama sürekli üzerine koyarak ve kazanılmış hakları –hukukun temel ilkesi olarak- müktesep-leri de koruyarak gidiyoruz, gitmeliyiz.

Teknoloji değişiyor. Teknoloji değişimine, bilinç değişimine, insanların refah düzeyinin artışına koşut olarak yaşam sürelerinde artış meydana geliyor. Bu yaşam süresindeki artış konusunda hep “Yaş ilerledi hastalık artacak, hasta artacak” diye bakıyoruz. Aslında bunun birebir böyle olmadığını düşünüyorum. Bu, geçiş sürecinde böyle. Çünkü baştan itibaren sağlığı iyi korumayıp da belli noktalardaki müdahalelerimizle yaşam süresi uzamış olabilir. Bir dönem yaş ilerlemesiyle beraber hastane kullanımı,

sağlık hizmeti kullanımı artabilir ama sağlıklı bir yaşlanma sağladığımızda, yaş ilerledi diye hastane kullanımı mutlak surette artmaz, bu da bir gerçek. Öbür türlü bakarsak da, zaten hastane kullanımı hep ömrün son yıllarında oluyor. Eğer ömrün son yılları 65 ise 60'tan sonra olacak, 85 ise 80'den sonra olacak. Dolayısıyla bence bu noktada da basmakalıp yaklaşımları birebir kabul etmememiz gerekiyor. Zira "Sağlıklı Yaşlanma" diye de bir kavram var, yaşlanan herkes hasta olmaz. "İleride nüfusumuz yaşlanacak, sağlık giderlerimiz katlanarak artacak" görüşünü de peşinen kabul etmememiz gerektiğini düşünüyorum.

Sağlığın geliştirilmesinde birinci basamak sağlık hizmeti sunumu oluşturuyor, oluşturması gerekiyor. "Gerekıyor" diyorum, çünkü bizim hastaneciliğin yaygın olduğu yerlerde ilk başvuru yeri her zaman hastaneler oluyor. Biraz arz-talep dengesiyle bu bir ekonominin kavramı ama durumu ifade etmek için söylüyorum, ne kadar çok arz ediyorsak o kadar çok da talep oluyor.



Dr. Abdullah BİROĞUL

Doktor Abdullah Birol kardeşimiz PKK tarafından katledildi. Neden katledildi? Biliyorsunuz, sinek bile mazarrat olmadığı sürece öldürülmez. Durup dururken bir insanı, bir canlıyı katletmenin kendisi mazarrat haline gelmiştir yani katletme süreci, katledenler mazarrat haline gelmiştir. Evet, meslektaşımız, bizim inancımıza göre, şehit oldu ama olayı sadece bu kadar ifade etmek yetmiyor. Her bir olayın kapağını kaldırıp arkasına baktığımızda, bu Diyarbakırlı, ekonomik durumu zayıf olan 6 kardeşten birisi,

en büyüğü çok ciddi maddi sıkıntılarla "yiyecek ekmek bulmakta sıkıntı çeken" bir ailenin okuttuğu çocuk ve birileri gitti evladımızı katletti. Bunların yaptığı işin katli olduğu, yapanların da bir katil sürüsü olduğunu açık bir şekilde söylememiz lazım, açık değil, yüksek sesle söylememiz lazım. Çünkü olay sadece "Bir kişi şehit oldu..." değil. Bir de onun ailesine baktığımızda, orada bir kıyamet oldu. Bu arkadaşın hizmet sunduğu bölgede şimdi yeni arkadaşlarımız hizmet sunacak ama elbette çekinecekler, elbette korkacaklar. Bundan kim zarar gördü? Katillere "Katil" demeliyiz, katilleri yüksek sesle, elimizle, dilimizle engellemeye çalışmalıyız. Allah rahmet etsin, inşallah bu son dur, inşallah bu son olur.



*Uzm. Dr. Ümit ATMAN
Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Yunus Emre TSM Başkanı*

TSM Bakışıyla Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Bilindiği gibi, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık alanında önemli bir dönüşüm gerçekleştirilmiştir. Bu dönüşümle Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin sağlık sisteminin 21. yüzyıl vizyonuna uygun hale getirilmesi ve insanımızın hakkı olan kaliteli sağlık hizmetini almasını sağlamak amaçlanmıştır. Dünyanın birçok gelişmiş ülkesinde sağlık sistemlerinin yerinde incelenip değerlendirilerek ve kendimize mahsus şartlarımızı da göz önünde bulundurarak bir Türkiye Modeli olarak "Sağlıkta Dönüşüm Programı" geliştirilmiştir.

Bugün bu programın sağlıklı hayata katkılarını ve sonuçlarını hep birlikte yaşıyoruz. Yaşadığımız bu süreçte verimliliği artırmak adına gelinen noktayı yeterli görmüyoruz. Bu anlayışla sahada hizmet verenler olarak, daha iyiye ulaşmak adına; Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) bakışıyla sorunlarımızı ve çözüm önerilerimizi masaya yatırdık. Biliyoruz ki yapacak daha çok işimiz, verecek hizmetimiz, gidecek çok yolumuz var.

TSM'leri, 2002 yılından beri uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir sonucu olarak ve birinci basamak sağlık sisteminin en önemli paydaşlarından biri olarak değerlendirmek gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık sistem-

2. OTURUM: TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

lerinin anahtar bileşeni olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleriyle ilgili yasal düzenlemeleri; "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında 2004 yılında çıkarılan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve bu Kanuna bağlı çıkarılan yönetmelikler oluşturmaktadır. Söz konusu düzenlemelerle bireye yönelik koruyucu ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmesi öngörülen aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının görev tanımları, çalışma usulleri ve ücretlendirme yöntemleri belirlenmiştir. Diğer taraftan topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri vermesi planlanan TSM'lere yönelik ilgili yasada herhangi bir atıf bulunulmaması nedeniyle bu kurumların işleyişinin önce yönerge, 2015 yılında da yönetmelik düzeyinde tanımlandığı görülmektedir. Kuruluşu için ayrı bir kanun çıkarılmayan ve sessiz sedasız hayatımıza giren TSM'ler hakkında sahada ve uygulamada yaşanan gerçeklerden hareketle 5 Şubat 2015 tarih ve 29258 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği kapsamında aşağıdaki değerlendirmeler yapılmış ve öneriler sunulmuştur.

Başlangıçta, çıkarılan yönerge ile her ilçede bir TSM kurulması planlanmış ve 950 civarında TSM kurulmuştur. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinin 4. Maddesinin (1). bendinde; Toplum Sağlığı Merkezi, "Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla 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 etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu" olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere; Sağlık Bakanlığı'nın esas görevleri olan halkın sağlığını koruma ve geliştirme hizmetleri, özellikle de topluma ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, TSM'nin görevi olarak belirtilmektedir.

İlgili yasal mevzuatta, TSM'nin sunması veya sunulmasını sağladığı hizmetler ise;

- İdari ve mali işler,
- Kayıt ve istatistik,
- Plan ve program yapma,
- Üniversitelerle işbirliği,



2. OTURUM: TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

- İzleme ve değerlendirme,
- Bulaşıcı hastalıkların kontrolü,
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü,
- Üreme sağlığı hizmetleri,
- Ulusal programlar,
- Adli tıp hizmetleri,
- Acil sağlık hizmetleri,
- Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri,
- Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri,
- Çevre sağlığı hizmetleri,
- İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri,
- Afet hizmetleri,
- Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki,
- Sağlık eğitimi hizmetleri,
- Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri,
- Sosyal hizmet çalışmaları vs. yapmak olarak sayılmıştır.

TSM'ler ile ilgili olarak öncelikle;

- Bölge yönetim birimi midir?
- Tüm koruyucu hizmetlerden sorumlu hizmet birimi midir?
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinden mi sorumludur?
- Topluma yönelik hizmetlerden sorumlu ana hizmet birimi midir? Şeklindeki kavram kargaşasına son vermek gerekmektedir.

İlgili tanımlamalara baktığımızda; TSM'ler, çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin yanında bölgede sunulan sağlık hizmetlerini izleme ve değerlendirme ve sağlığı geliştirme programlarının yürütülmesi ve kapsayıcılık açısından ülkemiz birinci basamak sağlık örgütlenmesinin vazgeçilmez unsuru olarak görünmektedir. TSM hizmetlerinin

2. OTURUM: TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

doğası gereği il ve ilçe düzeyinde çeşitli sektörlerle (Milli eğitim müdürlüğü, tarım müdürlüğü, çevre müdürlüğü, sosyal hizmetler müdürlüğü, emniyet müdürlüğü, belediyeler, il özel idaresi, Çalışma Bakanlığı'nın bölge müdürlükleri gibi) işbirliği içinde yürütülmesi gerekmektedir. Günümüzde TSM'lerin işleyişine baktığımızda; yetkilerinin sınırlı olması nedeniyle hizmet üretmesi pratik olmayan bir kuruluşlar durumunda olduğu ve söz konusu TSM hizmetlerinin ilgili kamu kurumlarının görev, yetki ve sorumluluklarıyla ilgili herhangi bir düzenlemeye gerek duyulmaksızın tanımlanmaya çalışılması gerçekçi olmamaktadır.

TSM'nin kuruluşunda başlangıçta nüfus temelli bir yapı amaçlanmış iken, daha sonra ilçe sınırlarına bağlı yapılanmaya geçilmiş, hangi hizmetleri, nasıl yürüteceği tam olarak şekillendirilemeyen TSM sayılarının azaltılması yoluna gidilmiştir. İlçe sınırları esas alındığında, nüfusu bir milyon civarında olan ilçelere hizmet vermek zorunda olan TSM'ler sorunu ile karşı karşıya kalmıştır. Öte yandan mevcut düzenlemelerde TSM'lerin aile hekimliği birimlerinin bir üst kurumu olarak hizmet verip vermeyeceği de açıklığa kavuşturulmamıştır. Bu durum; toplum sağlığı hizmetlerinin planlanmasını güçleştirmektedir. Bu süreçte Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) tarafından verilen kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin entegre edilmesinde halen sorunların yaşandığı gözlenmektedir. Aile Hekimlerinden TSM ve Halk Sağlığı Müdürlüklerine formlar aracılığı ile veri aktarılması yapılmadığı için, TSM'lerin bu izleme ve değerlendirme, sağlık risk ve sorunlarını belirlemede kullandığı temel veri kaynağı Karar Destek Sistemi oluşturulmuştur. Üniform olmayan bir coğrafi dağılıma sahip ülkemizde, ASM'lerin üniform risk grubu izlemine dayalı koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarının, toplum sağlığı sorunlarına çözüm bulunması açısından Karar Destek Sisteminin yeterli veri kaynağı olup olmayacağı tartışmalıdır. Bu da sahada sunulan Birinci Basamak Sağlık hizmetlerinin etkinliğini tartışılır hale getirmiştir.

Son dönemde; TSM verilen koruyucu sağlık hizmetleri görevleri Sağlık Bakanlığı'nın esas görevi olmasına rağmen Bakanlığın Merkezinin dışına çıkarılıp Halk Sağlığı Kurumu adı altında bir bağlı kuruluş oluşturularak buna bağlanmış ve 663 sayılı KHK'de TSM'lerin durumu ise tanımlanmamıştır. Bu durum özellikle sahada, TSM'lerin nereye bağlı olduğu (İl Sağlık Müdürlüğü, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Kaymakamlık, Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği...) konusundaki karmaşanın devamına sebep olmuştur.



Bu yaklaşımın toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetleri desteklemediği ve var olan sorunların derinleşmesine yol açacağı düşünülmektedir. TSM'lere topluma yönelik ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri görev olarak verilmişken, aynı zamanda bölgeye yönelik bir takım idari görevler verilmiş olması hizmet sunumunda sıkıntı yaratmaktadır. Özellikle bölge aile hekimleri ile ilgili yetkisiz sorumluluk verilmiş olması TSM'lerin işini güçleştirmektedir.

TSM Binaları ve Personel Durumu

TSM'leri, bir bina standardı olmaması nedeniyle, pek çok yerde fiziki olarak yetersiz, konum olarak uygunsuz, sıkışık, kiralık binalarda hizmet vermektedir.

TSM bina standardının mevzuatlaşması ve Temel Sağlık Hizmetleri düşünüldüğünde, en uygun binaların TSM'lere ayrılması şarttır (Bina şartları nedeniyle personel görevlendirmelerinde sıkıntı yaşanmakta ve bazı illerde TSM görevlendirmeleri sürgün gibi algılanmaktadır).

Genel olarak bakıldığında TSM personel kadro sayılarının artırılması bir ihtiyaçtır.

Öyle ki; TSM'lerin Personel Dağıtım Cetvelleri (PDC) dolu gibi görünmekte fakat bu kadrolarda olup Aile Hekimliğine ve Aile Sağlığı Elemanlığına geçişler, bağlı birimlerdeki personel ihtiyacı (İSG, VSD, KETEM gibi) göz ardı edilmektedir.

TSM Personel Dağıtım Cetvellerinin bütün bunlar göz önünde bulundurularak düzenlenmesi gerekmektedir. Personel sayısının bazı yerlerde az, bazı yerlerde gereğinden fazla olması da sorundur (Bazı TSM'lerde personel sayısal olarak yetersiz, bazılarında özellikle merkez TSM'lerde personel fazla olabilmektedir). Her iki durumda, hizmetleri olumsuz olarak etkilemektedir. Buna personelin nitel yönden eksikliği eklendiğinde TSM hizmetleri daha fazla olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Özellikle büyükşehirlerde hizmet veren TSM'lerde personel hareketliliğinin fazla olması (geçici görevlendirmeler...), yeterli olanak ve organizasyon sağlanmaksızın, yapılan görevlendirmelerde (Spor müsabakası görevlendirmeleri gibi) personel motivasyonunu, aidiyet duygusu ve ekip anlayışını olumsuz etkilemektedir.



Bu nedenle; TSM'de görev yapacak personelin meslek ve sayıları standardize edilmelidir. TSM personelinin niteliği tanımlanmalı ve TSM'ler personel ihtiyacının giderildiği depolar olarak algılanmaktan çıkarılmalıdır. TSM'nin bina ve donanımı tanımlanmalı ve sahada hizmet için mutlaka araç (en az iki) ve şoför olmalıdır (Bir binek, bir minibüs...).

TSM personelinin Ücretlendirmesi

TSM çalışanlarının ek ödeme ücretlerinin diğer sağlık kuruluşunda çalışanlarına göre daha düşük olması da olumsuz bir durumdur. TSM personelinin Müdürlük personeline göre saha hizmeti sunmalarına rağmen, döner sermayeden daha az faydalanması, personel üzerinde motivasyon eksikliği yaratmaktadır. Bu nedenle çalışan motivasyonu ve verimliliğini göz önünde bulundurarak, TSM personelinin döner sermaye katkı payının artırılması düşünülmelidir. Aynı ay içerisinde aynı kişiye birden fazla Aile Hekimi (AH) ve Aile Sağlığı Elemanı (ASE) görevlendirmesi yapıldığında; Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS) üzerinden ücret hesaplanması yapılamamaktadır. ÇKYS sistemi T.C. kimlik numarası üzerinden işlem tesis etmekte ve bir ay içerisinde bir kez görevlendirme yapılabileceğini var saymaktadır. ÇKYS programı değiştirilerek aynı kişiye aynı ay içerisinde birden fazla görevlendirme ve ödemeye izin verilmesi sağlanmalı yada aynı ay içinde birden fazla geçici görevlendirmelerin önüne geçilmelidir.



Ayrıca yeni açılmış sıfır nüfuslu Aile Hekimliği Birimleri (AHB) ya da düşük nüfuslu AHB'lerine görevlendirme ve sözleşme durumunda gelir düşüklüğü nedeni ile sorunlar yaşanmaktadır. Görevlendirme ihtiyacı nedeniyle bu pozisyonların gelir yönünden cazip hale getirilmesi için çalışmalar yapılması uygun olacaktır. Aslında TSM personelinin asli görevi olmaması gereken hizmetlerin, aylık performansa tabi olması ve ay sonunda genellikle personelin ek ödemesini negatif etkilemesi önemli bir sıkıntı olarak karşımıza çıkmaktadır (Sigara denetimi vb.) Performans kriterlerindeki çelişkili, yoruma açık durumlar da TSM personelinin ek ödemesini negatif etkilemektedir. Bu nedenle performans kriterleri net, açık, anlaşılır ve ölçülebilir olmalıdır. İller arası yoruma dayalı farklı uygulamaların önüne geçilmelidir.

Bağışıklama Hizmetleri

Okul çağı aşılama TSM tarafından yapılmaktadır. Bu görev AHB'lerin görevi olmakla beraber, bu hizmette aksama olmaması için TSM'nin coğrafik yapı, sosyokültürel vb. özellikleri göz önünde bulundurularak hazırladığı plan ve işbirliği doğrultusunda hizmet verilmelidir. AHB'leri okul sağlığı programı kapsamında yaptıkları sağlık taramalarında gerekli aşılı da yapıp muayene formuna işlemeleri hizmet bütünlüğü açısından uygun olacaktır.

Aile Hekimliği Uygulama Hizmetleri

Sahada bireylerin aile hekimi değiştirme talebi ve zorunlu haller dışında AH kayıt değiştirilmesi için belirlenen sürenin 3 ay olması ile ilgili sıkıntılar sıkça yaşanmaktadır. AH değiştirme işlemlerinin e-devlet üzerinden, bireylerin kendileri tarafından (belirli sınırlar çerçevesinde) yapılması bürokrasiyi ve gecikmeleri azaltacaktır. Ayrıca zorunlu haller kapsamına gebe-bebek-loğusa gibi özellikli grupların girip girmediği açıkça belirlenmeli ve bu riskli grupların değiştirme işlemlerinde 3 ay sınırı aranmamalıdır.

AH'lerinin hizmet sunmak için ulaşamadığı kişilerin kaydının silinmesi işlemleri de sorunlara neden olabilmektedir. Aile Hekimlerinin ulaşamadığı bu kişiler TSM tarafından adresinde bulunmaya çalışılıp, bulunamadığında silinmektedir. Bu iş, TSM'nin yükünü çok arttırmaktadır. Bununla ilgili olarak özellikle Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK), Milli Eğitim Müdürlüklerinin, Nüfus Müdürlüklerinin yaptıkları işlemler esnasında AH'ine kaydı şart koşması ve ikametgâh değişikliğinde bu durumun muhtarlar tarafından TSM'ye bildirilmesi önerilebilir.

Çevre Sağlığı Hizmetleri

İlaç, kozmetik, ara ürün ve bitkisel ürün vb. ürünler, ambalajlı su denetimleri için denetim mevzuatının gözden geçirilmesi, ilgili mevzuatın geliştirilmesi, konuyla ilgili standart formların oluşturulması bir ihtiyaçtır. TSM'lerin hizmet alanı içinde kalan köylerdeki ve mahallelerdeki su depoları denetimi, numune alımı TSM personeli tarafından yürütülmektedir. TSM personelinin mahalle muhtarları üzerinde yaptırımı olmadığından düzeltici faaliyetlerin uygulanmasında sıkıntılar yaşanmaktadır (Örnek: Klorlama çalışmaları vb.).

Evde Bakım Hizmetleri

Evde Bakım Hizmetlerinde hizmetin sınırları net değildir ve hizmet talep eden tarafından suistimale açıktır. Sağlık personelinin eve gitmesinde güvenlik sorunu yaşanma riski mevcuttur. İlgili mevzuatın uygulamalarda yaşanan tecrübeler dikkate alınarak tekrar düzenlenmesi gereklidir. Evde Bakım Hizmetlerinde Birinci basamağın ve II. Basamağın rolü ve görev tanımı netleştirilmeli taşradaki yöneticilerin keyfi tutumlarına bırakılmamalıdır.

Eğitim-Araştırma Hizmetleri

Hizmet alanı saha olan TSM çalışanlarının gerek tanımlayıcı gerekse önleyici araştırmalar yapmaları desteklenmelidir. TSM personelinin çalışma yapması için ön şart olarak ortaya sürülen "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu Başvuru Formu" nu değerlendirecek, konusunun uzmanı kişilerden oluşan komisyonlar oluşturulmalıdır. Ayrıca başvuru formunda yer alan "etik kurul onayı" için, her kurumun kendine ait "Etik Kurul" ları oluşturulmalıdır. Böylelikle mevcut rutin işleri dışında bilimsel anlamda çalışma yapmak isteyen personelin motivasyonu olumsuz etkilenmeyecek ve ilgili prosedürlerin uygulanmasında kolaylık sağlanacaktır.

Şikayetler

- Vatandaşın şikayetleri (Ciddiyetten uzak şikayetler !)
- ASM'lerden gelen şikayetler



- Müdürlükten gelen şikayetler
- Kaymakalıktan gelen şikayetler
- SABİM – BİMER başvuruları
- TSM çalışanlarının şikayetleri

SABİM ve BİMER vb. sistemlerden gelen şikâyetlerde şikâyetçi ad-soyad ve iletişim bilgilerinin eksik veya yanlış alınması, her şikâyetin il müdürlüklerince incelemeye dönüştürülmesi yönündeki tavır; boşa zaman ve insan kaynağı kullanımına yol açmaktadır. Ayrıca bu durum eğitim düzeyi düşük bir kesim tarafından yanlış anlaşılmakta ve sağlık personelini itibarsızlaştırmaktadır.

Mevzuat

Mevzuat değişikliğiyle beraber her ilçede bir TSM ve bir İlçe Sağlık Müdürlüğü mevcuttur ve Mevzuatta TSM ve İlçe Sağlık Müdürlüğünün farklı görevleri tanımlanmıştır. İlçe kurullarının oluşturulması ve yürütülmesinde standart yoktur. Kurullar İlçe Hıfzısıhha, il düzeyindeki yöneticilerin yorumlaması ile kurulmakta ve çalıştırılmaktadır. Bu durumun düzeltilmesi ve tek isim altında toplanılması anlamlı olacaktır.

TSM'lere Bağlı Birimler

Ülkemizde toplum sağlığı merkezlerinin yanı sıra bu merkezlerin alt birimleri olarak 1. basamak sağlık hizmeti veren AÇS-AP Merkezleri, VSD'ler, KETEM'ler ve kamusal OSGB'lerde de çeşitli organizasyon ve koordinasyon sorunları yaşandığı gözlenmektedir.

Ana Çocuk Sağlığı Birimleri (AÇS-AP)

Sağlık Bakanlığı 2012 yılı sağlık istatistik yıllığına göre 2009-2012 yılları arasında ülke genelinde AÇS-AP merkezlerinin sayısı %14, AÇS-AP Merkezlerinde hekime başvuru sayısı ise %89 oranında azalmış bulunmaktadır. AÇS-AP merkezlerinin sayısal ve yapısal eksikliklerinin bu kurumlar tarafından yürütülmesi beklenen hizmetleri olumsuz etkilediği görülmektedir (bina koşullarının uygun olmamasının, eğitim salonunun ve danışmanlık verilebilecek ayrı bölümlerin olmamasının gerek hizmet, gerekse hizmet içi eğitimlerin kalitesini düşüreceği açıktır).

Verem Savaş Dispanseri (VSD)

Tüberküloz taramalarında zaman zaman aksaklıklar yaşanmakta ve bazı illerde VSD'lerin DGT'leri aile hekimlerine teslim ve kabul ettirmekte zorluk çektiği, VSD ve AÇS'ler ile ASM'ler arasında sistematik bir entegrasyonun sağlanamadığı görülmektedir. VSD ve AÇS-AP merkezlerinin sistem içindeki yeri ve rolünün netleşmesi gerekmektedir.

Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)

Ülkemizde 1996 yılında başlayan Kanser erken tanı tarama faaliyetleri, 2004 yılında SB ve AB ortak projesi ile 11 ilde kurulan Kanser Tarama ve eğitim yılında başlayan Kanser erken tanı tarama faaliyetleri, 2004 yılında SB ve AB ortak projesi ile 11 ilde kurulan Kanser Tarama ve eğitim merkezleri ile yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu uygulamalar ülkemiz için olumludur. Halen Sağlık Bakanlığına bağlı 81 ilde TSM'ye bağlı olarak çalışan 124 adet KETEM bulunmaktadır. KETEM'lerde meme kanserleri için 40-69 yaş arası kadınlara 2 yıl ara ile mamografi çekilmektedir. Meme kanseri taraması yapılması gereken kadın nüfusumuz 11 milyon, 50-69 yaş arası kadın nüfusu yaklaşık 6.5 milyonken, tarama yaşı 50den 40 yaşa düşürüldüğünde hedef nüfus iki kat artarak 11 milyona ulaşmıştır. Bu yaş indirimi tarama hedeflerine ulaşmayı güçleştirmektedir.



Hedef gruptaki kadınları KETEM'lere kimi illerde aile hekimleri yönlendirmekte, kimi illerde ise aile hekimleri ile bağlantı kurulmadan tarama yapılmaya çalışılmaktadır. Aile hekimleri tarafından KETEM'lere yönlendirilen hastaların sonuçları kimi illerde aile hekimlerine bildirilmemektedir. Bunun sonucunda; TSM'ler, aile hekimleri ve vatandaş arasında kalmaktadır. Gaitada gizli kan testleri hedef gruba aile hekimleri dağıtılmakta ancak dağıtılan kitlerin ne kadarının sonuçlarının aile hekimine geri geldiği, dolayısıyla aile hekimlerinin gaitada gizli kan sonuçlarını izleyebilme konusunda ne durumda olduğuna dair veri bulunmamaktadır. Bir diğer ifadeyle eve verilen kitlerin ne kadarını gerçekten uygulandığı ve ne kadarının sonucunun aile hekimine geri bildirildiği konusu tartışmaya açıktır.

Mevcut taramaların kapsayıcı ve etkin bir şekilde yapılabilmesi için; öncelikle görev tanımları netleştirilmeli ve birimler arasında entegrasyon sağlanmalıdır. Bilindiği gibi mortalitede düşüş sağlayabilecek bir taramanın toplum tabanlı ve %70 kapsayıcılığa sahip olması gerekmektedir. Taramalarla ilgili kararlar verilirken kaynak kapasitesi göz önünde bulundurulmalı, sahada hali hazırda uygulanmakta olan tarama programları yeni örgütlenme, yeni donanım ile desteklenmemektedir. Bunun sonucunda Ulusal kanser tarama programlarının koşullara ve kaynaklara ve risk durumuna ve önceliklere uygun olarak gelişeceği açıktır.

İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri

Mevzuatta yapılan düzenlemelerle iş sağlığı hizmetlerinin mevzuat ışığında TSM aracılığıyla kamu sektörü veya özel ortak işyeri sağlık güvenlik birimleri (OSGB) tarafından sunulması planlanmıştır. SGK kayıtlarına göre 2014 yılında 61 ilde bulunan toplam 76 TSM'de iş sağlığı hizmeti verilmektedir. Birinci basamakta iş sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında yaşanan eşgüdüm sorunları başta olmak üzere bu alanda bazı sorunlar ve belirsizlikler yaşanmaktadır.

Toplum sağlığı merkezlerinin görevi; gerekli olan altyapı sağlanması koşuluyla; kapsam dışı kalan ve riskli olan işyerlerine iş sağlığı ve güvenliği hizmeti götürmek, tüm çalışanları kayıt altına almak, çalışma ortamındaki olumsuz koşullardan kaynaklanabilecek sağlık zararlarından korumaya çalışmak, var olan iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin niteliğini sürekliliğini kontrol etmek ve geliştirmeye çalışmak olmalıdır. Bu doğrultuda, risk değerlendirme, acil durum planı hazırlanmasında standart rehberler

yayınlanmalıdır. İSG hizmetleri için, SGK ile online takip yapılabilecek ortak bir yazılım oluşturulmalıdır.

Mevcut halk sağlığı laboratuvarlarının ortam ölçümlerini gerçekleştirmeye yönelik alt yapısı geliştirilmelidir. Sağlık gözetimlerinin uygun şekilde yapılabilmesi için; odyometri ve radyoloji teknisyeni vb. teknik personel istihdamı sağlanmalı, bu kurumlarda çalışacak uygun nitelikteki personelin kalıcı olarak hizmet vermesi özendirilmelidir.

SON SÖZ;

Tüm bunlar TSM'lerin bugün yaşadığı sorunların bazılarıdır. Bu sorunlar nede niyle TSM her ilçede kurulmuş olsa da; sağlık hizmetlerinin sunumunda olması gereken yerini alamamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın esas görevi halkın sağlığını korumak ve geliştirmektir. Bu görevlerle ilgili hizmet birimi olarak ta TSM'ler tanımlandığına göre, TSM'ler olması gereken yapıya kavuşturulmalı, gücü artırılmalı ve etkin hizmet vermesi sağlanmalıdır.

Sağlıkta dönüşümün ruhunu kavrayarak insanımızın sağlığı için gece gündüz demeden fedakârca gayret gösteren tüm ekip arkadaşlarıma; hekimi, hemşiresi, ebesi, teknisyeni, memuru, şoförü vs. velhasıl bütün sağlık camiamıza teşekkür ediyorum.

DURMAK YOK, ÇALIŞMAYA DEVAM diyorum...



*Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) Enstitüsü
Sağlık Politikaları Direktörü*

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Giriş

Günümüzde sağlıkta gelişmişlik, dünyada gelişmişliğin de belirleyicisidir. Ülkelere sağlık göstergeleri, gelişmişlik düzeyinin temel ölçütüdür. Sağlık hizmetini yaşamın tüm dönemlerinde en iyi seviyede almak herkesin temel hakkıdır. Bunun yanında Sağlık ve Yoksulluk arasında da güçlü bir ilişki vardır; nitelikli sağlık hizmetleri, ekonomik ve sosyal istikrarın kaynağıdır ve yoksulluğu azaltmanın temel araçlarından birisidir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH) sağlık hizmetlerinin temelini oluşturur. Başarılı BBSH'ne sahip ülkeler toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verir, sağlıkta daha hakkaniyetli bir hizmet sunumu sağlar ve ülkenin sağlık harcamaları daha maliyet etkin olur. Dünya Sağlık Örgütü BBSH Hedefleri aşağıda sıralanmaktadır:

2. OTURUM: TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

- Sağlıkta sosyal eşitsizliklerin azaltılması,
- Kişilerin ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda sağlık hizmetlerinin organize edilmesi,
- Tüm sektörlerde sağlığın entegre edilmesi, işbirliklerinin sağlanması,
- Paydaş katılımının artırılması.

Birinci basamağın bu işlevlerini gerçekleştirebilme düzeyi yine kendisine özgü olan üç yapısal özelliğinin varlığına bağlıdır:

- Eşit kaynak dağılımı,
- Uygun finansman yöntemi,
- Birinci basamağa uygun sağlık ekibi

Sağlık Sistemleri, yaşlanan nüfus, bilimsel ve teknolojik ilerlemeler, kronik hastalık yükü, bireyselleşme, hasta ve kamu katılımının artması gibi sorunlarla baş etmek zorundadır.

Elbette Birinci Basamak için de bu durum geçerlidir.

BBSH'nin hem diğer basamaklarla ortak özellikleri, hem kendine özgü özellikleri, hem de kendine özgü özelliklerinden kaynaklanan özellikleri vardır:

- Sağlık hizmetinin diğer basamakları ile ortak özellikler;

Hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi,

İş yükü,

Kayıtlar

- BBSH'ne özgü özellikler;

Yapısal özellikler

Kaynak (alt yapı, donanım ve insangücü) dağılımı,

Uygulama özellikleri,

İlk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm

- BBSH'ne özgü özelliklerden kaynak alan özellikler;

Toplum yönelimli olma

Sağlık eşitliklerini geliştirme



BBSH'nin niteliğini belirleyen ögeler ilk başvuru yeri olması (her gerektiğinde), kişi temelli (hastalık temelli değil) sürekli hizmet verilmesi, kapsayıcı ve bütüncül (koruyucu ve sağaltıcı) hizmet verilmesi ve koordine hizmet verilmesidir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi ve Sağlık Ölçütlerine Etkisi

Daha çok Birinci Basamak hekiminin bulunduğu bölgelerde halkın sağlığı daha iyidir ve sağlık harcamaları daha düşüktür (koruyucu hizmetler ve düşük hastane masrafları (Franks and Fiscella 1998; Mark et al. 1996; Welch et al. 1993; Starfield and Shi 2002). Bu hekimlerinden hizmet alan toplum diğerlerine göre daha sağlıklıdır ve ve bu toplumların özelliklerinin niteliği sağlık düzeyini belirlemektedir (Atun 2004, Egnsstrom ve ark 2001, Starfield ve ark. 2005). BBSH bölgesel ve diğer sosyoekonomik farklılıkların sağlık üzerindeki etkilerini azaltmaktadır (UK ve USA: (Britton et al. 2004; van Doorslaer, Koolman, and Jones 2004; Leggetter et al. 2002) ve Gelişmekte olan ülke çalışmaları (Meksika: Reyes et al. 1997; Bolivya: Perry et al. 1998 ; Kosta Rika Rosero-Bixby 2004) .

Her 10 000 nüfus başına Birinci Basamak hekimi arttıkça bebek ölüm hızı ve tüm nedenlere bağlı mortalite düşmektedir ve algılanan sağlık düzeyi yükselmektedir (gelir, eğitim, sosyal güvence ve etnik özellik kontrol edildiğinde GP daha başarılı) (Shi et al. 2003-4 ; Shi & Starfield 2000 ; Gulliford 2002 & 2004). Yine bu hekimler arttıkça, yoksul bölgelerde zengin bölgelere göre sağlık göstergelerinde daha büyük iyileşmeler saptanmıştır (TSH bölgesel eşitsizlikleri azalttı) (Shi & Starfield 2000; Shi at al. 2004-2005). Sağlık kurumuna başvuru ile sınırlı olan, yani gezici olmayan Birinci Basamak hizmeti, "sağlık göstergeleri açısından" yoksul bölgelerin dezavantajlı durumunu değiştirmemektedir (Shi & Starfield 2001).

Her 10 000 nüfus başına BBSH hekimi arttıkça hastane ölümleri de azalmaktadır. 10 000 nüfus başına düşen BBSH hekim sayısı, 100 hastane yatağı başına düşen hekim sayısına göre daha fazla ilişkilidir (Jarman ve ark. 1999). ABD'de 10 bin kişi başına düşen BBSH hekimi sayısı 1 artırıldığında her 128 bin ölümün önlenilebileceği öngörülmektedir (Machinko ve ark. 2005).

Düzenli BBSH hekimi izlemi altında olanlarda izlenmeyenlere göre (İspanya, Kanada, Küba, ABD ve Kosta Rika'da düzenli BBSH hekimi izleminin çeşitli sağlık göstergelerini çok olumlu etkilediği konusunda açık kanıtlar mevcuttur (Villalbi 1999; Roos 1979; PAHO 2005, O'Malley 2005) Buna göre BBSH Hekimi tarafından izlenenlerde:

2. OTURUM: TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

- 5 yıllık ölümlülük oranı daha düşük (Franks & Fiscella 1998),
- düşük doğum ağırlıklı bebek oranı daha düşük (Regan 2003),
- izlem altındakiler daha sağlıklıdır.

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) insan merkezli, sürdürülebilir, kaliteli, katılımcı, desantralize, hizmette rekabet ve gönüllülük ilkelerini savunmaktadır. Desantralizasyon ilkesiyle, yerinden yönetim modeli hedeflenmiş ve aile hekimliği ile koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiştir. SDP, yaygın, erişilebilir ve güler yüzlü sağlık hizmeti sunmak amacıyla planlanmış ve kademe olarak uygulanmıştır.

BBSH'nin niteliğini belirleyen ögeler yönünden SDP değerlendirildiğine;

• İlk Başvuru yeri açısından bakılırsa;

Birinci basamak ekibinin popülaritesi hala Türkiye'de tartışmalıdır. Pratisyen hekimler tarafından verilen, yoksullara verilen hizmet algısı maalesef kimi yerlerde hala devam etmektedir. Coğrafi ulaşılabilirlik ise görece çözülmüş görülmektedir. Tanı-salgıtım teknolojisi için ise gelişmeye ihtiyaç vardır.

• Kişi temelli sürekli hizmet açısından bakılırsa;

Dikey Örgütlenmeler (hastalık temelli süreklilik ya da seçici TSH, Bakanlık düzeyinde, İl müdürlüğü düzeyinde, 1. basamak düzeyindeki uygulamalar (tüberküloz, diyabet, hipertansiyon vb) devam etmektedir. Zaman, kayıt sürekliliği (KSF vb.) ile çalışanların başka, ailenin diğer bireylerinin başka hekimlere gitmesi gibi sorunların olduğu görülmektedir.

• Kapsayıcı-bütüncül hizmet açısından bakılırsa;

Güvenli ve sağlıklı gıda sorunları ile çevre sağlığı sorunlarında alınacak mesafe vardır. Sağlık insan gücü dağılımı eksiklik ve yetersizlik söz konusudur sağlık memuru, ebe gibi oldukça etkin ve özel hizmet sunumu yapabilecek sağlık personelleri sistemde tanımlı değildir. Çalışma koşulları ve diğer yaşam koşullarının entegrasyonu yeterli değildir.



• Sevk Sistemi

Aile hekimi kapı tutuculuk görevini yapmaktadır, yani sadece sevk eden değil aynı zamanda bireylerin karşılaştıkları her yeni sağlık sorunu ile ilgili ilk kararı veren, gerektiğinde hastasını sevk eden ve sevki takip eden hekimdir. Akut hastalıkların yönetimi konusunda hekimlere yol gösterecek yeterli tanı kılavuzları bulunmamaktadır. Uzmanlık kültürünün yüksek olduğu toplumumuzda, hasta hala birinci basamağa yeterince güvenmemekte ve reçete yazma, kan tahlili gibi basit işlemleri talep etmektedir.

Yapılan çalışmalarda toplumun, aile hekimlerinden genelde bireysel ve sınırlı alanlarda hizmet aldığı, sunulan hizmetlerin pek farkında olmadıkları saptanmıştır. Buna rağmen birinci basamak hizmetlerine kişi başına müracaat sayısı 2002 yılında 1,1 iken 2013 yılında 2,9 olmuştur.

Birinci basamak sevk hızı ise yüzde 22'den yüzde 3'e düşmüştür.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Karşılaşılan Güncel Sorunlar

Sisteme ilişkin bu sorunların yanında, Eylül 2015 itibarı ile güncel sorunlar da bulunmaktadır.



•Altyapı-Güncel:

Teknolojik ve yapısal olarak farklı altyapı ve konum durumlarına sahip binalarda hizmet sunulmaktadır. ASM bina mülkiyeti, kira, sabit giderler açısından farklı ve adaletsizlikleri de beraberinde getirmektedir. Çözüm olarak standart uygulama getirecek bir düzenleme yapılmalı, Kurum desteğiyle tip projeler oluşturularak Türkiye genelinde uygulama birliğine gidilmelidir. Hizmeti sunan ve alanın ortam ve altyapı açısından eşitlenmesi uygun olacaktır.

• Mesleki Kadro Unvanı

Aile Hekiminin kamu çalışanı mı yoksa kamuya hizmet satan mı olduğu konusunda algı sorunları bulunmaktadır. Çözüm olarak kamu personeli olmayan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının da kadroya alınması çalışmaları başlatılmalı ve tüm aile hekimliği çalışanları statü açısından standart hale getirilmelidir.

• Nöbet

Aile Hekimleri nöbet tutmak istememektedir. Üstelik hafta sonu yapılacak başvuruların, gerçek sağlık ihtiyacından mı olduğu da tartışılması gereken bir konudur. Ceza puanı ve fesih uygulaması iki ucu keskin bir yöntemdir. Çözüm olarak hastane yakını Özel ASM'leri Sarı ve Yeşil alanlar alabilir. İnsangücü için teşvik sağlanabilir. Altyapı tetkik desteği ile memnuniyet artabilir. Üstelik zorlama kalkarsa çalışma motivasyonu da artacaktır.

• Sevk-Güncel:

Sevk uygulaması iki kez pilot olarak denenmiş ancak yapılamamıştır. Aile hekimliğinin ana unsurları ve kurulma gerekçelerinden birisi sevk uygulaması / kademeli sağlık hizmeti sunulmasıdır. Çözüm olarak iş yükü fazla olmayan ve personel sayısı yeterli olan en uygun iller de sevk uygulamasına başlanması uygun olacaktır. Elde edilecek başarı sevk zincirinin uygulanabilirliğine inancı güçlendirecek ve direnci zayıflatacak, maliyet etkinlik ve ilaç sarfiyatı açısından beklentilerin karşılanabildiği görülecektir. Elbette hastanelerdeki hasta sayısındaki azalma, personelin gelirinin azalmasına ve mağduriyetine yol açmamalıdır.

• Aile Hekimi Sayısı

2015 yılı itibarıyla yaklaşık 3600 Kişiye bir Aile Hekimi düşmektedir 2015 yılında 4000-5000 aile hekimliği birimi açılacağı belirtilmektedir. Yeni birimlerin açılmasına bağlı olarak Aile Hekimine düşen kişi sayısının azalması, AH ve ASE ücretlerinde azalma ve özlük haklarında gerilemeye neden olmamalıdır

Sonuç

Ülkemizde giderek BBSH etkinliğinin güçlendiği gözlenmektedir. Elbette sorunlar da bulunmaktadır. Saha/Birinci Basamak Çalışanları, STK, Üniversite ve Bakanlık işbirliği ile akılcı çözümlerle BBSH niteliğini artırmak, hizmetleri toplum için cazip hale getirmek ve sağlık çalışanlarını desteklemek bizim elimizdedir.

2. Oturuma Katılan Konuşmacılara Plaket Takdimi







SASAM ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü

Halk Sağlığı Günleri

“SAĞLIK OKURYAZARLIĞI”

03-04 Eylül 2015 ANKARA



*Dr. Hüseyin İLTER
THSK Çevre Sağlığı Daire Başkanı*

Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğu Kapsamında Sağlık Bakanlığı Çalışmaları

Sağlık, çok sayıda etkenin doğrudan ya da dolaylı rol oynadığı karmaşık bir sürecin sonucudur. Gerek etkenlerin çokluğu, gerekse etki mekanizmalarının çeşitliliği dikkate alındığında, topluma ve çevreye yönelik tüm uygulamaların sağlığın korunması ve geliştirilmesini önleyecek biçimde çok sektörlü olarak ele alınması kaçınılmaz bir zorunluluktur. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesi ve toplum sağlığının ileri düzeye taşınabilmesi için Sağlık Bakanlığı dışındaki diğer tüm sektörlerin görev ve sorumluluklarının da net bir şekilde tanımlanması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir bütünlük içinde planlamakta ve halka sunmaktadır. Sağlığın korunmasında, kişinin yaşadığı çevre (ikamet ettiği konut, içtiği su, soluduğu hava, tükettiği besin maddeleri, vb.) büyük önem taşımaktadır. Bu anlamda değerlendirildiğinde, sağlıklı bireyler ve toplum için Sağlık Bakanlığı yanında tüm diğer sektörlerin rolü ve görevi olduğu açıktır.

İnsan merkezli yaklaşımla birey ve toplum sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümler sunmak en temel sağlık poli-

tikamızdır. Son yıllarda koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, ihtiyaç duyulan insan kaynaklarının geliştirilmesi, sağlık tesislerinin kurulması ve işletilmesi konularında Bakanlığımızın planlama, uygulama ve denetim işlevlerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

Bu kapsamda bugüne değin oluşturduğumuz sağlık politikaları ve geleceğe yönelik ortaya koyduğumuz program ve hedefler, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2020 Sağlık Hedefleri stratejik amaçlarından birisi olan "sağlık yönetişiminin iyileştirilmesi, tüm sektörlerdeki kilit aktörler ve karar vericilerin sağlık alanındaki sorumluluklarının ve sağlığın geliştirilmesinde potansiyel rollerinin farkında olmalarının sağlanması" amacı ile tam olarak uyumludur.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Komitesinin 60. oturumunda yeni bir Avrupa sağlık politikası geliştirilmesi talebinden yola çıkarak hazırlanmış olan Sağlık 2020 belgesi, 10-13 Eylül 2012 tarihlerinde Malta'da gerçekleşen 62. oturumda Türkiye'nin de dahil olduğu üye ülkelerden onay almıştır. Sağlık 2020, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve Avrupa Bölgesindeki 53 Üye Devletin yeni bir ortak politika çerçevesine yönelik olarak verdiği taahhüttür.

Sağlık 2020 politika çerçevesinin temelinde yer alan temel ilkeleri "tüm politikalarda sağlık (health in all policies)" ve "devletin tümü" yaklaşımlarıdır.

Tüm politikalarda sağlık, toplumun sağlık ve iyilik halinin sağlık sektörünün ötesinde de bir öncelik haline gelmesini, tüm sektörlerin sağlık konusundaki sorumluluklarını farkederek buna uygun davranmalarını öngörmektedir.

Devletin tümü anlayışı, devletin var olma sebebi olan genel toplumsal amaçlardan biri olarak sağlık ve iyilik halinin sürdürülmesi konusunda, devletin her düzeyinde ve hükümet dışı grupların da katılımı sağlanarak daha iyi koordinasyon ve entegrasyon yapılması ihtiyacını vurgulamaktadır.

Ülkemiz, özellikle son on yıldır güçlü bir kararlılıkla yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı sayesinde bebek ve anne ölümlerinin azaltılması, bağışıklama oranlarının yükseltilmesi, doğuşta beklenen yaşam süresinin uzaması ve tütün kontrolü gibi çok sektörlü yaklaşımla çalışılmış başarılı uygulamalardan kaynaklanan önemli bir deneye sahiptir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün benimsediği temel sağlık hizmetlerine genel yaklaşım modelinde, sağlığın tüm sektörlerle entegrasyonu ve tüm sektörler ile ortak politikalar için işbirliği modelleri geliştirilmesi esas alınmaktadır. Bu kapsamda bakanlığımız tarafından, Kalkınma Bakanlığı'nın katkısıyla, ilk aşamada koruyucu sağlık ve sağlığın ge-



3. OTURUM: ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞU

İştirilmesi hizmetlerine, ikinci aşamada ise tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine çok sektörlü yaklaşıma yönelik rolleri ortaya koymak üzere, akademisyenler, Bakanlığımız ve ilgili kurum / kuruluşlardan temsilcilerin katılımı “**Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı (ÇPSSGP)**” oluşturulmuştur. Bu programın amacı tüm kurum ve kuruluşlar tarafından “sağlığa çok sektörlü yaklaşım”ın benimsenmesini sağlayarak “sağlığı tüm politikaların merkezine yerleştirmek”tir.

Program sayesinde, insan sağlığına etki eden faktörlerin sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini sağlamak üzere iyileştirilmesi yönünde somut adımlar atılmış olacak; genel sağlık giderleri azaltılabilecek; bireylerin ve toplumun sağlığını geliştirmeye yönelik uygulamalarla beklenen yaşam süresi uzayacak ve hayat kalitesi yükseltilecektir.

Programa ilişkin ön çalışmalar 2009 yılı Ağustos ayında başlamış olup 2011 yılı Ocak ayında Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığından onay almıştır. Sağlık Bakanlığı ve Düzce Üniversitesi arasında yapılan protokol ile çalışmalara başlanmıştır. İlk resmi toplantısı 09 Mart 2011 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

Program iki bölümden oluşmaktadır.

1. Sağlığın Geliştirilmesi ve Korunmasında Çok Paydaşlı Yaklaşım: Bu bölümde 12 ana bileşen içinde toplam 46 konu başlığı çalışılmıştır. İlk bölüm yüzün üzerinde kurum ve kuruluşundan 759 temsilcinin katılımıyla tamamlanmıştır. Üç bin sayfayı aşan 13 kitap hazırlanmıştır.

2. Tedavi ve Rehabilite Edici Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım: 2013 yılı Şubat ayından itibaren çalışılmaya başlanan ikinci bölümde ise “Tedavi ve Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri”nin çok sektörlü anlayışla geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu bölümde 34 konu başlığı üzerinde 424 katılımcı ile çalışmalar yapılmış, üç bin sayfayı aşan 9 kitap hazırlanmıştır.

Hazırlanan dokümanlar, tarafların harekete geçirilmesi ve yapılacak işbirliği ile halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacı doğrultusunda önemli bir kılavuz olacaktır.

ÇPSSGP 29 Ekim- 2 Kasım 2012 tarihleri arasında Kopenhag’ta, Sağlık Bakanlığı uzmanları ve Dünya Sağlık Örgütü bölüm direktörlerinden oluşan 70 kişinin katılımıyla yapılan 5 günlük toplantıda Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı çalışılırken gündeme alınmış ve DSÖ temsilcilerinin yoğun ilgisi ile karşılanmıştır.

Tüm bu sürecin devamında ÇPSSGP Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Komitesi Toplantısı’nda 18 Eylül 2013’de yapılan Technical Briefing oturumunda “**Implementing Health 2020: Strengthening Multisectoral Responsibility For Health In Turkey**” başlığı ile sunulmuştur.

Onuncu Kalkınma Planı'nda (2014-2018) 2.1.2.c. sağlık politikaları başlığı altında, "belirtilen hedeflere ulaşılması ve bireylerin beden ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetlerinin gerek bireye, gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilmesi" benimsenmiştir.

Programın uygulamaya geçirilmesi amacıyla hazırlanan 2014/21 sayılı Başbakanlık Genelgesi olarak 23.12.2014 tarihli ve 29214 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Genelge ile Program çerçevesinde kurumlararası işbirliği ve koordinasyonu sağlamak, temel stratejileri belirlemek ve sorunların çözümü için gerekli tedbirleri almak üzere Başbakan'ın başkanlığında; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, Çevre ve Şehircilik Bakanı, Dışişleri Bakanı, Gençlik ve Spor Bakanı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanı, İçişleri Bakanı, Kalkınma Bakanı, Kültür ve Turizm Bakanı, Maliye Bakanı, Milli Eğitim Bakanı ve Sağlık Bakanı'nın katılımıyla "Çok Paydaşlı Sağlık Politikaları Yüksek Konseyi" kurulmuştur. Yüksek Konsey olağan olarak her yıl Mayıs ayında, ihtiyaç halinde ise Başkanın çağırısı ile toplanacaktır. Toplantılara gündem ile ilgili bakanlar davet edilebilecektir.

Yüksek Konsey'e bağlı olarak programın amaçları doğrultusunda; İcra Kurulu, Uygulama Koordinatörlüğü, Bilimsel Danışma Kurulu, İzleme ve Değerlendirme Kurulu ile çalışma komisyonları ve alt çalışma grupları teşkil edilebilecek, bunların çalışma usul ve esasları ile program üzerindeki her türlü değişiklik Yüksek Konsey'in onayına tabi olacaktır.

İDARİ YAPILANMA MODELİ

Başbakanlık genelgesi doğrultusunda öngörülen idari yapılanma modeli aşağıda yer almaktadır:

1. Çok Paydaşlı Sağlık Politikaları Yüksek Konseyi

Yüksek Konsey, Sağlık Bakanı başkanlığında; Kalkınma Bakanı, Maliye Bakanı, İçişleri Bakanı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanı, Çevre ve Şehircilik Bakanı, Milli Eğitim Bakanı, İçişleri Bakanı, Dışişleri Bakanı, Gençlik ve Spor Bakanı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanı, Kültür ve Turizm Bakanı ile İcra Kurulu Başkanı, İzleme Değerlendirme ve Danışma Kurulu Başkanı ve Uygulama Koordinatöründen oluşur.



Yüksek Konsey; Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğu Geliştirme Programının hedefine ulaşılabilmesi için ilgili kurum ve kuruluşların faaliyetlerini yönlendirmek, strateji oluşturmak, sorunların çözümü için gerekli tedbirleri almak, İcra Kurulu ve Uygulama Koordinatörlüğünden gelen raporları ve önerileri değerlendirmek ve karar almak, uygulamaları takip etmek, Uygulama Koordinatörlüğünce sunulan yıllık iş planlarını onaylamakla görevli olacaktır.

Yüksek Konsey, gerekli gördüğü hallerde İcra Kurulunun önerisiyle yeni çalışma komitesi oluşturabilecektir. Uygulama Koordinatörlüğü ve bağlı birimlerin çalışma usul ve esasları İcra Kurulunun önerisiyle Yüksek Konsey tarafından belirlenecektir.

Yüksek Konsey her yıl Mayıs ayında olağan olarak toplanacak, ihtiyaç duyulması halinde Başkan tarafından olağanüstü toplantıya çağırılabilir.

Toplantılara gündem ile ilgili Bakan/Bakanlar davet edilebilecektir.

2. Çok Paydaşlı Sağlık Politikaları İcra Kurulu

İcra Kurulu; Sağlık Bakanlığı Müsteşarının Başkanlığında Yüksek Konsey üyesi Bakanlıkların Müsteşarları ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı, Türkiye Belediyeler Birliği Başkanı, Türkiye Yeşilay Cemiyeti Başkanı, Türki-

ye Odalar ve Borsalar Birliği Başkanından oluşturulmuştur.

Ayrıca toplantılara gündemiyle ilgili kamu ve özel sektör kuruluş temsilcileri ile alanında uzman kişiler davet edilebilecektir.

İcra Kurulu;

- Programın hedefine ulaşabilmesi için gerekli koordinasyon faaliyetlerini sağlamak,
- Uygulama Koordinatörlüğü, İzleme Değerlendirme ve Danışma Kurulu ile çalışma komitelerinden gelen raporları değerlendirmek ve Yüksek Konseye önerilerde bulunmak,
- Uygulama Koordinatörlüğünce Yüksek Konseye sunulmak üzere hazırlanan yıllık iş planlarını incelemek ve önerilerde bulunmak,
- Kurumlar arası olası iletişim ve koordinasyon sorunlarına çözüm bulmak ve gidermekle görevli olacaktır.

İcra Kurulu, Kurul üyelerinin görüşü alınarak Başkan tarafından belirlenecek gündemle Yüksek Konsey toplantılarından en az 15 gün önce toplanacaktır. Gerekli hallerde Başkan İcra Kurulu'nu olağanüstü olarak toplayabilir.

İcra Kurulu'nun sekretarya işleri Uygulama Koordinatörlüğü İdari Birimince yürütülür.

3. ÇPSSGP Uygulama Koordinatörlüğü

Uygulama Koordinatörlüğü programın yürütülmesi ile ilgili faaliyetler ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyondan sorumludur. Koordinatörlük işlerini Çalışma Komiteleri ve Çalışma Ofisi ile yürütür.

Uygulama Koordinatörlüğü yıllık iş planını hazırlar ve Yüksek Konseyce onaylanması sonrasında Çalışma Komitelerinin yıllık iş planına uygun olarak Program ile ilgili hedeflere ulaşmak için yapılacak planlamaları değerlendirir, ilgili kurum ve kuruluşlara Program çerçevesindeki yükümlülüklerini iletir, yapılacak iş ve işlemlerle ilgili kurum ve kuruluşlara aktarılması planlanan bütçenin tahsisi için gerekli koordinasyonu sağlar.

Uygulama Koordinatörlüğü, Yüksek Konsey ve İcra Kuruluna sunulmak üzere genel değerlendirme raporlarını hazırlar, Çalışma Ofisi, İzleme Değerlendirme ve Danışma Kurulu ile Çalışma Komisyonlarının çalışmalarını koordine eder.

Uygulama Koordinatörlüğü Uygulama Koordinatörü, ÇPSSGP Uygulama Koor-



3. OTURUM: ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞU

danışmanlığı Danışma Kurulu ve ÇPSSGP Uygulama Koordinatörlüğü İdari Birimi'nden oluşur.

Uygulama Koordinatörü, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcıları arasından, sadece ÇPSSGP'yi yürütmek üzere Sağlık Bakanı tarafından görevlendirilir.

ÇPSSGP Uygulama Koordinatörlüğü Danışma Kurulu; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü'nden oluşur. Danışma Kurulu haftalık toplanır.

ÇPSSGP Uygulama Koordinatörlüğü İdari Birimi, ÇPSSGP Uygulama Koordinatörlüğü İdari Birimi Uygulama Koordinatörlüğü bünyesinde kurulur.

Mevzuat Düzenleme, Kurumsal Düzenleme, İnsan Kaynakları, İzleme-Değerlendirme, Eğitim Planlama, Bilgi İşlem ve Komisyonlar Sekreteryası alt birimlerinden oluşur.

ÇPSSGP Uygulama Koordinatörlüğü İdari Birimi ve alt birimlerin çalışma usul ve esasları Uygulama Koordinatörlüğünce belirlenir.

ÇPSSGP Uygulama Koordinatörlüğü İdari Birimi, Programın sekreteryaya hizmetleri ile Yüksek Konsey, İcra Kurulu, Uygulama Koordinatörlüğü, İzleme ve Değerlendirme Kurulu ve Çalışma Komisyonlarının çalışmalarına ilişkin gerekli teknik altyapının hazırlanması ve sürdürülmesinden sorumludur.

4. ÇPSSGP Bilimsel Danışma Kurulu

Programın yürütülmesi ile ilgili iş ve işlemlerde Uygulama Koordinatörlüğü'ne bilimsel danışmanlık yapmak üzere Halk Sağlığı ve diğer ilgili uzmanlık alanlarında akademik ünvana sahip yedi üyeden oluşur. Kurul Uygulama Koordinatörlüğü tarafından belirlenir. Gerek olması halinde sayı artırılabilir.

Çalışma usul ve esasları Uygulama Koordinatörlüğü tarafından belirlenir.

5. ÇPSSGP İzleme ve Değerlendirme Kurulu

İzleme ve Değerlendirme Kurulu 20 üyeden oluşur. Üyeler öğretim üyeleri, alanında uzmanlaşmış kişiler, kamu ve özel kurum ve kuruluşlarının üst düzey temsilcileri arasından 3 yıl için seçilir. Kurulun Üyelerini İcra Kurulu belirler.

Kurul üyeleri, aralarında Kurul çalışmalarına başkanlık edecek ve Kurulu "Yüksek Konsey"de temsil edecek bir üyeyi bir yıllığına oy çokluğu ile belirler.

Kurul, ÇPSSGP'nin hedefine ulaşması için gerekli izleme ve değerlendirme ölçütlerini belirler, faaliyetlerin yıllık iş planına uygun yürütülüp yürütülmediğini gözler, faaliyetlerin hedeflerine ulaşip ulaşmadığını değerlendirir ve tespit ettiği hususlarla ilgili olarak Uygulama Koordinatörlüğüne önerilerde bulunur.

Kurul 3 ayda bir olağan olarak toplanır. Bu toplantılardan ikisi, İcra Kurulu toplantılarından en az 15 gün önce yapılır. Kurul Başkanı, Kurulu gerekli hallerde olağanüstü toplantıya çağırabilir. Kurul her toplantı sonrası bir "İzleme-Değerlendirme Raporu" hazırlar ve Uygulama Koordinatörlüğü'ne sunar. Ayrıca yılda iki kez İcra Kurulu toplantısında sunulmak üzere "Genel Değerlendirme Raporu" hazırlayarak Uygulama Koordinatörlüğü'ne gönderir.

Kurulun sekreteryasını ÇPSSGP Uygulama Koordinatörlüğü İdari Birimi yürütür.

6. ÇPSSGP Çalışma Komisyonları ve Alt Çalışma Grupları

ÇPSSGP'nin her bir bileşeni için bir Çalışma Komisyonu kurulur. Çalışma Komisyonları her bir hedef için oluşturulan Alt Çalışma Gruplarından oluşur.

Çalışma Komisyonunun başkanlığını, alt çalışma grubu başkanları arasından Uygulama Koordinatörlüğüne belirlenen birisi yapar. Çalışma Komisyonu Başkanları üç yıllığına seçilir. Çalışma Komisyonu Başkanı ile eşgüdüm içinde çalışmak ve Programın bilimsel uyum ve sürekliliğini sağlamak amacıyla her alt çalışma grubundan bir üye Uygulama Koordinatörlüğü tarafından Alt Çalışma Grubu Başkanı olarak belirlenir.

Çalışma Komisyonları, programın ana bileşenleri ile ilgili olarak yapılacak olan faaliyetleri ve bütçe ihtiyaçlarını belirler, faaliyetler ile ilgili nihai izleme değerlendirme kriterlerini tespit eder, faaliyetlerin uygulanma sürecini takip eder. Bu işler için gerekli teknik desteği ÇPSSGP Uygulama Koordinatörlüğü İdari Birimi sağlar.

Alt Çalışma Grupları, sorumlu olduğu hedef ile ilgili Programda öngörülen sorumlu ve işbirliği yapılacak kurum ve kuruluşların temsilcilerinden oluşur. Her bir çalışma grubu en az 5 üyeden oluşur. Üye davet edilecek kurum ve kuruluşlar, ilgili hedefteki sorumlu oldukları faaliyet sayısı dikkate alınarak ağırlık sıralamasına göre belirlenir. Çalışma gruplarına ayrıca ihtiyaç duyulması halinde akademisyen ve alanında uzman kişiler, Alt Çalışma Grubu Başkanının önerisi ve Uygulama Koordinatörünün onayı ile eklenebilir.



3. OTURUM: ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞU

Alt Çalışma Grupları, kendi hedefleri ile ilgili olarak yapılacak olan faaliyetleri ve bütçe ihtiyaçlarını belirler, faaliyetler ile ilgili izleme değerlendirme ölçütleri geliştirerek ÇPSSGP İzleme ve Değerlendirme Kurulu'nun görüşüne sunar. Faaliyetlerin uygulanma süreçlerini takip eder. Bu işler için gerekli teknik desteği ÇPSSGP Uygulama Koordinatörlüğü İdari Birimi sağlar.

Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı, gerek hazırlanış, gerek içerik ve gerekse kapsamı açısından Dünya Sağlık Örgütü'nün diğer ülkelere örnek gösterdiği ve küresel sağlık politikalarını etkileyebilecek özgün bir programdır. Bu nedenle uygulama aşamasında da aynı başarının devam ettirilebilmesi için, yapılacak çalışma ve uygulamalara kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler, özel kesim ve sivil toplum kuruluşlarının etkin bir şekilde katılması ve katkı sağlaması büyük önem taşımaktadır.

Program dokümanları Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı web sayfasında yer almaktadır.

PROGRAMIN BİLEŞENLERİ

Bölüm 1. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Çok Paydaşlı Yaklaşım Bileşenleri

Bileşen 1. Biyolojik Çevrenin Geliştirilmesi

- 1.1. Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi
- 1.2. Hayvan Sağlığının Geliştirilmesi

Bileşen 2. Gıda Güvenirliği Ve Sağlıklı Beslenmenin Geliştirilmesi

- 2.1. Su Sağlığı, Güvenirliği Ve Kalitesinin Artırılması
- 2.2. Gıda Güvenliği Ve Besin Kalitesinin Artırılması
- 2.3. Sağlıklı Beslenme

Bileşen 3. Sağlığın Bireysel Belirleyicilerinin Geliştirilmesi

- 3.1. Özbakımın Geliştirilmesi
- 3.2. Ağız-Diş Sağlığının Korunması

Bileşen 4. Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinin Geliştirilmesi

- 4.1. Ruh Sağlığının Korunması Ve Geliştirilmesi
- 4.2. Sosyal Statülerin İyileştirilmesi
- 4.3. Sağlığa Kültürel Yaklaşım



Bileşen 5. Yaşam Alanlarının Geliştirilmesi

- 5.1. Sağlıklı Yaşam Alanlarının Sağlanması
- 5.2. Okul Sağlığı
- 5.3. Umuma Açık Yerlerin İyileştirilmesi
- 5.4. Sosyal Alanların Geliştirilmesi
- 5.5. Sağlık Tesisleri Yönetişiminin Geliştirilmesi
- 5.6. Turizm Sağlığının Geliştirilmesi
- 5.7. Mezarlıkların Düzenlenmesi

Bileşen 6. Fiziksel Çevrenin Geliştirilmesi

- 6.1. Hava Kalitesinin İyileştirilmesi
- 6.2. Elektromanyetik Güvenliğin Sağlanması
- 6.3. Atıkların Bertaraf Edilmesi
- 6.4. Gürültünün Önlenmesi
- 6.5. İklim Değişikliği Politikalarının Geliştirilmesi
- 6.6. Ekosistem Sürdürülebilirliğinin Sağlanması
- 6.7. Nükleer Ve Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması



3. OTURUM: ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞU

Bileşen 7. Kimyasal Çevrenin Geliştirilmesi

- 7.1. Giysilerin Güvenilirlik Ve Kalitesinin Artırılması
- 7.2. Oyuncak Güvenirliğinin Artırılması (Çocuk Gereçleri)
- 7.3. Kozmetiklerin / Deterjanların Kalitesinin Artırılması
- 7.4. Kimyasal Maddelerin Güvenliğinin Sağlanması

Bileşen 8. Tıbbi Cihaz ve Ürünlerin Güvenli ve Akılcı Kullanımının Geliştirilmesi

- 8.1. Tıbbi Ürünlerin (Biyolojik Ürün ve İlaçlar) Güvenirliğinin Artırılması
- 8.2. Tıbbi Cihazların Güvenirliğinin Sağlanması
- 8.3. Mikro ve Nanoteknoloji İle Üretilmiş Malzemelerin Güvenli Kullanımının Sağlanması
- 8.4. Bitkisel Ürünlerin Güvenirliğinin Sağlanması
- 8.5. Kan ve Kan Ürünleri Hizmetlerinin İyileştirilmesi
- 8.6. Organ Nakli Hizmetlerinin İyileştirilmesi

Bileşen 9. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yönetimi

- 9.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörlerinin Azaltılması
- 9.2. Kanserden Korunma
- 9.3. Genetik Hastalıkların Önlenmesi
- 9.4. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yönetimi

Bileşen 10. İş Sağlığının Geliştirilmesi

- 10.1. İş Sağlığının Geliştirilmesi
- 10.2. Gayrı Sıhhi Müesseselerin Etkilerinin Azaltılması

Bileşen 11. Afetlere Hazırlıklı Olma Ve Kazaların Önlenmesi

- 11.1. Ulaşım Güvenliğinin Geliştirilmesi
- 11.2. Kazaların Önlenmesi Ve İlk Yardım
- 11.3. Biyoterörizmin Etkilerinin Azaltılması
- 11.4. Afetlere Hazırlıklı Olma Ve Müdahale

Bileşen 12. Kanıta Dayalı Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi

12.1. Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi

12.2. Sağlık Bilişiminin Geliştirilmesi

Bölüm 2. Tedavi ve Rehabilit Edici Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım Bileşenleri

Bileşen 1. Sağlık Sorunları ve Hastalıkların Yönetimi

1.1. Toplumun Bilgilendirilmesi

1.2. Riskli Grupların Bilgilendirilmesi ve Önleme

1.3. Riskli Gruplarda Erken Tanı

1.4. Sağlık Sorunları ve Hastalıklarda Tanı

1.5. Yeni Tanı Konulanlarda Ayaktan Tedavi

1.6. Yeni Tanı Konulanlarda Yatarak Tedavi

1.7. Hastalığa Bağlı Komplikasyonlarda Erken Tanı, Müdahale ve İzlem

1.8. Hastalığa Bağlı Komplikasyonlarda Rehabilitasyon

1.9. Hastalıklarda Palyatif Bakım

1.10. Acil Müdahale Gereken Durumlar

Bileşen 2. Laboratuvar Hizmetleri İle Kan ve Kan Ürünleri Hizmetlerinin Geliştirilmesi

2.1. Laboratuvar Hizmetlerinin Geliştirilmesi

2.2. Kan Ve Kan Ürünleri Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Bileşen 3. Organ Bağışı ve Nakli Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Bileşen 4. Acil Durumlar ve Afetlerde Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu

Bileşen 5. Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği

5.1. Hasta Haklarının Geliştirilmesi

5.2. Hasta Güvenliğinin Geliştirilmesi

Bileşen 6. Sağlık Araştırmaları ve Sağlık Hizmet Sunumunda Kültürel Yaklaşım

6.1. Sağlık Araştırmaları

6.2. Sağlık Hizmet Sunumunda Kültürel Yaklaşımın Geliştirilmesi

Bileşen 7. Sağlık Hizmet Sunumunda İnsan Kaynakları Yönetimi

Bileşen 8. Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi



*Prof. Dr. Mehmet Rüştü Karaman
Yüksek İhtisas Üniversitesi Kurucu Rektörü
Doğader Başkanı*

Sağlık Sektöründe Çok Paydaşlı İşbirliğinin Önemi

Konuya özellikle tarım, gıda, beslenmeyi de katarak biraz daha özetlemeye çalışacağım.

Küresel dünyada insanların sağlıklı yaşaması, güvenilir ve nitelikli gıda temini, doğru beslenmesi, düzenli spor yapması ve çevresel zararların en az düzeye indirilmesi kuşkusuz hayati bir konu haline gelmiştir. Öyleydi, ancak tabii artan sağlık sorunlarıyla beraber daha da, daha da ciddi boyutlara doğru gidiyor.

Gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerdeki çoğu hastalıkların riski ve bu hastalıklardan ölümün temel nedenleri, sağlıksız gıda tüketimi, yetersiz ve yanlış beslenme, hareketsiz yaşamla ilgili olarak şişmanlık, kalp-damar hastalıkları, diyabet, yüksek tansiyon, ostiyoporoz ve bazı kanserler olduğu artık son derece bilinen gerçekler. Bunlara bir de tabii ki tütün, alkol ve diğer benzeri zararlı alışkanlıklar, bağımlılıklar eklendiğinde sorun elbette çok daha ciddi boyutlara ulaşıyor.

Endüstrileşmiş ülkeler artık sağlık harcamalarındaki büyük artış sonucu koruyucu sağlık önlemleri ve sağlığı geliştirme yaklaşımıyla birlikte, toplumun doğru beslenme, spor yapma alışkanlıklarının artırılması, bağımlılıkla mücadele ve daha pek çok çözüml-

mesi gereken sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmıştır.

Sağlık Bakanlığımız tabii ki görevi itibarıyla, mecburen, başta birinci derecede tedavi için tüm gücünü ve kaynaklarını kullanıyor ancak bunun temeline baktığımız zaman, tarladan sofraya uzanan ve oradan sağlığınıza uzanan temelini baktığımızda, aslında koruyucu hekimliğin ve o hastalığa neden olan temel faktörlerin ne kadar önemli olduğu hemen ortaya çıkıyor. Bu çerçevede, son yıllarda sağlıklı yaşamın en önemli unsurları haline gelen iyi tarım uygulamaları, doğal yollarla üretilen ürünler, gıda güvenliği, dengeli beslenme, koruyucu sağlık uygulamaları ve spora karşı toplumun ilgi ve duyarlılığı da oldukça artış göstermiştir.

Nitekim, binlerce yıl doğal ortam koşullarında, doğayla uyumlu biçimde yapılan bitkisel ve hayvansal tarımsal faaliyetler çevreye zarar vermemiş ya da ciddi çevresel sorunlara yol açmamıştır. Ancak hızla artan nüfusun gıda ihtiyacının karşılanabilmesi amacıyla daha fazla ürün alabilmek için tarımsal üretime giren yapay unsurlar, doğal ortamı ve ekolojik dengeyi bozan dev bir sektör haline maalesef gelmiş durumdadır.

Modern ekonomilerde üretim artışının temel hedef olması, üretim girdilerinin de yoğun, sürekli ve hızlı biçimde teminini gerektirmiş, ancak bu sürecin yan etkileri üzerinde kimi zaman uzun boylu düşünülmemiştir. Kimi tarımsal ya da endüstriyel uygulama yöntemlerinin ürün, insan, çevre açısından yol açabileceği olumsuz sonuçların orta ve uzun dönemli etkileri de tam olarak ortaya konulmamakta ya da kısa dönemli sonuçlar yanıltıcı olabilmektedir.

Dolayısıyla hızla artan sanayileşme, kentleşme ve entansif tarımdaki gelişmeler, insan sağlığı ve çevresel etkileri açısından çok sayıdaki parametrelerin de farklı disiplinlerce uzun dönemli takibini ve bu alanda doğru bilgi paylaşımını mutlak gerekli hale getirmektedir. Doğal üretimden uzaklaşılmasıyla birlikte, toplum nitelikli ürün ve güvenilir gıda açısından ciddi tehditlerle karşı karşıya kalmış, bunun sonucunda güvenilir gıda ve sağlıklı beslenmede bilgi kirliliği ve kavram kargaşası hızla yayılmıştır. Oysa doğala dönüş ve sağlıklı beslenme konusunda bilgi kirliliği tehlikesi, en az tarımda bilinçsizce kullanılan kimyevi ilaçlar ya da GDO'lu ürünler kadar potansiyel bir sorun niteliği taşımakta ve halen tüketicilerin yeterli bilinçlenmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

Toplum sağlığını koruyan, geliştiren, bedensel ve ruhsal birçok hastalığı önleyen sağlıklı yaşam unsurları ve alışkanlıkları ancak toplum bilincinin doğru yönde artırılmasıyla mümkün olacaktır.

Son yıllarda Türkiye'de doğala dönüş, beslenme ve sağlıklı yaşam sektörünün yükselen stratejik değeri, özellikle medyatik olmaya çalışan ve konusunda uzman olmayan



3. OTURUM: ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞU

bazı kişileri de bilim dışı değerlendirmeler yapmaya maalesef yöneltmiştir. Günümüzde iletişim araçlarının kontrol edilemez genişlikte olması da farklı görüşlerin kontrolsüz bir şekilde toplumda yayılmasına önemli bir araç oluşturmaktadır. Ancak bilgilendirmeden daha önemli olan hususun doğru bilgilendirme ve bilgi kirliliğinin önlenmesi olduğu hiçbir zaman unutulmamalıdır.

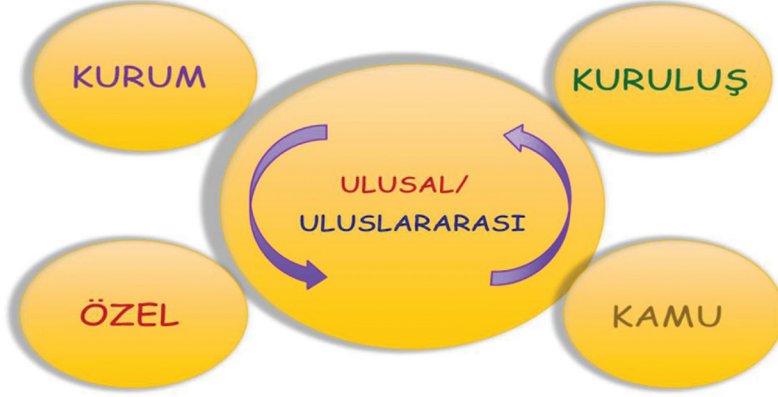
Önemli olan diğer bir konu ise, kamuoyunun deneyimli uzmanlar tarafından bilgilendirilmesiyle birlikte, bilgi kirliliğine yol açan faktörlerin kaynağında giderilmesine yönelik tedbirlerin de mutlaka alınması gerekliliğidir. Nitekim, bilgi kirliliğinin önemli bir bölümü, üretim, maliyet, kalite kıskacında zaman zaman kasıtlı olarak ortaya çıkarılan bilinçli bir olgu da olabilmektedir.

Ülkemizde sağlıklılık durumunu artırmak ve halkın bu konudaki duyarlılık ve bilinçlenmesini sağlamaya yönelik çalışmaların önümüzdeki dönemlerde de üzerinde en fazla çalışılacak ve dikkatle takip edilecek bir yaklaşım olacaktır.

Diğer taraftan, topluma sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması, çok yönlü yani başka bir ifadeyle, çok paydaşlı iş birliği gerektirmekte olup, pek çok sektörün, disiplinin iş birliğiyle sağlanabilir bir stratejiler bütünü olduğu artık tüm gelişmiş ülkeler tarafından kabul edilen bir gerçektir. Nitekim, topraktan soframıza dek uzanan beslenme zincirinin her halkasında, başta tarım, gıda, beslenme, sağlık ve spor olmak üzere, sağlıklı yaşam unsurları ile ilgili tüm disiplinlere düşen sorumluluklar bulunmaktadır. Bu nedenle artık pek çok paydaşla birlikte toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi, sağlıklı nesiller ve sağlıklı gelecek için çok yönlü sağlık davranışlarına ihtiyaç bulunmaktadır. Özellikle konuya ilişkin ilgili tüm kurum ve kuruluşların bir araya gelerek gerekli koordinasyonun sağlanması ve amaca yönelik gerçekleştirilecek çabaların ortak bir konsorsiyum çerçevesinde topluma doğru bir şekilde yansıtılması gerekmektedir. Devletimizin disiplinler arası iş birliği ve eş güdüm eksikliği ve paydaşlar arasındaki güven sorununun giderilmesi için çaba sarf etmesi de çok önemli görülmektedir. Üniversiteler, ilgili tüm kurum ve kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları, sektör, sanayi, sosyal ve görsel medya, kitle iletişim araçları, reklamlar ve daha pek çok paydaş yapılacak olan iş birliklerinin sağlanmasında önderlik yapmalıdır.

Sağlık alanında tek başına tüm topluma ulaşılması elbette ki imkânsız olup, verilen hizmetin kaliteli ve yeterli olması da tabii ki zordur. Nitekim her sektörün hizmet verirken karşılaştığı bazı sorunlar mevcuttur. Bunun için diğer sektörlerin kaynaklarından da yararlanılması gerekir. Böylece istenen düzeyde, istenen şekilde ve istenen kalitede sağlık eğitimi verilebilir.

İş Birliği Yapılabilecek Kurum ve Kuruluşlar



İş birliği yapılabilecek kurum ve kuruluşları tabii ki saymakla bitmez: Kurum, kuruluş, özel-kamu, ulusal ve uluslararası... Bunların altını sayfalarca doldurabiliriz. Dolayısıyla bu bağlamda tüm ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla kaynakların kullanılması, kaynakların etkin kullanılması ve çok paydaşlı iş birliği açısından her türlü birlikte çalışmaya açıktır.

Sağlık Bakanlığımızca sağlığın korunmasına yönelik atılımların ve faaliyetlerin geliştirilmesi, genel sağlık giderlerinin azaltılması, yaşam süresinin uzatılabilmesi ve kaliteli hizmet sunumunun artırılabilmesi amacıyla yakın zamanda uygulamaya konan ve biraz önce çok değerli Daire Başkanımızın açıklamış olduğu Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı bu alanda atılmış gerçekten çok önemli bir adımdır. Program çerçevesinde kurumlar arası iş birliği ve koordinasyonu sağlamak, temel stratejileri belirlemek ve sorunların çözümü için gerekli tedbirleri almak üzere Başkanımızın başkanlığında;

- *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı,
- *Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanı,
- *Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı,
- *Çevre ve Şehircilik Bakanı,
- *Dışişleri Bakanı,
- *Gençlik ve Spor Bakanı,
- *Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanı,



3. OTURUM: ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞU

*İçişleri Bakanı,

*Kalkınma Bakanı,

*Kültür ve Turizm Bakanı,

*Maliye Bakanı,

*Milli Eğitim Bakanı ve

*Sağlık Bakanı'nın katılımlarıyla "Çok Paydaşlı Sağlık Politikaları Yüksek Konseyi" kurulmuştur.

Tabii ki bizim ümidimiz, beklentimiz, bu teşkilatın gerek Yüksek Konsey olarak ve gerekse İcra Kurulu olarak etkin bir şekilde çalışmasıdır.

Sağlık sektöründe iş birliği yapılabilecek diğer önemli konu ise, kuşkusuz sağlık eğitimidir. Kişisel sağlık bilgisi, hastalıkların önlenmesi, kontrolü, aile sağlığı, tüketici sağlığı, beslenme ve çevre sağlığı, büyüme ve gelişme, daha pek çok konu sağlık eğitimi içerisinde ele alabileceğimiz başlıca konulardır. Böylece hedef kitleye ulaşım ve verilecek hizmet daha hızlı ve çabuk olacaktır. Hizmet için iş birliği yapılacak kurumun kaynak, araç, gereç ve gerekli kaynaklarından yararlanılacaktır. Zamandan tasarruf edilecektir. Hizmet daha ekonomik olacaktır. Kurum ve kuruluşlarla etkileşim, uyum ve ortaklık artacaktır. Halkla iletişim daha fazla olacaktır. Yapılan hizmet daha etkin, kaliteli ve verimli olacaktır. Toplum liderleri ve kanaat önderleri aracılığıyla halk eğitime katılmaya daha fazla ikna olacaktır. Hizmetin başlama aşamasından sonuna kadar hedef kitleye yardım imkânı olacaktır. Özellikle öğretmenler, öğrenciler tarafından model alınıp taklit edildiği için hizmet daha verimli olup, bazen ailelerle ilişkileri sayesinde bireyler üzerinde daha etkili olacaktır. Çalışmalar daha ayrıntılı ve güncel olarak tanıtılıp yaygınlaştırılabilir. Yönetici, muhtar, öğretmen gibi kanaat önderlerinin yaptırım gücü sayesinde hizmet ve eğitime gerekli altyapı sağlanabilecektir. Gönüllüler, ait oldukları kitleyi etkileyip bu kişilere önderlik edebilecektir. Özellikle anne, baba ve aile gibi en küçük sosyal birimler davranış modellerini geliştirdiği için onlarla yapılan iş birliğinde aile ve çevredeki bireyler daha kalıcı bir şekilde etkilenecektir.

Diğer taraftan, bunlar yapılırken elbette ki yine toplumda karşılaşılabilecek olan sorunların aşılmasında da elbette bu çok paydaşlı iş birliği karşılıklı dayanışma içerisinde olacaktır.

Sonuç olarak, sağlık gibi insan yaşamını doğrudan etkileyen bir sektörde insanlara kaliteli hizmet verilmesi temel ilkedir. Nitekim, her birey sağlıklı bir yaşam yaşamak ister, sürdürmek ister ve bu da onların en temel hakkıdır. Sağlık sektörünün yaş, cins, ırk, statü gözetmeksizin her insanı kapsamaması gerekir. Böylesine geniş bir hizmet yürüten bir sektörün bunu tek başına başarması gibi bir şey düşünülemez. Bunun için de görev, yetki ve sorumluluğun farklı sektörlerle mutlaka paylaşılması gerekir. İleriki dönemlerde de bu ve benzeri iş birliği çalışmalarına gereken önemin verilmesi, çok paydaşlı iş birliği anlayışının etkin bir şekilde uygulamaya konulması ve geliştirilmesi sağlıklı nesil ve sağlıklı gelecek için çok önemli görülmektedir.



Fatih SEYRAN
Sağlık-Sen Genel Sekreteri

Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunda STK'ların Rolü

Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunda STK'ların Rolü... Çok paydaşlık, sağlık sorumluluğu ve sivil toplum kuruluşlarının rolü... Gerçekten de bu anlamda sivil toplum kuruluşlarını nereye oturttuğumuzu tekrar gözden geçirmemiz gerekiyor. Sivil toplum kuruluşları birbirinden çok farklı niteliklere, özelliklere sahip olmasına karşın, hedefleri ve dinamikleri açısından benzer özellikler taşıyorlar ve çok ciddi, köklü ve önemli kurumsal hafızalara sahip oluyorlar. Tabii ki öncelikli olarak beklentisizlik hakim ve moda tabirle bir sinerjiyle hareket etmeleri gerekiyor. Bu anlamda, çok paydaşlığın devreye girmesi gerekiyor ki birliktelikten kaynaklı güç ve kuvvet ortaya çıksın.

Sağlık sorumluluğu gibi ciddi bir sorumluluk var ortada. Sağlık, son derece önemli bir konu. Sadece insanların bireysel ilgilerine, ihtiyaçlarına, kanaatlerine teslim edilemeyecek kadar önemli. Teorik olarak ötenazi isteyebilirsiniz mesela veya kendi sağlığınızla ilgili çok ciddi tasarruflarda bulunma hakkına sahip olduğunuzu düşünebilirsiniz ancak dünyanın herhangi bir yerinde birkaç gün içerisinde bambaşka bulaşıcı hastalıklara, salgınlara neden olabileceğinizi de gözden kaçırmamak gerekir. Bu ne-

denle aslında kendi sağlığınız ve yaşam hakkınız sadece sizi bağlamaz. Çok farklı demografik özelliklerin görüldüğü dünyada hepimiz birbirimizin sağlığından sorumluyuz ve bu konuda kendi üzerimize düşen sorumluluğu da yerine getirmeliyiz.

Sivil toplum kuruluşları yoksulluğa, haksızlığa, iletişimsizliğe, sorunlara karşı bir karşı duruştur. Bu anlamda, beklentileri dile getirmede çok güçlü bir yapısı vardır. Uzun süreli ve belirli bir amaç için çok kısa sürede hızlı bir şekilde örgütlenir ve bu karşı durmada, hele hele olumsuzluklara karşı durmada çok daha etkindir, hızlı hareket eder. En önemli özelliği hızlı ve etkin hareket edebilmesidir. Bürokratik oligarşi diye tabir ettiğimiz, belki devleti felç eden anlayış, hele hele özellikle Türkiye’de bunu çok ciddi şekilde iliklerimize kadar hissediyoruz, sivil toplum örgütlerinde yoktur.

Sivil toplum kuruluşları katılımcılığı ve çoğulculuğu güçlendirir. Demokrasinin ve ekonominin gelişmesinde çok etkin rol oynar. Kültürel değerlerin ve manevi ilişkilerin güçlenmesine katkı sağlar. Devlet-toplum-birey ilişkilerini demokratik bir şekilde sürdürülebilir halde tutmayı sağlar. Kendiyle barışık devlet yapılarında ya da hükümet yapılarında sivil toplumun daha güçlü olduğunu görürsünüz. Mesela, 8 ay Somali’de kaldım, orada çok ciddi şekilde STK’ların etkin olduğunu görüyorsunuz. Çünkü bizim bildiğimiz şekliyle bir devlet, bir hükümet yapısı yok. Devlet kimi zaman ya çok otoriter ya da çok

STK’LARIN ÖZELLİKLERİ

GÖNÜLLÜLÜK ESASINA SAHİP

DAYANIŞMA VE YARDIMLAŞMA ÖNCELİKLİ

TOPLUMSAL SORUNLARI ÇÖZÜM ODAKLI

YETERSİZ NOKTALARDA DEVLETİ DESTEKLEME ROLÜNÜ ÜSTLENEN

ETKİN VE HIZLI HAREKET EDEN

ÖZGÜN PROJELER ÜRETEN

YASALAR ÇERÇEVESİNDEİN DEVLETTEN BAĞIMSIZ



3. OTURUM: ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞU

güçsüz... Bu arada elbette ki uluslararası sivil toplum kuruluşları etkin rol üstlenerek insanların ihtiyaç duyduğu alanlarda, temel ihtiyaçlarla ilgili aktif rol oynamak zorunda. Bunu en güzel başaran ülke de gururla söylemem gerekir ki; Türkiye... Gerek hükümetimiz, gerek Kızılay'ımız, Diyanet Vakfımız ve gerekse ülkemizde faaliyet gösteren bilinen sivil toplum kuruluşlarının hemen tamamı Somali'de...

Sivil toplum kuruluşlarının özelliklerinden bahsetmemiz gerekirse; genel itibarıyla gönüllülük esasına sahiptir. Dayanışma ve yardımlaşma kültürü çok üst düzeyde olmak zorunda. Aktivistler hizmetlerinin karşılığında ücret almazlar ancak elbette profesyonelleri vardır ve onlar hayatlarını idame ettirmek için tam zamanlı yani danışmanlık yaptıkları süre içerisinde, bu işin işçisi oldukları süre içerisinde ücret alırlar. Genel itibarıyla bir ast-üst ilişkisinden ziyade, liderler ve önderler vardır sivil toplum örgütlerinde. Bu anlamda da devletle kıyasladığımız zaman çok daha birbirine bağlı, birbirine uyumlu yapıların ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Çoğu zaman devletin yetersiz kaldığı alanlarda elbette bir tamamlayıcı unsur olarak karşımıza çıkıyorlar. Oda, sendika, dernek, federasyon veya vakıf adı altında görebiliyorsunuz.

Türkiye'deki sivil toplum yapısına şöyle kısaca, hızlı bir şekilde bakalım: 100 binin üzerinde dernek var Türkiye'de, güncel olarak 107.681. Diyeceksiniz ki, kurduğu derneği bile unutan kişiler yok mu? Elbette var. 5 bine yakın vakıf var, çok köklü vakıflar var, bu vakıflar hâlâ devam ediyor hayatına. 18 meslek üst kuruluşu var ve bunlara bağlı 2.434 azımsanamayacak derecede kuruluş mevcut. 4 önemli işçi konfederasyonu var ancak bazen bu işçi sendikaları konfederasyonu 5'e, 6'ya çıkabiliyor, 4'e iniyor. Ayrıca 130-140'a kadar uzanan işçi sendikaları var. Memur konfederasyonları üzerinden bakarsak, bugün için her ne kadar resmi kayıtlarda 10 memur sendikası konfederasyonu gözüküyor olsa da toplu sözleşmelere yetkili olarak Memur-Sen Konfederasyonu katılıyor.

Örneğin, hekimlerimizle ilgili Türk Tabipler Birliği'ne baktığımız zaman, 65 Tabip Odasının 96 bin üyeye bir örgütlülük hali söz konusu. Sağlık-Sen'e baktığımızda güçlü, büyük teşkilatıyla gerçekten de bir aile hüviyetinde olduğunu düşündüğümüz Sağlık-Sen, bugün 211.648 üyeye sahip, 3.500 temsilcisi, 91 şube sağlık ve sosyal hizmet çalışanları için, onların özlük hakları için, mesleklerindeki yetkinlik için mücadele ediyor. Sağlık-Sen olarak; gönüllülük esasına dayanan bir sivil toplum kuruluşuyuz. O anlamda, açıkçası kendi teşkilatımızla büyük bir aile ve vizyoner bir Sağlık-Sen'iz... Sendikamızın marka değer konumuna gelmesinden de tabii ki onur duyuyoruz. Ayrıca bilimsel akademik çalışmalarıyla sendikacılığın nasıl yapılması gerektiğini, bir hamaset

siyasetinin izlenmesinden uzak şekilde nasıl yapılması gerektiğini Sağlık-Sen'in nasıl bir profil ortaya koyduğunu gösteren SASAM'a da teşekkür ediyoruz.

Çok paydaşlı sağlık sisteminde 2013-2023 Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı, rahmetli Talat Hocamızın Düzce Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı iş birliğindeki koordinatörlüğüyle başladı.

12 bileşen var ve 9 bileşende STK'ları görebiliyoruz. Son 3 bileşenle ilgili bir mesele var. Son 3 bileşende iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili olan alt başlığı, iş sağlığının geliştirilmesi konusunda alt başlıklarında sendikaları göremedim. Taraflar olarak görüyoruz ancak bunu "Sendikalar" olarak düzeltmek daha doğru olacaktır. Yine, kanıta dayalı sağlık iletişiminin geliştirilmesinde derneklere atf yapılmış, meslek dernekleri gibi.

Kazaların önlenmesi ve afetlere hazırlık noktasında Kızılay bu sistemin içerisinde olmak zorunda... Teoride bir eksiklik olsa da pratikte böyle olması gerekir.

Onuncu Kalkınma Planında da altını çizdiğimiz şekliyle, çok sektörlü bir yaklaşım şeklinde bizleri memnun eden atıflar var.

Sağlık Politikaları Yüksek Konseyi mini bir bakanlar kurulu gibi... Sayın Başbakan koordinasyonunda 13 bakandan oluşuyor. Burada asıl bizi ilgilendiren nokta İcra Kurulu. İcra Kurulunda Türkiye Belediyeler Birliği Başkanı, Türkiye Yeşilay Cemiyeti Başkanı, Türkiye Odalar ve Borsalar Başkanını yer almakta. Burada STK'lara yer verilmiş. Yine, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı başkanlığında Kalkınma Bakanı Müsteşarıyla devam eden, az önce saydığımız bakanlıkların olduğu müsteşarlıklarla kurulmuş bir İcra Kurulu var. Yani bizi de STK'lar olarak atıfta bulunulmuş olan Türkiye Belediyeler Birliği Başkanı, Türkiye Yeşilay Cemiyeti Başkanı, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Başkanı dışında İcra Kurulunda bir STK görmüyoruz.

Türkiye Belediyeler Birliği'nin profiline baktığımızda 1945'li yıllarda kurulmuş olduğunu görüyoruz. Atık yönetimi, atık su, çamur yönetimi, içme suyu temini, sürdürülebilir çevre ve şehircilikle ilgili kendi literatüründe sağlıkla ilintili direkt konuları var. Örneğin; evde sağlık hizmetleri ile ilgili İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığıyla birlikte, Türkiye Belediyeler Birliği yerel yönetimler olarak destek veriyor.

Türkiye Yeşilay Cemiyetimizin bağımlılıkla ilgili önemli mücadeleleri mevcut. Özellikle halk sağlığı açısından son derece önemli ve dikkate değer çalışmalar yürütüyorlar. Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğinin ise direkt olarak sağlıkla ilgili Türkiye Sağlık Kurumları Meclisi var ki o daha çok özel hastanelerin sorunları ile ilgili. Yani daha çok



SUT'taki problemler, özel hastanelerin etki alanları, yaptırımlar gibi konularda beyanatları bulunan bir meclis.

Oysaki STK'ların sağlık alanında yapabilecekleri çok fazla şey bulunmakta. Az önceki çıkarımdan elde etmek istediğimiz, 500 bin sağlık çalışanını temsil eden ve paydaşlardan bu işin meslektaşlarından örgütlü bir sivil toplum örgütü olarak Sağlık-Sen'in, sağlık politikalarıyla ilgili, sağlıkla ilgili bu anlamda kesinlikle sesinin, hissiyatının, sahada yaşadığı tecrübelerin dikkate alınması gerekir. O yüzden İcra Kurulunda Sağlık-Sen'in de olması gerekliliğinin özellikle altını çiziyoruz. Bu konuda Sağlık Bakanlığı'nın, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun eleştirilerimizi, önerilerimizi dikkate alacağını ve Sağlık-Sen'in de paydaşlar arasında ismini göreceğimizi umuyoruz.

Sivil toplum kuruluşları sağlık ve gelişme alanında sıkça öncülük yaparlar ve programların sürdürülebilir halde olmasını sağlarlar. Mesleki tanımlarda ve ilkelerde, sizler de biliyorsunuz ki çok önemlidirler. Çok önemli prosesler ortaya koyabilme yeteneğine sahiptirler.

Temel sağlık hizmetleriyle ilgili, özellikle aktiviteleri vardır. Bu temel sağlık göstergelerindeki ikna kabiliyeti ve belki de oradaki aktivistleriyle, o alandaki boşlukları doldurmada öncü kuvvet olabilirler. Bu anlamda sivil toplum kuruluşları hükümet tarafından, kural koyucular tarafından kesinlikle dikkate alınmalıdır. Sivil toplum kuruluşla-

rının toplumdaki ikna kabiliyetleri, devletin, hükümetin ikna kabiliyetinden önde olabilir. Bütüncül insani gelişim ve sağlık hizmetleri alanında da ulusal politika düzenleme konusunda yardımcı olurlar. Koordinasyonu ve iş birliği için yöntem geliştirmesi konusunda da tecrübe paylaşımında bulunabilirler. Mevcut sağlık ve gelişim programlarının değerlendirilmesi ve gözden geçirilmesini yönetmek veya rollerin tatbikatında önemli roller üstlenebilirler. Yani bir demonstrasyon, bir pilot uygulama istendiğinde STK'ların dikkate alınması, tecrübelerinden faydalanılması gerekir.

Temel sağlık hizmetlerini ise kapsamlı insani gelişim çerçevesinde yenilikçi programlarla idame ettirir STK'lar.

Son söz olarak şunu söylemeliyim ki; sağlık okuryazarlığı konusunda çok ciddi farkındalığa ve eğitime ihtiyacımız olduğunu düşünüyorum. Mesela; hekim bir şey söylüyor ama anlamak istediğimiz gibi anlıyoruz. O yüzden Sağlık-Sen'in sağlık okuryazarlığı konusundaki bu başlangıç ve bu farkındalığının saha için son derece önemli olduğunu düşünüyorum ve Türkiye için son derece yararlı olacağı kanaatini taşıyorum.



Dr. İbrahim ERSOY
Sağlık İletişimi Derneği Başkanı

Sağlığın Geliştirilmesinde Medyanın Sorumluluğu

Hizmet ihtiyaca göre verilir. Sağlık iletişimi derneğini 20112 yılında kurduk. Temel amacımız da sağlık ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde medyanın rolüyle ilgiliydi. Hem medya mensupları hem de sağlık çalışanlarının olduğu ortak bir alan Sağlık iletişimi derneği. Sağlık çalışanları ile medya mensuplarının anlaşamadıklarını son on yılda gördüm. Doktorların medya ile, medya mensuplarının doktorlarla sıkıntıları söz konusu. Her iki tarafta birbirini anlamamakta ve sorunları mevcut. Bu nedenle ihtiyaçtan kaynaklı bir hizmet olarak sağlık iletişimi derneğini kurduk. Ancak, sağlık okuryazarlığında medyanın çok fazla lokomotif rolü var. Medyanın çok fazla ulaşılabilirliği, aynı anda çok hızlı ulaşılabilirliği ile ilgili avantajları olduğu için tek bir oturum bu konuya yetmeyebilir. Sağlık muhabirlerinin kalemi, bir haber kanalında spikerin konuşması bir cerrahın aletleri kadar önemli.

Medya mensupları her şeye eleştirel gözle bakar. Burada kürsünün arkasında iki yazı dikkatimi çekti. İkisi de diyabetle ilgiliydi. İkisinde de farklı yazı var. Birisinde “diyabet” yazıyor, birisinde “diabet” yazıyor. Daha ilk dakikalarda dikkatinizi çekiyor.

Kafa yapınız ona göre çalışıyor. Ben sağlık muhabirlerini sağlık çalışanlarından ayrı görmüyorum. Her ne kadar kendimizi medya mensubu olarak ayrı tutsak da sağlık muhabirlerinin de sağlık çalışanı olarak görülmesi gerektiğini ve hatta bir kamusal hizmet yaptıklarını düşünüyorum.

Medyanın temel işlevi ile ilgili şunları söyleyebiliriz;

Medya düşünce oluşturur, değer yargıları oluşturur, tabiki Hollywood film yapım sineması Amerika'nın emperyalizminin bir algı operasyonu ile ilgili yıllardır çalıştığını biliyorsunuz ama hakikaten sağlık alanında da sağlık haberlerinde de bu böyledir. Davranış kalıpları oluşturur, kültürel ve sosyal yapıyı belirler ve en büyük etkilerinden bir tanesi ise kısa sürede büyük kitleleri etkilemesidir. Medyanın ne kadar etkin olduğuna bakarsak; Angelina Jolie ile ilgili 2013 yılında bir haber çıkmıştı. Bu habere göre Angelina Jolie'nin, kansere yakalanma riskini azaltmak için iki memesini aldıracağı mastektomi ameliyatı olduğunu açıklamasının ardından Amerika'da meme kanseri kliniklerine başvuranların sayısı iki kat arttı. Türkiye'de ise 2011 yılında çok fazla kolesterol tartışmalar yaşanmıştır. Kolesterol hastalarının % 74'ü basında çıkan kolesterol ilaçlarına ilişkin tartışmalardan haberdar. Kolesterol hastalarının %40'ı haberden etkilenmiş ve doktora danışmak istediği, haberin doğruluğuna göre ilacı bırakmayı düşünenlerin oranı ise %30. Birçok insan medyada dinledikleri ile alışkanlıklarını, ilaçlarını değiştirebiliyorlar. Bu konu üzerinde yapılmış başka araştırmalara baktığımızda sadece vatandaş değil, sağlık çalışanları da medyadan etkilenecek, sadece bilimsel yayınlardan, hocalarından öğrendiklerinden değil, medyadan gördüklerinden etkilenecek reçetelerini değiştirebiliyorlar.

İnternet kullanım amacı ile dikkat çeken bir rapora göre, en fazla interneti sosyal medya ile kullanıyoruz ki bu oran %80,9. İkincisi, %70,2'lik oran ile haber olarak kullanıyoruz. Üçüncüsü ise vatandaşın en fazla yaptığı araştırmalar, kullanım amacı %66,3 ile sağlıkla ilgili bilgi arama. Gerçekten internette, google'ın trend aramalara baktığımızda sağlık ile ilgili aramalar her zaman en üstte veya ikinci sırada olmuştur. Vatandaş ihtiyaç duyuyor ve bunu internette, televizyondan, gazeteden, radyodan bir şekilde edinmeye çalışıyor. O yüzden medyanın sağlık okuryazarlığında rolünün tekrar bir daha gözden geçirilip önemini bir kez daha kavramamız lazım.

Medya ile ilgili temel olarak ajanslar, TV programları, gazeteler, sosyal medya, radyo, internet gibi alanlar var. Ancak, aslında medyada gördüğümüz haberlerin birçoğunu ajanslar oluşturuyor. Ajanslarda çıkan haberler daha sonra televizyonlara konu olabilir. Zaten internette anında yerini alır, sosyal medyada yerini alır, radyoda gündem olur. Türkiye'deki haberciliğin temel lokomotifleri ajanslardır. Birçok medya kuruluşu mu-



3. OTURUM: ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞU

haber sayısını da azalttığı için, Türkiye medyasında gördüğünüz birçok haberin kaynağını oluşturuyorlar.

Sağlık haberleri ile ilgili gazetelerde de özellikle yaklaşık sayısı 25, 30'a varan sağlık muhabirlerimiz var. Konuklu olan TV programlarında bir haber olarak değerlendirilebiliyor. Sağlık haberlerinin diğer haberlerden farklı bir yanı var. Diğer haberler haber yanı farklı bir içeriği fazla olurken, sağlık haberlerinin bilgi içeriği çok daha fazla. O yüzden sağlık muhabirlerinin sağlık alanından biraz daha bilgili olması gerekmektedir veya uzman muhabir olmalıdır. Tabi ki uzman sağlık muhabiri sayısı medya kuruluşlarının gerek ekonomik yapısı, gerek başka kaygılarından dolayı çok istediğimiz noktada değil. Hemen hemen her medya kuruluşunda uzman bir sağlık muhabirinin olmaması sağlıkla ilgili haberlerde çıkan problemin temel nedenini oluşturmaktadır.

Sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına baktığımızda karşımıza iki temel alan çıkıyor; geleneksel tıp ve modern tıp. Her ikisi de giderek genişliyor. Modern tıp literatür olarak çok daha fazla. Geleneksel tıpta gittikçe geliyor. Ancak geleneksel tıbbın diğer alanları ticari, insanları istismar eden bir alan olarak karşımıza çıkıyor. Sağlık bakanlığı alternatif tıp ve geleneksel tıp ile ilgili bir mevzuat çıkardı. Hipnoz, hacamat gibi yaklaşık 16 tane geleneksel tıp alanının sunumunu kolaylaştırdı ve hastanelerin bünyesine aldı. Bu alanlar dışlandığında merdiven altı gibi bir pozisyona kayıyor. Geleneksel tıpta bu tür alanları bilimsel alana çekerek, bilimsel araştırmalarını yaparak hekimler tarafından, hemşireler tarafından, sağlık personeli tarafından yapılmasını istememiz gerekir. Modern tıp alanının da ticarileşme ile ilgili sorunu var ama sağlık haberciliği noktasında benim tek kaygım: medyada kullanılan birçok sağlık haberleri yabancı kaynaklardan çevriliyor. Türk bilim adamları da birçok araştırmalar yapıyor ve bu araştırmaların da bir şekilde Türk kamuoyunda paylaşılması lazım. Türk dergilerinden çıkan yüz tanesinden bir tanesi haber oluyorsa, yabancı belli başlı kaynaklardan yüz tanesinden yetmiş, sekseni haber oluyor. Bunu da medya mensupları olarak özeleştirme noktasında kendimize yöneltiyorum.

Medya peki sorumlu davranıyor mu? "Hastanede iğne yaptırdıktan 1 saat sonra öldü" haberi sürekli rastladığımız bir haber. Ajanslardan bu tür haberlerin çok yapıldığını ve sağlık mensubu olarak bunların hiçbir zaman doğru olmadığını biliyoruz. "Öüleri diriltten doktor" haberinde ise köşe yazısının reklamının bu şekilde yapıldığını görüyoruz. "Bunun adı skandal: Sağlık bakanlığı kanser hastalarına ömür biçti" haberi ise; Sağlık Bakanlığı veriler açıklamıştı. Tüm gelişmiş ülkelerde açıklanan verilere yer vermişti ve sonunda bu haber yapılmıştı. Bu konuyu da sorumsuz davrandığımız noktasında kendimize eleştiri olarak yöneltmeliyiz. "Yoğun bakım odasında skandal görüntüler"



başlıklı haberde ise, aslına sağlık mensupları ve medya mensuplarının birbirlerini anlamamaları ve artık neredeyse birbirlerini düşman olarak görmeleri ile ilgili problem var. Bu haberi medimagazinde yayınladığımızda bize de tepki geldi. Sağlık çalışanı olarak nasıl böyle bir haber yayınlarsınız diye ama medyacı gözüyle baktığımızda yoğun bakımdaki böyle bir resim kesinlikle haber olur. Bir yandan da yoğun bakımdaki günlerimi hatırlıyorum, ben de bir şeyler yedim ve içtim. Kendi içimizde çelişkiler varken zaten bu tür problemlerdir ama medya mensupları ile sağlık çalışanlarının daha sık bir araya gelmesi ile bu tür problemler aşılanacaktır.

Ne yapılması noktasında, haber oluşumunda temel yürütücü muhabirdir. Muhabir rutin gündemden -kongre, dernek, STK basın toplantıları gibi- haber yapar. Özel haber hem araştırma haber hem muhabirin kendi hazırladığı haberdir. Her sağlık muhabirinin posta kutusunda özel bültenler olabiliyor. Bunların yarısı piar ajanslarındandır, %20 /30'u özel sağlık kuruluşlarındandır. Özel bültenlerdeki haberlerde biraz daha ticari amaçlar ön planda olabiliyor. Bu konuda biraz daha sağlık muhabirlerini eğitilmiş olması, bilinçli davranması gerekiyor.

Haber oluştuktan sonra, en sık söylediğimiz, basın açıklaması yaptık, muhabirle şunları konuştuk ama baktık ki gazete de saçma sapan bir haber çıkmış veya buraya bir TV kanalı geliyor, yarım saat konuşuyorsunuz, akşam otuz saniyelik bir konuşmanız var. Sizin önemli gördüğünüz şeylerin hiçbirine yer verilmemiş. Bu otuz saniye de



3. OTURUM: ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞU

alakasız bir cümle alınmış ve o gösterilmiş. Haber muhabirden çıktıktan sonra gerek TV'de olsun gerek ajanslarda, gazetelerde en büyük tehlike ile karşılaşılıyor. Bu tehlike reyting kaygısıdır. Haber son kullanıcıya gitmeden önce reyting kaygısı ile birçok problemler yaşıyor. Sizlere yansıyan bu problemler aslında muhabirin suçu değil, haber müdürlerinin, yazı işleri müdürlerinin, internet editörlerinin suçu. TV'lerde ise genel yayın yönetmenlerinin suçu. O yüzden bir haber istediğiniz gibi çıkmadıysa bunun nedenleri arasında reyting kaygısının olduğuna da dikkat etmemiz gerekir.

Ne yapmalı noktasında Sağlık Bakanlığı önemli bir adım daha attı. Televizyonlara çıkan doktorlara Hipokrat yemini ile ilgili on iki tane kıstas getirildi. Bunlar;

-Kanunlara, genel ahlaka, tıbbi deontoloji ve sağlık meslekleri etik kurallarına uyacağım.

-Dürüstlük ve tarafsızlık, saygınlık ve güven, nezaket ve saygı gibi temel etik ilkelerine uygun davranacağım.

-Bilgilendirmelerimde uzmanlık/mesleki alanım sınırları içinde kalacağım

-Belirli hasta veya hastaların teşhis ve tedavisine yönelik bilgilendirme yapmayacağım.

-Kişileri yanıltacak, yanlış yönlendirecek ve paniğe sevk edecek şekilde konuşmayacağım.

-Kişilerin bilgi ve tecrübe eksikliğini istismar edecek şekilde veya abartılı iddialar ileri sürerek yanlış izlenim oluşturmayacağım.

-Doğruluğu bilimsel ve klinik olarak kanıtlanmamış veya mevzuatla tıbbi işlem olarak tanımlanıp düzenlenmemiş tedavi ve yöntemler hakkında; bu yöntemlerin hastalıkları tedavi ettiğine dair bilgilendirme yapmayacağım.

-Hastaları belirli bir hekim veya belirli sağlık kuruluşlarına yönlendirmeyeceğim.

-Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını garanti eden bir dille ve kesinlik vaat edecek şekilde konuşmayacağım.

-Bilimsel yayınlardan alıntıları ve bilimsel terimleri yanıltıcı şekilde kullanmayacağım.

-Sağlık kuruluşları ve sağlık meslek mensuplarına yönelik, şiddete sevk edici, aşağılayıcı ve alay edici ifadeler kullanmayacağım.

-Ülkemizde uygulanması yasaklanmış olan tıbbi işlemlere yönelik bilgilendirme yapmayacağım.

Ne yapmalı ile ilgili önerim; sağlık okuryazarlığı ile ilgili, biliyorsunuz medya okuryazarlığı ilköğretim okullarında ders oldu. Sağlık okuryazarlığı dediğiniz şey aslında sağlık giderlerini de önemli derece de azaltabilecek bir şey. Sağlık Bakanlığı, SGK ve Sağlık-Sen olarak bu konu gündeme alınırsa, hemşire, doktor arkadaşlarımız ilköğretim okullarında sağlık okuryazarlığı dersinin verilmesi noktasında çalışmalar yürütebilir ve Sağlık-Sen olarak bu konuda öncü olabileceklerine inanıyorum.

Medya ile ilgili birçok problem gördüğümü ifade ettim, ama sağlıklı ilgili bir TV'de veya bir gazetede haber gördüğümüzde bunun nasıl doğru olduğunu düşünebiliriz diye bir formülasyonumuz var. Birincisi, nerede yayınlamış binlerce internet sitesi var ama temel bir internet siteleri var, insanların bu anlamda nerede yayımlandığına bakması lazım.

İkincisi, imza var mı? Yani muhabir ismi yer alıyor mu, uzman bir sağlık muhabiri tarafından mı yapılmış?. Üçüncüsü haber kaynağı. Haber kaynağı doğrudan hoca olabilir, bu hoca kolesterolle ilgili bir haber yapıyorsa kardiyolog mudur? Yoksa biyofizikçi midir? Ona bakılması lazım. Ticari bir haberi sağlık çalışanları tabi ki biraz daha iyi anlar ama bu konuda vatandaşa da yardımcı olunması lazım. bununla ilgili de aslında tüm bunların tartışılması gereken bir çalıştayda yapılması gerektiği ile ilgili önerimi tekrar etmek isterim.

Son olarak sağlık çalışanlarına şiddet ile ilgili bir başlık da açmak isterdim. Sağlık çalışanları, sağlığın geliştirilmesi, sağlık okuryazarlığı diyoruz ama sağlık hizmetini sunan sağlık çalışanları şiddet ile ilgili tehlike ile karşı karşıya iseler bunları çok konuşmanın bir anlamı yok. Ama sağlıkta şiddet öyle bir hale geldi ki, artık sağlıkta terör ile ilgili bir problemimiz var. Cizre'deki çatışmada arada kalarak hayatını kaybeden hemşire arkadaşımız, yine vefat eden Dr. arkadaşımız Abdullah Büroğul ve yine vefat eden eczacı Yunus Koca arkadaşımıza tekrar Allah rahmet eylesin diyorum, başımız sağ olsun. PKK'nın terörünü de tekrar lanetliyorum.

3. Oturuma Katılan Konuşmacılara Plaket Takdimi



3. OTURUM: ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞU

SASAM ENSTİTÜSÜ
Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü
Halk Sağlığı Günleri

"SAĞLIK OKURYAZARLIĞI"
03-04 Eylül 2015 ANKARA





SASAM ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü

Halk Sağlığı Günleri

“SAĞLIK OKURYAZARLIĞI”

03-04 Eylül 2015 ANKARA



4. OTURUM

SAĞLIKTA BİLGİ KİRLİLİĞİ

Oturum Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Hacı Ömer TONTUŞ,
Sağlık Bakanlığı Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürü

- **Doç. Dr. Elgiz YILMAZ**, Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Kişilerarası İletişim ABD Başkanı Sağlık Enformasyonunun Önemi
- **Serhat ÖZEREN**, Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı İnternet Geliştirme Kurulu Başkanı Sağlıkta Bilgi Kirliliği ve Güvenilirliği
- **Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU**, Gazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Etiği ve Tıp Tarihi ABD Başkanı Etik ve Sağlıkta Bilgi Kirliliği
- **Yeşim SERT KARAASLAN**, Anadolu Ajansı (AA) Sağlık Muhabiri Medya ve Sağlıkta Bilgi Kirliliği



Yrd. Doç. Dr. Hacı Ömer TONTUŞ
Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürü

Her şeyin başında dünya, 1994'ten beri, yaklaşık 20 yıldır çok önemli bir değişim yaşadı. 1994'te bu üç "w" ile başlayan internet hayatımıza aktif olarak girmeye başladı. Daha önceden başka şekillerde zaten internet kullanıyorduk veya bilgiye ulaşıyorduk ama, öyle bir oldu ki bütün kapılar aynı anda açıldı ve çok hızlı bir şekilde bütün dünyayı bir bilgi yumağının içine attı. Ancak bilgi yumağının içerisindeki sıkıntı şu: Orada yazanın ne olduğunun bir önemi yok. Orada yazanın içeriğinin neyi kastettiği karşı tarafın algıladığı kadar. Dolayısıyla bu bilgi yumağının herhangi bir süzgeçten geçirilmeden herkesin önüne konulmasıyla birlikte kişilerin algıladıklarının farklı olmasına bağlı olarak, kişiden kişiye değişen farklı algılar, farklı davranışlar, farklı benimsemelerle birlikte gerçekten bir bilgi kirliliği oldu. Aynı gazetedeki haberi birlikte okuyup farklı yorumlayabildiğimiz gibi, internette çok net tanımlanmış bir cümleyi iki farklı kişi okuduğu zaman iki farklı algı doğmaya başladı ve bunların çoğaldığını düşünürseniz, milyonları, milyarları düşünürseniz sonuçta aynı siteye, aynı bilgi kaynağına veya aynı yazıya dayandırılarak görüş söyleyen ancak birbirinden farklı şeyler ifade eden kişiler var karşımızda. Bunların önemli bir kısmı da akademisyen. Ben yaklaşık 5-6 senedir he-

kimlik yapmıyorum ama halen görüyorum, işte akrabalarımızın, eşimizin dostumuzun yanına gittiğimiz zaman bize sağlıkla alakalı bir soru soruluyor, siz ağzınızı açmadan yan taraftaki kuzeniniz, yeğeniniz –tıpla hiçbir alakası yok- takır takır cevaplar veriyor. Öyle olacak, böyle olacak, şunu yapacaksın, o ilacı kullanma filan diye. “Ya Ayşe Abla, sen karışma, dur ben söyleyeyim”, “Yok, ben okudum, baktım, google’de yazıyor” filan diyor. Artık o kadar yayılmış ki, sadece şehir merkezleri, sadece belirli ortamlar değil, Türkiye’deki her yerde, dünyadaki her yerde bu bilgiye ulaşıyorsunuz ve bu bilgiyi yorumlarken de, bilimsel bir süzgeçten geçirmeden yorumladığınızda bir başkası için –sizin için doğru olabilir ama- doğrudan bir bilgi kirliliğine sebep oluyorsunuz. Tabii, bilgi kirliliğini sadece internet üzerinden hapsetmek doğru değil, bunu diğer görsel basın, işte yazılı basın, hepsine söylemek lazım. Örneğin, Sağlık Bakanlığı’nın yaklaşık dört aydır uğraştığı bir şey var; akredite olmayan konuşma metinlerinin yapılmaması. Doğru bir uygulamaydı ancak Sağlık Bakanlığı’nın herhangi bir şekilde bir kişinin bilimsel görüşlerini baskı altında tutmak diye böyle bir amacı olamaz, bu zaten bilimin temelinde aykırı. Ancak bir kişi kendi veya bir başkasının çıkarları -bu çıkarı maddi olarak algılamayın lütfen, bir kişinin kendisinin veya bir başkasının çıkarı için bilgisini kullanıyor ise bu bir yanıldır. Çıkar, sadece maddi çıkar olmayabilir, bir beğenilme de, bir alkış da çıkardır. Daha fazla yere davet edilmek için şov yapıyorsanız bu da bir çıkardır- dolayısıyla siz bilginizi bu amaç doğrultusunda eğiyorsanız, büyütürsünüz bilgi kirliliğine sebep oluyorsunuzdur. Sağlık Bakanlığı da bununla mücadele etmeye başladı. Tabii ki tıpta herkesin görüşü aynı olmak zorunda değil. Benim için en iyi ağrı kesici X ilacı iken, bir başkası için en iyi ağrı kesici Y ilacı olabilir. Dolayısıyla bu iki hekim arasındaki görüş farklılığı tıbbi bilimsel temeli zedelemez. Bu nedenle bir kişi ekrana çıkıp benim düşündüğümden daha farklı bir tedavi seçeneğinden bahsedebilir. Ancak bu tedavi seçeneğinden bahsederken, bir hastalıkla alakalı bilgi verirken bunun arkasındaki niyet farklı ise, başka yerlere yönlendirmekse, maddi olmasa da çıkar sağlamaksa bu bilgi kirliliğine neden olmaktır ve bu kişinin isminin önünde “Profesör”, “Doçent”, “Yardımcı Doçent”, “Doktor”, “Uzman Doktor” gibi bir unvan varsa, bu unvana bağlı olarak ekrana çıkarılmışsa, bir gazeteci tarafından röportaj alınıyorsa ve bunu kötü kullanıyorsa bu, o bilime de karşı gelmektir, bu topluma da karşı gelmektir. Bu, ciddi olarak zedelemektir, örselemektir. Neyi? Toplumu örselemektir. Neyi? Bilimi örselemektir. Neyi? Bu kesime yani sağlık kesimine olan güveni örselemektir. Kimsenin bunu yapmaya hakkı yok. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığının da o mücadelesi –yaklaşık üç dört ay önce başlayan- o bağlamdaydı.



Doç. Dr. Elgiz YILMAZ
Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi
Kişilerarası İletişim Anabilim Dalı Başkanı

Sağlık Enformasyonunun Önemi ve Sağlık Okuryazarlığı

Hastanın sağlık durumu nedeniyle ortaya çıkan tanı ve tedavi sürecine etkin katılımının teşvik edildiği günümüz hasta-doktor iletişim sürecinde bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması gerekmektedir; bu düzeyin artırılması için sağlık eğitimi politikalarının geliştirilmesi gerekmektedir. Etkin bir hasta eğitimi, hasta-merkezli, hastanın düşünce, inanç ve algılarını göz-önüne alan, hastanın ve bakımını üstlenen yakınlarının ihtiyaçlarına göre hazırlanmış uygun yazılı ve görsel içeriklerle desteklenmiş ve düzenli aralıklarla tekrarlanması gereken süreçler şeklinde planlanmalıdır.

1990'lı yılların sonlarına doğru tartışılmaya başlanan sağlık okuryazarlığı Amerikan Tıp Kurumu tarafından "reçeteleri, randevu kağıtlarını ve sağlığa ilişkin diğer önemli kaynakları okuyup anlayabilme becerisi" olarak tanımlanmıştır. (1). Kavram, Dünya Sağlık Örgütü (2) tarafından daha detaylı ele alınmış; "sağlıklı olmayı sürdürme ve bu duruma katkıda bulunmayı sağlayan yollarla; bireylerin bilgiye olan erişim,

anlama ve kullanma yeteneği ile motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler" olarak tanımlanmıştır (3).

Sağlık okuryazarlığı bireyin maddi durumu, okuryazar olma durumu, algılama ve araştırma yetenekleri, öğrenme ve kendini ifade edebilme becerileri, merak ve bilgi düzeyleri gibi sosyo ekonomik ve kültürel faktörler ile ilişkilidir. Bu faktörlerdeki değişkenlik bireyin eriştiği ve/veya erişebildiği ilaç kutularında yer alan bilgiyi kavrama, sağlık kuruluşlarında hastalara yönelik olarak hazırlanan tıbbi eğitim broşürlerini, doktorların tedavi ve teşhise yönelik taleplerini anlama, onay formlarını ilgili yerlere iletebilme gibi her türlü enformasyonu anlama, anlamlandırma becerisini ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilme düzeyini etkiler.

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişimiyle hasta-doktor iletişimindeki klasik görüş olan "doktor karar verir, hasta uygular" yaklaşımı yerini katılımcı tedavi yöntemlerine bırakmaktadır. Ortak karar alma, zamanla hasta-doktor iletişimini destekleyen en önemli unsurlardan biri haline gelmektedir. Bu amaçla günümüzde, hastaların tıp bilgilerine ulaşımının kolaylaşmasıyla pek çok hasta, doktora gelmeden önce hastalığına ilişkin araştırmalar yapmaktadır. Bu tıbbi bilgiler hem resmi hem de resmi olmayan kaynaklarla yapılabilmektedir. Bu noktada "sağlık okuryazarlığı" önem kazanmaktadır. Hastalar çeşitli kanallardan güvenilir sağlık bilgisinin nasıl edinilmesi gerektiğini öğrenmelidir. İletişim araçlarında yayınlanan her sağlık bilgisinin ya da istatistiğinin her hasta için aynı şekilde uygun olmayabileceğini anlamak ve öğrenmek hastanın da sorumluluğundadır.

Kitle iletişim araçları tarafından iletilen mesajların etkilediği hedef kitlenin büyüklüğü göz önüne alındığında, bu araçlarda yayınlanan sağlık programlarına davet edilen konukların açıklamalarının ve haber içeriklerinin varabileceği noktalar iyi düşünülmelidir. Sağlık okuryazarlığının medyada geliştirilmesi açısından; sağlık editörleri ya da içerik danışmanlarının tıbbi bilgi ve terimlere hakim olmaları, sağlık haberlerinin ve sağlık programlarının içerikleri oluşturulurken kamuoyu yararının gözetilmesi önem taşımaktadır.

Son günlerde önerdiği beslenme programları, gebelerde şeker yüklemesi testinin zararlı olduğuna dair açıklamaları ile İç Hastalıkları Uzmanı Prof. Dr. Canan Karatay gündemde sıkça ilk sıralarda yer bulmakta. Karatay'ın uzman doktor olarak yaptığı açıklamalar toplumumuzda kabul gördüğü kadar eleştiri de almakta. Hatta



4. OTURUM: SAĞLIKTA BİLGİ KİRLİLİĞİ

öyle ki üç ay önce T.C. Sağlık Bakanlığı medyada sağlıkla ilgili görüş bildirecek kişilerde “ekran sertifikası ve akreditasyon şartı” arayacağını açıkladı. Sağlık haberciliğinde birkaç sektör paydaşı birlikte hareket etmeli. Örneğin; Türk Tabipler Birliği, tıbbi branşların uzmanlık dernekleri Karatay örneğindeki gibi tartışma yaratan haberlerin bilimsel güvenilirlik ve geçerliği ile ilgili kamuyu aydınlatıcı açıklamalar yapmalıdır. Sağlık alanında uzman muhabirler de yaptıkları haberlerle toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesinde sorumlulukları olduğunu unutmamalı, haber kaynaklarına ve yazı dillerine özen göstermelidir. Bu ve buna benzer vakalardan yola çıktığımızda, sağlık alanında görüş bildiren uzmanlar magazin figürü haline getirilmemeleri, kamu sağlığını etkileyecek medyatik söylemlerden kaçınmaları gerektiğinin ve sağlığın kolay pazarlanabilir bir tüketim malzemesi olmadığını altını çizmekte fayda var.

İster kitle medyası ister kişilerarası olsun, iletişim sürecinin etkili ve başarılı olması; kaynak ile alıcının ortak referans çevresinin genişliği ile doğru orantılıdır. Bu kişilerin geçmiş yaşantıları, yargıları, tutumları ve iletişim anındaki psikolojik özellikleri birbirine ne kadar benzerse, mesajı anlamlandırmaları da o kadar yüksek olur. Dolayısıyla beslenme, gebelik, anne-çocuk sağlığı gibi temel başlıklar ve ekmeğe gibi kültürel değeri yüksek gıdalarla ilgili uzmanlar tarafından yapılan açıklamalar toplum bireylerinin sağlıklı olma hallerinin devamını veya hastalanma risklerini önemli ölçüde etkilemektedir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık iletişiminin en önemli iki bileşenidir. Kapsamlı ve doğru eğitim ile yeterli sağlık politikaları sayesinde belirli bir yetkinlik düzeyine ulaşması beklenen bireylerin, kendi sağlık durumlarının yanı sıra toplumun da sağlığını koruma ve geliştirme açısından önemli işlevleri ve sorumlulukları vardır.

KAYNAK

- (1) American Medical Association. (1998). Health literacy, Retrieved June 25, 2014 from <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/ama-foundation/our-programs/public-health/health-literacy-program.page>
- (2) World Health Organization. (2014). Health promotion: Health literacy and health behaviour, Retrieved June 25, 2014 from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
- (3) Bernhardt, Jay M. ve Cameron, Kenzie A. (2003). "Accessing, Understanding and Applying Health Communication Messages: The Challenge of Health Literacy" Handbook of Health Communication. In Thompson, T, et al. (Eds.) Lawrens Erlbaum Associates: USA, New Jersey.



Serhat ÖZEREN
TC Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı
İnternet Geliştirme Kurulu Başkanı

Sağlıkta Bilgi Kirliliği ve Güvenilirliği

Son yıllarda, dünyada ve Türkiye’de hızla artan internet kullanımı, internetin hayatımızı tartışmasız şekilde değiştirdiği gerçeğini ve bu değişimin devam edeceğini gözler önüne sermektedir. İnternette geçirilen zamanın artması ise beraberinde bazı soruları getirmektedir. İnternette zaman geçiren çocuklar ve gençler güvenlik unsurlarına dikkat ediyor mu? Aileler çocuklarını sanal dünyada kontrol edebilecek kadar bilgi birikimine sahip mi? İnternet kullanan bireyler karşılaşılabilecekleri riskleri tanıyor mu? Bu sorulardan hareketle, internet kullanımında mevcut durumumuz hakkında bilgilenebilir ve nelerle karşılaşılabileceğimiz konusunda toplumu daha fazla bilinçlendirmeliyiz.

Bilginin doğruluğunu ve bilginin kaynağını öğrenmek de bu noktada önemli hale geliyor. İnternet dünyası ile gerçek dünya arasındaki fark oldukça azdır. Gerçek dünyada ve internet dünyasında suçlular bulunuyor. Gerçek dünyada suçlular ile mücadele noktasında kolluk kuvvetleri var. İnternet dünyasında ise suçlular kendilerini gizlemektedirler.

Güvenli internet kullanımı konusunda dünyada ve ülkemizde çeşitli uygulamalar ve mücadele yöntemleri geliştirilmektedir. Türkiye’de bilişim suçları konusunda özel ilk

yasal düzenleme Yeni Türk Ceza Kanunu'nun 12 Ekim 2004 yılında kabul edilmesiyle gerçekleşmiştir. Yasal düzenlemenin yanı sıra, 25 Nisan 2007 tarihinde kurulan Bilişim Suçları ve Sistemleri Şube Müdürlüğü konuyla mücadele etmede oluşturulan kolluk birimlere örnektir. Ayrıca, 2007 yılında bu alanda yaşanan en önemli gelişme 5651 Sayılı İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun'un yürürlüğe girmesidir. Yasal düzenlemeler sayesinde internetin bilinçsiz kullanımından doğan suçların azaldığı görülmektedir.

Bu noktada ortaya bilinçli internet kavramı ortaya çıkıyor ve çocuklara bizler internet kullanımını okul öncesi çağlardan itibaren eğitmemiz gerekiyor. Bilinçlenme ve güvenli internet konusunda farkındalık oluşturabilmek için ilkokul yaşlarından çalışmalarla başlanması gerekmektedir. Bizim yaptığımız araştırmalara göre çocukların 13 yaş ve üzeri yaşlarda internetle tanışmasının daha makul olduğunu söyleyebiliriz. Bu vesileyle, toplumda güvenli internet kullanımı konusunda farkındalık yaratılmış olacaktır. Modern dünyada internetten uzak durmak ya da sanal risklere karşı çekinceler taşımak yerine, bu dünya ile güvenli bir şekilde yaşamayı öğrenmek gerek.

Ülkemizdeki sosyo-ekonomik, kültürel ve coğrafi farklılıkları kaldırmamız için internet teknolojilerini hızlı bir şekilde kullanmamız gerekiyor. Bu teknoloji bize avantaj sağlıyor, baktığımız zaman Türkiye'de yaklaşık 55 milyon internet kullanıcılarından bahsediyoruz. Dünyada ise internet kullanıcı sayısı 3 milyara ulaşmış durumda. Bu teknolojik gelişmeyle birlikte artık, dünyada internet vatandaşlığından bahsedilen bir yapı oluştu bu yapıyla sınırlar ortadan kalkıp, herkes bir konuda bir fikir üretebiliyor.

Ağustos ayında ülkemizde 4,5G ihalesi yapıldı. Bu yeni teknoloji ile birlikte mobil iletişim ve internet hızları artacak. Dünyada 10 sene içerisinde 40 milyar cihaz ve insan birbiriyle haberleşiyor olacak. Bu noktada, internetin gücünü doğru şekilde kullanmamız gerekiyor. İnternet üzerinden edinilen bilgilerin kaynağını ve bilgilerin doğruluğunun teyit edilmesi gerekir. İnternet sitelerini kapatmak veya yasaklamak buna bir çözüm değil, zira birçok yanıltıcı bilgi içeren siteler tekrar kurulabilir. Bunu çözümenin en temel yolu ise internetin bilinçli olarak kullanılmasından geçiyor. Diğer bir deyişle bilinçli tüketici olmak her alanda olduğu gibi internet kullanımında da son derece önemlidir.

İnternette sağlık konusunda oluşturulan bilinçsiz içerik vatandaşları yanlış yönlendiriyor. Bilinçli internet kullanımında STK'lar ve özel sektörün bir çalışma yapması gerekiyor. Sağlıkta bilgi kirliliğini önleme çalışmaları kapsamında İnternet Geliştirme Kurulu olarak Bilinçli Sağlık Platformu ile bir işbirliği yaptık. Bilinçli Sağlık Platformu ile yaptığımız işbirliği kapsamında vatandaşların doğru bilgiye erişebilmesi için ciddi çalış-



4. OTURUM: SAĞLIKTA BİLGİ KİRLİLİĞİ

malara imza atıyoruz ve atmaya da devam edeceğiz. Kamu, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının bu konuda elini taşın altına koymas ve bu sorumluluğu sonuna kadar üstlenmesi gerektiğine inanıyorum. Vatandaşlarımıza doğru bilgiyi iletmek görevimiz. Doğru kaynaklar tarafından üretilmiş içerikleri sunduğumuz ve ne olursa olsun hekim kontrolünün önemini vurguladığımız sürece, bu tür bilgi kirliliklerinin önüne geçebiliriz.

İnternette yer alan içeriklerin büyük bir kısmı kullanıcılar tarafından oluşturulmuş verilerdir. İnternet pek çok konuda bilgiye erişimin en hızlı yolu olsa da bilinçli bir internet kullanıcısı, orada yer alan içeriğe koşulsuz inanmadan önce sorgulaması gerektiğini bilir. Sağlık konusunda yer alan içeriklerin de her geçen gün arttığını gözlemliyoruz. Ancak alanında uzman olmayan kişilerin paylaştığı bilgiler, kullanıcıların hayatını riske atabiliyor. Bu konuda gereken düzenlemelerin yapılması için kamu üzerine düşeni yapacaktır. Ancak her zamanki gibi çözümün ilk kaynağı kullanıcının kendisidir.

Arama motorları aracılığıyla ulaşılan her bilgi doğru değildir ve mutlaka teyit edilmesi gerekir. Nasıl ki evimizin kapısını açık bırakmamaya özen gösteriyorsak, internette de güvenlik açıklarına karşı dikkatli olmayı öğrenmeliyiz. İnternet ve teknoloji kullanımındaki olumsuzlukların bizi korkutmasına izin vermemeliyiz. Bunları aşmanın yolu, bireylerin bilinçlendirilmesinden geçer. İnterneti en faydalı nasıl kullanabiliriz; bunu öğrenmeli ve öğretmeliyiz.

Ailelere İnterneti Güvenli Kullanmaları İçin Öneriler:

- İnternet modemlerinin şifrelenmesi
- Şifrelerin paylaşılması
- Kolay ve elde edilebilir şifrelerden kaçınılması
- Sosyal paylaşım ağlarında kişisel bilgilerin paylaşılması
- Çocuklarının sosyal paylaşım sitelerinde arkadaşlarının kim olduğunun kontrol edilmesi
- Çocukların interneti kullanım zamanlarını kontrol etmeleri ve bu konuda sınırlayıcı süreler tanımları
- Çocuklarının internette nerelerde dolaştıklarını kontrol etmeleri
- Antivirüs programlarının kullanılması
- Orijinal Yazılım kullanılması



- Bilgisayar yazılımlarının sürekli güncellenmesi
- Bilgisayar güvenliğinin sağlanması
- Tarifelerin bilinçli seçilmesi

Çocukların İnterneti Güvenli Kullanmaları İçin Öneriler:

- İnternet sanal bir ortam olduğu kadar hayatın kendisidir
- İnternet ortamında kesinlikle anne, baba isimleri, ev adresi, telefon numarası bilgilerinin verilmemesi
- Kişisel bilgilerin gizliliğinin sağlanması
- Sesli sohbetin akıllıca kullanılması, tanımadıkları kişilerle hiçbir şekilde sohbet yapılmaması
- Uygun giriş isimleri seçilmesi
- İnternette geçirilen zamanın kontrol edilmesi
- Karşılaşılan sorunlarda ailelerin haberdar edilmesi
- Sosyal paylaşım ağlarında kişisel bilgilerin paylaşılmaması, tanımadıkları kişileri arkadaş olarak kabul etmemeleri.



Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Etiği ve Tıp Tarihi ABD Başkanı

Etik ve Sağlıkta Bilgi Kirliliği

Sağlıkta Bilgi Kirliliği

Sağlıklı bir yaşam sürmek, günümüzde insanların öncelikli hedeflerindedir. Günümüzde insanların yaşam süresi uzamış ve biyolojik yaşlanmanın yavaşlatılmasına yönelik önemli gelişmeler elde edilmiştir. Bu nedenle sağlık ve sağlıklı yaşam hakkında bilgilenmek yeni gelişmelerden haberdar olmak isteriz. Sağlıklı bir yaşam hakkında fiziksel egzersiz, bilinçli beslenme, doğayla bütünleşik huzurlu stressiz koşullar gibi etkenlerin olumlu sonuçlarının gözlenmesi yanı sıra, hedeflenen sonuca kolayca ulaşmayı sağladığı iddiasıyla, her gün farklı kaynaklardan birçok bilgiyle karşılaşmaktayız. Bilimsel ilerlemeler ve teknolojik gelişmelerle artan endüstriyel ürünler aracılığıyla sağlanan refahın giderek yaygınlaşması sonucu, modern toplumlarda sağlık ve bu kapsamda algılanan genç kalmak, güzel görünmek gibi değerler insanları yönlendirmeye başlamıştır. Son yüzyıl içinde yaygınlaşan geleneksel haber kaynaklarının yanı sıra, son 5 yılda yaygınlaşan internet ve sosyal medya aracılığıyla sağlanan iletişim ortamında sağlıkla ilgili doğru olduğu savlanan birçok bilgi ortalığa saçılmaktadır. Sağlıkla ilgili konularda, yaygınlaşan bilgi akışında zaman zaman yanlış, eksik ya da doğrudan zararlı olabilecek durumlarla karşılaşmaktayız. Sağlık alanında ciddi sonuçlar doğurabilen, yalan, yanlış bazen ölümlere yol açan ve çe-

İlişkili olabilen bilgilerin yarattığı ortam, sağlık profesyonellerinin de işini zorlaştırmaktadır. Bu durum toplumsal etik bir sorun olmanın yanında, önemli bir tıp etiği sorunu kümesidir. Sağlıkta bilgi kirliliği, hem profesyonelleri, hem de toplumu ilgilendiren etik ikilemler içermektedir.

Tıp Etiği Nedir ve Hekimlikte Etik Neden Çok Önemlidir?

Tıp, meslek, sanat olması yanında bilimsel uygulamalı bir etkinliktir. Amacını gerçekleştirmek için bilimin bütün dallarındaki bilimsel bilgileri ve bilimin yöntem bilgisini kullanan bir teknik disiplindir. Etiğin uygulamalı etiğe yansıyan farklılaşmış uzantısı olarak tanımlayabileceğimiz tıp etiği, tıp uygulaması sırasında hekim-hasta, hekim-hekim, hekim-kurum, hasta-sağlık politikası, denek-araştırmacı hekim, toplum-hekim vb. ilişkilerinde belirlenen değer sorunlarıyla ilgilenebilir.

Etik, insan eylemleri ile uğraştığı, hekimlik mesleği de insan odaklı olduğu için tıbbi etiği meslek etiklerinin başlangıcı sayabiliriz. P. Koslowski, en yüksek uzmanlık gerektiren mesleklerin bilimler değil, uygulamalı bilimler, dolayısı ile sanatlar olduğunu vurgulamaktadır. Hekimlik/Sağlık meslekleri özel olarak sanattır çünkü onun yöneldiği "şey" hasta olarak insan, genel olmayan, standartlaştırılmayan eylem nesnesidir. Bundan dolayı meslek etikleri hareketinin tıp etiği ile başlaması ve daha sonra diğer mesleklere doğru uzanması akla yatkındır.

Ayrıca bugün tıp etiğinden beklenen, bir bilim adamının, ilgili alanda araştırma yaparken veya mesleğini icra ederken genel olarak neleri yapması ve neleri yapmaması gerektiği sorusunu ve bir bilim adamının belirli bir durumda karşılaştığı bir sorunu nasıl çözmesi gerektiği sorusunu yanıtlamasıdır.

Tıbbın Toplumsal Boyutu ve Sağlıkta Doğru Bilginin Önemi

Toplumun her bir bireyi, her an "hasta" kimliğini edinebilir. Bu nedenle tıbbi etkileyen değişimler, toplumun yakından ilgili olduğu konulardır. Sağlığı etkileyecek gelişmeler toplumu yakından ilgilendirir. İleri uzmanlık gerektiren konularda doğru bilginin verilmesi, toplumun yanıltılmaması sağlık alanındaki profesyonellerin en önemli etik sorumluluğudur. Toplum sağlığı ve bireylerin sağlığı açısından doğru bilgilendirme bireylerin sağlık algısını biçimlendirecek, sağlıklı olmak yönünde yaşantısını etkileyecek ve değiştirecektir.

Tıp etiği açısından, doğru bilimsel bilginin topluma aktarılması çok önemlidir. Doğru bilginin ne kadarının, hangi amaçla ve hangi yöntemle aktarıldığı konusunun bile etik boyutu vardır. Doğru bilginin toplum ya da belirli bir sağlık sorunundan etkilenmiş birey-



4. OTURUM: SAĞLIKTA BİLGİ KİRLİLİĞİ

lere aktarılması önemli ve değerlidir. Sağlıkla ilgili bilgi denilince herkes genel geçer bir şeyler söyleyebilmektedir. Toplumsal açıdan etkili iletişim kanallarını kullanarak sağlıkla ilgili doğru bilginin ilgili bireylere aktarılmasında mesleki bilgi açısından yetkin ve etiksel sorumluluk taşıyan ilgili uzmanlar tarafından aktarılması gereklidir. Doğru bilginin bir kısmının saklanarak çarpıtılması, konuyla ilgili uzmanlık alanına, kişiye ya da siyasi otoritelere çıkar sağlayacak biçimde kullanılması da etik açısından kabul edilemez sonuçlar doğurabilir.

Gelişen dünyamız ile birlikte hekimlerin yaşadıkları etik ikilemlerin sayısı artmaktadır. Tıbbi etik sorun kümelerin (ötenazi, beyin ölümü, transplantasyon, ventilatörde hasta izlemi, kürtaj, yardımcı üreme teknikleri, kök hücre ve genetik araştırmaları vb.) sayısı da giderek artış göstermektedir. Bunlar tıp etiğinin özel konuları olmakla birlikte, aynı zamanda toplumu yakından ilgilendiren önemli toplumsal etik sorun kümeleridir. Yaşanan bazı etik sorun/ikilemlerde sınırları çizmek, belirlemek zor olmaktadır (“buzda kaymak”). Tıbbın çeşitli uygulanma alanlarında etik kaygılarla yazılmış makaleler görülmektedir. Kaygılar nedeniyle bazı bilim dalları hekimlere “yol gösterici nitelikte” kılavuzlar geliştirilmeye çalışılmaktadır. Elbette bu konulara ilişkin kılavuzların oluşturulması, her olguyu kapsayacak standartlar oluşturmak zordur. Üstelik oluşturulan standartlarla yeni etik sorun kümeleri ve ikilemler oluşacaktır. Bunların tümünün topluma yansıtılan içeriği ve yansıma biçimi de etik sorumluluk gerektirmektedir.

İnsan Hakkı Olarak Hasta Hakları

Hasta kavramı bir “öteki”lik durumudur. Bireyin günlük yaşamında içselleştirerek kabullendiği bir kimlik değildir. (Bireyin yaşam biçimini etkileyen süregen bazı hastalıklarda, hastalığını bir kimlik gibi kabullendiği görülmektedir.) Hastalıkla karşılaşmadan önce, “hasta” kendisini böyle tanımlamamaktadır. Hastalık geçtiğinde, “hasta” kimliği geride bırakılacaktır. Hastalık süreci istemeden üstlenilen ve geçici olması istenen bir durumdur. Toplumun her bir bireyi, her an bir hastalıktan etkilenme potansiyeli taşımaktadır. Toplumu etkileyen değişimler, hastayı, hastanın haklarını ve hastalıkların algılanma biçimini etkileyecek ve değiştirecektir.

Hasta Haklarının Gelişimi ve Hasta Hakkı Olarak Sağlıkta Doğru Bilginin Önemi

İnsanlığın toplumsal – tarihsel gelişimine koşut olarak ortaya çıkan, insan hakları gelişimine ve niteliğine göre üç kuşakta tanımlanmaktadır. Buna göre 1. kuşak insan hakları, bireyin hakları olarak öteki bireylere karşı doğduğu anda elde ettiği haklar olan; yaşama hakkı, özgür doğma hakkı gibi haklardır. Bireylerin devletle ilişkilerinden doğan 2. kuşak insan hakları, eğitim hakkı, sağlıklı yaşama hakkı, çalışma hakkı olarak tanımla-

4. OTURUM: SAĞLIKTA BİLGİ KİRLİLİĞİ

nabilecek haklardır. Toplumun her bir bireyini etkileyecek toplumsal haklar olarak tanımlanabilecek, dayanışma hakları da denilen 3. kuşak insan hakları ise çevre hakkı, tüketici hakları, hasta hakları olarak belirmektedir. Düşünülebileceği gibi hasta hakları, tıbbi etiğin temel konularından biridir. Hastalar, hastalıkları konusunda doğru bilgilendirme, tedavi yöntemleri ile ilgili özerk seçim yaparak bu konuda aydınlatılarak onam verme, psikososyal ve manevi değerleri açısından saygı görme gibi temel haklara sahip olmalıdır. Bu bağlamda sağlıkla ilgili doğru bilgilendirme önemli bir insan hakkı olarak ve hasta hakları kapsamında toplumsal önem taşımaktadır.

Sağlıkta Bilgi Kirliliğinin Toplumsal ve Siyasal Açından Hekim-Hasta İlişisine Etkileri

Tıp, eski çağlardan günümüze değin bir süreç olarak değerlendirildiğinde; hekimin dediklerine sorgusuz uyan hasta tipinden, hekimin hastalığının iyileşmesine ilişkin bilgileri vererek yol göstermesini bekleyen hasta tipine bir değişim yaşanmıştır. Günümüzde ise, hasta haklarında son yıllardaki gelişmelerle gerekli bilgileri alma hakkına sahip, aydınlatılmış onam verme hakkı, özerkliği olan hasta tipine bir evrimleşme söz konusudur. Teknolojinin yoğun kullanılmasının olumlu ve tıbbi geliştiren katkıları yanında, adalet ve eşitlik ilkesi açısından soru işaretleri de artmaktadır. Sağlık, ekonomik olarak giderek genişleyen bir sektördür. Küresel ekonomide silah ve enerji sektörlerinden sonra üçüncü büyük sektör durumundadır. Teknolojinin kullanımı arttıkça, etiğin alanı da genişlemektedir. Sağlıkta ekonomik boyutu yakından ilgili bir gelişme, medya aracılığıyla kolaylıkla geniş kitlelere yansıyan "bilgi"lendirmelerdir. Özellikle doğru bilgi denetiminin kolay olmadığı internet ve sosyal medya üzerinden sunulan sağlık bilgileri son derece yanıltıcı olabilmektedir.

Yanlış ya da yanlış bilgiler, doğru bilgilerle karışık sunularak bilgi kirliliği yaratılmaktadır. Medya aracılığıyla aktarılan bilginin doğruluğunun denetimi ilgili Sivil Toplum Kuruluşları, sendikalar, mesleki uzmanlık dernekleri başta olmak üzere ilgili kamusal kuruluşlar tarafından farklı boyutlarıyla denetlenmelidir. Sağlıkla ilgili bilgilerin hızla değişerek gelişen bir alanda üretildiği, tıbbın bilimsel ve devinimsel niteliği göz önüne alındığında yargısal denetimin sadece ana hatları çizebileceği gerçeğiyle karşılaşırız. Bu nedenle sağlıkla ilgili doğru bilgilerin aktarılmasının denetiminde, genel olarak tıp etiği ve sağlık profesyonellerinin ilgili oldukları meslek etiği kodlarının uygulanmasında gösterilen özenin denetimi öne çıkmaktadır.

Profesyonel Bilgi – Beceri – Davranış: Bilgi doğrudan uygulamaya dönüşmez; uzmanlık ve profesyonellik gerektiren alanlarda bunun yanında bir sonraki adım, yeni teknikler öğrenerek becerileri geliştirmek ve davranışlarda değişiklik yapmaktır. Tıpta profesyonel mesleki bilgi yanında, etkili iletişim kurma becerisi sağlayan teknikleri bilmekle,



4. OTURUM: SAĞLIKTA BİLGİ KİRLİLİĞİ

onları uygulamada davranışa dönüştürerek kullanmak arasındaki farkın altını çizerek hekim – hasta arasındaki iletişim, toplumsal bağlamda medya ve internet aracılığıyla yapılan bilgilendirme ile yeni boyutlar kazanmıştır. Özellikle hekim hasta arasında transaksyonel, yankılanan türde bir ilişki olduğunu dikkate alırsak bilgi kirliliğinin tüm süreci olumsuz etkileyeceği açıktır.

Hekim-Hasta İletişiminde Bilgi Kirliliğinin Yarattığı Sorunlar

Hekim-hasta iletişiminin temel amaçlarından biri, hastanın, söz konusu klinik duruma uygun olan, sağlığa ilişkin değerlerin en iyisini belirlemesine ve seçmesine yardımcı olmaktır. Bu sonuca ulaşabilmek için hekim, hastanın klinik durumu hakkındaki bilgileri ortaya koyacak ve eldeki seçeneklerin içerdiği değerlerin türlerini açıklığa kavuşturmada yardımcı olacaktır. Hekimin hedefleri arasında, sağlığa ilişkin bazı değerlerin neden daha çok önem taşıdığı ve istenmesi gerektiği konusunda önerilerde bulunmak da vardır. Bilgi kirliliği bu iletişim sürecini olumsuz etkileyecektir.

“İyi bir hekim olmanın yolu, hastalarla sağlıklı iletişim kurmaktan geçer”. Yüksek kaliteli tedavi uygulamak için etkili iletişim zorunludur. Doğru iletişim, hekim – hasta arasında zorluklara neden olan yanlış anlamalardan doğan çatışmaları azaltır, daha hasta merkezli bir yaklaşım sergilenmesine yol açar. Böylece hekimlerin tanıları daha doğru hale gelirken, kararları paylaşan ve hazırlanan tedavi planlarına daha uyumlu olan hastalarla klinik başarı yükselecektir. Hekim – hasta arasında düşünce ayrılıklarının azalmasına yardımcı olacak destekleyici bir ilişkiyi biçimlendirmek için, toplumsal iletişim araçları ile verilen doğru bilgi ile güçlendirilmiş bir ortamda kurulan iletişim tedavi sürecini kolaylaştırır. Yanlış-yanlış haberlerden oluşan bilgi kirliliği ise hekim hasta ilişkisinin yanı sıra tedavi sürecini de olumsuz etkiler.

Sağlıkta Bilgi Kirliliğini Önlemekte Tıp Etiği Eğitiminin Önemi

Etik eğitiminin amacı, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının etik sorunların farkında olmalarını ve etik karar verme süreci hakkında deneyim kazanmalarını sağlamaktır. Etik sorun kümeleriyle ilgili çalışmalar ve araştırmalar devam ederken yaşanan bir gerçek vardır ki; sınırların çizilmesinin zor olduğu bu tıbbi olgularla karar verici konumunda hekim karşılaşmaktadır. Hekimin aldığı kararların çoğunda geri dönüş mümkün değildir. Bu acıdan hekimin etik duyarlılığının olması önemlidir. Bu da ancak hekimlerin mesleki eğitimleri sırasında alacakları tıp etiği eğitimi ile mümkün olur.

Üniversitede eğitim sorumluluğu taşıyan her hekim, etik değer sistemi açısından uygulamada karşılaştığı ikilemlerde sorunu çözümlerken kuşkusuz öğrenciye en iyi örneği sergilemektedir. Bununla birlikte her öğrencinin klinikte hocalarının etik ikilemlerde sorun



çözümüne tanıklık oranı, rastlantısal ve yetersiz olacaktır. Hekim adaylarına etik sorunları ayırt etme, bu sorunlar üzerinde sistemli düşünme ve çözüm yolları üretme ve amacına uygun davranışı seçme becerisini kazandırma ancak tıbbi etik derslerinde uygulamalı sistematik bir programla sağlanacaktır. Etik eğitiminin hem teorik hem de tıbbi uygulamalardaki konularla ele alınarak verilmesi önemlidir. Etik, felsefenin bir alt dalıdır. Uygulamalı etik eğitimi olarak adlandırılan etik eğitimin verilmesi, geleceğin hekimlerinin etik konusunda duyarlılıklarının oluşturulması açısından önemli bir yere sahiptir. Uygulamalı etik eğitiminde, etik problemler ve ikilemler, yaşanmış örneklerle tartışılarak hekim adayı öğrencilere aktarılmaktadır. Bu bağlamda tıp etiği eğitiminin öğrencilik yıllarının yanı sıra uzmanlık eğitimi sırasında hekimlerin çalıştıkları alanlarına özel verilmesinin gerekliliği de savunulmaktadır.

Sağlıkta Bilgi Kirliliğinin Önlenmesinde Bilimselliğin Önemi

Bilgi kirliliğinin önlenmesinde, sunulan bilginin bilimselliği en önemli ölçüttür. Bununla birlikte, bilimsel araştırmaların sonuçlarının bilim topluluğuna yansıtılma biçiminde yanlıtlar olduğu gibi, bazı şartlatanların bilimsel bilgileri kendi amaçları doğrultusunda toplumu yanıltıcı biçimde kullanıldığı da sıklıkla görülmektedir. Tıp alanında araştırmalarının yapılması gelişiminin sağlanması açısından gereklidir. Bu da, hekim adayların tıp etiği eğitimi alma gerekliliklerinin nedenlerinden bir diğeridir. Tıp alanındaki araştırmalar hayvanlardan sonra insan üzerinde yapılmak zorundadır. Araştırmalarda ve bu araştırmaların yayın aşamasında bazı etik kural ve ilkeler uyulması gerekir. Etik eğitimi alma durumu Çobanoğlu ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada, tıbbi bilimsel araştırma ve yayın eti-



4. OTURUM: SAĞLIKTA BİLGİ KİRLİLİĞİ

ğine duyarlılık konusunda etkili önemli bir değişken olarak saptanmıştır. Araştırmada etik eğitimi almış olan bireylerin etik duyarlılık düzeylerinin, almanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Konuyla ilgili yapılan başka bir araştırmada da öğretim elemanlarının çoğunluğunun tıp etiği eğitiminin faydalı buldukları görülmüştür. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan bu araştırmada hekimlerin büyük çoğunluğunun “tıp alanında etik önemlidir” düşüncesine katıldıkları ve yönetici konumundaki hekimlerin hepsinin etik eğitimi faydalı buldukları saptanmıştır. Topluma yansıyan sağlık bilgilerinin tıp alanından uzmanlar tarafından yapılması ve bu kişilerin uygun etik eğitimi almış olması sorunun çözümüne ilişkin önemli bir adım olacaktır.

Değerlendirme ve Öneriler

Hasta - hekim ilişkisinde, hasta hakları bağlamında gelişen dinamikler doğrultusunda, hastanın özerkliğini arttırmaya yönelik çalışmalar sürdürülmektedir. Hekimin özerkliği, bilgisel ve teknik üstünlük nedeniyle daha belirgin gözükmektedir. Burada birer sistem olarak iki insanın ilişkisi söz konusudur; böylece, bireylerin kişilik, toplumsal, kültürel biçimlenmeleri ilişkiyi etkiler. Bunun ötesinde çağımızda tedavi hizmetlerinin sunulduğu karmaşık hastane örgütlerinde hastanın karşılaştığı tek “bir hekim”den söz edilemez. Sağlık hizmetleri sunumundaki niteliğin iyiliğinde toplumsal değerler atmosferi de etkilidir. Sağlık alanında bilgi kirliliğinin yarattığı toplumsal değerler atmosferi hastayı ve tedavi sürecini olumsuz etkiler.

Sağlık yönetiminin görevi, tıbbın temel amaçları doğrultusunda, hastaların en üst düzeyde iyileştirilmesi amacına yönelik, en az değer kaybıyla, en çok yararı oluşturacak biçimde, kişisel olmayan yöntemlerle verilen hizmetin niteliğini yükseltmektir. Yönetimin yarar – zarar dengesini iyi kurması gereklidir. Haklar ve sorumluluklar temelinde bu dengeyi oluşturulmasına yönelik sağlıklı ilgili bilgi kirliliğinin önlenmesi gereklidir ama oldukça zordur. En köklü çözüm, konuyla ilgili uzman bilgi odaklarının etik eğitimidir. Sağlık profesyonellerinin yanı sıra, sağlıkla ilgili bilgilerin topluma yansımada sorumluluk taşıyan konuyla ilgili meslek mensuplarının da (TV programcılar, editörler, sağlık habercileri vs.) etik açısından eğitimi önemli bir gerekliliktir.

Sağlık alanında toplumu olumsuz etkileyecek sonuçlar doğuran bilgi kirliliğinin önlenmesi için, etkinlik ile ilgili meslek etiği ilkeleri kapsamında önerilen olgusal çözümler, deontolojik ve hukuki kurallar biçiminde yaşantıya yansıtılmalıdır. Bu konuda değerler bilginisi ve etik ilkelere uygunluğun, etkili kurumlarca, normatif kurullarla denetlenmesi, etik açısından “kötü” eylemlere rastlanma olasılığını düşürecektir.

Bireyin grupla etkileşimi hem grubun hem bireyin davranışında değişikliğe yol açar. Toplumun etik yönelimi kişilerin birbiriyle uyum sağlama çabasının ortak sonucudur. Bu

bağlamda, bilgi kirliliğinin önlenmesinde dengeyi sağlamak açısından, toplumsal örgütlenmeler, Dünya Tabipler Birliği'nin mesleki bildirgeleri, Türk Tabipleri Birliği, sınıfsal birleşmeler olan Sendikalar, hasta hakları dernekleri, uzmanlık dernekleri, etkili bilimsel kurumlar, seçkin bireylerin örnek yönlendirici tavırlarının oluşturduğu sosyal ilişkiler ağının bu konuda duyarlılığı ve denetimi önemlidir. Denetimi biçimlendirecek iktidar ilişkilerini etkileyecek, etik yönelimi belirleyecek, yukarıda saydığımız sosyal ilişkiler ağı tarafından aktif bir tutumla, sağlık alanında bilgi kirliliğini önlemeye yönelik çalışmalar sürdürülmelidir. Konuyla ilgili uzman olmayan kişiler tarafından yaratılan bilgi kirliliği toplum tarafından pek dikkate alınmamaktadır. Bilgi kirliliğinin önlenmesinde sağlık profesyonellerinin eğitimleri sırasında ve çalışma yaşamında tıp etiği eğitimi alması önemlidir. Böylece, uzmanlar tarafından etik dışı yalan yanlış bilgi sunulması önenebilir.

KAYNAK

1. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Sağlık-Sen Yayınları, 2014.
2. Chervenak F A, “Ethics of Research in Perinatal Medicine” Seminars in Perinatology” 2009, 33 (6): 391-396.
3. Clarkeburn, H., A Test for Ethical Sensitivity in Science, J Moral Educ, 2002; 31 (4): 439-453.
4. Çobanoğlu N, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, Ankara, Eflatun Yayınevi, 2009
5. Çobanoğlu N, Tunçay G Y, Aydoğdu İ B, “Views Of Medicine Faculty Academic Staff To Medical Ethics Education (Gazi University Case) 2009; 17 (2): 87-96.
6. Çobanoğlu N, “Bilimsel Yayınlar da Etik Kurullar ve Kurallar” Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık 5. Ulusal Sempozyum Kitabı, Tübitak Yayınları, 2007, s. 120-128.
7. Çobanoğlu N, Haberal B, Çağlar S, “Tıbbi Araştırma ve Yayın Konusunda Etik Duyarlılık Araştırması” Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık-2005, Ed: Orhan Yılmaz, Tübitak yayınları, Ankara, 2005, s. 101-130.
8. Gross M L. Medical ethics education: to what ends?, Journal of Evaluation in Clinical Practise, 2001; 7 (4): 387-397. 2001; 7 (4): 387-397.
9. KOSLOWSKI, P., “Etik ve Hekimlik Sanatı”, Yay Haz. Harun Tepe, Etik ve Meslek Etikleri, Türkiye Felsefe Kurumu, 1. Baskı, Ankara, 2000, s.38-40.
10. KUÇURADI I., (2000): Etik ve Meslek Etikleri, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara,
11. Lawson A D, “What is medical ethics?” Current Anaesthesia & Critical Care, 2010.
12. Mercurio M, “The Ethics of Newborn Resuscitation” Seminars in Perinatology” 2009, 33 (6): 354-363.
13. Orzalesi M, Danhaive O, “Ethical problems with neonatal screening” ANN IST SUPER SANITA, 2009, 45 (3): 325-330.
14. Rhodes R, Two Concepts of Medical Ethics and Their Implications for Medical Ethics Education. Journal of Medicine and Philosophy 2002; 27 (4): 493-508.
15. Baysal, A. Beslenme. Hatipoğlu Yayınevi, 12. Baskı, 2009, Ankara.
16. Büke M. (editör). Bilinçli Sağlıklı Yaşam, Ağustos 2015, Sayı:7.
17. Türk Standardı / Turkish Standard - Ts 13114 - Nisan 2004 - İcs 03.040; 03.100.30 Diyetisyen – Dietitian
18. Güngör, İ. Bilgi Kirliliği. Bilgi Yurdu, 2010; 3(10):27-28.
19. Güven, İ. Fen ve Teknoloji Öğretmen Adaylarının Bilgi Okuryazarlığı ve Medya Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi, International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkie, 2014;9(2):787-800.
20. Özer, Ö., Şantaş, F., Budak, F. Sağlık Web Sitelerinin Kullanım Düzeylerinin İncelenmesi: Örnek Bir Uygulama. Gümüşhane Fakültesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, 2012;1(4):128-140
21. Kayapınar, F.Ç., Aydemir, R. Lise Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıklarının İncelenmesi. International Journal of Science Culture and Sport, 2014; SI(2):21-38
22. Tayfur, M. Diyetisyenin Çalışma Rehberi, Hatiboğlu Yayınevi, 1. Baskı, 2014, Ankara
23. Tayfur, M., Barış, O. ve Baştaş NN. Dünya’da ve Türkiye’de Beslenme Diyetetik Eğitim-Öğretimi, Diyetisyenin Meslek Etiği, Hatiboğlu Yayınevi, 1. Baskı, 2011, Ankara.
24. Artık,N.,2014.Gıdada Bilgi Kirliliği Paneli. Ankara Üniversitesi Gıda Güvenliği Enstitüsü (12 Kasım 2014).ANKARA
25. Artık,N.,2015.Gıdadabilgi kirliliği ve bilimsel gerçekler: Doğal Beslenme ve Yaşam Boyu Sağlık Zirvesi (20-23 Mayıs 2015) Sapanca
26. Anonymous,2014.Storageofmeat. http://www.meatupdate.csiro.au/Storage-Life-of-Meat.pdf. Erişim: 01.05.2014



Yeşim SERT KARAASLAN
Anadolu Ajansı (AA) Sağlık Muhabiri

Medya ve Sağlıkta Bilgi Kirliliği

Her türden sözlü, yazılı, basılı, görsel metin ve imgeleri içeren çok geniş iletişim araçlarını kapsayan medya, algı yaratılması, kanıksatma, red etme, objektif olarak olayı sunma, bilgilendirme, farkındalık yaratma, tepki geliştirme gibi birçok alanda etkili olabilen büyük bir güçtür.

Bireysel mesajlar dışında toplumda hareketlilik kazandırmada da öncülük eden medya, doğru kullanıldığında ne kadar fayda sağlarsa, yanlış ya da eksik kullanıldığında da o kadar tehlikeli olabilir.

Kamuoyunu kişisel tutumlar, çevresel etkenler, ideolojiler, nüfus, kültür, siyasal kurumlar ve kitle iletişim araçları ile alınan ya da verilen mesajlar oluşturmaktadır. Bunda birey ve grupların yanı sıra, kitle iletişim araçları da önemli rol oynamaktadır.

Kamuoyu, iletişim ve toplumsal etkileşim süreci içinde geliştiğinden medya aracılığıyla alınan mesajlar, kanaatlerin oluşumunda etkin olmaktadır. Medyadan mesajı alan kişi, mesajın içeriğine göre sahip olduğu kanaatini onaylatmaktadır ya da karar-sızlık durumunda karar vermesini kolaylaştırmaktadır.

Medya Gündem Oluşturma Gücüne Sahiptir

Medya "gündem oluşturma" gücüne sahiptir. Kitle iletişim araçları "istedikleri" haberleri önemseyip büyütebilirken; "istedikleri" haberleri de küçülterek önemsizleştirilebilmektedir. Kimi zaman medya adacılığıyla bilgi hap şeklinde sunulabilir. Bu, doğru kullanıldığında, bilimsellik çerçevesinde sunulduğunda pozitif bir sonuç doğurabilirken, eksik, yanlış ya da taraflı bir içerik halinde negatif ya da tartışmalı sonuçlar yaratabilir.

Demokratik toplumlarda medyaya çok önemli görevler düşmektedir. UNESCO'nun hazırladığı McBride Raporu'nda, medyanın işlevleri sıralanırken öncelikli olarak "haber ve bilgi sağlama" görevi vurgulanmıştır.

"Bireylerin toplumsal hayatın bir parçası haline gelmesi yani toplumsallaşması, toplumsal amaçlar için motive edilmesi ve toplumsal değerlerin belirginleşmesi" de medyanın öncelikli görevleri arasında sayılmaktadır.

Öte yandan medya kişilerin iyi vakit geçirmesi, eğitim seviyelerinin yükseltilmesi, kültürel değerlerin korunması gibi işlevleri de sağlamaktadır.

Anlaşılabileceği üzere medya, adeta yaşamın parçası haline gelmiş, önemli bir güçtür.

Medya ve Sağlık Haberciliği

Siyasetten, ekonomiyeye, kültür sanattan, mizaha kadar birçok alanda söz sahibi olan medya, sağlık üzerinde de etkilidir.

Her televizyon kanalında mutlaka bir sağlık programı, kadın kuşağında alınan konuklardan biri hekim, gazetelerde özel sağlık sayfaları ve çok sayıda medikal dergi ile sağlık, medyanın önceliklediği alanlar arasındaki yerini almıştır. Bu nedenledir ki son yıllarda, gazeteciler arasında alanda uzmanlaşmış sağlık muhabirlerine yer verilmeye başlanmıştır.

Yapılan araştırmalara göre, okuryazarlık oranı yüzde 93 olan Türkiye'de vatandaşların önemli bir kısmı, sağlıkla ilgili konularda hekimden ziyade bilgiyi, gazete, dergi, TV ve sağlık programlarından referans almaktadır. Bu nedenle, hem hekimlerin hem gazetecilerin sağlıkla ilgili bilgilendirmede üstlendiği sorumluluk daha da artmaktadır.

Vatandaşlar, bu yayınlar sayesinde sağlık bilgilerini artırmakta ve daha bilinçli davranabilmektedir. Aktarılan bilgi yanlış ya da yetersiz olduğunda ise eksik donanımla mevcut bilgisini geliştiren kişi, ciddi komplikasyonlara yol açabilecek, hatta hayatını ris-



4. OTURUM: SAĞLIKTA BİLGİ KİRLİLİĞİ

ke edebilecek hatalar yapabilmektedir. O nedenle, özellikle sağlık alanında medya aracılığıyla yapılan yayın, haberciliğin dışında aynı zamanda ciddi bir sosyal sorumluluktur.

Özellikle, kitle iletişim araçlarının bilgi edinmede kolay yol olarak kabul edilmesi, mevcut sorumluluğu daha da artırmaktadır. Ancak, burada dikkat edilmesi gereken bu sorumluluğun sadece medyaya değil kişinin kendisine ait olduğudur.

Kamuoyu çalışmaları, vatandaşların önemli bir kısmının kitle iletişim araçlarına yer alan bilgiye göre ilaç kullanabildiğini, hatta hekimini seçebildiğini ortaya koymaktadır. Vatandaşlar, herhangi bir sağlık sorunu olduğunda, doğrudan hekime gitmek yerine internetten bilgi edinmeye başvurmakta ya da programlarda duyduğunu uygulayabilmektedir.

Medya Bilgi Aktarımında Anlaşılır Dil Kullanmalı

Haber yapmanın dışında farkındalık yaratmak ve bilgilendirmekle de sorumluluğu artan medya, doğru, anlaşılır bir yayıncılık anlayışıyla hareket etmelidir.

Özellikle sağlık haberciliğinde olası bir yanlış bilgilendirme ya da yönlendirmenin bir kişinin yaşamını yitirmesine yol açabileceği kesinlikle göz ardı edilmemelidir.

Basında yer aldığı kadarıyla, yumurtayı önce yasaklayıp sonra yeniden şifa kaynağı olarak gösteren, tereyağı için "kapınızdan sokmayın" diyerek, daha sonra "yeter ki abartmayın" önerisinde bulunan, "her gün bol bol meyve yiyin" tavsiyesini "özellikle tatlı meyvelerden uzak durun" diye işlenmesi medyadaki bilgi kirliliğinin ve çelişkinin en güzel örneğidir.

Ulusal bir gazetede bir bilim insanının ağzından "Güneş kremi cilt kanserini tetikliyor" ya da "Güneş yağları, bizi tehdit ediyor" başlıklı haberler ile "Koruyucuyu, güneşe çıkmadan yarım saat önce sürün" başlıklı haber, bilgi kirliliğine yol açabiliyor.

Doğru bilgi için, mutlaka bilimsel yayınlara bakılmalı ve gerektiğinde birden fazla bilim insanından ve uzmanlık derneklerinden de görüş alınmalıdır.

Açık ve Yalın Dil Kullanılmalı

Özellikle sağlık haberciliğinde bilgi kirliliğini önleyebilmek için öncelikle herkesin anlayabileceği, açık ve yalın bir dil kullanılmalıdır.

-Bir haberde "Kardiyovasküler hastalıklar, meme CA, endometrium kanseri" gibi

ifadeler yerine "Kalp-damar hastalıkları, meme kanseri ya da rahim kanseri" gibi açık ifadeler yer almalıdır.

-Halkın okuyabileceği, yanlış anlamayacağı, eksik bilgilendirilmeyeceği, boş hayallere kapılmayacağı, fayda sağlayacağı dil ve anlatım yapısı kullanılmalıdır.

Örn.: "Kansere karşı domates, soya filizi yiyin" başlığı ile verilen haber, birçok insan için dikkat çekici olabilirken; aynı zamanda yanıltıcı, eksik ve hatta kimi kanser hastaları için tehlikeli sonuçlar doğurabilmektedir.

Yiyeceği gıdanın dozunu ya da miktarını bilmeyen bir kişi, kullandığı ilacının etkisini doğal yolla alacağı etken maddeler aracılığıyla azaltabilir ya da olası yan etkileri artırabilir.

Yanlış Tutum Kanıksatılmamalı

Haber yazılırken ya da televizyonlarda işlenirken her kelime dikkatle seçilmelidir.

Örn.: "Ambulansın geç geldiğini bahane eden bir grup, şoför, doktor ve sağlık teknisyenine saldırdı" haber cümlesi; şayet "Ambulansın geç gelmesi üzerine" şeklinde yazılırsa doğrudan saldırgan okuyucunun gözünde " haklılaşabilir".

"Acil serviste uzun süre bekletildiğini iddia eden N.T hekimi yumrukladı" haber cümlesi de "Acil serviste uzun süre bekletildiği için sinirlenen N.T hekimi yumrukladı" şeklinde yazılırsa saldırganın bekletildiği için sinirlenmesinin "doğal" olarak algılanmasına yol açabilir.

Bu nedenle haberde her kelime özenle seçilmeli. Örnek spotlarda olduğu gibi, haber kurgusunda şiddet, kamuoyunda "kabul" ya da "teşvik edici" olmamalıdır.

Örn.: Haberde "Tedavi etmeyen hekime bıçakla saldırdı" gibi başlıklardan kaçınılmalıdır.

Kamuoyunun şiddete hoşgörü ile yaklaşmaması için şiddeti "olumlu" kılacak ifadelerden kaçınılmalı gerekçe mutlaka "iddia" olarak vurgulanmalıdır.

Görsel Seçimine Dikkat

Aynen haber içeriği gibi görsel malzemeler de toplumun genelini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.



4. OTURUM: SAĞLIKTA BİLGİ KİRLİLİĞİ

Acı ve trajedi görüntülerinden kaçınılmalıdır. Paylaşımlarda, topluma faydası gözetilmelidir.

Bu kapsamda, uyuşturucu ile mücadeleye ilişkin bir haber yapılırken ya da uyuşturucu kullanıcısı ile röportaj gerçekleştirilirken, nasıl temin ettikleri ve uyuşturucuyu ne şekilde kullandıkları işlenmemelidir.

Örn: “İzmir’de Extacy’ye ikinci kurban” başlıklı haberde olduğu gibi uyuşturucuyu temin etmek isteyen kişiye etken maddenin ismi açıkça gösterilmemeli, bunun yerine “Uyuşturucu, bir can daha aldı” ifadesi kullanılmalıdır.

Görsel seçimleri, olumsuz anlamda yol gösterici olmamalıdır. Örneğin, fotoğraf ya da görüntüyü izleyen kişi, uyuşturucunun nasıl kullanıldığını öğrenmemelidir. Bu özen, uyuşturucu bağımlısı için bir şey ifade etmezken; uyuşturucuyu merak eden ve kullanmak isteyen için yol gösterici ve öğretici olabilir.

Caydırıcılık Öne Çıkarılmalı

-Hekime yönelik şiddet olaylarında olduğu gibi, durum karşısında bir cezai işlem varsa, bunu haber içinde mutlaka vurgulanmalı. Bu şekilde, caydırıcı etki ortaya konabilmeli.

Örn.: Haberde hekimin mağduriyeti öne çıkartılırken, saldırgan ve eylem edilgenleştirilmelidir. Özne saldırgan değil, hekim olmalıdır.

Örn.: “Bir doktor, kendisine geç müdahale edildiğini ileri süren bir kişi tarafından bıçaklandı” şeklinde bir haber cümlesi doğrudur. Oysa bu “Bir kişi ‘geç müdahale ettin’ diyerek doktora saldırdı” haber cümlesindeki gibi yazılmamalıdır. Çünkü, bu cümlede özne saldırgandır. Bu ve benzeri ifade şekillerinde okuyucu, kendini saldırganın yerine koyarak , mağdur olan hekimi gözden kaçırabilir.

Haberde, toplumda eşitlik, adalet ve hukuk duygusunun zedelenmemesine dikkat edilmelidir.

Bu tür haberlerde, şiddet kesinlikle “son çare” olarak da vurgulanmamalıdır.

Örn.: “Tetkik için aylar sonrasına randevu verilmesi üzerine Z.K, hekime silah çaktı” şeklindeki bir haber cümlesi, okuyucu da “Ne yapsın adam” yargısı yaratabilir. Şiddet, kamuoyunda saldırgan için “son çareymiş” algısına yol açabilir.

Bu nedenle, haberin bitimine mutlaka hasta ve hasta yakınlarının nereye şikayette bulunabilecekleri, danışma hatlarının telefon numaraları, ilgili Sağlık Bakanlığı

birimleri ve hastane içindeki hasta ve hasta hakları merkezleri hakkında bilgilere yer verilmelidir.

Bilimsel Geçerliliği Olmayan Ürünler Yer Verilmemeli

Büyük bir izleyici kitlesi bulunan sağlık programlarında bilimsel geçerliliği olmayan ve Sağlık Bakanlığı'nın onayı bilinmeyen bitkisel ürünlerin reklamı yapılmamalıdır.

Örneğin, birçok internet sitesinde de reklamı yapılan, hatta kadın kuşağı programlarında paylaşılan "yeşil kahve çekirdeği" ya da "elma-krom" ile zayıflamaya yönelik içeriklere yer verilmemelidir.

Uzman Olmayan Kişiden Görüş Alınmamalı

Röportajlar, kesinlikle alanda uzman bilim insanları tarafından yapılmalı, tartışmalı bir durum söz konusu olduğunda bilgi kirliliğinin giderilmesi ya da farklı tezlerin de bulunduğu vurgulanması için karşı tezi savunan bilim insanlarına da yer verilmeli.

Örn.: "Şeker yüklemesi yaptırmayın" başlıklı bir haber her gün binlerce insanı doğrudan etkilemekte ve bilgi karmaşasına neden olabilmektedir. Böylesi bir haber başlığına yer verilirken, bu tez bilimsel araştırmalarla desteklenmeli ve karşı tezi savunan profesyonellerin görüşleri ile birlikte verilmelidir.

Bu içeriğe ilişkin haberdan hemen sonra medyaya bu tezi savunmayan bilim insanlarından itirazlar gelmiştir. İki bilgi, toplumda anlam karmaşasına yol açmakta, hatta birçok kişinin tıbbi uygulamadan kaçınmasına yol açabilmektedir.

Bu nedenledir ki, özellikle sağlık alanında yapılan bir paylaşımda medya, kesinlikle profesyonellerin gözetiminde yapılan haber ve programlarla gerçekleştirilmelidir.

Aynı konuda, birden fazla ve birbiriyle çelişen haberler, bilgi kirliliğine neden olmakta ve bu kirlilik istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Doğru, bilimsel, yalın, umut tacirliğinden uzak, gerçekçi anlatımla, sağlık alanında medyada bilgi kirliliğinin önüne geçebilmek mümkün olabilecektir.

Burada unutulmaması gereken bir nokta ise, bilim her gün gelişmekte ve farklı bulgularla gelişmektedir. Bilim, tartışmak, sorgulamaktır. Bugün doğru olan, elbette yarın şüphe ile bakılan bir durum olabilir. Medyaya düşen, asparagas değil, bilimsel bulgularla desteklenen her bilgiyi kamuoyuna aktarmaktır.

4. Oturuma Katılan Konuşmacılara Plaket Takdimi



4. OTURUM: SAĞLIKTA BİLGİ KİRLİLİĞİ

SASAM ENSTİTÜSÜ
Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü
Halk Sağlığı Günleri

"SAĞLIK OKURYAZARLIĞI"
03-04 Eylül 2015 ANKARA





SASAM ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü

Halk Sağlığı Günleri

“SAĞLIK OKURYAZARLIĞI”

03-04 Eylül 2015 ANKARA



Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
SASAM Enstitüsü Sağlık Politikaları Direktörü

*Göç ve Sağlık Sorunları**

1.Göç Tanımı ve Dünyada Göç

Göç; bireylerin ve ailelerin yaşadıkları yerden, herhangi bir nedenle ayrılarak başka bir yerleşim birimine gitmeleri ve yaşamlarını orada sürdürmeleridir. Dünyada yaklaşık 1 Milyar göçmen vardır; 214 Milyonu Uluslararası Göçmenler, 740 Milyonu İç Göçmenlerdir

2.Türkiye’de Göç Boyutu

Türkiye 1922’den günümüze kadar 2,5 milyondan fazla kişiye ev sahipliği yapmıştır. UNHCR 2015 verilerine Türkiye’de kayıtlı Suriyeli mülteci sayısı 1.738.448’dir. Suriye’den gelen kişiler “Geçici Koruma” statüsüyle çadır kent veya konteynir kentlerde barındırılırken, Bir bölümü de kendi olanakları ile ev kiralamakta veya akrabalarının yanındadır.

*Bu yazı 3-4 Eylül 2015 tarihinde Ankara’da SASAM Enstitüsü tarafından düzenlenen “SASAM Enstitüsü Halk Sağlığı Günleri”nde “Göç ve Sağlık” Konulu Panelde yapılan sunumun genişletilmiş halidir.

3. Göç Nedenleri

- Ekonomik kriz
- İşsizlik, kötü çalışma koşulları
- Yoksulluk
- Doğal afetler
- İklim değişikliği
- Savaş
- Gıda yetersizliği

4. Göç ve Riskli Gruplar

- Bebekler, Çocuklar
- Gebe, lohusa kadınlar
- Yalnız kadınlar
- Engelliler
- Yaşlılar
- Kronik hastalığı olanlar
- İnsan trafiği dahilinde olanlar
- Dil sorunu olanlar

5. Göçte Kısa Süreli Sağlık Sorunları

- Beslenme bozuklukları
- Dehidratasyon, şok, ölüm
- Yanıklar
- Yaralanmalar
- Besin zehirlenmeleri
- Üreme Sağlığı Sorunları



5. OTURUM: GÖÇ VE HALK SAĞLIĞI

- Ölümler
- Su ile bulaşan hastalıklar (Hepatit A, Tifo vb)
- Fekal-Oral bulaşan hastalıklar (Polio vb)
- Hava ile bulaşan hastalıklar (Influenza, TBC, Kızamık vb)
- Paraziter hastalıklar (Tripanasoma, Malarya vb)
- Yakın temasla bulaşan hastalıklar (Bit, Pire vb)

6. Göçte Uzun Süreli Sağlık Sorunları

- Yetersiz DÖB sonucu büyüme ve gelişme gerilikleri
- Anne ölümleri artış
- Kronik beslenme yetersizlikleri
- İyot yetersizliği
- D Vitamini yetersizliği
- CYBH artış
- Yetersiz tarama programları sonucu DM, HT, CA vb kronik hastalıklarda artış
- Ruh sağlığı sorunları
- Alkol Bağımlılığı
- Madde Bağımlılığı
- Şiddet
- Erken ölümler
- Epidemiyolojik ölçütlerde kötüleşme (BÖH, AÖO, PNOH, Özellikle Post neonatal Ölüm Hızı artış)
- Hastalık yükü artış

7. Göç Edilen Bölgede Sağlık Sorunları

- Yeni/Yeniden görülen bulaşıcı hastalıklar



- Rutin sağlık hizmetinin aksamasına bağlı sağlık sorunları
- Çevre sağlığı sorunları
- Şiddet
- Sağlık hizmetlerinde kayıt ve bildirim eksikliği
- Bölgenin/Ülkenin epidemiyolojik ölçütlerinde kötüleşme

8. Göçün Neden Olduğu Sağlık Sorunlarından Korunulabilir mi ?

Birincil Korunma

Göçlerin etkisini en aza indirmek amacıyla, göç riskini engellemektir. Koruyucu hizmetlerin en önemli bölümüdür.

Önleme

- Hazırlıklı olma (Durum saptaması, planlama)
- Erken müdahale



İkincil Korunma

Göç sırasında be göçten hemen sonra alınacak önlemleri içerir. Temel amaç morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır.

- Kişiyeye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri
 - o Sağlık eğitimi
 - o Bağışıklama
 - o AÇS Hizmetleri
 - o Akut ve Kronik Hastalıklar için ilaç ve malzeme temini
- Çevre Sağlığı hizmetleri
 - o Su
 - o Gıda
 - o Barınak
 - o Çevrenin korunması
- İnanç, eğitim vb ihtiyaçlar için ortam sağlanması
- Güvenliğin sağlanması

Üçüncül Korunma

Rehabilitasyondur, Olanaklı ise kişilerin geri dönüşlerinin sağlanması, Göç eden toplumun yeniden yapılanması, kalıcı konut inşaatı, rutin eğitim ve sağlık hizmeti, iş bulma, psikolojik destek konularını içerir. İnanç, eğitim ve sosyal beklentilere uygun, yerleşim yerlerinin sağlanması uluslararası kuruluşların ve gönüllü kuruluşların destekleri en çok bu dönemde gerekli olmaktadır .

Üçüncül Korunma (Göç Edilen Bölge)

- Bölge halkına destek sağlanması
- Bölgede çalışan personelin desteklenmesi
- Bölge için sağlık insan gücü planlaması yapılması
- Güvenliğin sağlanması

9. Neler yapılabilir ?

- Etkin kayıt ve bildirim sistemi sağlanması
- Olası gelecek göç dalgalarına karşı hazırlıklı olma
- Uluslararası işbirliklerinin artırılması
- İnsangücü planlaması
- Mali kaynak planlaması



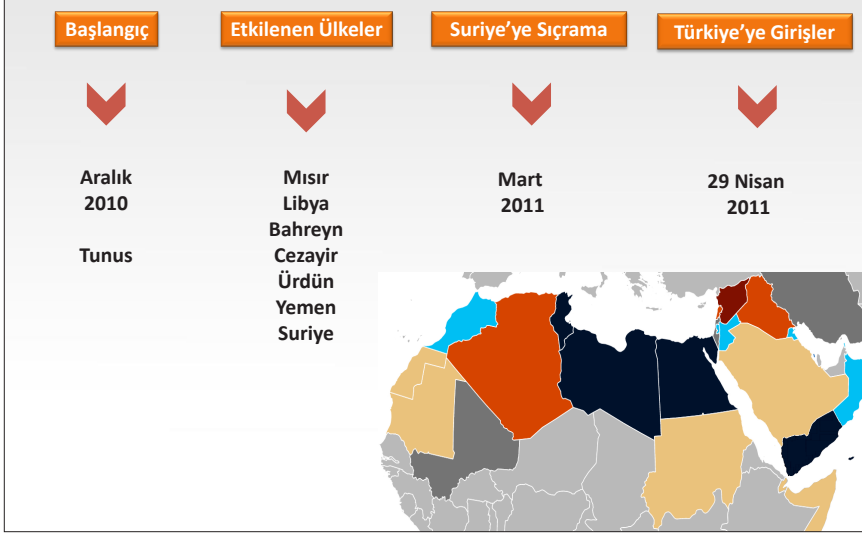
Fatih ÖZER
AFAD Müdahale Dairesi Başkanı

Türkiye’de Göçlerde Sunulan Hizmetler

Sağlık sektörünün bütün çalışanlarına, bu süreçte gösterdikleri fedakârlık için tekrar tekrar teşekkür ediyorum, çünkü bu süreçte en önemli partnerimizdi ve en net sonuç aldığımız partnerimizdi. Sayın Acil Sağlık Genel Müdürümüzle, daire başkanlarımızla, günün 24 saatinin hemen hemen her saatinde sürekli görüşmelerimiz olmuştur ve olmaya da devam etmektedir. Çünkü sağlık sektöründeki en ufak bir aksaklık kendi ülkemize de çok pahalıya mal olacak bir uygulamadır.

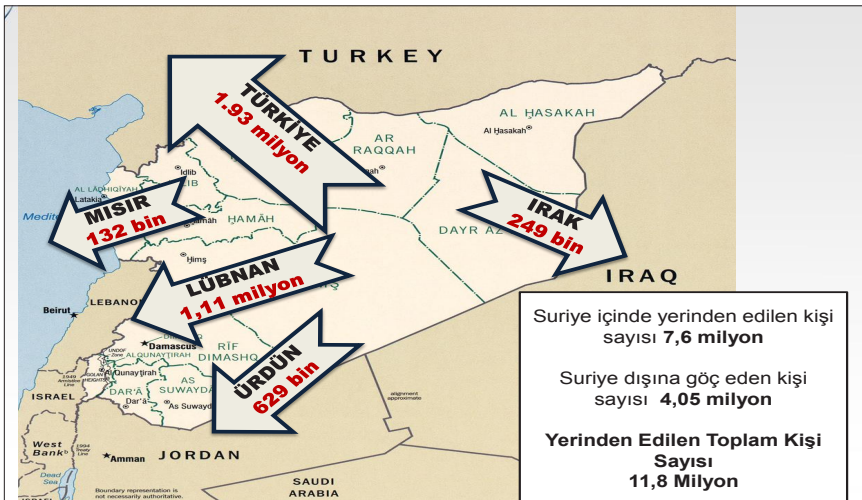
Suriye’de yaşanan olayların Arap Baharı ile 2010 Aralık tarihinde Tunus, Mısır, Libya, Bahreyn, Cezayir, Ürdün, Yemen gibi ülkelerden sonra Marta 2011’de Suriye’ye sığramasıyla başladığını hepimiz biliyoruz. Suriye’den ilk göç dalgası Yayladağı’ndan 29 Nisan 2011 tarihinde 256 Suriyelinin ülkemize geçmesiyle başlamış oldu ve 2 gün içerisinde hemen kamp hazır hale getirildi, 2 gün içerisinde Tekel Konaklama Tesisleri, 252 Suriyeli vatandaşına hazırlandı ve yerleştirildi.

Arap Baharı



O süreçte kimse bu noktaya geleceğini hesaplamıyordu, birkaç ay sürer diye düşünülürdü ama planlanan olmayınca iş gittikçe büyüdü. Mevzuatlara da dikkat ederseniz, mevzuatlar çok uzun zaman sonra çıkarılmaya başlandı. Çünkü bu sürecin bu kadar uzayacağı düşünülüyordu. Acil durum kapsamında değerlendirilip acil durum statüsünde harcamalar yapıldı. Fakat süreç uzayınca olayı yönetmeliklerimiz, genelgelerimiz, yönergelerimizle yönetmeye başladık.

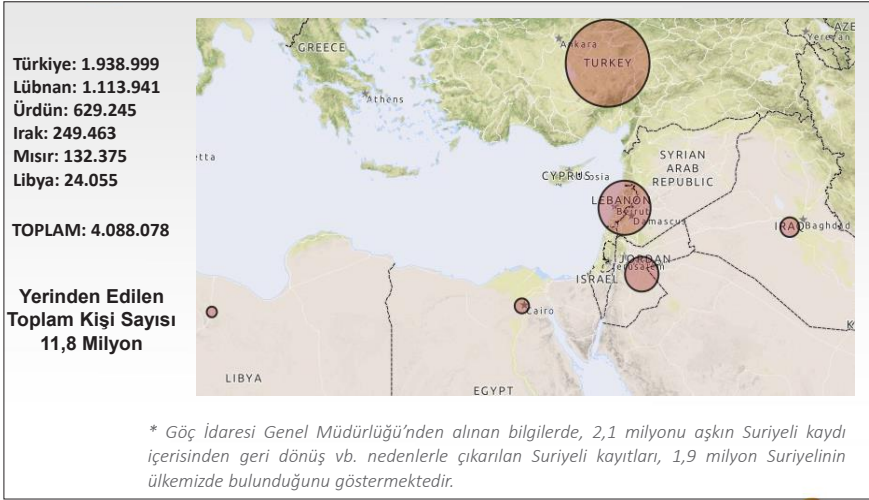
Suriye'den Komşu Ünelere Nüfus Hareketi



* Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nden alınan bilgilerde, 2,1 milyonu aşkın Suriyeli kaydı içerisinde geri dönüş vb. nedenlerle çıkarılan Suriyeli kayıtları, 1,9 milyon Suriyelinin ülkemizde bulunduğunu göstermektedir.

Suriye'den, Suriye içerisinde yerinden edilen 7.600.000 kişi, dışarıya göç eden 4.050.000 kişi, yerinden edilen toplam sayı 11.800.000 kişi. Ama sayılardan da gördüğümüz gibi, en çok nüfus Türkiye'de. 1.930.000 resmî, kayıt altında şu anda Türkiye'de bulunan Suriyeli sayısı. Bunlardan kayıt olup veya olmayıp ülkesine dönen 350.000'in üzerinde Suriyeli olduğunu ayrıca biliyoruz. Hâlâ kayıtsız olanlarla birlikte 2,5 milyona yakın bir Suriyeli olduğunu da tahmin ediyoruz.

Suriye'den Komşu Ülkelere Nüfus Hareketi



Komşu ülkelere baktığımızda, bizim kadar Suriyeli olmadığını görüyoruz. Ancak ülkelerin nüfuslarına baktığımızda, nüfuslarının beşte biri, altıda biri gibi bir Suriyeli oranına sahipler ki, öyle olduğu zaman o ülkelerdeki durumun daha da zorda olduğunu görmek mümkün ama Türkiye'deki gibi hiçbir ülkede bu şekilde düzenli bir sistemli çalışma yok. O ülkeler genelde Birleşmiş Milletlerin yardımlarıyla ayakta duruyorlar, kendileri çok da ciddi bir katkı sağlamıyorlar.

Sınırdan ilk geçiş 29 Nisan 2011'de oldu. Bu tarihten itibaren yönergelerle ayakta tutmaya çalıştık ama sürecin uzayacağı netleşince kurumlar arasında diyalogla 22.12.2014 tarihli 29153 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Geçici Korunma Yönetmeliği kapsamında iş ve işlemlerimizi sürdürmeye başladık.

Suriye'den Ülkemize Yönelik Nüfus Hareketleri



Mevzuatlarda genellikle sağlıkla ilgili uygulamalara öncelik verildi. Önce SUT kapsamında değerlendirerek sağlık hizmetlerine başladık bir kısım. Daha sonra kamp dışlarına yayıldı. Fakat burada çok ciddi suistimaller olmaya başlayınca bununla ilgili bazı genellemler çıkararak aksaklıkları gidermeye çalıştık. Daha sonra Geçici Koruma Yönetmeliği'nde daha geniş yer verilerek sistem oturdu. Şu an global bütçeye geçtik, tedavile ilgili çok da fazla bir sorunumuz kalmadı.

İlgili Mevzuat Çalışmaları

Genel Hizmetlere İlişkin Düzenlemeler:

- 'Türkiye'ye Toplu Sığınma Amacıyla Gelen Suriye Arap Cumhuriyeti Vatandaşlarının ve Suriye Arap Cumhuriyetinde İkamet Eden Vatansız Kişilerin Kabulüne ve Barındırılmasına İlişkin Yönerge' 30.03.2012
- 'Geçici Koruma Yönetmeliği' 22.10.2014
- 'Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi 2014/4 sayılı Genelge' 18.12.2014 (AFAD)

Sağlık Hizmetlerine İlişkin Düzenlemeler:

- 'Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetler Hakkında 2013/8 sayılı Genelge' 09.09.2013(AFAD)
- Sağlık Bakanlığının götürü bedel üzerinden sağlık hizmeti sunmak üzere kamu kurum ve kuruluşları ile protokoller yapma, kamu kurum ve kuruluşlarının da söz konusu protokoller doğrultusunda götürü bedel üzerinden sağlık hizmeti bedeli ödeme yetkisini öngören kanun teklifi TBMM Plan Bütçe Komisyonundan geçmiştir. 15.04.2015 (Sağlık Bakanlığı)

İraklıların Sağlık Hizmetlerine İlişkin Düzenleme:

- 'Bakanlar Kurulu'nun Irak Uyruklu Yabancıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanması Hakkında Değişiklik Kararı' 26.01.2015

Hazırlık Aşamasındaki Düzenlemeler:

- Geçici Barınma Merkezlerinin Ziyaret Edilmesine İlişkin Usul Ve Esaslar (Henüz yayınlanmamıştır. Çalışmaları devam etmektedir.)

Not: Konu ile ilgili diğer kamu kurum ve kuruluşları da kendi iç düzenlemelerini oluşturmaktadır.

Temmuzdan itibaren artık global bütçe uygulanmaya başlandı, çünkü bu alandaki en büyük sıkıntımız ödemelerle ilgiliydi. Hastane faturalarının incelenmesi, denetlenmesi çok ciddi sıkıntı yaratıyordu. Global bütçeye geçince, biz kurum olarak burada ciddi bir nefes alma noktasına geldik.

İlaçlar konusunda şu anda çok ciddi çalışmalar devam ediyor, o da sonuçlanmak üzere. O da MEDULA sisteminden dağıtımı gerçekleşirse olay daha da çözülmüş olacak.

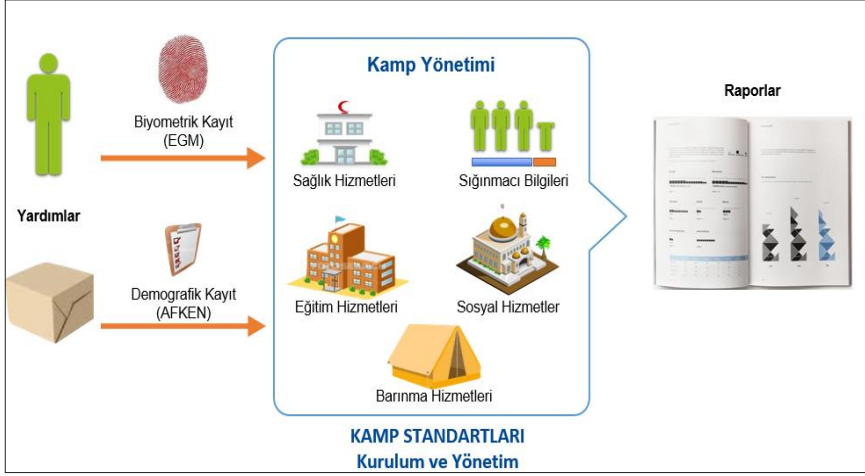
Biz Suriyelilere kayıtlı oldukları ilin dışında sağlık hizmeti sunmak istemiyoruz. Zaten bununla ilgili net genelgeler de yayınlandı. Biraz da serbest dolaşımının kısıtlanmasını arzuluyoruz. İstedikleri yere gidebilirler ama o gittiği yerde kalıcı olsunlar, o şehir bu şehir dolaşmasınlar diye bu uygulamalar başlatıldı.

Ülkeye Kabul Protokolü



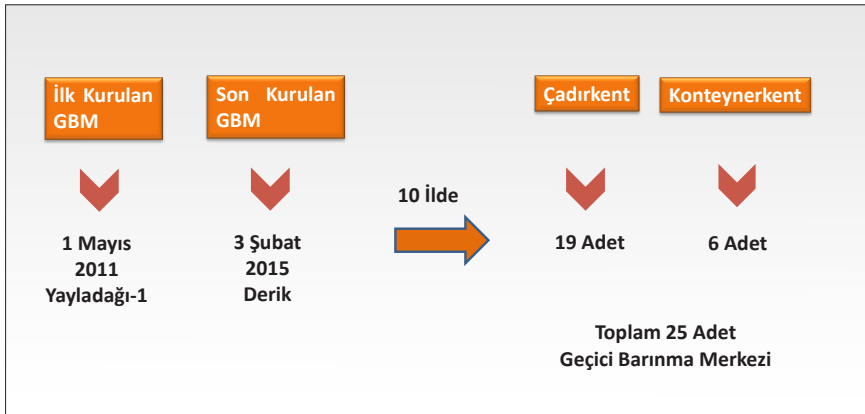
Ülkeye kabulde ne yapıyoruz? Sınırdaki güvenlik kontrol noktaları oluşturuyoruz. Özellikle Suruç Aynel Arap noktasından girişlerde ilk bunu uyguladık. Bariyerlerle güvenlik noktaları oluşturduk, ilk bölümünde silahtan arındırma, daha sonra ikinci bölümde daha detaylı arama; üçüncü bölümde hem aşılmalara yapıldı hem sağlık kontrolleri yapıldı ve sevk merkezlerine sevk edebilmek için ön kimlik tespitleri yapıldı. Biyometrik fotoğrafları çekildi, biyometrik kayıtları daha sonra detaylı yapıldıktan sonra kamp yerleşim merkezi talebi olanlar yerleşim merkezlerine, yerleşim merkezi dışında ikamet etmek isteyenler de şehirlerde nerede kalacağını tespit ettikten sonra serbest bırakıldı.

Barınma Merkezleri Yönetim Sistemi



Yine, kamp yönetiminde sağlık hizmetleri olsun, eğitim hizmetleri, sosyal hizmetler, barınma hizmetleri ve sığınmacı bilgilerinin tamamı hangi sistemle ayakta tutuluyor? Burada AFKEN denilen bir yazılım geliştirdik. AFKEN, kamp kurulum ve yönetim standartlarını belirleyen bir yazılımdı ve sistemdi. BM 1.'lik ödülünü aldı bu sene Kolombiya'da Haziran ayında da bu ödül Türkiye'ye teslim edildi. Çünkü kamplarda hiçbir kargaşaya müsaade vermeyip güzelce raporlama alınabilen bir sistemdi.

Geçici Barınma Merkezleri



İlk barınma merkezimizi 1 Mayıs 2011'de Yayladağı'nda kurduk. Son barınma merkezimizi de 3 Şubat 2015'te Derik'te kurarak hizmete açtık. Şu an için 10 ilimizde 19 adet çadır kentimiz, 6 adet de konteyner kentimiz aktif halde görevine devam etmekte.

Geçici Barınma Merkezleri (03 Eylül 2015)

HATAY	Altınözü 1 Çadırkenti	263 bölme	1.341 Suriyeli	14.687
	Altınözü 2 Çadırkenti	622 çadır	2.970 Suriyeli	
	Yayladağı 1 Çadırkenti	236 çadır	2.682 Suriyeli	
		310 bölme		
	Yayladağı 2 Çadırkenti	510 çadır	3.035 Suriyeli	
Apaydın Konteynerkenti	1.181 konteyner	4.659 Suriyeli		
GAZİANTEP	İslahiye 1 Çadırkenti	1.898 çadır	9.050 Suriyeli	53.164
	İslahiye 2 Çadırkenti	2.364 bölme	11.102 Suriyeli	
	Karkamış Çadırkenti	1.686 çadır	7.113 Suriyeli	
		1.858 çadır	10.674 Suriyeli	
	Nizip 2 Konteynerkenti	938 konteyner	4.927 Suriyeli	
ŞANLIURFA	Ceylanpınar Çadırkenti	4.771 çadır	18.617 Suriyeli	102.706
	Akçakale Çadırkenti	5.000 çadır	28.422 Suriyeli	
	Harran Konteynerkenti	2.000 konteyner	13.885 Suriyeli	
	Viranşehir Çadırkenti	4.100 çadır	17.218 Suriyeli	
	Suruç Çadırkenti	7.000 çadır	24.564 Suriyeli	
KİLİS	Öncüpınar Konteynerkenti	2.063 konteyner	10.519 Suriyeli	34.084
	Elbeyli Beşiriye Konteynerkenti	3.592 konteyner	23.565 Suriyeli	
MARDİN	Midyat Çadırkenti	1.300 çadır	3.145 Suriyeli	16.079
	Nusaybin Çadırkenti	3.270 bölme	1.926 Iraklı	
		2.100 bölme	3.418 Iraklı	
Derik Çadırkenti	2.100 bölme	7.590 Suriyeli		
KAHRAMANMARAŞ	Merkez Çadırkenti	3.684 çadır	17.506 Suriyeli	17.506
OSMANIYE	Cevdetiye Çadırkenti	2.012 çadır	9.224 Suriyeli	9.224
ADİYAMAN	Merkez Çadırkenti	2.292 çadır	9.517 Suriyeli	9.517
ADANA	Sarıçam Çadırkenti	2.162 çadır	10.873 Suriyeli	10.873
MALATYA	Beydağı Konteynerkenti	2.083 konteyner	7.700 Suriyeli	7.700
TOPLAM		47.438 çadır ve bölme	Suriyeli	259.898
		11.857 konteyner	Iraklı	15.642

Bunların tamamında 259.898 Suriyeli, İslahiye 2'de 10 bin Telaferli Türkmen, Mardin'de de 6 bine yakın Yezidi olmak üzere, toplam 15.642 de Iraklı misafirimizi barınma merkezlerimizde barındırmaya devam ediyoruz.

Barınma merkezleri dışında, baktığımızda en fazla nüfus Şanlıurfa, Gaziantep, Hatay ve İstanbul illerinde yaşıyor. Fakat illere verdiği sıkıntı noktasında bakacak olursak, Gaziantep'te nüfusunun yüzde 10-15'i civarında bir Suriyeli var. Oysa Kilis nüfusunun yüzde 52'si Suriyeli. Kilis büyük sıkıntı içerisinde. Reyhanlı yine öyle, Hatay'ın ilçeleri yine öyle. Bu bölgelerde sağlık sektörüne çok ciddi destek vermemiz gerektiği-

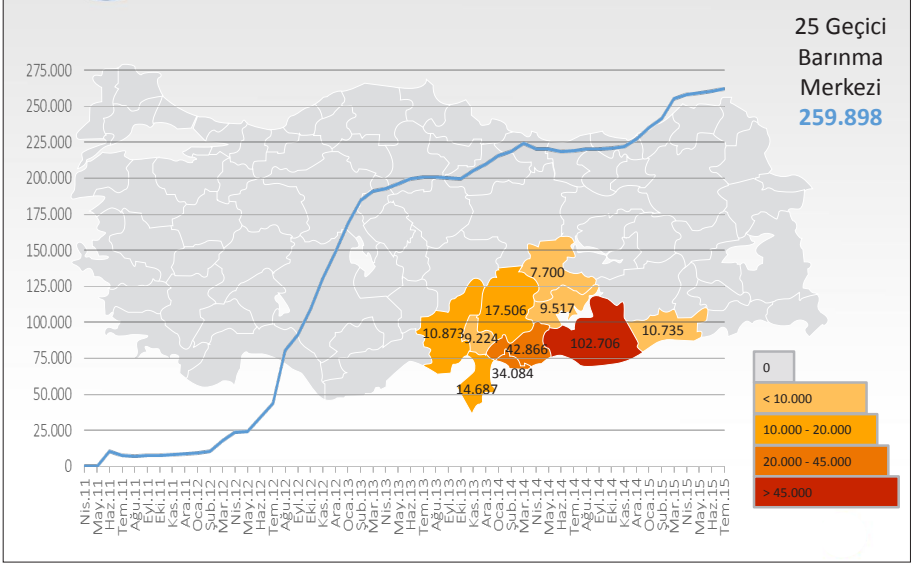
Ülkemizde Bulunan Suriyelilerin Dağılımı (03 Eylül 2015)

İL	GBM MEVCUDU	GBM DIŞI MEVCUDU	İL TOPLAMI
ŞANLIURFA	102.706	294.704	397.410
GAZİANTEP	42.866	248.753	291.619
HATAY	14.687	183.560	198.247
İSTANBUL		167.908	167.908
KİLİS	34.084	62.592	96.676
ADANA	10.873	79.315	90.188
MARDİN	10.735	64.303	75.038
MERSİN		65.368	65.368
KAHRAMANMARAŞ	17.506	39.476	56.982
ŞIRNAK		39.255	39.255
BURSA		38.750	38.750
KONYA		32.078	32.078
OSMANİYE	9.224	15.800	25.024
ANKARA		21.500	21.500
KAYSERİ		20.407	20.407
BATMAN		20.200	20.200
KOCAELİ		15.477	15.477
DİYARBAKIR		12.912	12.912
ADİYAMAN	9.517	2.787	12.304
İZMİR		10.971	10.971
MALATYA	7.700	1.370	9.070
ANTALYA		2.771	2.771
2.000 kişiden az Suriyeli bulunan diğer iller		20.564	20.564
GENEL TOPLAM	259.898	1.460.821	1.720.719

nin farkındaydık. Biz AFAD olarak Sağlık Bakanlığına çok ciddi kaynaklar aktarmaya çalıştık. BM kaynaklarını da kullanarak 30 tane Mercedes ambulans teslim ettik, Sağlık Bakanlığının belirlediği noktalarda 10 tane tam donanımlı hastane yaptırдық.

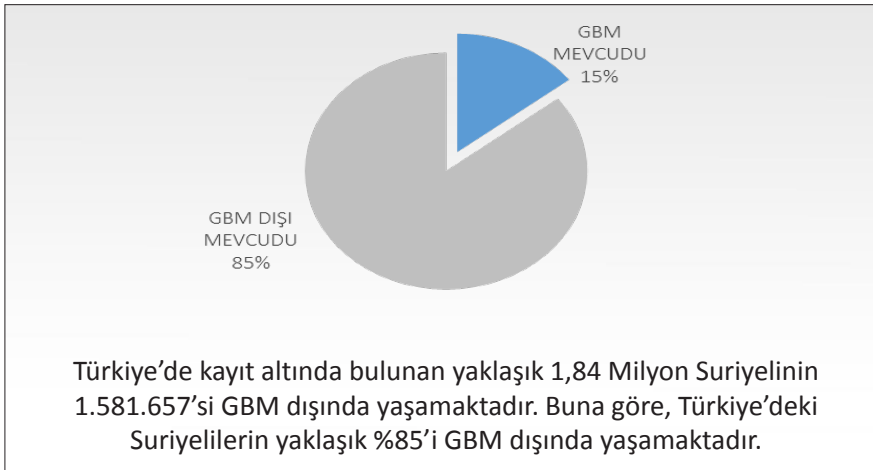
Yine, 5 tane 1+1 mobil hastane yaptırarak teslim ettik. Onları da Sağlık Bakanlığıyla koordine olarak ihtiyaç noktalarına gönderdik ve rahatlatma sağladık. Ama sürekli istişare halindeyiz.

Geçici Barınma Merkezlerindeki Suriyeliler (03 Eylül 2015)



Yoğunluğa baktığımız zaman haritada yine, Urfa'yı, Antep'i görüyoruz.

Barınma Merkezleri Dışındaki Suriyeler (28 Temmuz 2015)



Geçici barınma merkezleri dışındaki Suriyelilere baktığımızda; aslında Suriyelilerin yüzde 80'i barınma merkezleri dışında yer alıyor, kayıtlıların 1.581.000'i şu anda Türkiye'nin diğer illerinde ve 10 ilin bulunduğu noktalarda dağılık durumdadır.

Sunulan hizmetlere gelince: Başkanlığımız koordinasyonunda yaptığımız bu kampların yönetimini mülki amirlere devrediyoruz. Valiliğimiz oradaki harcamaları yapıyor, karşılığında bizden bütçe talep ediyor, biz de hem yapılan harcamaların takibini yapıyoruz hem bütçe ihtiyaçlarını buradan gidermiş oluyoruz.

Buralarda mülki amirlerin dışında, kamp yöneticisi, yönetici yardımcıları, lojistik, beslenme, barınma alanlarında ayrı birer yönetici yardımcıları yer aldığı gibi, her mahalleye bir muhtar seçiyoruz, özellikle seçimle yapıyoruz bunu. Bazı kamplarda 10 muhtar var, bazılarında 24 kadar muhtar var. 200 aileye 1 muhtar seçiyoruz. Bu muhtarlar kamp yönetiminde tamamen söz sahibi oluyorlar. Öyle olunca da onların ihtiyaçlarını birinci elden daha iyi tespit ediyoruz ve kamplarda daha huzurlu bir ortam oluşturuyoruz.

Barınma Merkezlerinde Sunulan Hizmetler

Barınma Hizmetleri	Sağlık Hizmetleri (Sağlık Bakanlığı)	Eğitim Hizmetleri (Millî Eğitim Bakanlığı)	Psikososyal Hizmetler (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı)	Dini Hizmetler (Diyaret İşleri Başk.)
<ul style="list-style-type: none"> -İklima uygun çadır ve konteynerkentler -Aile mahremiyetine göre barınma -AFAD Kart ile marketlerden alışveriş olanağı -Yönetim: İl Valiliği 	<ul style="list-style-type: none"> -Poliklinik ve hastaneye sevk -Acil sağlık hizmetleri -Aşılama -Bebek ve gebe takip sistemi -Bulaşıcı hastalık takibi -Su hijyeni ve sanitasyon -Diş sağlığı hizmetleri Vb. 	<ul style="list-style-type: none"> -Okul öncesi, ilkö, orta ve lise eğitimi -Müfredat telafi eğitimleri -YÖBİS ile takip olanağı -Türk ve Arap öğretmenler -Türkçe dil eğitimleri -Yetişkinlere okuma/yazma eğitimi -Meslek edindirme kursları -Yetişkinlere yönelik kurslar Vb. 	<ul style="list-style-type: none"> -Psikososyal destek hizmetleri -Çocuk gelişimi hizmetleri -Kadınlara yönelik çalışmalar -Sosyokültürel etkinlikler -Refakatsiz çocuklar 	<ul style="list-style-type: none"> -İbadethaneler -Kuran kursları -Vb. -Güvenlik hizmetleri (Özel güvenlik) -Tercümanlık hizmetleri -Altyapı hizmetleri -Mahalleler bazında yönetim ve seçim sistemi Tüm hizmetlerin koordinasyonu AFAD tarafından sağlanmaktadır.

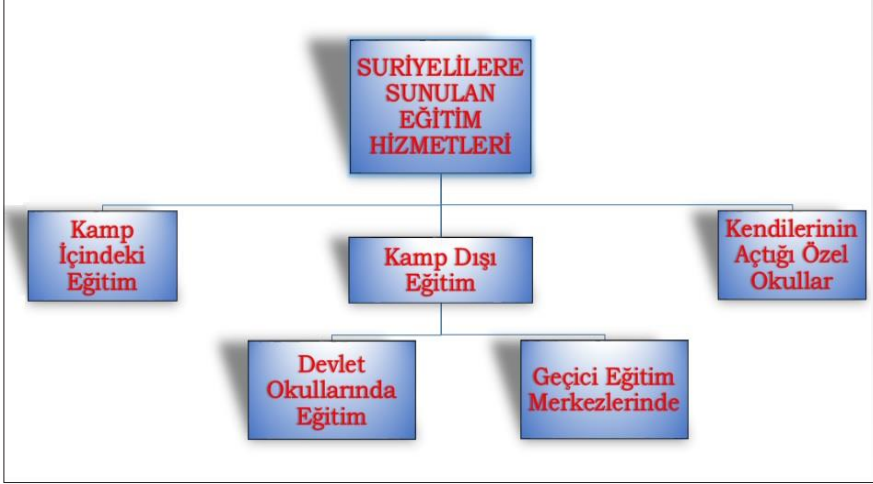
Barınma merkezlerindeki, barınma hizmetleri, sağlık hizmetleri, eğitim hizmetleri, psikososyal destek hizmetler, din hizmetleri, güvenlik hizmetleri, tercümanlık hizmetleri, altyapı hizmetleri ve mahalleler bazında yönetim ve seçilen muhtarlarla AFAD koordinasyonunda sürdürülüyor.

Sağlık Bakanlığı özelinde ele alırsak, poliklinik ve hastaneye sevk, acil sağlık hizmetleri, aşılama, bebe ve gebe takip sistemi, bulaşıcı hastalıkların takibi, su hijyeni ve sanitasyon, diş sağlığı hizmetleri ve benzeri hizmetler bu kamplarımızda verilmeye devam ediyor.

Suriyelilere sunulan eğitim hizmetlerine gelince: Kamp içinde eğitim, kamp dışında eğitim noktasında Suriyelilerin kendi derneklerinin kurduğu 100'e yakın bir okul var. Kamp merkezlerinde zaten hiçbir okula gitmeyen öğrencimiz yok. Şu ana kadar ulaşılan çocuk sayısı 250 bin ama tahminlerimize göre okul çağında olup da okula

alamadığımız öğrenci sayısı 400 bin civarında korkunç bir rakam karşımıza çıkıyor. 61.749 yetişkine de mesleki eğitim verdik. Bu, en önemli çalışmalardan biriydi. Bunlar ülkelerine döndüğünde yapabilecekleri bir meslekleri olacak.

Eğitim Hizmetleri



Geçici Barınma Merkezleri Dışında Verilen Hizmetler (03 Eylül 2015)

Kayıt	
1.812.144 TOPLAM BİYOMETRİK KAYIT	
Sağlık Hizmetleri	
383.877	<i>Yatan Hasta</i>
275.166	<i>Ameliyat Sayısı</i>
4.852.678	GBM DIŞI POLİKLİNİK
4.316.424	GBM İÇİ POLİKLİNİK
9.169.102	POLİKLİNİK TOPLAMI
Eğitim Hizmetleri	
MEB'e bağlı okullarda, 31.000 Suriyeli öğrenci	
STK'ların açtığı okullarda 99.000 öğrenci	
(Suriye müfredatına göre-MEB ve Valiliklerin bilgisi dahilinde)	
Valilikler, Belediyeler, STK'lar ve mahalli vatandaşların yardımları.	



Geçici barınma merkezleri dışında verilen hizmetlere baktığımızda 383.877 yataklı tedavi yapmışız bugüne kadar. 275.166 ameliyat yapmışız, bunlar büyük rakamlar. 4.852.000 geçici barınma merkezi dışı poliklinik sayımız var, 4.316.000 de geçici merkezi içi poliklinik sayımız var. Yani toplamda 9.169.000 poliklinik hizmeti vermişiz.

Suriye Krizinde STK'lar

Suriye'de 2011 Nisan ayında başlayan ve yaklaşık 4 yıldır süren iç çatışmalar şiddetini artırarak devam etmektedir. Olaylar başlamadan önce, 20 milyon civarında bir nüfusa sahip olan Suriye'de bugün yaklaşık 11.5 milyon kişinin acil insani yardıma ihtiyacı bulunmaktadır. Bu süreçte yaklaşık 7,6 milyon Suriyeli evini terk etmek zorunda kalmış, yaklaşık 4.2 milyon Suriyeli de kurtuluşu komşu ülkelere sığınmakta bulmuştur. Suriye'de ağır kış şartları ve açlıktan çocuk ölümleri yaşanmakta, bir lokma ekmeğe, bir yudum suya, bir battaniyeye ihtiyaç duyulmaktadır .Bu çerçevede; başta çocuklar olmak üzere, kadın, yaşlı ve hastaların hayata tutunabilmeleri, dertlerine çare, yaralarına merhem olmak için AFAD Koordinasyonunda "BİR EKMEK, BİR BATTANIYE" VE "SANA İHTİYACIM VAR" adı altında yardım kampanyaları gerçekleştirilmiştir.

STK'lar ile Suriye krizinde görev sorumluluklarının konuşulduğu toplantılar düzenlenmiştir.

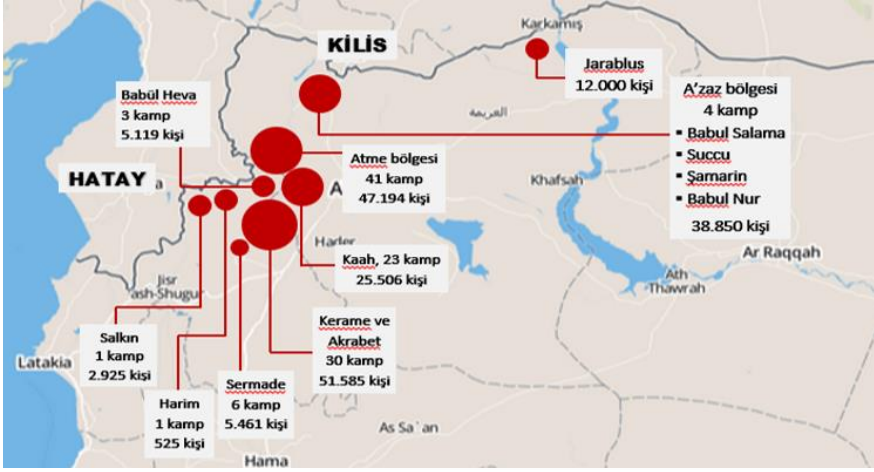
Suriye ve Irak Krizinde STK'LAR

AFAD koordinasyonunda başta Kızılay olmak üzere yerli ve yabancı STK'ların katkıları ile bu güne kadar Suriye içine 13.667 Tır, Irak'a 746 Tır İnsani yardım geçişi sağlanmıştır.

Yardımlar gerek Suriye'den, gerekse Irak'tan ülkemize olan göçü ciddi manada yavaşlatmıştır. Türkiye'deki çok sayıda vakıf, dernek, sendika, yerel yönetimler, kışın gelmesiyle ağırlaşan hava şartlarında hayatta kalma mücadelesi veren Suriye halkına el uzatmak için harekete geçmiştir. Yerel yönetimlerin ve STK'ların yoğun desteği ile Barınma Merkezlerimiz dışında bulunan 1,5 Milyon Suriyeli hayata tutunmaya çalışmaktadırlar.

Suriye tarafında yabancı sivil toplum kuruluşları çalışıyor ama yurt içindeki asıl kahramanlarımız sivil toplum kuruluşları. Çünkü 1.500.000'un üzerinde Suriyeliye onlar bakıyorlar.

Sınırın Suriye Tarafındaki Kamplar

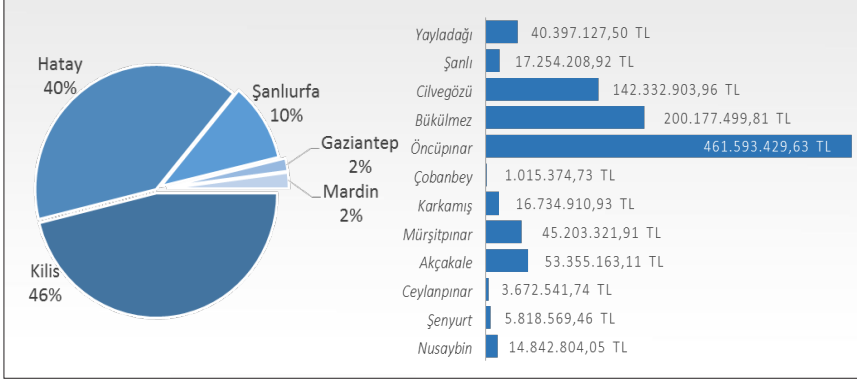


200 bine yakın Suriyeli sınırımızın sınırın Suriye tarafındaki kamplarda yaşamaktadır. Suriye tarafında sınır boyunca kurulmuş yüzden fazla kamp bulunmaktadır. Bu kamplara ilişkin ulusal ve uluslararası yardımlar AFAD koordinasyonunda, Türk Kızılayı aracılığıyla gerçekleştirilmektedir.

Sınır Ötesi Yardımlar (28 Temmuz 2015)



Sıfır noktası insani yardım kapılarımızdan Suriye tarafına 35 bin tonunun sevkiyatına başladık. Bu ve benzeri insani yardım tır'larının hangi noktalardan geçtiği resimde yer almaktadır.

Sınır Ötesi İnsani Yardım Geçiş Noktaları (28 Temmuz 2015)

İraklılara Sunulan Hizmetler

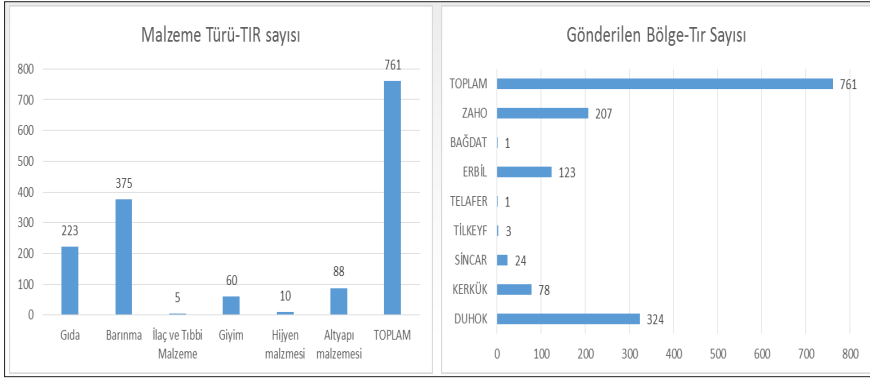
Ülkemizde bulunan Suriyelilerin yanı sıra İslahiye-2, Midyat ve Nusaybin geçici barınma merkezlerimizde 16.000'in üzerinde Iraklı da bulunmaktadır. Ezidilerden ve Türkmenlerden oluşan bu Irak vatandaşlarına da Suriyelilere sunulan tüm hizmetler eşit bir şekilde sunulmaktadır.

Geçici barınma merkezlerimizde Iraklı Ezidi ve Türkmenler için ayrıca boş kapasite oluşturulmuştur.

Ülkemizde bulunan Iraklıların yanı sıra Irak'ta bulunan ihtiyaç sahiplerine de Başkanlığımız koordinasyonunda insani yardımda bulunmaktadır.

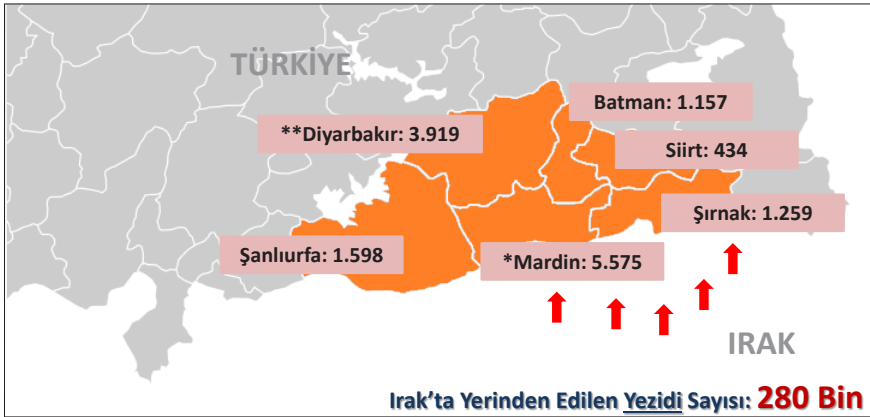


İraklı Türkmenlere ve Yezidilere sunduğumuz hizmetler: Yine Irak tarafında iki tane kamp yaptık Duhok'ta ve Zaho'da.



Başkanlığımızca Şırnak Valiliği'ne ihtiyaçların karşılanması amacıyla acil yardım ödeneği gönderilmiştir. Diyarbakır Valiliği'ne 117 adet çadır gönderilmiştir. 5.453 Yezidi barınma merkezine yerleştirilmiş olup işe, ibate, sağlık, eğitim, sosyal v.b. ihtiyaçları karşılanmaktadır. Nusaybin kampında boş kapasite bulunmakta olup, barınma ihtiyacı olan Yezidilerin kampa sevk edilmesi talimatı Valiliklere verilmiştir. Ülkemizde bulunan Yezidilere 64.812 poliklinik hizmeti verilmiştir. Ayrıca 344 ameliyat ve 129 doğum gerçekleşmiştir.

Ülkemizdeki Toplam Yezidi Sayısı: 13.942



Yine Irak tarafına giden yardımlarda ayırım gözetmeksizin hem Yezidilere hem Irak Türkmen Cephesi aracılığıyla Kerkük'ün bütün köylerine kadar bütün Türkmen kardeşlerimize de buradan yardımlarımızı ulaştırdık.

Türkmenlere Sunulan Hizmetler

Irak'ta yaşanan iç karışıklık nedeniyle yerlerinden edilmiş kişilere yönelik yardımlar Başkanlığımız koordinasyonunda 11 Haziran 2014 tarihinden itibaren Irak'a ulaştırılmaya başlanmıştır.

Ülkemizdeki Iraklı Türkmenler

Ülkemizdeki Irak Türkmenleri*	
Ankara	16.974
Adana	1.250
Konya	1.550
Eskişehir	1.050
Bursa	250
Mersin	1.750
Kırşehir	500
Kayseri	125
Adıyaman	100
Batman	100
İslahiye 2 GBM	10.348
Toplam	33.997

Yardımların koordinasyonunu sağlamak üzere Şırnak ili Silopi ilçesi sınırındaki Habur Gümrük Kapısında "AFAD İnsani Yardım Dağıtım Merkezi" oluşturulmuş ve yardımlar söz konusu merkez üzerinden Irak'a ulaştırılmıştır. Bu kapsamda bugüne kadar 761 TIR'lık insani yardım malzemesi Irak'a sevk edilmiş ve Irak'ta toplam 34.500 kişi kapasiteli üç barınma merkezi kurularak yerel makamlara devredilmiştir.

Ülkemizdeki Suriye Türkmenleri

Ülkemizdeki Suriye Türkmenleri	
Hatay Yayladağı 2 Barınma Merkezi	3.058
İslahiye 1 Barınma Merkezi	1.301
Osmaniye Cevdetiye Barınma Merkezi	9.214
Malatya Beydağı Barınma Merkezi	6.958
TOPLAM	20.531

Ülkemizde ağırlıklı olarak Hama, Humus, Halep ve Bayırbucak Türkmenleri bulunmaktadır. Sıfır Noktası İnsani Yardım Faaliyetleri kapsamında Suriye'ye gönderilen yardımların bölgede Türkmenlere ulaştırılması konusunda gerekli hassasiyet gösterilmektedir. 2013 yılı içerisinde "1 ekmeğe 1 battaniye" kampanyası çerçevesinde yapılan gıda sevkiyatlarında Bayırbucak ve Azaz Türkmenlerine düzenli olarak her defasında 6 bin gıda kolisi olmak üzere yardım gönderilmiştir.

Ayrıca, ülkemizde barınma ihtiyacı bulunan Suriye Türkmenleri Osmaniye, Malatya, Gaziantep İslahiye-1 ve Hatay Yayladağı-2 Geçici Barınma Merkezlerine yerleştirilmiştir.



*Dr. Mehmet GÖL
Kilis İl Sağlık Müdürlüğü
Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü*

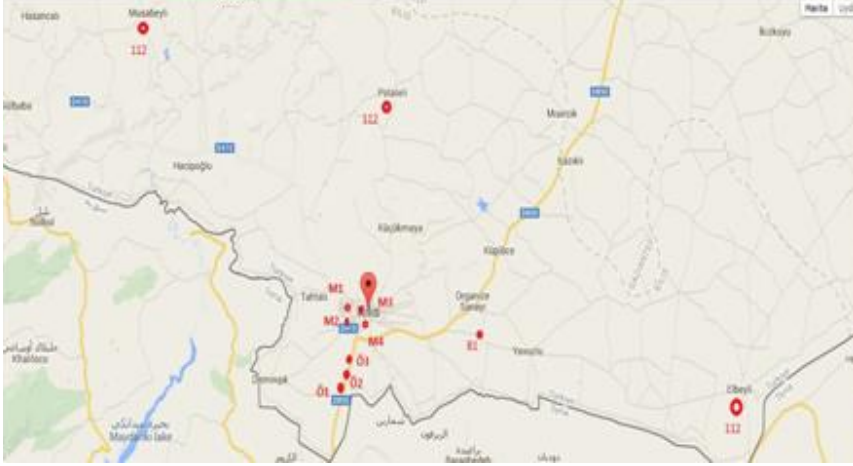
Suriyeliler'in Yaşam Mücadelesine Kilis'ten Sağlık Desteği

Sempozyum çok güncel ve faydalı buldum. Fakültede hocalarımız bir gömleğe ihtiyacınız olup olmadığını bilebilirsiniz ama sağlıkla ilgili olarak neye ihtiyacınız olduğuna siz karar veremezsiniz derlerdi. Bu yüzden sağlık okuryazarlığının günümüz için çok geçerli bir kavram olduğunu düşünüyorum.

Suriyelilerle ilgili olarak yürüttüğümüz sağlık alanındaki çalışmalarımıza yer vereceğim ancak öncesinde Kilis'le ilgili bilgi vermek istiyorum.

Haritada istasyonlarımızın yerleri görünüyor. Kilis çok eski bir yerleşim yeri. Haritada kalın siyah çizgiyle görülen yer Suriye sınırımız. Öncüpınar gümrük kapımızın olduğu yerde yine alt tarafta yer almakta. Suriyelileri genellikle bu noktadan alıyoruz. Gümrük yolunun bitişiğinde ise yine öncüpınar konteyner tesisleri var. Burada Suriyeliler misafir ediliyor. Erbeyli ilçemizde ise ikinci bir konteyner kampımızda da Suriyeliler misafir edilmekte. Hemen sınırdaki Çobanbey karakolundan Suriyelilerin girişi sağlanıyor. Kilis aslında Türkiye'nin en küçük illerinden biri. Önemli bir insan kaynağı biri-

Resim 1: Kilis Haritası



kimi olmasına rağmen küçük bir il ve Kilisli Türkiye'nin ve dünyanın dört bir yanına dağılmış vaziyettedir. Suriyelilerden önce de kendi halinde sakin bir yerleşim yeri idi. İle Suriyelilerin gelmesi ile birlikte herhangi bir sıra dışı veya hoşnut olunmayacak bir durum oluşmamıştır. Suriyeliler özellikle savaş mağduru oldukları için Kilis halkı tarafından fazlasıyla benimsediler. Halk elinden geldiğince bütün kaynaklarını seferber ederek yardımcı olmuşlardır.

Öncüpinar kampı içerisinde sürekli iki ambulans, erbeylide bir ambulans, öncüpinar sınır noktasında da Suriyeden gelenleri karşılamak üzere bir ambulans ekibi yine bulunmaktadır.

Tablo 1: İlçelere Göre Merkez ve İlçe / Köy Nüfus Toplamları

İlçe Adı	Şehir Nüfusu	Oran %	Köy Nüfusu	Oran %	Toplam Nüfus	Köy Sayısı	Mahalle Sayısı
Merkez	89.422	87	13.467	13	102.889	52	75
Elbeyli	2.020	31	4.471	69	6.491	23	4
Musabeyli	1.102	8	12.673	92	13.775	46	3
Polateli	1.096	20	4.335	80	5.431	16	5
TOPLAM	93.640	73	34.946	27	128.586	137	87

Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (Adnks) Veri Tabanı

Kilis bütün köyleri ile birlikte 128 bin kadar nüfusu olan bir il. En büyük ilçesinin nüfusu yaklaşık 13 bin kadar. Kaplardan birinin nüfusu 11 bin, birinin nüfusu 20 binin üzerinde. Bu kamplar kilisin en büyük ilçesi olmuş durumdadır.

İl merkez nüfusu 84 bin iken, 2011 yılından bu yana Suriye’de yaşanan iç savaş nedeniyle ilimize sığınan Suriyeli misafirlerimizle birlikte, şu an, yaklaşık 190 – 200 bin kişiye sağlık hizmeti ulaşılmakta.

Tablo 2: Yıllara Göre Vaka Ortalamaları

	2010 YILI	2011 YILI	2012 YILI	2013 YILI	2014 YILI
İSTASYON SAYISI	2 MERKEZ+3 İLÇE	2 MERKEZ+ 3 İLÇE	3 MERKEZ+3 İLÇE	3 MERKEZ+3 İLÇE	4 MERKEZ+3 İLÇE
TOPLAM VAKA	7590	9177	15868	21326	25653
AYLIK ORTALAMA	632	764	1322	1777	2137
GÜNLÜK ORTALAMA	21	25	43	59	71
MEDİKAL VAKA S.	4998	5938	9509	12563	16361
TRAFİK KAZASI S.	607	626	730	798	1022
YARALANMA S.	116	126	1508	2597	2625
DİĞER KAZALAR	442	452	854	1380	1467
İL İÇİ HASTANEYE NAKİL	5340	6063	11417	15384	19083
İL DIŞI HASTA NAKLİ	456	848	1663	2832	3321
YERİNDE MÜDAHALE	799	912	911	961	682

Burada daha çok 112’den veriler yer alıyor. 112 olarak özellikle karşıladığımız vaka sayılarının yıllara göre oranını, artışını görüyoruz. 2011 yılına baktığımızda 112 acil ambulans servisi 9177 vaka karşılamışken, 2014 yılında 25 653 vaka karşılamıştır. İki katından daha fazla bir artış söz konusu. Şu anda kilislilere verilen hizmetten aşağı yukarı daha fazla hizmeti Suriyelilere vermekteyiz.

18 Mart 2012’de ilk defa Suriyeliler geldi Kilis’e geldiğinde henüz tamamlanmamış bir kamp mevcuttu. Bu nedenle verilen hizmette eksikler oluştu ve zor durumda kaldık. Daha sonra Bakanlığın verdiği destekle bu işin üstesinden gelmeyi başardık. Bakanlığın verdiği desteği en başında lojistik destek geliyor. Örneğin 2010 yılında Kilis’te 5 ambulans varken, 2015 yılında bu sayı 31’dir. Kilis’te 2010 yılında 5 istasyo-

Tablo 3: Yıllara Göre İstasyon-Ambulans-Vaka Sayısı

Yıl	İstasyon Sayısı	Ambulans Sayısı	Vaka Sayısı
2010	5	5	7590
2011	5	8	9177
2012	6	8	15868
2013	6	15	21326
2014	7	22	25653
2015	7	31	-

numuz varken 2015 yılında bu sayı 7'ye ulaştı. Önemli personel takviyesi de yapıldı bu geçen zaman içerisinde. Aynı zamanda Kilis Devlet Hastanesinin kapasitesi iki katından fazlasına çıkarıldı. 162 yataklı hastane Suriyelilerin gelmesiyle birlikte 370 yataklı bir hastane kapasitesine ulaştırıldı.

Son zamanlarda işleyiş daha bir rayına oturdu. Mülki idari amirler fotoğraf çekimine dahi izin vermiyorlar. Bugünkü imkanlara ulaşamadığımız dönemlerde konteynerlerde günlük olarak 3, 4 bin civarındaki Suriyelilerin sağlık hizmetlerini karşılamaya çalışıyorduk. Zaman içinde hem Suriyeli nüfusu arttı hem de kampa eklenen kısımlar gelişti. Şuanda her iki kampta da bir ikinci basamak ilçe devlet hastanesi diyebileceğimiz yetkinlikte birimlerimiz var. Her gün uzman hekimler ve yardımcı sağlık personeli buralarda Suriyelilere hizmet veriyor. Öncüpınar konteyner kampımızda önümüzdeki bir ay içinde hizmete girmesini beklediğimiz bir hastanemiz mevcut. Bu hastane de bir orta ölçekli ilçe devlet hastanesi kapasitesinde olacak.

Resim 2'de görüldüğü üzere bu alan ikinci basamak sağlık hizmetini verdiğimiz konteynerlerin önündeki bekleme alanı ve her bir konteynerin içinde uzman bir hekim Suriyelileri muayene ediyor. Bir konteyner çocuk ve hastalıkları kısmı, biri kadın hastalıkları ve bir diğeri de dahiliye bölümü. Bu öncüpnar kampındaki konteyner alanımız. Bir benzeri de Erbeyli konteyner alanında var.

Resim 2: Sağlık Konteynerleri Bekleme Alanı, Kilis Öncüpnar Kampı



Resim 3'te sağlık ocağının içindeki acil kısmı. Burada da 7/24 hizmet veriliyor. Kamplardaki sağlık hizmeti Kilis içerisinde nasıl hizmet veriliyorsa aynı şekilde burada da devam etmektedir. Aşılama birimlerinden aile planlaması birimlerine kadar bütün hizmetler aynı şekilde burada deva ettiriliyor.

Resim 3: Sağlık Ocağı Acil Bölümü, Kilis Öncüpnar Kampı



Resim 4'te yine eczanemiz. Muayene olan ve reçeteleri yazılan Suriyeliler sabah-tan muayene olmuşlarsa eczanemize ilaçları Kilis'ten getirilmiş oluyor. Öğleden sonra muayene olanlar için ise ertesi sabah bu eczaneden gelip ilaçlarını temin edebiliyorlar ücretsiz olarak.

Resim 4: Eczane, Kilis Öncüpnar Kampı



Suriyelilere sağlık hizmetlerini ulaştırırken en önemli sıkıntılardan birisi Suriyelilerin sık sık yer değiştirmeleri ve kronik hastalıklar ile ilgili bizden yüksek beklenti içerisinde olmaları. Örneğin, böbrek rahatsızlıkları, organ nakilleri veya talasemi benzeri kimi kan hastalıkları ile ilgili ciddi beklentileri var. Türkiye'yi çok önemsiyorlar ve bu sebeple sadece savaş ortamından kurtulmak için değil, aynı zamanda pek çok dertlerine deva bulmak için de Türkiye'ye geliyorlar. Türkiye'nin dört bir yanında yer ayırarak, hastanelerden randevu alarak yardımcı olmaya çalışıyoruz. Ancak bu noktada ödeme planları ile ilgili kimi sıkıntılar ortaya çıkıyor.

Kilis'te özellikle yurtdışı kaynaklı pek çok yabancı yardımcı kuruluş var. Bunlar birinci basamak sağlık kuruluşları gibi, sağlık ocakları gibi yapılanmalar ortaya çıkarak şehir içinde kalan Suriyelilere hizmet vermeye çalışıyorlar. Bu sağlık kuruluşlarının önemli katkıları olduğunu söyleyebiliriz. Örneğin psikolojik destek amacı güden bir sağlık kuruluşunun Kilis'te şimdiye kadar 60 bin kadar muayene yapmıştır. Yaklaşık 7-8 bin hastaya psikolojik destek takibi yapılmakta. Birinci basamak sağlık hizmeti vermek amacıyla yaklaşık 5-6 tane yabancı sağlık kuruluşu Kilis'te yapılmış vaziyette. Bunların bir de sınırın karşısında uzantıları mevcut. Kilisin hemen karşısında Azez kasabası var, yine aynı şekilde yapılmış olan ve bazen oradaki acil ve kronik hastaları anında bildirebilen ve yönlendirerek önemli katkılar sunuyorlar.



Dr. Dt. Gül ATEŞ
Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Daire Başkanı

Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı Ve Unicef Ortak Projesi

PROJENİN ADI:

Suriyeli Kadın ve Çocukların Sağlık Hizmetlerine Kolay Erişiminin Sağlanması Projesi

PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ VE KOORDİNATÖRÜ: Dr. Dt. Gül ATEŞ

Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Daire Başkanı

PROJENİN SÜRESİ: 12 Ay

PROJE BAŞLANGICI-BİTİŞ: OCAK 2016-ARALIK 2016

GENEL BİLGİLER

Savaş, terör, iç çatışma nedeniyle yaşanan büyük nüfus hareketliliği afet yönetiminin esas sorun alanlarını oluşturmaktadır. Bu olaylar sonucunda oluşan hareketlilik, korkuya dayalı bir kaçış şeklinde gerçekleştiği için sosyal ve psikolojik olumsuzluklarının yanı sıra sağlık açısından da önemli problemlere yol açmaktadır.

Bu nedenle bu tür olaylara karmaşık insani aciller, karmaşık afetler veya insani aciller de denmektedir. Dolayısıyla mültecilere yönelik yapılan yardım faaliyetleri temel olarak afet yönetiminin uygulama alanına girmektedir.

Ancak Suriye örneğinde olduğu gibi çok sayıda mülteci girişinin yaşandığı durumlarda bir kurumun ya da bir ülkenin tek başına bu faaliyetleri gerçekleştirmesi olası değildir. Bu nedenle başta Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği olmak üzere UNICEF gibi diğer uluslararası yardım kuruluşları, üçüncü ülkeler ve sivil toplum kuruluşları mülteciler ile ilgili acil durum faaliyetlerinin diğer paydaşlarıdır.

Mülteci hareketlerinin güvenlik, siyasal, toplumsal ve ekonomik birçok farklı boyutta etkileri vardır. Ancak en önemililerden birisi sağlık sorunlarıdır.

MÜLTECİLERİN SAĞLIK SORUNLARI

Savaş ya da iç karışıklıklar nedeniyle meydana gelen mülteci hareketleri, çok sayıda insanın uygun olmayan yaşam koşullarında hayatlarını devam ettirmek zorunda kaldıkları durumlar ortaya çıkarır. Bu kişiler genellikle çadır veya konteynırlardan oluşan geçici barınma birimlerinde yaşamlarını sürdürmektedir. Ancak gerek çadırlar gerekse konteynırlar, hastalıklara ve dış etkenlere karşı yeterince korunaklı olmadığı için hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır. Bununla birlikte toplu barınma alanlarında su ve kanalizasyon alt yapısının çoğu zaman yetersiz kalması hijyenik açıdan kötü yaşam koşulları ortaya çıkarır. Hastalıklardan korunmak için gerekli olan hijyen kurallarına riayet edilememesi durumunda yaşanan sağlık sorunlarında artış meydana gelir. Mültecilerin en sık karşılaştıkları sağlık sorunları şunlardır:

- Beslenme bozuklukları
- Çocuklarda büyüme ve gelişme gerilikleri
- Anemi
- İshal, kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıklar
- Fiziksel şiddet ve buna bağlı yaralanmalar,
- Cinsel istismar,



5. OTURUM: GÖÇ VE HALK SAĞLIĞI

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar,
- İstenmeyen gebelikler, riskli gebelikler,
- Düşükler, doğum komplikasyonları,
- Kronik hastalıklar,
- Depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları ve post-travmatik stres bozukluğu başta olmak üzere ruhsal sorunlar.
- Dış sağlığı sorunları

Kötü yaşam koşulları, mülteciler için bir taraftan yeni hastalıkların çıkmasına zemin hazırlarken diğer taraftan da mevcut hastalıkların iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir. Tüm acil durumlarda olduğu gibi mülteci hareketlerinde de kalp hastalıkları, solunum hastalıkları, tansiyona bağlı hastalıklar, diyabet ve erken doğum sayısında artışlar görülmektedir. Kalp hastalıklarındaki artışın sebebi acil durum sonrası yaşanan strese ve artan fiziksel aktiviteye bağlıdır. Solunum hastalıkları ve diyabet hastalığının artış göstermesi ise mülteci hareketi sırasında bu hastalıkların ve hastaların yeterince takibinin yapılamaması ve gerekli ilaçlara ulaşamaması ile ilgilidir. Acil duruma bağlı olarak yaşanan stres erken doğum oranını artırmaktadır.

Mültecilere sağlık hizmeti sunulması noktasında yaşanan en temel sorun, bu kişilerin yasal ve fiziki engeller nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmada güçlük çekmesidir. Bununla birlikte yetersiz sağlık personeli, dil ve kültür farklılıkları, yabancı sağlık sistemine uyum sağlayamamak, sağlık hizmetlerinin ücretli olması gibi sorunlar da mültecilerin sağlık hizmetinden yararlanmasını güçleştirmektedir. Ayrıca mültecilerin sığındığı ülkedeki sağlık personelinin mültecilerin yasal hakları ve özel gereksinimleri konusunda bilinçsiz olması uygulamada karşılaşılan bir diğer sorundur.

Suriye'de yaşanan iç karışıklık sonrasında Türkiye'ye sığınan mültecilerin yaşadığı sağlık problemleri de yukarıda belirtilen sorunlarla örtüşmektedir.

Suriye'de 2011 yılında başlayan iç savaş dört yılı aşkın bir süredir devam etmektedir. Bu çatışmalar sırasında 150 bine yakın kişi yaşamını yitirmiş, yaklaşık 4 milyon kişi ise Türkiye, Lübnan, Ürdün ve Irak gibi komşu ülkelere sığınmıştır. 7 milyondan fazla kişi ise ülke içinde yer değiştirmiştir. Böylelikle 24 milyon nüfusa sahip ülkenin neredeyse yarısı iç karışıklık nedeniyle bir şekilde etkilenmiştir.

Suriye ile 911 kilometrelik sınıra sahip Türkiye, yaşanan iç karışıklıktan en fazla etkilenen ülkelerin başında geliyor. İç savaşın başlamasından itibaren yaklaşık 2 milyon Suriyeli mülteci kişi Türkiye'ye sığınmıştır. Zorunlu göç edenlerin yaklaşık % 85 i kadın ve çocuklardan oluşmaktadır. Çünkü kadın ve çocuklar yetişkin erkeklere göre

savaşın olumsuz etkilerine daha fazla maruz kalmaktadır.

Bu mülteciler, çoğunluğu itibarıyla yeterli barınma ve beslenme imkânlarına ulaşmamaktadır. Bu bağlamda Suriyeli mültecilerin karşılaştığı temel sağlık problemi, açlık, hastalık ve yoksulluk ile özdeşleşen kötü yaşam koşullarıdır. Mülteciler, sağlıklı yaşam koşulları nedeniyle salgın hastalıklar ve önemli sağlık problemleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Örneğin 2012 yılında Türkiye'de 349 kızamık vakası görülürken, mülteci akını sonrası bu rakam yaklaşık 20 kat artmıştır. Barınma kamplarında yaşayan mültecilerde kızamık hastalığının yanı sıra tüberküloz ve deri hastalıklarına da rastlanmaktadır.

AFAD 2014 raporuna göre Suriyeli kadınların % 24.6 sı sağlık hizmeti alamıyor.

- 2013 Saha Araştırması sonuçlarına göre 5 yaş altı çocukların %26,2'si çocuk felci aşısı olmadı

- Suriyeli 10 yaş altı çocukların %28,2'si kızamık aşısı olmadı.

Sonuç böyle olunca,

Suriyeli Mültecilerin çocukları risk altında görünüyor.

Suriyeli anneleri sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilendirmek hayati önem taşıyor.

PROJENİN GEREKÇESİ:

Anne-çocuk sağlığı toplum için vazgeçilmez bir unsurdur. Sağlıklı toplumlar sağlıklı bireylerden oluşur. Türkiye'de anne-çocuk sağlığı alanında hizmet veren birçok kurum bulunmaktadır. Aile sağlık merkezleri, aile planlama merkezleri ve hastanelerde düzenli olarak gebe sağlık kontrolleri yapılmakta, gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili danışma ve rehberlik hizmetleri verilmektedir. Doğumdan itibaren çocukların gelişimi takip edilmekte ve düzenli olarak aşılama hizmetleri ücretsiz olarak yapılmaktadır. Türkiye'de misafir edilen Suriyeli ailelerin büyük bir kısmını kadın ve çocuklar oluşturmaktadır. Suriye İnsan Hakları 2014 yılı raporuna göre Suriyeli misafirlerin % 85 'ini kadın ve çocuklar oluşturmaktadır. Türkiye'de ki kamplarda ve çeşitli bölgelerde yaşayan bu misafirlerin en büyük problemlerinin başında sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü gelmektedir. Mevcut durumda anneler kendileri ve çocukları için sağlık hizmetlerini nerede ve ne zaman alabileceklerini dil engeli yüzünden bilememektedirler.

Türkiye sağlık kuruluşları çok sayıda Suriyeli misafiri tedavi edebilecek kapasitede olmasına karşın Suriyeli misafirler bu merkezlerin yerlerinden ve bu merkezlerin hizmetlerinden haberdar olamamaktadır. Arapça dilinde hizmet verecek çağrı merkezi ve internet sitesi Suriyeli ailelerin buldukları noktaya en yakın aile sağlık merkezi-



ni bulmalarını, Türkiye'nin neresinde olurlarsa olsunlar hizmet almanın kurallarını ve mevcut olan tüm hizmetleri öğrenmelerini sağlayacak ayrıca tedavi sürecinin her aşamasında tercüme hizmeti sağlayacaktır.

POLİTİKA VE STRATEJİLERLE UYUM:

Sağlık Bakanlığı ve Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ulusal düzeyde sağlığın gelişmesi için sağlık okuryazarlık düzeyini sürekli artırmak, teknolojik yeniliklerden faydalanarak toplumda her kesimin eşit olarak sağlık hizmetine ulaşmasını sağlamak misyonu ile hareket etmektedir. Bu bağlamda sağlık alanında pro-aktif bir anlayış ile hareket edilmektedir. Sağlıkta pro-aktif anlayış doğrultusunda sağlık alanında oluşabilecek risklerin önceden tespit edilmesi ve buna yönelik gerekli tedbirlerin alınması ile toplum sağlığının korunması amaçlanmaktadır. UNICEF, acil durumlardaki çocukların haklarını korur. Birleşmiş Milletler bünyesindeki ortakları ve diğer insani yardım kuruluşlarıyla birlikte çocukların ve ailelerinin acil ihtiyaçlarını temin etme ve sıkıntılarını gidermek üzere harekete geçer. UNICEF hayat kurtaran müdahalelerinin kapsamını genişletmeye devam etmektedir. Sağlık alanında, rutin aşılamalara, çocuk felcine ve kızamığa karşı özel aşı kampanyalarına ve akut beslenme bozukluğuyla mücadelede ayrı bir önem vermiştir. Sağlık Bakanlığı ve UNICEF'in ortak yürüteceği bu proje ile korunmaya muhtaç olan binlerce Suriyeli misafir anne ve çocukların sağlık hizmetlerinden etkin ve verimli bir şekilde faydalanmaları sağlanacaktır. Böylece ileride doğabilecek telafisi zor veya imkânsız sağlık sorunları risklerinin önüne geçilebilecektir.

AMAÇ VE HEDEFLER:

Bu proje kapsamında;

- Minimum 6 personelin oluşturduğu Ankara'da konuşlu bir çağrı merkezi oluşturulacaktır. Bu Çağrı Merkezi Türkiye'nin tamamına 7/24 saat esasına göre hizmet verecektir.
- Arapça yayın yapan donanımlı bir web sitesi tasarlanacak ve herkesin kolayca erişebileceği bir platform üzerinden hizmet sunulacaktır.
- Projenin tanıtılması için Türkiye'nin değişik illerinde özellikle Suriyelilerin yoğun olduğu Hatay, Gaziantep, Şanlıurfa gibi illerde toplantılar düzenlenecek ve uygun vasıtalarla tanıtım faaliyetlerinde bulunulacaktır.
- Suriyeli misafirlerin yoğun olarak konakladığı yerleşkelere ziyaretler gerçekleştirilip gerekli araştırmalar yapılarak projenin doğru evrilmesi sağlanacaktır.

• Projenin uygulama sürecinde belirli periyotlarda hizmet alıcılara sorulmak üzere anketler düzenlenecektir.

Proje tamamlandığında;

- Ücretsiz sunulan sağlık hizmetleri kapsamında Suriyeli misafirlerde farkındalığın oluşturulmasının sağlanması,
- Suriyeli misafirlerin Türkiye sağlık sistemi hakkında bilgilendirilerek, sağlık hizmetlerinden etkin ve verimli bir şekilde faydalanmalarının sağlanması,
- Suriyeli misafirlerin iletişim problemlerinin çözülerek sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştırılması amaçlanmaktadır.

SONUÇ GÖSTERGELERİ:

AFAD Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar Raporu – 2014'e göre Suriyeli kadın ve çocukların acil sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadıkları görülmektedir. Özellikle çocukların gelecekteki sağlıklı bir birey olabilmeleri için önem arz eden aşılama oranı düşüktür. Bu durumun başlıca sebebinin Suriyeli annelerin acil sağlık hizmetleri konusunda yeterince bilgi sahibi olamamaları ve yaşadıkları iletişim sorunu olduğu düşünülmektedir. Sağlıklı anne sağlıklı toplum demektir.

Bir yılın sonunda ilgili projenin tamamlanması ile Suriyeli misafirlerde Türkiye'deki ücretsiz sağlık hizmetleri hakkında farkındalık oluşturmayı hedefliyoruz. Suriyeli misafirlerin ücretsiz sağlık hizmetlerine ulaşımının ve taleplerinin artacağını umuyoruz. Bu bağlamda;

- Suriyeli kadınların sağlık hizmeti kullanım oranını arttırmayı,
- 5 yaş altı çocuk felci ve kızamık aşısı oranını arttırmayı,
- 10 yaş altı çocukların aşılama oranını arttırmayı sağlamaya yardımcı olabilmek amacıyla;
 - Sağlık hizmeti farkındalığının oluşturulması,
 - Sağlık hizmeti alım sürecinin tamamında Arapça-Türkçe-Arapça tercüme hizmetinin sağlanması,
 - İletişim engelinin kaldırılmasıyla en yakın sağlık merkezinden nitelikli sağlık hizmetine kolay erişimin sağlanması amaçlanmaktadır.



Projenin uygulanması hakkında bilgi vermesi amacıyla,

1. Oluşturulacak Çağrı Merkezinin kabul ettiği arama sayıları, görüşme süreleri ve çağrının yapıldığı yerler,
2. Çağrı Merkezinin kabul ettiği her beşinci görüşme sonunda yapılacak Görüşme Memnuniyet Anket sonuçları,
3. Oluşturulacak Web sitesi ziyaretçi sayıları,
4. UNİCEF'e sunulmak üzere hazırlanacak dörder aylık raporlarda ayrı başlıklar halinde kullanılacaktır.

PROJENİN PAYDAŞLARI:

Proje kapsamında ihtiyaç duyulabilecek enformasyon, yönlendirme ve gereken görev alanlarıyla ilgili diğer iş ve işlemler Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından sağlanacaktır.

Proje kapsamında Suriyeli misafirlerle ilgili yapılacak iş ve işlemlerin uygulanmasında, duyurulmasında, bilgi paylaşımında ve gereken görev alanlarıyla ilgili diğer iş ve işlemler, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Göç idaresi Genel Müdürlüğü ve Yerinden Yönetimler(Üniversiteler, Belediyeler, STK'lar) tarafından sağlanacaktır.

OLASI RİSKLER VEYA ÖNGÖRÜLEMİYEN DURUMLAR:

- 1- Bölgede her geçen gün yaşanan yeni gelişmeler ve olağanüstü koşullara bağlı olarak Suriyeli mültecilerin sürekli değişmekte olan demografik özellikleri,
- 2- Türkiye'de konuk edilen Suriyeli sayısının değişmesi,
- 3- Türkiye'de misafir edilen her Suriyelilerin ikametlerinin olmaması ve Suriyelilerin çok sık yer değiştirmesi.

5. Oturuma Katılan Konuşmacılara Plaket Takdimi







SASAM ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü

Halk Sağlığı Günleri

“SAĞLIK OKURYAZARLIĞI”

03-04 Eylül 2015 ANKARA

SASAM ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü

Halk Sağlığı Günleri

“SAĞLIK OKURYAZARLIĞI”

03-04 Eylül 2015 ANKARA



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU
SAĞLIK-SEN
SAĞLIK ve SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI

