DERS ADI Halk Sağlığı
ÜNİTE ADI Temel Halk Sağlığı ve Demografi
ÜNİTE NO 1
YAZAR Prof.Dr. ZAHİDE KOŞAN

HALK SAĞLIĞI KAVRAMI

Halk sağlığı çalışmaları toplumun tümünün sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlar. Hekimlik mesleği ve halk sağlığı insanlık tarihinin başlangıcından günümüze birçok aşama geçirmiştir. Her bir bulgu farklı birer hastalık olarak değerlendirilirken neden-sonuç ilişkisi kurularak hastalık tanıları konulmuştur. Hastalığa neden olan mikroorganizmaların keşfi, çevrenin insan sağlığına etkisi ve hastalıkların seyrinde kişisel farklılıkların gösterilmesi hekimlik ve halk sağlığı biliminin gelişim aşamaları denilebilir. Asıl dönüm noktası olarak 1948 yılı Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluşu ve çalışmalarıdır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı hastalığın olmaması değil bedenen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli olarak tanımlamıştır. Hastalık ve sağlık onu etkileyen bileşenlerin sonucudur. Yeni halk sağlığı dönemi, 1978 Alma–Ata Bildirgesi ile toplumsal iyilik kavramı gündeme gelmiştir. Alma -Ata Bildirgesi'nin ilkelerinde sağlık hizmetlerinin doğuştan kazanılmış bir hak olduğunu, bu hizmetlerin ayrım yapmadan tüm topluma verilmesinin gerekliliği, sağlık hizmetlerinin sadece hasta bireylere değil sağlam kişilere de götürülmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Bunların yanı sıra çevre koşullarının kişinin sağlığı üzerine etkileri ve bu hizmetlerin multisektörel yürütülmesi de Alma-Ata Bildirgesi'nin ilkelerindendir. 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, (1986 Ottawa Konferansı'nda) sağlığın temel koşullarına vurgu yapmıştır. Ottawa Konferansı'nda; barınma, gelir, gıda, eğitim, hakkaniyet, sosyal adalet, sürekliliği olan kaynaklar, barış ve stabil bir ekosistem sağlığın ön koşulları olarak belirtilmiştir. Bireylerin sağlık içinde olması kamunun görevidir. Ülkelerdeki sağlık sistemleri o toplumun sağlık alanındaki ihtiyaçlarını karşılayabilmelidir. Sağlık hizmetlerinde temel ilke bireylerin hasta olmasını önlemek, yani hastalıktan korumaktır. Halk sağlığı son yüzyılda basit uygulamalardan çıkmış ve birçok bilim dalından oluşan bir disiplin ve bu bilimin uygulamalarını kapsayan hizmet alanı olmuştur.

DEMOGRAFİ

Sağlık hizmetlerinde başarıya ulaşmak için, hizmet götürülecek toplumun yapısını, yaş ve cinsiyet dağılımını ve riskli grup özelliklerini bilmek gerekir. Toplumun sağlık düzeyi göstergeleri o toplumun sağlık hizmetleri ihtiyacının belirleyicisidir. Aslında toplumun demografik özellikleri, o toplumun nüfusu ve sağlık bakımı arasında gelişen ilişkinin hem belirleyicisi hem de sonucudur. Demografi ve halk sağlığı biliminin ilgilendiği temel birim toplumdur. Doğumlar, ölümler ve göçler sadece nüfusun büyümesini değil aynı zamanda toplumun yaş kompozisyonunu değiştiren unsurlardır. Halk sağlığı programları toplumun yapısını ve süreçlerini de etkiler. Birleşmiş Milletler demografiyi insan nüfusunun büyüklük, yapı ve gelişimi ile genel özeliklerinin miktarsal yönlerini inceleyen bilim dalı olarak tanımlamıştır. Demografi, insan nüfusunun büyüklük, yapı ve dağılım gibi statik konular ile doğurganlık, ölümlülük ve göçler gibi dinamik süreçler üzerinde çalışmaktadır. Demografik açıdan nüfus, bir bölgede belirli bir zaman diliminde yaşayan kişilerin oluşturduğu kitledir.

Demografide Veri Kaynakları

Demografi ye temel teşkil eden veri kaynakları nüfus sayımları, kayıt sistemleri ve demografik araştırmalardır. Nüfus sayımlarında toplanan veriler, bireyler hakkında belirli bir anda bazı sayısal özellikler itibarıyla bilgi sağlar. Nüfus sayımı verisi statik nitelikli olup nüfusun büyüklük ve yapısı hakkında, sayımın yapıldığı zaman için kesitsel bilgi verir. Bu bilgiler bize bölgesel, ulusal ve uluslararası karşılaştırma yapma olanağı sağlar. Kayıt sistemleri, veriler belirli periyotlar ile yaşamla ilgili olayların kaydının tutulmasıyla toplanır. Bu veriler bilginin zaman içindeki değişimini gösterir. Dinamik nitelikli olup hız hesaplamalarında kullanılırlar. Demografik araştırmalar, örneklem tekniği ile nüfusu temsil eden örnek üzerinden veri toplanarak yürütülen çalışmalardır. Buradan toplanan veriler kayıt sistemleri ve nüfus sayımlarından elde edilen verileri destekler. Demografik araştırmalar daha kısa zaman aralıkları ile planlanabilir ve daha ayrıntılı bilgiler toplanabilir.

Demografik Dönüşüm

Nüfus bilimciler günümüzün gelişmiş ülke nüfuslarının geçmişte gösterdikleri eğilimleri inceleyerek doğurganlığın zaman içinde neden ve nasıl düştüğünü açıklamayı amaçlamışlardır. Demografik geçiş teorisine göre günümüzün gelişmiş ülkelerinde başlangıçta ölümler ve doğumlar oldukça yüksekken; bir dizi aşamadan sonra incelenen nüfuslarda her iki nüfus hareketinde de düşme gözlenmiştir. Dönüşümden önce ve sonra nüfus büyümesi yavaştır.

Sanayi öncesi dönem (1. aşama) : Zorlu çevre koşullarından etkilenen yaşam koşulları yüksek ölümlere neden olmaktadır. Doğumları etkileyecek bir yöntem olmadığı için doğum hızları da

yüksektir. Bu nedenle nüfus artışı yok denecek kadar azdır.
Geçiş dönemi (2. aşama) : Sanayileşme süreciyle başlar. Düzelen çevre koşullarına bağlı olarak ölüm hızları (gelirde artış, daha iyi beslenme, barınma, hijyende iyileşme, temiz su, kanalizasyona geçiş vb.) azalmaya başlamıştır. Ortalama yaşam süresi az da olsa uzamıştır, doğum hızları hâlâ yüksektir.
Sanayileşme dönemi (3. aşama): Sanayileşmenin yaşam standardına etkisi görülmeye başlar ve doğum hızları da ölüm hızlarında ki düşmeyi izler. Düzelen yaşam koşullarının da etkisiyle bebek ölümlerindeki azalma ile istenilen sayıda yaşayan çocuğa sahip olma, kadının ekonomik hayata katılmak istemesi ve çocuğun getirdiği ekonomik yük nedeniyle çiftler doğurganlıklarını azaltmışlardır. Toplam doğurganlık hızı ise 2 ile 3.5 arasındadır.
Sanayileşme dönemi (4. aşama) : Doğumların sayısı ölümlerin de altına düşmektedir. Bu durumda nüfus artmayacak, hatta azalmaya başlayacaktır. 1991 sonrasında 18 Avrupa ülkesi bu konuma geçmiştir. Toplam doğurganlık hızı 2'nin altına inmiştir. Ortalama yaşam süresi 80 yılın üzerine çıkmıştır. Bütün gelişmiş ülkeler demografik dönüşümü yaşamışlardır. Ancak dönüşüm süreci ülkenin deneyim ve koşulları ile ilişkili olarak farklılık gösterebilir.

Nüfusun Yapısı

Nüfusun yapısını o toplumdaki doğum, ölüm ve göç düzeyleri belirler. Bir toplumda meydana gelen yüksek doğum oranları bir süre sonra doğurgan çağdaki kadın nüfusunda artışa neden olacak, sonuçta doğum sayısı artacaktır. Bu nedenle bir toplumun yaş ve cinsiyet yapısının incelenmesi, o toplumun yaşamsal olayları hakkında yol gösterici olacaktır. Nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımını gösteren grafiğe Nüfus Piramidi denir. Piramidin tabanının genişliği, yayvanlık derecesine göre doğum hızının yüksek olduğunu; tabanının köşelerinden piramidin tepesine doğru yükselme açısının darlığı ve piramit tepesinin sivrilik derecesi de ölüm düzeyinin yüksekliğini gösterir. Nüfus piramidi çizilirken her zaman sol tarafta erkek nüfus, sağ tarafta kadın nüfus yer alır. Piramidin tabanında genç nüfus, tavanında yaşlı nüfus yer alır. Nüfus Piramidi tekli ya da beşerli yaş gruplarına göre çizilir. En sondaki açık uçlu yaş grubu yuvarlanır.
Doğurganlık ve Sağlık Doğurganlık: Bir kadının üreme çağı boyunca doğurduğu canlı doğumlardır. Doğurganlık, toplumun üreme deneyimlerinden (cinsel davranış, gebelik, doğum sayısı, bebeğin özellikleri anne-babanın biyososyal ve sosyokültürel özellikleri) ve toplumda verilen sağlık hizmetlerinden (doğum öncesi bakım, doğum, doğum sonrası bakım) etkilenir.
Doğurganlık Gücü: Fizyolojik olarak çocuk doğurma yeteneği olarak adlandırılır.
Kısırlık: Fizyolojik olarak doğurganlık yeteneğinin bulunmayışı olarak tanımlanır. Doğurganlık sürecinde bazı davranışlar (kontraseptif kullanımı ve cinsel ilişki sıklığı) nüfusun yapısına ve büyüklüğüne etki eder.

Ölümler ve Sağlık

Ölüm düzeyleri nüfusun yapısını etkileyen üç unsurdan biri olmasına rağmen asıl belirleyici doğurganlık düzeyidir. Ölümlerin nedenleri, dağılımları ve düzeyleri de ülkenin sağlık sorunlarını tanımlamada kullanılan önemli kriterlerdendir. Hastalık (morbidity) ve Ölüm (mortality) ile ilgili ölçütler sağlık bakımı sistemlerinin yürütülmesinde problem olup olmadığını ve ihtiyaçları belirlemede yol göstericidir.

Göç ve Sağlık

Göç, nüfusun yapısını belirleyen üçüncü temel unsurdur. Göç dinamik bir süreç olup ölçümü çok zordur. Göç, yaşanılan bölgeyi en az bir yıllığına değiştirmek amaçlı yapılan eylemdir. Göçmen ise yerleşim yerini değiştirme kararını alan kişidir. Kişinin yerleşim yeri ikamet ettiği ve geçimini sağladığı yerdir. Göç zorunlu veya gönüllü olarak bir ülkeden diğerine ve bir ülke sınırları içinde yapılabilir. Ulusal göçler kapsamında yöre içinde göç, yöre dışına göç; uluslararası göç kapsamında ise yurt dışına göç ve yurt dışından gelen göç şeklinde göç sınıflamaları vardır.

Sağlık Demografisi

Toplumların gelişimine bağlı olarak artan ihtiyaçlarını karşılamak için yeni alanlar oluşmuştur. Demografi bilimi içinde 1980'li yıllarda yeni bir alana ihtiyaç duyularak Sağlık Demografisi kurulmuştur. Sağlık Demografisi'ne konu olan sorunları demograflardan çok epidemiyolog, sağlık ekonomisti, istatistikçi, sosyologlar demografi biliminden faydalanarak sorunları çözmeye çalışmışlardır. Sağlık Demografisi, demografinin içeriğinin ve tekniklerinin sağlık konusu ve sağlık davranışına uyarlanması olarak tanımlanabilir. Sağlık Demografisi, sağlık bakımı ile sağlık bakımı sistemleri kişileri ve toplumları etkilemektedir. Sağlık yaş, evlilik, gelir gibi sosyoekonomik değişkenlerden etkilendiği gibi, bu sosyodemografik değişkenler de sağlığı ve sağlık bakım sistemlerini etkiler. Klinik araştırmalarda çalışmalar birey odaklı iken Sağlık Demografisi'nde topluma yöneliktir. Sağlık Demografisi'nin bir disiplin olarak ortaya çıkışında nüfus özelliklerinin değişimi, sağlık sorunlarının değişimi ve hastalık ve sağlık algısının payı olmuştur.

DERS ADI Halk Sağlığı
ÜNİTE ADI Bağışıklama Hizmetleri
ÜNİTE NO 2
YAZAR Dr.Öğr.Üyesi AYSUN ARAS

Dünyada her dört çocuktan biri hastalıklara karşı bağışıklığı bulunmaması nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Aşılar sayesinde dünyada her yıl 3 milyon çocuğun ölümü önlenmekte ve 750.000 çocuk sakatlıktan kurtulmaktadır. Aşılama, maliyet etkili koruyucu sağlık hizmetlerinden hastalıkları önlemede en önemli halk sağlığı uygulamasıdır. Örneğin, çiçek hastalığının eradikasyonu ile dünyada yılda 2 milyar doların üzerinde aşı sayesinde bir kazanım olmaktadır. Aşılamanın getirmiş olduğu kazanımlar yalnızca bireysel olarak değil, ulusal ve uluslararası kazanımları da beraber getirmiştir. Bir bireye bağışıklık kazandırılırsa eğer o insanın yaşadığı toplumda, temas hâlinde olduğu insanların da korunması sağlanabilir. Aşılama oranlarının artmasıyla enfeksiyonların yayılımında da azalma olmaktadır. Tüberküloz hastalığı için uygulanan BCG aşısıyla birlikte yenidoğanlarda menenjit, milier tüberküloz gibi sıkıntılar da önlenmiştir. Bağışıklamanın İlkeleri Mikroorganizmaya karşı vücuda verilen antijen nedeniyle oluşan immün yanıta bağışıklama denilmektedir.
Doğal bağışıklık: Kişinin doğal olarak mikroorganizmalara karşı kazandığı bağışıklıktır.
Aktif doğal bağışıklık: Mikroorganizma ile karşılaşıldıktan sonra gelişen bağışıklıktır (Örnek: Kızamık hastalığı geçirenlerin bu hastalığa karşı bağışık olmaları).
Aktif kazanılmış bağışıklık: Bu durum aşılama sonucu elde edilen bağışıklıktır.
Pasif bağışıklık: Vücuda çeşitli yollarla verilen immünglobulinlerle elde edilen bir bağışıklıktır.
Pasif doğal bağışıklık: Genellikle anneden geçen antikorlarla olur.
Pasif kazanılmış bağışıklık: Vücuda hastalığa özgün antikorlar verilerek elde edilir.
Aşı tipleri:
• **Canlı aşılar:** Bir virüs veya bakterinin hastalık yapıcı özelliğinin yok edilmesi, fakat çoğalmasının ve bağışıklık özelliğinin devam etmesi özelliğinin korunmasıdır.
• **Canlı bakteriyel aşılar:** BCG
• **Canlı viral aşılar:** Oral Polio, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak,
Suçiçeği Ölü aşılar: Çeşitli maddelerle etken hastalık yapamaz, çoğalamaz.
• **Ölü bakteriyel aşılar:** Boğmaca aşısı
• **Ölü viral aşılar:** Influenza aşısı, İnaktive polio aşısı, Hepatit A aşısı ve Kuduz aşısı
Toksoid aşılar: Mikroorganizmaların ürettiği zehirler çeşitli kimyasal maddelerle işlenir ve hastalık yapıcı etkileri yok edilir. Tetanoz ve difteri aşıları.
Konjuge aşılar: Değiştirilmiş olan mikroorganizmanın başka bir madde ile bağlanması sonucu oluşturulur. Bebeklerde Haemophilus influenzae tip b (Hib) tarafından meydana getirilen bakteriyel menenjite karşı koruma amacıyla geliştirilen aşılardır.
Subunit aşılar: Grip ve aselüler boğmaca aşıları bu aşılardandır. Ülkemizde uygulanan aşılar
BCG aşısı: Tüm dünyada en fazla kullanılan aşıdır; tüberküloz menenjit ve miliyer tüberküloza karşı koruyucudur.
Çocuk Felci (Poliomiyelit) Aşısı: Ölü (Inaktif) Poliovirüs Aşısı (İPA) ve Ağızdan (Oral)
Canlı Poliovirüs Aşısı (OPA): Çocuk felci şeklinde bilinen hastalık çocukluk çağında son derece bulaşıcıdır ve sinir sisteminde hızlı şekilde geri dönüşümsüz paralizeye sebep olur. Türkiye 1998 yılından beri çocuk felcinden arındırılmış ülkeler arasındadır ve 2002 yılında ise 'Poliodan Arındırılmış Bölge Sertifikası' alınmıştır. Pnömokok Aşıları; Polisakkarit Pnömokok Aşısı (PPA),
Konjuge Pnömokok Aşısı (KPA): Pnömokok enfeksiyonlarının neden olduğu pnömoni; menenjit, ensefalit gibi komplikasyonlara, hatta ölüme neden olabilen bir hastalıktır.
Kızamık aşısı: Kızamık, aşı ile önlenebilir ve en çok ölümüne neden olan viral bir hastalıktır. Hastalık, çocuklarda beslenme bozukluğuna, A vitamini eksikliğine, vücut direncinin düşmesine ve diğer öldürücü hastalıkların ortaya çıkmasına neden olur. Hastalanan çocuklarda orta kulak iltihabı, ishal, zatürre ve beyin iltihabı ortaya çıkabilmektedir.
Kızamıkçık aşısı: Kızamıkçık, Rubella virüsü tarafından meydana gelen kızamığa benzeyen ateş, lenfadenopati ve döküntüyle seyreden bir hastalıktır. Kızamık aşısı yapıldıktan sonra 3 ay gebe kalınmamalıdır. Kızamıkçık aşısı canlı aşıdır.
Kabakulak aşısı: Kabakulak, Mumps virüsü nedenli çocukluk dönemi hastalığıdır. İştahsızlık, kas ağrısı, hâlsizlik, baş ağrısı ve hafif ateş gibi belirtilerden sonra bir iki gün içinde parotis bezi tek ya da çift taraflı şişmeye başlar. Aşı 1 yaşın altına, gebe kadınlara, immun yetmezliği ve ateşli hastalığı olanlara yapılmalıdır.
Suçiçeği aşısı: Suçiçeği genellikle hafif geçirilmektedir, fakat 12 ayın altındaki bebekler, ergenler,

yetişkinler, hamile kadınlar ve zayıflamış bağışıklık sistemine sahip insanlarda ciddi geçirilebilir. Genellikle bir hafta kadar süren kaşıntılı bir döküntü görülür. Suçiçeği geçiren bazı kişilerde, yıllar sonra zona (herpes zoster olarak da bilinmektedir) olarak adlandırılan ağrılı bir döküntülü hastalık da görülebilir. Bu hastalık, hastalığı geçiren birinden hastalığı geçirmemiş ve suçiçeği aşısı olmayan kişilere kolaylıkla bulaşabilir.

Hepatit B aşısı: Kronik hepatit B virüs (HBV) hastalığını önlemek, bununla ilgili kanser görülme oranını azaltmak amacı ile yapılmaktadır.

Hepatit A aşısı: Her yaş döneminde Hepatit A hastalığı, sosyoekonomik düzeyi düşük, kalabalık ortamlarda ve kötü hijyen koşullarında yaşayanlarda sık görülmektedir. Hastalık daha çok sonbahar ve kış aylarında izlenmektedir. Temel bulaş fekal-oral yolla ve genellikle virüs içeren dışkı ile kontamine olmuş besin ya da su aracılığı ile olmaktadır. Difteri-Hücresiz Boğmaca - Tetanos aşısı Hemofilus influenza tip B aşısı, Intramüsküler

Polio Aşısı: (DaBT-Hib-IPA): Boğmaca hastalığı, son yıllarda etkin aşılama programlarından sonra dünyada nadir görülmektedir. Yenidoğan dâhil her yaşta görülebilir. Beş yaşından sonra görülme sıklığı azalmaktadır ve tüm ülke ve mevsimlerde görülebilir. Fakat aşılanmamış çocuklar arasında her 3-4 yılda bir salgınlar görülmektedir. Boğmaca enfeksiyonu hayatın ilk 6 ayında ve adolesanlarda önemli bir sağlık sorunudur.

Haemophilus İnfluenza Tip B (Hib)

Beş yaşının altındaki çocukları pnömoni, menenjit ve bu virüsün neden olduğu diğer bulaşıcı hastalıklardan korumada önemli bir aşıdır.

Ülkemizde erişkinlere yönelik aşı uygulamaları: Erişkinlere mesleklerinden (sağlık personeli, kolluk kuvvetlerinde görevli personel), altta yatan bir hastalığa sahip olmalarından dolayı ve ayrıca hac ve umre gibi seyahat sağlığı için aşılamalar yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'mız tarafından 2009 yılında erişkin bağışıklama rehberi yayımlanmıştır.

Doğurganlık çağı kadın/gebe aşılamaları: Gebelikte, anne adaylarında meydana gelen antikorlar bebeğe de geçer. Bu nedenle yenidoğan sürecinde yakalanma ihtimali olan hastalıklardan uzak tutmak için anne adayına tetanoz aşısı yapılmaktadır.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı

Dünya Sağlık Örgütü, bir yaşın altındaki çocukların aşı ile önlenebilen tüberküloz, difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci ve kızamıktan oluşan altı hastalığa karşı aşılanmasının, çocukları hastalık ve ölüme karşı koruyan en maliyet-etkili uygulama olduğunu bildirmektedir. Türkiye'de uygulanmakta olan Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nın (GBP) amacı, her bebeğin aşı takvimine uygun olarak hastalıklara karşı aşılanmasıdır. Aşısız ya da eksik aşılı bebek ve çocukların saptandığı anda aşılanmasının sağlanması gerekmektedir. Ülkemizde uygulanan bu programla aşıyla önlenebilen hastalıkları engelleyebilmek için hedefler belirlenmiştir. Genel olarak aşının yapılamamasını gerektiren durumlar:

• Aşıya karşı oluşan anafilaktik reaksiyonda, o aşının diğer dozları yapılmamalıdır.

• Aşının içeriğine karşı gelişen anafilaktik reaksiyon, bu maddeyi içeren diğer bütün aşılar için de kesin yapılamaz durumunu oluşturur.

• Ateşli ya da ateşsiz önemli bir hastalık durumunda, hastayı izleyen hekime aşı uygulanabilmesi için danışılmalıdır. Soğuk zincir Aşıların üretildiği zamandan uygulandığı zamana kadar etkinliğini kaybetmeyecek şekilde korunması ve sevkiyatına soğuk zincir denilmektedir. Aşıların bozulmaması için buzdolabının ısısı +2 ila +8 oC arasında olmalıdır. Isının +4 oC'de olması sağlanmalıdır. Aşıların buzdolabında saklama süresi bir aydır. Ancak bazı aşıların sıcağa ve donmaya duyarlılıkları değişmektedir.

Aşıya Bağlı Toplumsal Kazanımlar

Aşıların, toplumda bulaşıcı hastalıklara karşı yaptığı olumlu etkiler çok fazladır. Aşıların toplumlara sağladığı katkıları şu şekildir:

- Ölüm ve hastalıkların önlenmesine etkileri
- Demografik ve sosyal etkiler
- Bireylerin yaşam kalitelerine etkileri
- Ekonomik etkiler

Sonuç olarak aşı ile önlenebilir hastalıkların toplumdaki hastalık yükü çok yüksektir ve hastalığın getirdiği ekonomik kayıplar ise önemli ölçüde fazladır.

DERS ADI Halk Sağlığı
ÜNİTE ADI Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi
ÜNİTE NO 3
YAZAR Prof.Dr. ZAHİDE KOŞAN

BULAŞICI HASTALIKLAR

Nüfus artışı, göç, yürütülen halk sağlığı programlarındaki aksamalar, olumsuz çevresel etki, değişen iklim koşulları, antibiyotiklerin yanlış kullanımı gibi nedenler mikroorganizmaların yayılmasına ve yapısal değişimine neden olmaktadır. Değişen koşullar mikroorganizmalar ve konakçı arasındaki ekolojik dengenin bozulmasına yol açmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar yaş, cinsiyet, yaşam tarzı ve sosyoekonomik duruma bakmaksızın tüm insanlar için tehdit olmaktadır. Her yıl dünyada meydana gelen ölümlerin dörtte biri bulaşıcı hastalık nedenlidir. Bulaşıcı hastalıklar toplum yaşamını olumsuz etkiler, sağlık hizmetlerine ek yükler getirir, toplumda sakatlık ve ölüm sayılarında artışa, hastalıkların dünya çapında yayılmasına neden olur. Ayrıca ülkelerin ekonomilerine ek yük getirir. Uluslararası yolculuklar, mikroorganizmaların yayılımını kolaylaştırmakta ve bu da kıtalar arası salgınlara yol açmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar; sık görülmesi, iş gücü kayıpları, sakatlıklar ve ölümlere neden olduğundan dolayı önemli sağlık sorunudur ve yeterli koruma kontrol önlemleri alındığında ise önlenebilir hastalıklardır.

BULAŞICI HASTLIKLARIN EPİDEMİYOLOJİSİ

Bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisi hastalığın nasıl oluştuğunu inceler. Sağlam kişi (konakçı), çevre ve hastalık etkenine (kaynak) ait özellikler birlikte değerlendirir. Bu bileşenler enfeksiyon zincirini oluşturur. Enfeksiyon zincirinde kaynak (hastalığa neden olan mikroorganizma), bulaşma yolu ve konakçı (sağlam kişi) arasında ilişkiler mevcuttur. Bu ilişkilerden bir tanesi engellendiği zaman toplumda o bulaşıcı hastalık tehdit oluşturmaz.

Enfeksiyon Zincirinin Bileşenleri

Enfeksiyon etkenin üzerinde yaşadığı, çoğaldığı ve yaşamını sürdürebilmek için gerekli olan canlı ya da cansız varlıkların tümüne enfeksiyon kaynağı denir. Enfeksiyon zincirinde yer alan kaynak (bulaşıcı hastalık etkeninin özellikleri) hastalığın varlığını ve yayılımını etkiler. Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasında önemli noktalardandır. Birçok yoldan, farklı kaynaklardan, konakçıya (sağlam/duyarlı kişiye) hastalığın ulaşmasının ve yayılımının önlenmesi açısından önemli müdahale noktasıdır. Bulaşma doğrudan ve dolaylı bulaş olmak üzere iki yoldan olur. Konakçının vücuda giren mikroorganizmalara karşı savunma mekanizmaları vardır. Bunlar özgül (vücuda giren enfeksiyon etkenine karşı antikor oluşumu) ve özgül olmayan savunma mekanizmaları (yaş, cinsiyet, genetik, davranış, beslenme ve kişinin vücuduna etkenin girişini önleyecek deri, göz yaşı ve öksürük gibi mekanik engeller) olarak gruplandırılır.

Bulaşıcı Hastalıklarda Korunma ve Kontrol

Bulaşıcı hastalığın korunma ve kontrol ilkeleri hastalığın doğal seyri ile ilişkilidir. Bulaşıcı hastalık etkeni vücuda girmeden önce duyarlı kişide hastalığa ait bir belirti yoktur. Kişinin henüz hastalık etkeni ile karşılaşmadığı bu dönemde (Duyarlılık evresi) verilen koruyucu hizmetlere Birincil Koruma Hizmeti denir. Hastalık etkeni vücuda girdikten sonra belirti vermeden geçebilir, hastalığa ait özel belirtiler dışında genel hastalık belirtileriyle seyredip kendi kendine veya bir müdahale ile düzelir. Bu döneme Presemptomatik Dönem denir. Bu dönemde yürütülen sağlık hizmetleri, ikincil korunma hizmetleridir. Klinik Dönemde artık hastalığa ait belirtiler ortaya çıkar. Bu dönemde ise hastalığın ve sekellerinin tedavisi ve rehabilitasyon hizmetleri yürütülür. Bu hizmetler ise Üçüncül Korunma için yürütülen sağlık hizmetleridir.

Hava Yolu İle Bulaşan Hastalıkların Kontrolü

Birçok enfeksiyon hastalığı etkeni havada partikül veya damlacık çekirdeği şeklinde bulunmaktadır. Bu nedenle bulaşmanın önlenmesi konusunda etkili bir müdahale çok güçtür. Kapalı ortamlarda havayı sterilize etmek için kullanılan yöntemlerin etkileri çok kısıtlıdır. Hava kirliliği kişilerin bağışıklık sistemlerini olumsuz etkileyerek hastalığın ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. Solunum yolu hastalıklarının görülme sıklığını artıran özellikler şöyle sıralanabilir: Kentsel alanlar, havaların soğuduğu dönemler, hava kirliliğinin yoğun olduğu bölgeler,0-2 yaş grubu çocuklar, yaşlılar, kötü beslenme, sigara içilmesi ve aşılamanın yapılmayan/ eksik yapılan çocuklar. Hastalığın görülme sıklığını değiştiren en önemli nedenlerin başında kişisel ve çevresel risk faktörleri gelmektedir. Hava yolu ile bulaşan hastalıklarda en iyi kontrol yöntemi kişinin bağışıklık sistemini güçlendirecek müdahalelerde bulunmaktır.

Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıkların Kontrolü

Su ve besinlerle bulaşan hastalıklarda etken genellikle ağız yoluyla alınır. Ağız yoluyla alınan etken

sindirim sisteminde uygun reseptörlerin bulunduğu yere yerleşerek enfeksiyona yol açar. En sık gözlenen belirtiler karın ağrısı, ishal ve kusmadır. Ancak vücuda alınan etkene göre çeşitli sistemlere ait belirtiler de görülebilir. İshalli hastalıklardan korunma ve kontrol için kişisel direnci artıracak ve bulaşmayı önleyecek önlemler alınmalıdır. Salgın durumunda bulaşma yolu ve kaynak bulunarak hastalar ve temaslılar saptanmalıdır. Etken için laboratuvar numuneleri alınmalı, izole edilen etkene göre korunma önlemleri uygulanmalıdır. İshalle seyreden hastalıklara ait salgınlar genelde kişilerin ortak su ya da gıda kullanımı sonucunda oluşur. Kişiler aynı hastalık belirtilerini gösterir. Salgın sırasında da bu müdahaleler yapılırken hastaların tedavisi, temaslıların korunması, taşıyıcıların ortaya çıkarılması gerekir. Bunun için de işleyen bir sürveyans sistemi büyük önem taşımaktadır.

BULAŞICI HASTALIKLARDA SÜRVEYANS

Bulaşıcı hastalıklardan korunma ve bunların kontrolü için düzenli ve sürekli veri toplanması, verilerin analizi, yorumlanması ve sonuçların ilgili birimlere dağıtılması işlemlerine SÜRVEYANS denir. Bulaşıcı hastalıklarda Sürveyansta hedef hastalıkların kontrolü ve korunma sağlanarak görülme sıklığının (morbidite) ve ölümlerin (mortalite) azaltılmasıdır. Sürveyansta veriler vakaya dayalı, topluma dayalı ve sentinel gruplardan toplanır. Birçok veri kaynağından faydalanarak sağlık hizmeti veren kurumlar (aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, ilçe sağlık müdürlükleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, hastaneler, özel hekimler) ülkedeki kayıt formlarına göre hastalık verilerini derler. Verilerin toplanması ve bildiriminde bazı konular belirlenmelidir. Bunlar; hangi hastalıkların bildirileceği, bildirimin hangi kurumlar ve kimler tarafından yapılacağı, toplanan verilerin kime, nasıl ve hangi sıklıkla bildirileceği, bildirimi yapılacak hastalıklarla ilgili alınması gereken koruma kontrol önlemlerinin neler olacağıdır. Ülkemizde bulaşıcı hastalıkların bildirilmesi ilk kez 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) ile getirilmiştir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile 39 hastalığın bildirimi zorunlu iken bu konuda 2004 yılında düzenleme yapılarak 2005'de T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim sistemi, Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi yayımlamış ve 2015/18 sayılı genelge ile yeniden güncellenmiştir. Bu genelge ile ülkemizde 73 hastalığın bildirimi zorunludur. Bildirim siteminde olan hastalıkların ülke için halk sağlığı sorunu olması, hastalığa tanı konabilmesi, hastalığa ait özel bir programının olması, Avrupa Birliği ülkeleri bildirim sistemlerinde ve topluluk bilgi ağı kapsamında olması kriterleri göz önüne alınmıştır. Bildirimi yapılacak hastalıklar dört gruba ayrılmıştır.

A Grubu Hastalıklar: Ülke genelinde hizmet veren resmi ve özel tüm sağlık kuruluşlarından bildirimi yapılacak hastalıklardır.

B Grubu Hastalıklar: Ülke genelindeki resmi ve özel tüm sağlık kuruluşlarından tespit edildiği anda gerekirse makam atlanarak bildirilmesi gereken hastalıklardır. B grubu hastalıkların DSÖ'ye kadar bildirimi yapılır.

C Grubu Hastalıklar: Ülke genelindeki yataklı tedavi kurumlarından bildirimi yapılacak hastalıklardır.

D Grubu Hastalıklar: Ülke genelindeki yataklı tedavi kurumlarının laboratuvarlardan bildirimi yapılacak olan hastalık etkenlerinden oluşmaktadır. Ülkemizde uygulanmakta olan bu sisteme Pasif Bildirim denir. Pasif bildirimde veriyi toplayan kuruma, sağlık kurumları tarafından belirlenen periyodlarla hastalıkları bildirir. Aktif bildirimde, sağlık kurumlarının bildirmesinin beklenmesi yerine verilerin gidilerek ya da telefonla aranarak düzenli olarak veri toplanır. Bu tip bildirime daha çok salgın durumlarında veya kontrol programı olan bulaşıcı hastalıklarda başvurulur. Ayrıca DSÖ gelişmekte olan bazı ülkelerde halk sağlığı sorunu olan hastalıklar için (Örneğin AIDS) toplumu temsil edebilecek şekilde seçilen sağlık kurumlarından veri toplanmasını önermektedir. Buna Sentinel (nöbetçi) SÜRVEYANS denmektedir. Toplanan veriler kişi, yer, zaman özelliklerine göre analiz edilir. Böylece elde edilen veriler değerlendirilerek yorumlanabilecek aşamaya gelir. Verilerin yorumlanması sonucunda bulaşıcı hastalık için ileri analizlere ihtiyaç olup olmadığına karar verilir. Öncelikler belirlenir, kaynaklar değerlendirilerek nelerin yapılabileceğine; toplumun, yönetimin ve medyanın dikkatlerinin çekilmesi gerektiğine karar verilebilir. Sürveyans sisteminin en önemli ve kritik aşamalarından biri de verilerin ilgili birimlere dağıtılmasıdır. Bu bilgiler öncelikle sağlık hizmeti veren birinci basamak kurumlara, laboratuvarlara, hastanelere, sağlık yöneticilerine ve ilin diğer yöneticilerine, program planlamacılarına ve karar vericilere ulaştırılmalıdır.

Çocukluk Dönemleri ve Çocuk Sağlığının Değerlendirilmesi

Dünyada her gün yaklaşık 15000 beş yaş altı ölüm meydana gelmektedir. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'ye göre 18 yaşın altındaki her birey çocuk olarak kabul edilmektedir. Sağlığın değerlendirilebilmesi için beslenme, hastalık ve ölüm ölçütleri kullanılmaktadır.

• Çocuğun yaşına göre boy uzunluğu, yaşına göre vücut ağırlığı ve boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı gibi ölçümler yapılması, beslenme ve gelişim ile ilgili veriler sağlamaktadır. Bu veriler, çocuk izlemlerinde büyüme grafiği üzerinden değerlendirilir ve çocuğun büyüme, besleme durumu hakkında bilgi verir.

• Sık görülen hastalıkların görülme sıklığı, hastalıkların yaş ve cinsiyete göre sağlık kurumuna başvuru dağılımları kullanılan hastalık ölçütlerindendir.

• Bebeklik ve çocukluk dönemindeki ölümlerin değerlendirilmesinde kullanılan ölüm ölçütleri bulunmaktadır.

Çocukluk Dönemleri İntrauterin dönem: Hamileliğin başlangıcından doğum olayına kadar olan ve büyüme hızının fazla olduğu dönemdir. Gebeliğin üçüncü ayında fetüs, 110 gr ağırlık ve 8,9 cm uzunluğa sahipken, altıncı ayda 1.000 gr ağırlığa ve 30,5 cm uzunluğa ulaşmaktadır. Büyüme hızı, altıncı aydan doğuma kadar olan sürede çok yüksek olarak görülmektedir ve bu aylar arasında bebeğin ağırlığında ayda bir kilogram kadar artış olmaktadır. Tüm ihtiyaçları anneden sağlandığından, gebenin etkilendiği bütün olaylar intrauterin dönemde olan bebeğin sağlığını da etkilemektedir. Bu nedenle anne sağlığından en fazla etkilenen dönem bu dönem olarak kabul edilir.

Bebeklik dönemi: Doğumdan sonraki ilk yıl olarak kabul edilmektedir. Yenidoğan dönemi, doğumdan sonraki 28 günlük süre olarak tanımlanmaktadır. Yenidoğanın sağlığı, gebelik döneminde, doğumda ve yenidoğan döneminde faydalanılan sağlık hizmetlerinden etkilenmektedir. Genetik ve fizyolojik sorunlar bu dönemde fazla şekilde ortaya çıkar. "1-4" yaş arası çocukluk dönemi: Bu döneme "Toddler dönemi" de denilmektedir. Bu süre içinde, çocuğun büyümesi ve gelişimi hızlı yaşandığı için besin ihtiyaçları daha fazladır. Sağlık sorunları olarak malnutrisyonlar, solunum yolu enfeksiyonları, ishaller, deri ve idrar yolu enfeksiyonları görülmektedir.

Okul dönemi (5-12 yaş grubu): Bu dönemde hayat tarzları değişen çocuklar, sosyal bir ortama tek başına girmekte ve aile ortamından çıkmaktadır. Sosyal alışkanlıkların, öğrenmenin ağırlık kazandığı bu dönemde bağışıklık sistemi daha güçlü ve malnutrisyonlar daha az görülür. Sağlık sorunları okul döneminde farklılaşmıştır. Solunum yolu enfeksiyonları, döküntülü hastalıklar, paraziter hastalıklar, ağız ve diş sağlığı sorunları, kaza, şiddet sonucu yaralanmalar bu dönemde önemli sağlık sorunlarının arasında yer almaktadır.

Adolesan dönem: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 10-19 yaş grubu adolesan yaşaları şeklinde kabul edilir. Çocukluktan erişkinliğe geçişin yaşandığı bu dönemde fiziksel, psikolojik ve cinsel gelişim tamamlanmaktadır. Çocuktaki hormonal değişimler nedeniyle, fiziksel büyüme ve pubertal değişimler oluşmaktadır. Çocuk sağlığında da korunma yöntemleri olarak birincil, ikincil ve üçüncül korunma yer almaktadır.

Çocukluk Dönemi Önemli Sağlık Sorunları

Ölümlerin yüzde 46'sı doğumu izleyen ilk 28 gün içindedir. Beş yaş altı çocukların en önemli ölüm nedenleri, 2016 yılında erken doğum nedenli komplikasyonlar, akut solunum yolu enfeksiyonları, konjenital anomaliler ve ishaller şeklindedir. Akut solunum yolu enfeksiyonları Çocuklarda sık görülen ve ölümle sonuçlanan hastalıklardandır. Ağız, burun, kulak, boğaz, lenf bezleri, farenks, larenks, trakea, bronş ve akciğer dokusunda olan enfeksiyonlar bu hastalıklara neden olmaktadır. İshalli hastalıklar İshal, dışkının normalden daha fazla sıvı olmasıdır. Altı ay ve iki yaş arasındaki çocuklarda sık görülür. Mamayla ve inek sütüyle beslenme bebeklerde ishal nedeni olabilir. Normal dışkılamanın sık olması, ishal değildir. Çoğunlukla 24 saatte üçün üzerindeki sulu dışkılama ishaldir. Malnutrisyon Malnutrisyon çocuklar arasında önemli bir problemdir. En fazla risk taşıyan grup, fetus ve üç yaşına kadar olan çocuklardır. Kötü beslenme malnutrisyonun en sık nedenidir. Besinlerin yeterli derecede sindirilememesi veya emilememesine bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Aşı ile korunabilir hastalıklar-Kızamık Kızamık, aşı ile önlenebilir ve en çok ölümüne neden olan viral bir hastalıktır. Hastalık, çocuklarda beslenme bozukluğu, A vitamin eksikliğine neden olur, vücut direncini düşürür ve diğer öldürücü hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Uluslararası Çocuk Sağlığı Kontrol Programları Dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, çocuk ölümlerinin başta gelen nedenleri;

beslenme bozukluğu, ishal ve kızamık, boğmaca, tetanos gibi aşı ile önlenebilen hastalıklardır. UNICEF'in ''Çocuk Yaşatma Seferberliği'' etkinlikleri kapsamında, bu sorunların hızla azaltılması için yapılması gereken yedi uygulama belirlenmiştir. Bu uygulamalardan dördü UNICEF'in doğrudan destekleyebileceği alanlardadır. Her birinin İngilizce ilk harfleri dikkate alınarak kısaca 'GOBI-FFF' denilen bu etkinlikler aşağıda sıralanmaktadır:

• Growth monitoring (Gelişmenin izlenmesi)
• Oral rehydration therapy (Ağızdan sıvı tedavisi)
• Breast feeding (Emzirme)
• Immunization (Bağışıklama)
• Family spacing (Aralıklı doğum)
• Food entitlement (Gıda desteği)
• Female education (Kadınların eğitimi)

Ulusal Çocuk Sağlığı Kontrol Programları

Gelişmenin izlenmesi Doğum sonrası, erişkin döneme kadar süren büyüme, başlıca iki faktöre Bağlıdır. Bunlar genetik ve çevresel faktörlerdir. Çocuğun büyümesini etkileyen en önemli çevresel faktör beslenmedir. Emzirme Anne sütü, çocukluk dönemi hastalıklarına karşı bağışıklık kazandırır, yeni doğan bir bebeğin ilk aylarındaki besin gereksinimini tek başına sağlar. Bebek büyüdükçe, anne sütü yetersiz kalmakta ve bebeğin doğru beslenmesi için ek gıdaların da verilmesi gerekir. Ek gıdalar, 6. aydan sonra tüm bebeklere başlanmalıdır. Anne sütüyle beslenme 2 yaşına kadar sürdürülmelidir. Anne sütünün özendirilmesine ve annelere emzirme konusunda bilgi ve doğru alışkanlıklar kazandırılmasına yönelik Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları kapsamında, doğum hizmeti veren hastanelerde emzirmenin başarılı ve yerleşik bir uygulama hâline gelmesini sağlamak üzere 1991 yılında Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı başlatılmıştır. Doğum hizmeti veren hastanelerden gebeliklerinden itibaren anne adaylarını anne sütü ve emzirme konusunda bilgilendiren, doğumdan hemen sonra annelerin bebeklerini emzirmesini sağlayan, güncel bilgilerle eğitilmiş sağlık personeli ile annelere bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan hastanelere ''Bebek Dostu Hastane'' unvanı verilmektedir. Bebek dostu il olabilmek için, il merkezindeki doğum yapılan tüm hastanelerin bebek dostu olması ve aile sağlığı merkezleri ile Ana Çocuk ve Aile Planlaması Merkezlerinin % 20'sinde emzirme odası bulunması, sağlık personelinin eğitilmiş olması, annelere emzirme konusunda danışmanlık hizmetleri verilmesi, bu sağlık kuruluşlarında ek gıda/mama reklamlarının yapılmaması sağlanmalıdır. Bölgedeki eczanelerin bilgilendirilmesi gerekmektedir.

DERS ADI Halk Sağlığı
ÜNİTE ADI Toplum Ruh Sağlığı
ÜNİTE NO 5
YAZAR Dr.Öğr.Üyesi EZEL BİLGE YERLİ

TOPLUM RUH SAĞLIĞI

Dünyada ve ülkemizde yaşanan gelişmeler afet boyutlarına ulaşabilen bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede çok önemli başarılar getirmiştir. Aşı ve serumların uygulanması, antibiyotiklerin keşfi ve kullanımı, gıda ve su sanitasyonu, alt yapı hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin artması, bulaşıcı hastalık morbidite ve mortalitesinde önemli düşüşlere sebep olmuştur. Özellikle aşı uygulamaları ve ana çocuk sağlığı hizmetlerinin etkisi sonucu bebek ve çocuk ölümlerinde önemli düşüşler yaşanmıştır. Bu durum beklenen yaşam süresinin artışına yol açmış ve bulaşıcı olmayan hastalıkların ön plana çıkmasını sağlamıştır.

Ruh sağlığı Epidemiyolojisi

Toplum ruh sağlığı epidemiyolojisine bakıldığında DSÖ'ye göre her 4 kişiden birinde ruhsal bozukluk görülmektedir. Türkiye'de ise bu oranların tedaviyi gerektirecek düzeyde %20, kesin ruhsal bozukluk % 5-10 düzeyindedir. Nevrozlar, depresif bozukluklar ve psikosomatik hastalıklar toplum içinde en sık görülen ruh sağlığı bozukluklarıdır. Aynı zamanda uyku bozuklukları da toplum içindeki sıklığı azımsanmayacak oranlardadır(toplumun 1/3 ü) Klinik yönüyle ağır seyreden Organik kökenli bozuklukların(organik beyin sendromu, epilepsi, zekâ gerilikleri) toplum içindeki oranı %o20 dolaylarındadır. Ruhsal hastalıklar; cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyoekonomik durum, öğrenim durumu yönüyle incelenmiştir.

Cinsiyet: Tüm ruhsal sorun ve bozuklukların genellikle kadınlarda daha yaygın olduğu görülmektedir.
Yaş: Yaş ilerlemesi ile ruhsal sorun ve bozukluklar prevalans hızları da artmaktadır.
Medeni durum: Dullarda, evli ve bekârlara göre psikoz, nevroz, psikosomatik hastalıklar ve depresif bozukluklar daha sık görülür. Evlilerde ise, bekârlara göre nevroz ve psikosomatik hastalıkların görülme sıklığı yüksektir.
Yerleşim yeri: Genel olarak ruhsal bozukluk görülme sıklığı kırsal kesimden kente doğru gidildikçe artış gösterirken psikozların (şizofreni vb.) ise kırsal kesimde daha yaygın olduğu görülüyor.
Sosyoekonomik durum: Genel olarak ruhsal bozuklukların sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğu kesimlerde daha yaygındır.
Öğrenim düzeyi: Genel olarak ruhsal bozukluklar öğrenim durumu düşük olanlarda sık görülse de yaş, cinsiyet, ekonomik düzey gibi değişkenler ile bağlı olabileceğinden gerçek bir risk faktörü değildir.

Depresyon Epidemiyolojisi

Dünyada depresyonda olan kişi sayısı 10 yılda %18 artmıştır. 322 milyon kişi depresyon ile mücadele etmektedir. Dünya genelinde % 4,4, kadınlarda bu oran %5,1, erkeklerde %3,6'dır. Türkiye'de TUİK 2015 verilerine göre totalde %11, erkekte %7,4, kadında %14,5'tir. 45 yaş öncesi görülen depresyonların yaşam boyu yaygınlığı sık iken, 45-54 yaş arası grup depresyon açısından en hassas gruptur. Depresyon için kadın/erkek oranı 2'dir.Medeni durum yönüyle dul ve boşanmışlar da evli olanlara oranla daha yüksektir. Sosyoekonomik koşullar incelendiğinde depresyonun dar gelirli ve eğitim düzeyi düşük olanlarda daha sık olduğu görülmüştür ve aile yapısına bakıldığında ise çekirdek aileden gelmenin risk oluşturduğu görülmüştür. İntihar Epidemiyolojisi Her yıl 800.000'e yakın intihar ve çok daha fazla intihar girişimi olmaktadır. Dünya çapında 15-29 yaş arasındaki en sık ikinci ölüm nedeni olmuştur. Medeni durum yönüyle bakıldığında; evlenmemiş ve yalnız yaşayanlarda evli ve çocuklu olanlara göre, boşanmış ve dul olanlarda hiç evlenmemişlere göre intihar oranı yüksektir. Küresel intiharların % 78'inden fazlası 2015 yılında düşük ve orta gelirli ülkelerdedir. Seçilen yöntem yönüyle 2015 yılında dünyada en sık pestisitlerle zehirlenme sonrasında ası ve ateşli silah olduğu görülmektedir. Türkiye için 2015 yılı intihar durumu incelendiğinde kaba intihar hızı %o4,1 intihar hızı en yüksek il Kars, en düşük il Çankırı olmuştur. 2016 yılı için kaba intihar hızı%o3,8dir. İntiharların erkeklerde (%72) fazla genellikle yaş aralığının 15-29 (%34,3) olmasına karşın kadınlarda 15-18 yaş aralığında intihar oranlarının daha yüksek (%18) olduğu görülmüştür. İntihar edenlerin %23,7'sinin ilkokul mezunu, % 50,5'inin evli olduğu görülmüştür.

Ruh Sağlığı Hizmetleri

Dünyada ruh sağlığı alanında üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır.
• Hastane Temelli Model
• Toplum Temelli Model
• Toplum-Hastane Denge Modeli

Hastane Temelli Model: Ruhsal hastalıkların daha çok alevlenme ve atak dönemlerine yönelik bir

hizmet olup hastaların topluma kazandırılması boyutunun düşünülmediği bir modeldir.
Toplum Temelli Model: Ruhsal hastalıkları sadece ataklar sırasında değil taburcu sonrası tedavinin idamesi ve kişilerin topluma kazandırılmasını öngören bir modeldir. Toplum temelli ruh sağlığı sistemi üç unsur üzerine kuruludur. Bunlar:
• Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması,
• Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi,
• Her tanımlanmış bölgeye sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması şeklindedir. Toplum temelli ruh sağlığı modeline geçişte ilk çalışmalar 2006'da başlamış olup ilk toplum ruh sağlığı merkezi (TRSM) Bolu'da açılmıştır. 16.02.2011 tarihinde yayınlanan "Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge'' yayımlanmıştır. İçeriğinde kayıt işlemleri, takip, eğitim, terapi, diğer hizmetler vardır. **Toplum–Hastane Denge Modeli:** Her iki modelin karışımı olan bu modelde hastaneler ve toplum ruh sağlığı merkezleri beraber hizmet verir. Şiddet DSÖ'nün yaptığı tanımlamaya göre şiddet; istemli veya tehdit ederek kişinin kendisine, başka bir kişiye, grup veya topluma yönelik olabilen; yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu veya gelişim gerilemesi gibi sonuçlanacak ya da sonuçlanma olasılığı yüksek bir biçimde fiziksel güç ya da nüfuz kullanımıdır.
Şiddet Tipleri: Kendine dönük, kişiler arası, kolektif ve diğer şeklinde gruplandırılabilir.
Kendine Dönük Şiddet: İntihar girişimi, kişinin doğrudan kendi bedenine uyguladığı zarar verici girişimlerdir.
Kişilerarası Şiddet: Çok fazla alt tipi olmakla birlikte sıklıkla aile içinde eşlere, çocuklara ya da yaşlı bireylere; toplumda bir başka kişiye, tek bir kişi ya da bir grup tarafından uygulanan şiddettir. Olarak sınıflandırılabilir. Bu grup içinde kadın, çocuk veya yaşlıya yönelik şiddet, flörtte şiddet, namus cinayetleri, kadın sünneti, işyerinde şiddet, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vb. yer almaktadır.
Kolektif Şiddet: Devletler, organize siyasi gruplar, militan gruplar ve teröristler tarafından gerçekleştirilen şiddet olaylarıdır. Savaşlar, soykırımlar, sürgünler, yerinden etmeler, zorunlu göçler, yağmalama hareketleri, isyanlar, işgaller, ambargolar, ablukalar, sınır kapatmalar, mayın tarlaları, faili meçhul cinayetler, suikastlar, terör eylemleri, çeteleşme, kan davaları, sokak şiddeti, azınlıklara yönelik şiddet bu kapsama girmektedir.
Diğer Şiddet Şekilleri: Medya şiddeti, insan ve organ ticareti, pornografi, okulda ve spor olaylarında şiddettir. Diğer şiddet tipleri arasında sayılan medya şiddeti, günümüzde kullandığımız kitle iletişim araçlarının (televizyon, internet, gazete, sinema, CD, billboard, afiş vb.) şiddet unsurları içeren yayınlar yapmasını kapsar. 1970'ler sonrası en yaygın kitle iletişim aracı hâline gelen televizyon bu konuda en çok suçlanandır.
Şiddet Şekilleri: Fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik özellikte olabilir. Fiziksel Şiddet: Kişinin doğrudan bedenine yapılmış tüm zarar verici eylemler olarak kabul edilebilir. Tokat, yumruk atma, sarsma, kesici delici aletle yaralama, işkence uygulama, öldürme vb. eylemlerin hepsi örnek verilebilir.
Psikolojik (Duygusal) Şiddet: Kişinin ruh sağlığını kötü yönde etkileyen tüm eylemler olarak ifade edilebilir. Eylemin sürekliliği bu şiddet türünde daha önem arz eder. **Ekonomik Şiddet:** Kişi üzerinde maddi kaynakları bir yaptırım, bir tehdit unsuru olarak kullanmak şeklinde ifade edilebilir. Özellikle kadınların daha fazla karşılaştığı bir şiddet türüdür.
Cinsel Şiddet: Kişinin rızası olmadan cinsel bir eyleme zorlanması olarak ifade edilebilir. Zorla cinsel eyleme maruz bırakılan kişinin bu eylemi uygulayan kişi ile ilişkisinin olup olmadığının bir önemi yoktur.
Şiddet Neden Olan Risk Faktörleri: Heise, bu risk faktörlerini bireysel, ilişkisel, topluluk ve sosyokültürel olmak üzere dört ana başlıkta toplamıştır.
Bireysel Düzey: Şiddet mağduru olmayı ya da şiddeti uygulamaya neden olan risk faktörlerini biyolojik, demografik ve bireysel özellikler ile ilişkilendirir.
İlişkisel Düzey: Eşler ya da aile üyeleri arasındaki ilişkilerin olumsuz hâle gelmesi şiddete maruz kalma ve şiddeti uygulayıcı olmada riski artırdığını ifade eder.
Topluluk Düzeyi: Kadına ve aile bireylerine şiddet; ekonomik durumun kötü gidişatı, giderek artan işsizlik, nüfus artışı, kadının ve ailenin sosyal çevreden izole olması, uygulanan şiddetin kabul edilebilir olarak görülmesine yönelik tutumlar, şiddet görene gerek kurumsal gerek sosyal gerekse yasal desteğin yeteri kadar sağlanamaması, yasal destek yönüyle kanunların yargının yaptırımının caydırıcı yönünün az olması gibi nedenlerle ilişkilendirilir.
Toplumsal Düzey (Sosyokültürel): Toplumun ve kültürün kadın için oluşturduğu yazısız kurallar ve kuralların ihlali karşısında şiddetin uygulanabilirliğinin normal olması, onur ve namusa dayanan erkek egemen toplum, toplumsal cinsiyetin şiddet eğilimi ile ilişkilendirilmektedir. Bu modelin daha çok gelişmemiş toplumlarda yaygın olduğu görülmektedir.
Şiddetin Boyutu
Şiddet yılda 1,4 milyar insanın ölümüne sebep olmakta ve bu sayı günlük 3800 kişiye tekabül etmektedir. İntihar ve cinayet, şiddete bağlı ölümlerin %80'ini oluşturuyor. Şiddete bağlı ölümlerin %

56’sı kişilerin kendi eliyle ölüm, % 33 başkası tarafından yaralanma, %11’i ise savaşların oluşturduğu kolektif şiddettir. Şiddete bağlı ölümlerin %90’ ı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Erkeklerin intihar sonucu ölümü kadınlardan % 75 daha fazladır. İntihara bağlı ölümler ergenlerde ve her yaştan yetişkinlerde görülür. Son tahminler, küresel ölçekte neredeyse insanların dörtte biri hayatlarında bir defa (% 23) çocukken fiziksel istismara uğradığını ve kadınların yaklaşık üçte birinin (% 35) ise eşlerinden fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığı görülmektedir.

Şiddetten Korunma

Birincil korunma: Genellikle topluma yönelik tutum ve davranışların değiştirilmesine yönelik yapılan çalışmaların bütünüdür. Geniş kitleleri etkiler, maliyet açısından daha düşüktür.

İkincil korunma: Birincil koruma daha geniş kitleleri kapsarken ikincil olan daha dar kapsamlıdır. Risk faktörlerinin ve sürekli şiddet olaylarının sık olduğu bölgelere olan müdahalelerdir

Üçüncül korunma: Tedavi ve rehabilitasyon üçüncül koruma kapsamındadır. Korunmaya dair çabalarda uluslar arası boyutta Eylül 2015'te Birleşmiş Milletler zirvesinde Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SHK'lar) kabul edildi. Ülkeler için, 2030 yılına kadar kalkınma politikalarını çerçevelemek için kullanabilecekleri 17 hedef ve 169 hedeften oluşan evrensel bir set oluşturuldu. SHK içinde 3 hedef, şiddeti doğrudan ele almaktadır:

• Hedef 5.2 Kadınlara ve kızlara karşı şiddeti sonlandırmak
• Hedef 16.1 Her yerde şiddetin her türünü azaltmak
• Hedef 16.2 Çocuklara karşı şiddetin her türlüsüne son verilmesidir.

DERS ADI Halk Sağlığı
ÜNİTE ADI Toplum Beslenmesi
ÜNİTE NO 6
YAZAR Dr.Öğr.Üyesi AYSUN ARAS

TOPLUM BESLENMESİ

Tanım Terminoloji

Besin maddelerinin gerekenden daha az vücuda alınması ya da bunlardan az faydalanılması durumu " Yetersiz Beslenme", besin elementleri arasındaki oranın bozulması "Dengesiz Beslenme" ve besin elementlerinin ihtiyaçtan daha fazla olarak vücuda alınması ve zarar vermesi durumu ise "Aşırı Beslenme" şeklinde tanımlanmaktadır. Yetersiz, dengesiz ve aşırı beslenme bozuklukları "Kötü Beslenme- Malnütrisyon" terimi içinde yer almaktadır.

Enerji Kaynağı Besin Maddeleri

Isı enerjisi veren besin maddeleri karbonhidratlar, proteinler ve yağlardır. 1 gr karbonhidrat 4.1, yağ 9.45, protein vücuda 5.65 kalori enerji vermektedir. Karbonhidratlar: Sağlıklı bir beslenme düzeni için karbonhidratlardan sağlanan enerji % 55-60 şeklindedir.

Yağlar: Yağlardan sağlanan enerji % 25-30 oranındadır. Yağların günlük tüketim miktarı ve türü önemlidir.

Proteinler: Günlük enerji ihtiyacının %10-15' i proteinlerden sağlanır.

Mineraller: Yetişkin insan vücudunun yaklaşık %6'sı minerallerden oluşmaktadır. İskeletin ve dişlerin yapıtaşıdır, vücut suyunun dengede tutulmasını sağlamaktadır. Vitaminler: A, D, E ve K vitaminleri yağda eriyen vitaminlerdir, vücutta depolanır. Tiamin (B1), riboflavin (B2), niasin, folik asit, B6, B12, C Vitamini, Biotin, Pantetonik Asit suda eriyen vitaminlerdir, depolanmaz, vücutta fazlası idrarla atılır.

Besin grupları

Besin üretimini ve beslenme durumunu dikkate alarak, ülkemizde günlük alınması zorunlu olan temel besinlerin planlanması için 4 besin grubunun kullanılır.

• Grup: Süt ve sütten yapılan yiyecekler
• Grup: Et, yumurta, kuru baklagiller
• Grup: Sebzeler ve meyveler
• Grup: Tahıllar ve ürünleri Başlıca Görülen Beslenme Sorunları; Demir eksikliği anemisi (Kansızlık) , Protein enerji malnutrisyonu, İyot yetersizliği, Vitamin D yetersizliği (Raşitizm), Şişmanlık (Obezite), Diş çürükleri Riskli Grupların Beslenmesi Gebe ve emziklilik dönemi beslenmesi Annenin yeterli ve dengeli beslenmesi, gebelik ve emziklilik döneminde önem taşımaktadır. Bebek gebelik döneminde annenin depolarını kullandığından dolayı, annedeki beslenme bozukluğu, hem annenin sağlığını hem de bebeğin büyüme gelişmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Gebelik döneminde eğer anne yetersiz ve dengesiz besleniyorsa annenin ölü-erken doğum, düşük yapma, ayrıca intrauterin dönemde de bebekte mental retardasyon riski artmaktadır. Gebelik süresince normal ağırlık kazanımı 10-14 kg kadar olmalıdır. Gebede ayda 1-1.5 kg arasında kilo alımı normal kabul edilmektedir. Gebe bir kadının beslenmesi, yaşına, yaptığı işlere, gebelik öncesi kilo durumu gibi birçok etkene bağlıdır. Kadının gebeliği boyunca ortalama 77.000 Kcal gereksinimi vardır eğer enerji gereksinimi yetersiz olursa erken doğum, ölü doğum, santral sinir sistemi bozuklukları, büyüme gelişme geriliği oluşabilir. 0-6 yaş grubunda beslenme İlk 6 ayda beslenme (Doğal beslenme) Bebeğin yeterli, dengeli beslenmesi, büyüme ve gelişimi için büyük önem taşımaktadır. Bebekler ilk 6 ay su dâhil anne sütünden başka hiçbir ek gıdaya gereksinim duymamaktadır. Doğumdan sonra ilk 4-5 günde salgılanan, koyu kıvamlı ve sarımsı renkteki anne sütüne kolostrum (ağız sütü) denilmektedir. Kolostrumda protein yoğunluğu yüksektir. Kolostrumdan sonra 6-15. günler arasındaki süte "Geçiş Sütü (ara süt)" denir. Bu sütün protein ve mineral içeriği kolostrumdan düşük, tam sütten yüksektir. Geçiş sütünden sonra salgılanmaya başlayan süte "Tam süt" denir ve bu süt bebek emzirildiği sürece devam eder. İki emzirme arasında süre uzarsa sütteki yağ konsantrasyonu artar. Anne sütündeki yağ ve protein konsantrasyonu emme süresince artış gösterir. Anne sütünün % 87'si sudur ve emzirmenin ilk evresinde gelen süt, su bakımından oldukça zengindir. Bebeğin ihtiyacı olan tüm su, bu sütten karşılanmakta, çok sıcak havalarda bile bebek, su ve sulu içeceklere gerek duymamaktadır. İki yaşına kadar mutlaka emzirme devam etmelidir, 6 aydan sonra anne sütü yeterli olamayacağından 6. aydan sonra ek gıdalarla beslenmeye geçiş yapılmalıdır. Ek gıdalara geç başlanırsa enerji yetersizliği görülebilir ve bu malnutrisyon veya büyüme geriliğine yol açabilir. Bebeğin bağışıklık sisteminde bozukluk yapacağından enfeksiyonlar özellikle de ishaller görülebilir.. Ek besinler bebeğin diyetine yavaş yavaş katılmalı ve bebeğe kaşık veya bardak ile verilmelidir.Bebek verilen gıdaları redederse zorlanmamalı

deneyerek, alıştırarak ek gıdalar verilmelidir. 1-3 yaş dönemi beslenme Çocukları yemek için zorlamamalı, yemekten önce de şeker, bisküvi gibi gıdalar verilmemelidir. Çocuk bu dönemde tek başına yemek yemeğe alıştırılmalıdır. 4-6 yaş dönemi beslenme Çocuğa beslenmenin faydalarından bahsedilmelidir. Fazla yemeğe zorlanmamalıdır. Yemek ve hijyen konusunda çocuğa bilgi verilmelidir Okul çocuğunun beslenmesi Yaş, cinsiyet ve vücut ağırlığına göre çocuğun beslenmesi düzenlenmelidir. Okul öncesi dönemde, aile çocuğun beslenme alışkanlıklarına tesir ederken, okul çağında ise arkadaşlar, reklamlar gibi etkenler, okulda beslenme konusunda kontrolsüzlük çocuğun yanlış beslenme alışkanlıklarına sahip olmasına neden olur. Adolesan çağı çocuklarda beslenme En hızlı büyüme ve gelişmenin yaşandığı dönem olan ergenlik dönemi, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olan 11-18 yaş dönemini kapsamaktadır. Bu dönemde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değişiklikler olmaktadır. Hızlı büyüme, gelişme için enerjiye ihtiyaç fazladır. Bu dönemde artan enerji gereksinimi için doymuş yağ ve kolesterol bakımından zengin olan hayvansal besinlerden kaçınılmalı, karmaşık karbonhidratlar (ekmek, pilav, makarna vb.), kuru baklagiller tüketilmelidir. Yanlış beslenme sonucu adolesanlarda şişmanlık da oluşabilir. Ayrıca anoreksiya nervosa ve bulimia nervosa gibi gereksiz ve yanlış zayıflama diyetleri nedeniyle kazanılan yeme bozuklukları da gelişebilir. Bulimia nervosa; kişinin zayıflama, vücut yağlanmasından korkma gibi vücut ağırlığı ve şekliyle ile ilgili sıkıntılar düşünmesi nedeniyle, kişinin kendisini kaybedip, kısa sürede kendi için yasakladıkları yiyecekleri çok fazla tüketmesi hemen ardından da fazla egzersiz, diüretik ve laksatif ilaç kullanımı, bu yiyecekleri kusarak çıkartmasıdır. Anoreksiya nevrosa ise bulimia nervosalı hastaların yaklaşık yarısında bulunabilmektedir. Bu hastalarda ilkin kronik zayıflık şikâyetleri, sonrasında açlık nedeniyle ölümler yaşanabilmektedir. Yaşlılarda beslenme Yaşlılıkta yanlış gıdaların fazla ya da dengesiz alınmasıyla obezite, diabetes mellitus, kanser ve diğer kronik hastalıklar görülebilir. Obezite dengesiz beslenme sonucu görülen en önemli hastalıktır. Yaşlılık öncesi yaşam tarzı obezitenin oluşumunda nedenlerden biri olarak kabul edilir. Obezite, bireyde mevcut olan diğer sağlık sorunlarının seyrini de etkiler. Örneğin; diyabet hastalarında insülin direnci obez olmayanlara göre daha yüksektir. Yaşlılarda besin tüketimi, mide asit salgısının azalması, mide boşalma zamanının uzaması, görme kaybı, tat, koku duyularında azalma, besin seçimleri ve yemeklerden haz duymayı olumsuz olarak etkiler ve besin tüketimini azaltır. Yaşlılarda ağız diş sağlığı bozukluğu, uygun olmayan takma dişler, çiğneme güçlüğüne ve bazı besinlerin yenilememesine yol açar.Yaşlılar sağlıklı beslenmek için; besinlerde çeşitlilik sağlamalı, günde en az üç öğün olacak şekilde beslenmeli, kas gücü ve ideal vücut ağırlığını korumalı, gıdaların iyi pişirilip doğru saklanabilmesine dikkat etmeli, ekmek ve tahıllı gıdaları yeterli düzeyde almalı, doymuş yağların tüketimini kısıtlamalı, kalsiyum bakımından zengin gıdalarla beslenmeli, tuz, sodyum ve şeker tüketimini azaltmalı, alkol ve sigaradan uzak durmalıdır. Gıda Güvenliği Gıda sağlığının geliştirilmesi için yapılan çalışmalar da artan gıda güvenliği sorunları ve gelişen tüketici ilgisini karşılamak amaçlanmaktadır. Gıda güvenliği, bazı gıdaların neden olduğu hastalıklarla yakından ilişkilidir. Gıdaya bağlı hastalıklar tüm dünyada karşılaşılan bir sorundur. Bundan dolayı 80'li yılların sonlarında Gıda - Tarım Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyanın dikkati bu soruna çekilerek ülkelerin bunun için stratejiler geliştirmeleri ve uygulamaları tavsiye edilmiştir. Gıda katkı maddeleri;

• **Bozulmayı önleyip, kaliteyi koruyup, raf ömrünü uzatanlar:** Gıdaları bakteri, küf, maya bozulmalarından koruyup, raf ömrünü uzatır; doğal renk ve aromayı korumak amacıyla kullanılmaktadırlar. Bunlar; antimikotikler (küflenmeyi önleyenler), bakteri üremesini önleyenler, oksidatif bozulmayı - acılaşmayı önleyenler (antioksidanlar) ve enzimatik bozulmayı önleyen katkı maddeleri şeklindedir.

• **Boyalar ve renklendiriciler, tat koku vericiler ve arttırıcılar:** Görünüm, lezzet yapıcı ve kaliteyi geliştirici katkı maddeleridir. Renklendiriciler; işleme veya depolama sırasında kaybolan doğal rengi yeniden kazandırmak, zayıf olan doğal rengi kuvvetlendirmek, gerçekte renksiz olan besine renk vermek ve tüketicinin beğenisini kazanmak amacıyla katılırlar. Aroma arttırıcılar ise; gıdadaki aromayı daha cazip hale getirmek orijinal aromayı korumak veya arttırmak amacıyla katılırlar.

• **Diğer katkı maddeleri:** Çözücüler ve filtre ediciler olup bu grupta çok fazla madde yer almaktadır.

Gıda güvenliği düzenlenmesinin faydaları

• Gıda sanayilerinin nitelikli ve güvenilir gıda üretiminin sağlanması,
• Kalitenin geliştirilmesi,
• Toplum sağlığının ve çevrenin muhafaza edilmesi,
• Gıda üretiminde ve sunumunda adaletsiz rekabetin önlenmesi,
• Kusurlu üretim sebepli kayıplara engel olunması,
• Politikaların doğru şekilde belirlemek,
• Gıda sektörün ülkelerin ekonomisine katkısının daha da artması,
• Gıda sanayiinin uluslararası boyutta rekabet edebilirliğinin sağlanmasıdır.
• Gıda güvenliği kontrollerinde Türk Gıda Kodeksine uygun güvenilir gıda üretiminin sağlanması ve gıda işleme tesislerinin teknik ve sağlıklı ilkelerin geliştirilmesi başlıca hedefleri oluşturmaktadır.

DERS ADI Halk Sağlığı
ÜNİTE ADI Kronik Hastalıklar
ÜNİTE NO 7
YAZAR Doç.Dr. SİNAN YILMAZ

GİRİŞ

Bütün canlılar gibi insanlar da doğduğu günden itibaren yaşlanmaya başlar. Bu nedenle yaşlı popülasyonunun hızla arttığı dünyada sağlıklı yaşlanmak herkesin doğuştan gelen bir hakkıdır. Kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklardan farklı olarak genellikle uzun süreli olma eğilimindedir ve genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin bir kombinasyonu sonucu ortaya çıkarlar. Kronik hastalıkların başında kalp hastalıkları, inme, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım vs.) ve diyabet gelmektedir.

KRONİK HASTALIKLARIN ÖNEMİ

Dünya sağlık otoriteleri, KH'ı 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımlamaktadır. Kronik hastalıklar yüksek ölüm, sakatlık ve maliyet oranları ile sağlık sistemlerini tehdit eden küresel bir sorun hâlini almıştır. İnsanların yaşam süresinin uzaması, hareketsiz yaşam, sağlıksız beslenme davranışları, tütün ve alkol gibi zararlı alışkanlıklar, çeşitli çevresel faktörler gibi nedenler ile KH'da önemli artışlar görülmeye başlanmıştır. Kronik hastalıkların sıklığındaki artışın en başta gelen nedeni yaşlı nüfus oranının yükselmesi ile birlikte sayılan risk faktörlerinin etkilerinin kümülatif olarak ortaya çıkmasıdır. Yapılan projeksiyon çalışmalarında, 2050 yılında beklenen yaşam süresinin gelişmiş ülkelerde 82 yıl, az gelişmiş ülkelerde ise 75 yıl olacağı öngörülmektedir. Buna bağlı olarak 2050 yılında dünya genelinde 80 ve daha ileri yaşta olanların 400 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Dünyada yaşanan demografik değişime paralel olarak ülkemizde de demografik profil değişmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre nüfusumuzun 2050 yılına kadar yavaş bir şekilde artacağı; bu yıldan sonra düşmeye başlayacağı beklenmektedir. Türkiye nüfusunun hâlen %8,5 olan yaşlı nüfus oranının 2023'te %10,2'ye çıkacağı hesaplanmaktadır. Yükselen yaşlı nüfus oranları beraberinde KH'ın artan yüklerini de getirmektedir. Kronik hastalıklar, her yıl tüm dünyada meydana gelen ölümlerin %71'inin sebebini oluşturur ve yaklaşık 41 milyon insan KH nedeni ile ölmektedir. Bu ölümlerin dörtte üçünden fazlası düşük-orta gelirli ülkelerde ve 15 milyonu da 30-70 yaş aralığında görülen erken ölümlerdir. Kronik hastalıkların başında gelen kardiyovasküler hastalıklar (KVH), yılda 17.9 milyon ile KH ölümlerinin büyük kısmından sorumludur. Bunu kanserlere (9 milyon), kronik solunum yolu hastalıklarına (3.9 milyon) ve diyabete (1,6 milyon) bağlı ölümler izlemektedir. Kronik hastalıklar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ekonomileri için büyük bir yük getirmekte, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini tehlikeye sokmakta, yarattıkları doğrudan sağlık maliyetlerinin birkaç katı kadar da üretim kaybına sebep olmaktadırlar. Dünyada yaşanan demografik dönüşümle birlikte, artan refah düzeyi ve değişen yaşam tarzları KH'ın sıklığını artırmaktadır. Ancak, KH önlenebilir sağlık sorunlarıdır ve risk faktörlerinin kontrol altına alınması, etkili yaşam tarzı değişiklikleri, sağlıklı beslenme, alkol ve tütünden uzak durulması gibi yaklaşımlar ile bu sağlanabilir. Kronik hastalıkları önemli kılan özellikler maddeler hâlinde şöyle sıralanabilir:

- KH'ın bir kısmı önlenebilir sağlık sorunlarıdır.
- Risk faktörleri çok çeşitlidir.
- Çoğunda ömür boyu tedavi gerekir.
- KH'ın sağlık hizmetlerine getirdiği yük fazladır.
- KH'ın neden olduğu komplikasyonlar önlenebilir.
- KH'ın ekonomik yükü çok fazladır.
- KH'ın önemli bir kısmı orta yaşlarda başlar.
- Hastalar özel rehabilitasyon hizmetlerine gereksinim duyarlar.

KRONİK HASTALIKLAR VE HASTALIK YÜKÜ KAVRAMI

KH'ın etkilerini değerlendirebilmek için standardize edilmiş hastalık yükü kavramı kullanılmaktadır. Hastalık yükü kavramı ile birçok sağlık olayının risk faktörlerine ait kestirimlerde bulunulabilmekte, ülkeler arasında karşılaştırılabilir veriler elde edilmekte, sağlık olayları için yapılan müdahalelerin maliyet etkililiği değerlendirilebilmektedir. Hastalık yükünü ifade etmede yaygın olarak kullanılan ölçüt, yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı (DALY)'dır. Sağlıklı yaşamdan ölüm ya da yeti kaybı nedeni ile kaybedilmiş bir yıl, bir DALY'ye eşittir. Dünya genelindeki ölümlerin % 70'i KH'a bağlı olarak görülmektedir. Hastalık yükü nedenlerine yönelik yapılan tahminler KH'ın muazzam etkisini ortaya koymaktadır. Ölüm nedenlerinin başında %42 ile KVH, ikinci sırada %21 ile kanserler gelmektedir. Kronik hastalıklara atfedilen DALY, sırası ile iskemik kalp hastalıkları, bel ve boyun ağrısı, KOAH, diyabet ve ruhsal hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Ülkemizde erkeklerde DALY'e

neden olan ilk üç risk faktörü tütün kullanımı, sağlıksız beslenme ve yüksek VKİ iken; kadınlarda yüksek VKİ, sağlıksız beslenme ve yüksek kan basıncıdır.

KRONİK HASTALIKLARIN RİSK FAKTÖRLERİ

Kronik hastalık yükünün çoğu temelde tütün dumanı, aşırı tuz tüketimi, alkol, yetersiz fiziksel aktivite gibi değiştirilebilir risk faktörlerine atfedilmektedir. Günümüzde çoğu yetişkin bu risk faktörlerinden birden fazlasına sahiptir. Sigara içmek dünya çapında erken ölüm ve sakatlık için önemli risk faktörlerinin başında gelmektedir. Şu anda dünyada her beş yetişkinden biri tütün kullanmakta ve tütün kullanımı her yıl yaklaşık 7,2 milyon ölüme neden olmaktadır. Kronik hastalıkların temelinde yatan zararlı alışkanlıklardan birisi de alkol kullanımıdır. Alkol, insan ve toplum sağlığına büyük zararlar vermektedir. Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren gıda üretiminin sanayileşmesi, insanların işlenmiş, ucuz, kullanışlı ve lezzetli yiyecekler ile tanışmasını sağlamıştır. Bununla birlikte gelişen pazarlama sektörü sağlıksız diyetlerin ve aşırı beslenmenin insan sağlığını tehdit eder boyutlara ulaşmasına yol açmıştır. Tahminlere göre yıllık 4,1 milyon ölüm aşırı tuz alımına bağlanmaktadır. Ayrıca fazla kilo ve şişmanlığın diyabet, kalp hastalıkları ve çeşitli kanserler ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Küresel olarak değişen yaşam tarzı, yetersiz fiziksel aktivite problemini de beraberinde getirmiştir. Düzenli ve yeterli fiziksel aktivite, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, inme, diyabet ve meme ve kolon kanseri dâhil olmak üzere birçok hastalığın riskini azaltır. Ayrıca fiziksel aktivite enerji dengesi ve kilo kontrolü için de önemlidir. Bu gerçeklere rağmen küresel olarak yılda 1,6 milyon ölüm yetersiz fiziksel aktiviteye bağlanmaktadır.

KRONİK HASTALIKLARIN GÖRÜLME SIKLIĞI

Kronik hastalıklar şu anda küresel olarak diğer tüm diğer nedenlerden daha fazla ölüme sebep olmaktadır. Tütün kullanımı koroner kalp hastalığı, inme ve periferik vasküler hastalık gelişimi için önemli bir risk faktörüdür ve yüksek tansiyondan sonra KVH'ın önde gelen ikinci nedenidir. Tüm kalp hastalığı kaynaklı ölümlerin %17'sine tütün kullanımı neden olmaktadır. Dünya genelinde 1 milyardan fazla sigara içicisi vardır.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması verilerine göre ülkemizde tütün kullanma prevalansı %31'dir. Dünya Sağlık Örgütü'nün en son verilerine göre, dünya çapında 15 yaşın üzerindeki kişiler günde ortalama 6,2 litre saf alkol içmektedir. Alkol, dünyada hastalık yükü risk faktörleri içerisinde üçüncü sıradadır. Dünya genelinde her yıl 3,3 milyon ölüm alkol kullanımına atfedilmekte ve tüm ölümlerin % 5,9'unu oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ülkemizde kişi başı alkol tüketimi dünya ortalamasının altındır. Tüm dünyadaki ölümlerin % 31'i KVH nedeni ile olmaktadır. KVH'a bağlı ölümlerin %80'i kalp krizi ve inmeden kaynaklanmaktadır. Yüksek tansiyon, kalp hastalığı ve inme için başta gelen risk faktörüdür. Kıtalar ve bölgeler arası farklılıklar olmakla beraber 20 yaş üzeri dünya nüfusunun yaklaşık dörtte birinden fazlası (1 milyar kişi) hipertansiyon hastasıdır. Ülkemizde son yapılan ulusal çalışmalara göre hipertansiyon prevalansının yaklaşık %32 olduğu bildirilmektedir. Dünyada diyabetli yetişkinlerin sayısının 1980-2014 yılları arasında neredeyse dört katına çıkarak, 108 milyondan 2014'te 422 milyona ulaştığı bildirilmektedir. Diyabet, 2012 yılında dünyada 3,7 milyon doğrudan ya da dolaylı ölüme neden olmuştur. Ülkemizde 2010 yılında yürütülen TURDEP-II çalışmasına göre diyabet prevalansı %16,5'tir ve 6,5 milyon diyabetli olduğu hesaplanmıştır. Obezite prevalansı, dünya çapında 1980 ile 2008 arasında neredeyse iki katına çıkmıştır. DSÖ'ne göre 2016 yılında, 18 yaş üzeri nüfusun %39'u aşırı kilolu, %13'ü ise obezdir. Dünya çapında, her yıl 2.8 milyon insan aşırı kilo ve obezite nedeni ile ölmektedir. Türkiye'de 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında obezite sıklığı erkeklerde %27,3, kadınlarda %44,2 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda ülkemizde 35 yaş üzeri nüfusun yarısından fazlasının fazla kilolu ya da obez olduğu bildirilmektedir. Küresel olarak dört yetişkinden birinin yeterince hareket etmediği, bu oranın ergenlerde %80'lere çıktığı bildirilmektedir. Fiziksel aktivite konusunda yapılmış çalışmalara bakıldığında ülkemizde de aktivite düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. TKrHRF çalışmasına göre erkeklerin %55'inin, kadınların ise %69'unun fiziksel aktivite düzeylerinin yetersiz olduğu bildirilmektedir. KVH, dünya çapında ölümlerin bir numaralı sebebidir. Bu ölümlerin %80'i kalp krizi ve inmeye bağlıdır. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması sonuçlarına göre ülkemizde toplam hastalık yükünün %8'i KVH'a, %5'i serebrovasküler hastalıklara bağlıdır. TKrHRF çalışmasında ise erişkinlerde koroner kalp hastalığı (KKH) erkeklerde %4, kadınlarda %2 oranında tespit edilmiştir. Küresel Hastalık Yükü Çalışması sonuçlarına göre, 2016 yılında dünya genelinde 251 milyon KOAH vakasının bulunduğunu bildirilmektedir. KOAH prevalansı, ülkemizde 2000 yılında yürütülen Ulusal Hastalık Yükü Çalışması sonuçlarına göre %10,2, astım prevalansı ise %3,8'dir. TKrHRF çalışması sonuçlarına göre ise KOAH sıklığı %5, astım prevalansı %4,5'tir. IARC verilerine göre 2012 yılında kadınlarda en sık görülen ilk üç kanser sırası ile meme, kolorektal ve rahim ağzı iken; erkeklerde akciğer, prostat ve kolorektal kanserleridir. IARC verilerine göre dünyada en çok ölüme neden olan kanserlerin başında akciğer kanseri gelmektedir. TKrHRF çalışması sonuçlarına göre ülkemizde 2011 yılında kanser sıklığı 65 yaş üzeri nüfusta %3, tüm yaş gruplarında ise %1'dir. Kadınlarda sırası ile en sık meme, rahim ağzı ve rahim kanserleri görülürken; erkeklerde prostat, kolorektal kanserler ve non-hodgkin lenfoma görülmektedir. **KRONİK HASTALIKLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ**

KH'ın bireyler ve toplumlar üzerindeki etkisini azaltmak için tüm sektörlerin etkili işbirliği yapması ve önleme politikalarının teşvik edilmesini gerektiren kapsamlı bir yaklaşıma ihtiyaç vardır.
DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
Küresel Eylem Planı hedefleri:
• KVH, kanser, diyabet veya kronik solunum yolu hastalıklarından kaynaklanan ölümlerde %25'lik bir azalma
• Ulusal bağlamda, uygun şekilde, alkolün kullanımında en az %10 nispi azalma
• Yetersiz fiziksel aktivite prevalansında %10 nispi bir azalma
• Aşırı tuz tüketiminde %30 nispi bir azalma
• Tütün kullanımında %30'luk bir azalma
• Artmış kan basıncı prevalansında %25'lik bir rölatif azalma
• Diyabet ve obezite artışının durdurulması
• Risk grubundaki kişilerin en az %50'sine kalp krizi ve felçleri önlemek için ilaç tedavisi ve danışmanlık verilmesi KH'ın önleme ve kontrol yaklaşımları şu ana başlıklarda ele alınabilir:
• Birincil koruma (risk faktörlerinin ortadan kaldırılması)
• İkincil koruma (erken tanı ve tedavi çalışmaları)
• Üçüncül koruma (yeti yitiminin önlenmesi ve rehabilitasyon çalışmaları) Yenidoğan ve bebeklik dönemlerine yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen programlar:
• Konjenital hipotiroidi taraması
• Fenilketonüri taraması
• Biyotidinaz eksikliği taraması
• Kistik fibrozis taraması
• Yenidoğan işitme taraması
• Gelişimsel kalça displazisi taraması
Türkiye'de Kronik Hastalıklarla İlgili Programlar Ülkemizde KH'a yönelik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen programlardan bazıları şunlardır:
• Ulusal Tütün Programı
• Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı
• Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı
• Alkol tüketimini azaltma çalışmaları
• Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı
• Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı
• Ulusal Kanser Programı
• Türkiye Diyabet Programı
• Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol programı
• Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı

•Kadın sağlığına ait göstergeler
•Toplam Doğurganlık Hızı:Bir kadının doğurganlık dönemi olan 15-49 yaşları arasında dünyaya getirebileceği ortalama çocuk sayısını ifade eder.
•Anne Ölüm Oranı:Anne ölümü; gebelik dönemi boyunca ya da hamileliğin bitişini izleyen 42 günlük lohusalık sürecinde, gebelik komplikasyonları veya doğum sonrası patolojiler nedeniyle gerçekleşen kadın ölümlerini tanımlar. Dünyada bu oran yüz binde 197 iken ülkemizde anne ölüm oranı 2024 yılı Sağlık İstatistik Yıllığı'na göre yüz binde 11.5'tir
•Perinatal Bebek Ölüm Hızı (PNBÖH):PNBÖH, belli bir sürede gebeliğin 22. haftasından sonra meydana gelen ölü doğumlar ve doğumdan sonra ilk 7 gün içinde meydana gelen ölümlerin, aynı zaman içinde meydana gelen toplam doğumlara (canlı ve ölü)bölünmesi bu sonucu verir. Bu sayı 1000 toplam doğumda olarak ifade edilir. Türkiye için bu oran binde 10.4 tür.
•İsteyerek Düşük Hızı: Bir toplumda bir yılda isteyerek yapılan düşüklerin, aynı toplumda aynı süredeki toplam canlı doğum sayısına veya toplam gebelik sayısına oranıdır.
•Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Alan Gebe Oranı: Gebelik boyunca en az bir sağlık personeli tarafından ziyaret edilen kadınların yüzdesidir. Doğum öncesi bakımı için DSÖ önerisi en az dört ziyarettir. Dünyada bu oran dört ve üzeri ziyaret için %70 iken en az 1 ziyaret için %87'dir.
•Kadın sağlığının sosyal belirleyicileri:statü,eğitim düzeyi,sosyoekonomik durum,istihdam
•
•Toplumsal cinsiyet
•Toplumsal cinsiyet, kadının ve erkeğin cinsiyetleri nedeniyle toplumdaki sosyal rollerini ve sorumluluklarını ifade eder. Toplumsal cinsiyet kadın ve erkeğin biyolojik farklılıklarını ifade etmez. Bu biyolojik farklılıkların toplumdaki yansımasıdır. Soyut bir kavram olan toplumsal cinsiyet kadın ve erkek olarak toplumun bize verdiği değer, gelenek, görenek ve inançların toplumun cinsiyete dayalı algısını ifade eder.
•
•Üreme sağlığı
•"Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlinin olmasıdır". Üreme sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. Üreme sağlığı hizmetler, süreklilik ve bütünlük çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmalıdır. Kolay ulaşılabilir olan birinci basamak sağlık hizmetleri gerektiğinde ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile desteklenmelidir. Tüm ülkelere, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kapsamında değerlendirilen ve geniş bir hizmet alanı olan "Üreme Sağlığı Hizmetleri"ni ulaşılabilir kılmaları önerilmektedir.
•
•Anne ölümleri
•Özellikle gelişmekte olan ülkelerin önemli bir sağlık sorunu olan anne ölümleri, bütüncül bir kadın sağlığı yaklaşımı ile ele alınmalıdır. Kadınların gebelikten önceki sağlıklarından başlanarak riskli gebeliklerinin önlenmesi, gebelikleri süresince, doğum esnasında ve doğum sonu dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanabilirse anne ölümleri önemli ölçüde azaltılabilir.
•Güvenli Annelik
•Gebelere temel obstetrik bakım hizmetlerinin sağlanarak, kendi ve bebeklerinin sağlığı için gebelik zamanlamasını, sayısını, aralığını belirleyebilmeleri adına gereken sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Anne-bebek paketinde yer alan hizmetler; aile planlaması hizmetleri, doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonu bakım, komplikasyonlar için temel obstetrik bakım ve özellikli yenidoğan sağlık hizmetidir.
•
•Aile planlaması
•Anne ve çocukların sağlığını bozmayacak şekilde, ailelerin istedikleri zaman, bakabilecekleri ve yeterince sevgi gösterebilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleridir. Tüm dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntemi %19 oranı ile tüp ligasyonudur. Bunu rahim içi araçlar (RİA) (%14), oral kontraseptifler (%9) ve erkek kondomu (%6) izlemektedir.

•
• Türkiye Nüfus politikaları
•557 sayılı nüfus planlaması kanunu:. Bu yasa ile Türkiye'de ilk kez aile planlaması yöntemlerinin kullanımına ve toplumun bu konuda eğitilmesine yasal onay verilmiştir. İlk etapta sadece geri dönüşü olan geçici yöntemlere izin verilmiş; cerrahi uygulamalar ve gebelik sonlandırma ise yalnızca tıbbi zorunluluk şartına bağlanmıştır.
•
• 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun: cerrahi sterilizasyon (tüp ligasyonu ve vazektomi) uygulamaları ile gebeliğin 10. haftasına kadar olan isteğe bağlı düşükler (kürtaj), tıbbi bir gerekçe aranmaksızın tamamen eşlerin kendi tercihine bırakılmıştır.
•
•Aile planlaması danışmanlığı: genel,yönteme özel ve izlem danışmanlığı olmak üzere 3 çeşittir.
•Aile Planlaması Yöntemleri
•Aile planlması yöntemeleri şu şekilde sınıflandırılmaktadır:
•1. Rahim içi araçlar (RİA)
•2. Hormonal kontraseptifler
•a. Kombine hormonal yöntemler
•b. Sadece Progesteron içeren yöntemler
•3. Bariyer yöntemler
•Erkek kondomu
•Kadın kondomu
•Diyafram
•Spermisitler
•4. Cerrahi sterilizasyon
•Tüp ligasyonu
•Vazektomi
• 5. Doğal aile planlama yöntemleri
•Bazal vücut ısısı yöntemi
•Servikal mukus yöntemi
•Sempto-termal yöntem
•Takvim yöntemi
•Geri Çekme
•CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR (CYBE)
•Dünyada her gün 15–49 yaş arası kişilerde 1 milyondan fazla tedavi edilebilir cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) vakası ortaya çıkarr ve bunların çoğu semptomsuzdur.
•
•Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE), 50'ye yakın farklı etken barındıran ve genellikle belirti göstermeyen majör bir halk sağlığı problemidir. Temel bulaşma kanalı cinsel temas olmakla birlikte; kan transfüzyonu, cilt teması ve dikey geçişle (gebelik, doğum, emzirme esnasında anneden bebeğe de bulaşabilir.
•Meme Kanseri: Kadınlar için aylık kendi kendine meme muayenesi eğitimi, yıllık klinik muayene ve 40-69 yaş grubuna iki yılda bir mamografi çekimi yapılır.
•Rahim Ağzı Kanseri: 30-65 yaş aralığındaki kadınlara her 5 yılda bir HPV-DNA testi uygulanır.
•Kalın bağırsak kanseri (Kolorectal kanser): 50-70 yaş arasındaki kadın ve erkeklere iki yılda bir gaitada gizli kan testi gerçekleştirilir.
••"RESPECT Women" Birleşmiş Milletler Kadın Birimi (UN Women) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilen bir uygulama paketi karşımıza çıkmaktadır.
• R (Relationship skills strengthened): ilişki becerilerini güçlendirmek; Kişilerarası iletişim, çatışma yönetimi ve ortak karar alma becerilerini geliştirmeyi kapsar.
• E (Empowerment of women):Kadını güçlendirme ,Hem ekonomik hem de sosyal güçlendirmeyi kapsar.
•S (Services ensured) Sağlanan hizmetler; mağdurlara sunulan polis, hukuk, sağlık ve sosyal hizmetler de dahil olmak üzere çeşitli hizmetleri ifade eder.
•P (Poverty reduced): Yoksulluğun azaltılması; Kadınları veya hane halkını hedef alan ve temel amacı yoksulluğu hafifletmek olan stratejileri ifade eder
• E (Environments made safe): Çevrenin güvenli hale getirilmesi; güvenli okullar, kamusal alanlar ve çalışma ortamları oluşturmaya yönelik çabaları ifade eder.
• C (Child and adolescent abuse prevented): Çocuk ve ergen istismarının önlenmesi; "INSPIRE – Çocuklara Yönelik Şiddeti Önlemeye Yönelik 7 Strateji" başlıklı belgede belirtildiği üzere, destekleyici aile ilişkileri kurmayı, fiziksel cezayı yasaklamayı ve ebeveynlik programlarını uygulamayı ifade eder.
• T (Transformed attitudes, beliefs, and norms): Tutum, inanç ve normların dönüştürülmesi ;Kadına

yönelik şiddeti meşrulaştıran ve mağdurları damgalayan zararlı cinsiyet tutumlarına, inançlarına, normlarına ve kalıplaşmış yargılarına meydan okuyan stratejileri ifade eder.
•Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele V. Ulusal Eylem Planı (2026-2030)
•Şiddetsiz Yaşam ve Saygı Kültürü: Birincil önleme yaklaşımı, şiddeti doğuran veya pekiştiren koşulları dönüştürmeyi ve koruyucu faktörleri güçlendirmeyi hedefleyen bir çerçeveye işaret etmektedir.
•Etkin Hukuki Koruma ve Adalete Erişim: Kadına yönelik şiddetle mücadelede hukuki koruma ve adalete erişim; şiddetin eylemlerine dair caydırıcılığın sağlanması, faillerin cezalandırılması ve mağdurların korunması açısından temel unsurlardan biridir.
•Risk Odaklı ve Uzmanlaşmış Müdahale: Kadına yönelik şiddetle mücadelede acil müdahale, koruyucu, önleyici ve destekleyici hizmetlerin doğru zamanda, doğru kişiyle ve doğru yöntemle sunulması önem arz etmektedir.
•Psikolojik İyi Oluş ve Sosyoekonomik Güçlenme: Üçüncül önleme yaklaşımı, şiddete maruz kalan kadınların yaşadıkları travmanın etkilerini atlatmaları, yeniden güçlenmelerini, toplumsal yaşama katılımlarının desteklenmesini amaçlayan bütüncül bir çerçeve sunmaktadır.
•Davranışsal Dönüşüm ve Toplumsal Katılım: Kadına yönelik şiddetle mücadelenin etkinliğinin sağlanması şiddete maruz kalan kişilere yönelik koruyucu ve destekleyici hizmetlerin yanı sıra şiddet uygulayanlara yönelik dönüştürücü müdahalelerle mümkün olabilmektedir.
•
•
•

Günümüzde 'küreselleşme' sağlık uygulamalarını da içine alan bir dünya sistemi haline gelmiştir. Finans merkezli küresel ekonomik düzen, şüphesiz ülkelerin sağlık sistemlerinin de ana belirleyici unsuru haline gelmeye başlamıştır. Günümüzde sağlığın ve sağlık hizmetlerinin önemi giderek artarken, sağlık ekonomisi kavramı da dünyada ön plana çıkmaya başlamıştır. Genel olarak ekonomisi büyük olan ülkelerde sağlık harcaması oranları da yükselmektedir. Bunun sonucunda 'sosyal devlet' anlayışının bir gereği olarak sağlık hizmetlerini tek elden yürütme gayretinde olan devletler önemli maliyet yükleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) verilerine göre 2016 yılında üye ülkelerde sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya (GSYİH) oranı ortalama %8,9 olarak gerçekleşmiştir. Kişi başına, 2017 yılında sağlık harcamalarının OECD genelinde ortalama olarak 4 069 ABD Doları (USD) seviyesine ulaştığı tahmin edilmektedir.

SAĞLIK EKONOMİSİNİN KAPSAMI

Bugünkü anlamı ile ekonomi 'malların ve hizmetlerin üretimi, tüketimi ve para tedariki bakımından bir ülkenin veya bölgenin durumu' anlamında kullanılmaktadır. Sağlık ekonomisi ise "ekonomi biliminin temel kurallarının sağlık alanında uygulanması" şeklinde genel bir tanımla ifade edilebilir. Ekonomi, şu dört temel soruya cevap arar:

• Hangi ürünler ne kadar üretiliyor?
• Hangi yöntemlerle üretiliyor?
• Mal ve hizmetler topluma nasıl dağılıyor?
• Üretim ve dağıtım verimli mi? İstek ve ihtiyaçlar karşısında kıt kaynakların idareli kullanılabilmesi için bireysel ve toplumsal kararlarda, alternatifler arasından en uygun tercihlerin yapılması gerekmektedir. Sağlık sektörü bazı özellikleri nedeni ile diğer sektörlerden ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerini ekonomik açıdan diğer sektörlerden ayıran başlıca özellikler şunlardır:
• Risk ve belirsizlikler içermesi,
• Dışsallık (hizmetlerin üçüncü kişileri olumlu ya da olumsuz etkileyebilmesi),
• Kamu hizmeti olması,
• Pazara girişte kurallar içermesi,
• Ölçek ekonomisi özelliği (sabit maliyetler nedeni ile kapasite arttıkça verimliliğin artması),
• Arzın talep yaratabilmesi Sağlık hizmetleri, daha önce de belirtildiği gibi amaçlarına göre koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerden oluşmakta; harcamalar da bu hizmetler temelinde şekillenmektedir. Geniş çerçeveden bakılacak olursa sağlık harcamaları şu şekilde sınıflanabilir:
• Koruyucu sağlık harcamaları
• Teşhis ve tedavi harcamaları
• Rehabilitasyon hizmetleri için yapılan harcamalar
• Bina ve altyapı harcamaları
• Personel ve donanım harcamaları
• Vatandaşların fiziksel ve ruhsal sağlık koşullarını iyileştirmeye dönük harcamalar
• Çevre sağlığına dönük harcamalar
• İlaç, malzeme ve tanı araçlarına yönelik yatırım harcamaları
• Sağlık eğitimine dönük yatırım harcamaları
• Teşkilat planlaması, yönetimi ve izlenmesine yönelik yatırım harcamaları
• ARGE harcamaları
• Standardizasyon-kalite-kalibrasyon harcamaları Sağlık ekonomisinin asıl amacı; yöneticilere tercihler aşamasında yardımcı olmak, bilimsel veriler ışığında öncelikleri de gözeterek arz-talep dengesini oluşturmak, sınırlı mali kaynakların etkili ve verimli kullanılmasını sağlamaktır. Sağlık ekonomisinin çalışma konuları şu şekilde sınıflanabilir:
• Hizmet sunumu için ayrılan kaynak miktarı ve bunun dağılımı
• Kaynakların yerinde ve verimli kullanımı
• Temel alanlarda (koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici) sunulan hizmetlerin toplumda sağlığın değeri üzerine etkileri
• Arz ve talebin analizi (maliyetler, çeşitli girdiler vs.)
• Hizmet sunum ve finansmanının hakkaniyet açısından değerlendirilmesi
• Sağlık düzeyinin ölçülmesi (sağlık düzeyi indeksleri vs.)

SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMININ ORTAYA ÇIKIŞI

Dünyada sağlık ekonomisi alanında ilk çalışmalar 1931 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' nde başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı'nın sona ermesinden sonra, sağlık sektörü dünyada büyük bir değişim geçirmiş; hastalıkların teşhis ve tedavi süreçlerinde kullanılan bilgi ve buna bağlı olarak sağlık teknolojilerinde hızlı bir değişim yaşanmıştır. Sağlık ekonomisi, "hastaların bakımı ve sağlığın teşviki için kıt ekonomik kaynakların rekabeti de dikkate alarak en uygun şekilde kullanımı" olarak ilk kez 1950'li yılların sonlarında tanımlanmıştır. Türkiye'de sağlık ekonomisi, ilk kez 1980'li yılların sonlarında sağlık hizmetlerinde verimlilik, kalite, hizmet sunumu ile bu hizmetlerin finansmanının birbirinden ayrılması kavramlarının konuşulmaya başlanması ile gündeme gelmiştir. Türkiye'de 1992 yılında I. Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiş ve 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilk Ulusal Sağlık Politikası dokümanı yayınlanmıştır. Ülkemizde ilk kapsamlı sağlık harcaması araştırmaları 1996-1998 yılları arasında yapılmıştır. Diğer iki önemli araştırma ise 2000 yılında yürütülen Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması ve 2003 yılında yürütülen Ulusal Maliyet Etkililik Çalışması'dır. Türkiye, 2003 yılında 'Sağlıkta Dönüşüm' olarak tanımlanan bir döneme girmiştir.

SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ

Bireylerin sağlığının toplum sağlığını yakından ilgilendirmesi, hizmetlere erişimi çeşitli nedenler ile kısıtlı olanların, hizmet alabilenlerin sağlıklarını tehlikeye sokması bu sektörde devlet elinin baskın olması gereğini doğurmaktadır. Sağlık hizmetleri konusunda doğan ihtiyaçlar, sağlık hizmetinin yapısından kaynaklanan nedenlerle diğer alanlardaki ihtiyaçlardan farklılık göstermektedir:

• Kamusallık özelliği
• Dışsallık özelliği
• Yararlı (erdemli) mallar
• Devlet müdahalesi
• Belirsizlik altında seçim
• Asimetrik bilgilenme
• Tüketimin öngörülememesi
• Yetersiz tüketimin toplumu da etkilemesi Sağlık sektörünün karmaşık ekonomik yapısı nedeni ile sağlık bakım piyasalarında başarısızlığa neden olan özellikler ise şu şekilde sınıflanabilir:
• Hizmet sunucuların sayıca az olması
• Piyasaya girişte sınırlamalar olması
• Arz-talep arasında dengesizlik bulunması
• Bilgi maliyetlerinin yüksek olması
• Monopolleşme (tek firma, tek mal, tek fiyat)
• Hizmet sunucular arasında anlaşma ve tekelleşme

SAĞLIKTA EKONOMİK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

Ekonomik değerlendirme, birbirinin alternatifi olabilecek mal ya da hizmetlerin hem maliyetlerinin hem de sonuçlarının çeşitli yöntemlerle en uygun olanın tercih edilebilmesi amacı ile karşılaştırılmasıdır. Ekonomik değerlendirme ile şu sorulara cevap aranır:

• Hangi hizmetler sunulmalıdır?
• Hizmetler ne zaman sunulmalıdır?
• Hizmetler ne düzeyde sunulmalıdır?
• Hizmetler nasıl sunulmalıdır?
• Hizmetler nerede sunulmalıdır? Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme yapmak amacı ile kullanılan yöntemler aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir:
• Maliyet minimizasyon analizi
• Maliyet fayda analizi
• Maliyet değer analizi
• Maliyet etkililik analizi

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE FİNANSMAN MODELLERİ

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sektörün hızla büyümesi nedeni ile birçok ülkede yeni kaynaklar bulunmasını zorunlu kılan önemli bir konudur. Sağlık harcamaları konusunda temel sorunlardan birisi de harcama düzeyinin ne kadar olması gerektiğidir. Harcama düzeyini etkileyen birçok belirleyici sayılabilir:

• Sağlık sistemlerinin organizasyon ve yönetimi
• Toplumun sağlık ihtiyaçları
• Ekonomik gelişmişlik düzeyi
• Sosyal ve kültürel faktörler
• Sağlık güvencesi varlığı
• Sağlık hizmetini sunanların davranışı
• Hizmet sunumu ve hekim ödeme modelleri
• Hastaların artan beklentileri
• Teknolojik gelişmeler
• Görülen hastalıklardaki değişimler

• Politik değişimler
• Demografik değişimler

Sağlık bakımı sağlayıcıları, hizmetlerin ödenme şekli, sağlık sigortasını sağlayan ve alanların finansal riskleri nasıl paylaştığı gibi farklılıklarına göre dört ana finansman modelinden bahsedilebilir:

• Beveridge modeli
• Bismark modeli
• Ulusal sağlık sigortası modeli
• Cepten ödeme modeli

SAĞLIK HESAPLARININ GEREKLİLİĞİ

Sağlık piyasaları, serbest piyasa koşullarını tam anlamı ile karşılamayan, ne tamamen rekabetçi ne de tamamen tekelci bir yapıya sahiptir. Bu piyasada özel sektör bulunmasına rağmen, piyasanın büyük bir kısmında devlet hâkimiyeti söz konusudur. Dünya genelinde sağlık hizmetleri ve sağlık sigorta sistemleri çoğunlukla devletler tarafından finanse edilmektedir. Diğer taraftan, sağlık harcamalarının artma eğilimi devam etmektedir. Bu durum sağlık finansman politikalarının oluşturulmasını, hizmetlerin kalite ve sürekliliğinin sağlanması noktasında gerekli kılmaktadır. Ulusal sağlık hesapları, ülkedeki tüm sağlık bakım faaliyetleri, bunları etkileyen faktörler ve sağlık harcama eğilimleri ile ilgili değerli bilgiler sağlar. Sağlanan bu bilgiler, etkili sağlık finansman politikaları için yol göstericidir.

DERS ADI Halk Sağlığı
ÜNİTE ADI İş Sağlığı ve Güvenliği
ÜNİTE NO 10
YAZAR Dr.Öğr.Üyesi ELİF OKŞAN ÇALIKOĞLU

İŞ SAĞLIĞINDA TEMEL KAVRAMLAR

Dünya Sağlık Örgütü'ne(DSÖ) göre sağlığın tanımı: Yalnızca hastalık ve sakatlıkların olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir. Bu nedenle iş sağlığı en basit tanımı ile bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hâllerini sürdürme ve daha üst düzeye çıkarma çalışmalarıdır.

İş sağlığı ve güvenliği: İşyerlerinde, işin yürütülmesi sırasında oluşabilecek tehlikelerden ve sağlığına zarar verebilecek unsurlardan korunmasını, aynı zamanda işyeri ortamının iyileştirilmesini hedef alan sistemli ve bilimsel çalışmaların tümü olarak tanımlamaktadır

İş sağlığı: İş sağlığı, bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini sürdürme ve daha üst düzeylere çıkarma çalışmalarıdır.

İş kazası: İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hâle getiren olaylardır.

Meslek hastalığı : Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir.

İŞ SAĞLIĞININ TARİHSEL GELİŞİMİ

a. Sanayi devrimi öncesi iş sağlığı ve güvenliği : Orta çağda madencilik geliştiği için madencinin sağlığı önemsenmekte idi.

Paracelsus: işçilerin sağlık konularını ele alan ilk hekimlerdendir. Dünyada ilk iş yeri hekimliği kitabı olan "De Morbis Metallicis"i yazmıştır. Ayrıca zehirlerin kimyasal yapıları ile ilgili çok önemli araştırmalar yapmıştır. Bu nedenle Paracelsus modern toksikolojinin başlangıcı sayılmaktadır.

Georgius Agricola: Dünyada ilk mineral biliminin kurucusu olarak bilinir. Ayrıca iş kazaları üstünde de durarak sorunları ortaya koymuştur.

Ramazzini: İş ve hastalık ilişkisini ilk kez ciddi anlamda sorgulayan kişidir ve iş sağlığı biliminin kurucusu olarak bilinir. Hekimlere muayene sırasında bütün hastaların mesleğini ve ayrıntılı çalışma öykülerini mutlaka sormaları gerektiği ilkesini getirmiştir. Eğer hastalıkla iş yeri arasında ilişki düşünülüyorsa ayrıntılı bilgi almanın gerekliliğini vurgulamıştır. ' Yalnızca son işini değil, önceki işlerini de sorunuz' diye öneri getirmiştir. Ramazzini, bu kitabında 52 meslek hastalığını tanımlamış ve iş kazalarını önlemek için ne gibi koruyucu güvenlik önlemlerinin alınması gerektiğini vurgulamıştır.

b. Sanayi devrimi sonrasında iş sağlığı ve güvenliği: İş sağlığı alanında Dünya'da ilk yasa İngiltere'de 1802 yılında çıkarılmış ve haftalık çalışma süresi 58 saat olarak belirlenmiştir.

c. Osmanlı imparatorluğu ve cumhuriyet döneminde İş sağlığı: Bu kömür ocaklarında çalışan işçiler kısa sürede meslek hastalıklarına yakalanmışlardır. Bu ihtiyaç nedeni ile çıkarılan "Dilaver Paşa Nizamnamesi" (1865), iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili ilk yasal belgedir.

d. Cumhuriyet döneminde iş sağlığı: Cumhuriyetin ilk yıllarından başlayarak ülke sanayinin geliştirilmesine yönelik birçok yatırım gerçekleştirilmiştir.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMA İLKELERİ

1. Uygun işe yerleştirme
2. İşyeri ortam faktörlerinin değerlendirilmesi
3. İşyeri risklerinin değerlendirilmesi ve kontrolü
4. Aralıklı kontrol muayenesi
5. Sağlık ve güvenlik hizmeti
6. Sağlık ve güvenlik eğitimi

İŞ KAZALARI

İş kazaları, çalışma hayatına özgü sağlık ve güvenlik konularıdır. Yani kişinin işte çalışmadığı durumda bu sağlık sorunu ile karşılaşmayacağı söylenebilir.

İş Kazalarının Nedenleri ve Önlenmesi

Güvensiz davranışlar: İnsanın bedensel ve zihinsel gücünü dikkate almadan iş yükünün düzenlenmesi ve çalışma hızının saptanması sonucunda insanın makine ile uyumlu bir şekilde çalışması olumsuz yönde etkilenmekte ve güvensiz davranışlar ortaya çıkmaktadır.

Güvensiz durumlar: İş yerindeki güvensiz durumlar; kullanılan üretim araçlarının niteliğinden, yönetim hatalarından ve çevresel koşullardan dolayı ortaya çıkmaktadır.

İş Kazalarını Önleme:
İş kazalarını önlemede en önemli faaliyet tüm çalışanlara İş sağlığı ve güvenliği kültürünü aşılayabilmektir. İş sağlığı ve güvenliği kültürü, iş yerinde yürütülen işlerin bütün safhalarında iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili riskleri ortadan kaldırmak veya azaltmak için planlanan ve alınan tedbirlerin tümünü ifade eder. İş sağlığı ve güvenliği kültürü toplumda ne kadar yaygınlaştırılabilirse, iş kazaları ve meslek hastalıkları da o denli önlenebilir.

İş Kazalarının Ülkemizdeki Durumu
Ülkemizde bildirilen iş kazası sayısı gerçek durumu yansıtmamaktadır. Yıllara göre bildirilen iş kaza sayısının artışı ülkemizde bildirm sisteminin iyileştirilmesinin sonucudur. Ancak önemli sayıda iş kazası resmi kayıtlara girmemektedir.

MESLEK HASTALIKLARI
Meslek hastalıkları genellikle uzun süreli maruz kalınma gerektiren kronik seyir gösteren hastalıklardır. Meslek hastalıklarını tanımlarken çalışanların hastalıkla doğrudan ilgili mesleklerde hastalığa özgü bir sürede çalışıyor ya da çalışmış olması gerekir.

Meslek Hastalıklarının Sınıflandırılması
Mevzuatımıza göre meslek hastalıkları 5 gruptur:
A grubu meslek hastalıkları: A grubunda kimyasal nedenli oluşan meslek hastalıkları tanımlanmıştır. Örneğin arsenik, kurşun, krom, karbonmonoksit, benzen ve bitki koruma ilaçları gibi çeşitli kimyasal etkenlere maruz kalma sonucunda oluşan yaklaşık 25 meslek hastalığı mevcuttur.
B grubu meslek hastalıkları: B grubu mesleksel deri hastalıkları olarak tanımlanmıştır. Bu grup da kendi arasında mesleksel deri kanserleri ve kanser dışı mesleksel deri hastalıklı olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.
C grubu meslek hastalıkları: Bu grupta toz kaynaklı ortaya çıkan mesleksel solunum sistemi hastalıkları mevcuttur. Mesleksel solunum sistemi hastalıklarına örnek olarak; silikozis, asbestozis ve kömür tozuna bağlı solunum sistemi hastalıkları verilebilir.
D grubu meslek hastalıkları: Mikroorganizmalar nedenli mesleksel bulaşıcı hastalıklar yer almaktadır. Toplam 4 alt gruptan oluşan bu hastalıklar; paraziter hastalıklar, tropikal hastalıklar, hayvandan insana geçen hastalıklar ve sağlık personelinin hastalıklarıdır.
E grubu meslek hastalıkları: Bu grupta ise fizik etkenlerle meydana gelen toplam yedi tür meslek hastalığı tanımlanmıştır. Bunlar gürültü, titreşim, iyonize radyasyon, infrared ışınlar gibi fiziksel etkenlerdir.

Meslek Hastalıklarının Ülkemizdeki Durumu
Ülkemizde her meslek hastalığı vakası kayıt altına alınamadığı için gerçek durumu yansıtmamakta ve yanıltıcı bir iyilik durumu söz konusudur. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu verilerine göre 2012-2022 yıllar arasında saptanan meslek hastalığı sayılarını incelediğimizde, 2012-2017 döneminde kayıt altına alınan meslek hastalığı sayısı ortalama yaklaşık 500 iken, bu rakam 2018-2022 döneminde ortalama 1040 olmuştur. Bu durum meslek hastalığı görülme sıklığının artışından değil, sağlık kurumlarında kayıt altına alınan meslek hastalığı sayısının artışına bağlıdır. Veri sistemimizde bu iyileşmeye rağmen ülkemizde gerçek meslek hastalığı vaka sayısının mevcut rakamın çok üzerinde olması gerektiği söylenebilir. Diğer ülkelerin değerleri dikkate alındığında ülkemizde her yıl en az 30 bin ile 80 bin arasında yeni meslek hastalığı tanısı beklenmektedir.

Meslek Hastalıklarında Tanı Ve Korunma Yöntemleri
Diğer hastalıklarda olduğu gibi meslek hastalıklarında da tanı için klinik incelemeler ve laboratuvar testleri kullanılır. Farklı olarak meslek hastalıklarında hastanın ayrıntılı mesleksel öyküsü alınmalıdır. Meslek hastalığı tanısında kişinin mesleği ve çalışma ortamına ait bilgiler çok önemlidir. İş sağlığının kurucusu olarak kabul edilen İtalyan hekim Dr.Bernardino Ramazzini meslek hastalıklarının tanımında ayrıntılı çalışma öyküsüne çok önem vermiştir.
Ayrıca meslek hastalığının tanısında iş yeri ortam faktörlerinin değerlendirilmesi önemli yer tutar. Klinik ve laboratuvar yöntemleri ile meslek hastalığı tanısı konulduktan sonraki en önemli adım hastalık yapıcı etkenin kişinin çalışma ortamında tespitidir.
Meslek hastalığı tanısı konduktan sonra çalışan için ilk yapılması gereken çalışanın iş yeri ortamından uzaklaştırılmasıdır. Bu sayede çalışanın hastalığa neden olan etken ile teması kesilir.
Meslek hastalıklarının az bir kısmında hastalık etkenine yönelik spesifik tedavi şansı vardır ve iyileşme oldukça hızlı bir şekilde gerçekleşir. Ama ne yazık ki çoğu meslek hastalıkları için bu şekilde spesifik bir tedavi yöntemi yoktur.
İşyeri ortamında bulunan hastalık etkenlerinin kontrol altına alınması halinde meslek hastalığının ortaya çıkmaması beklenir. Bunun için iş yeri ortamında birtakım mühendislik ve teknik uygulamaların yapılması gerekir. Örneğin; havalandırma, kapatma, ayırma, ıslak çalışma bunlardan birkaçıdır.
Ayrıca meslek hastalıklarının erken tanısı için işe giriş muayenesi ve belirli aralıklarla yapılan sağlık muayeneleri önemlidir.

DERS ADI Halk Sağlığı
ÜNİTE ADI Yaşlı Sağlığı
ÜNİTE NO 11
YAZAR Dr. BANU BEDİR

Yaşlı Sağlığı
Yaşlanma, tek bir nedeni olmayan genetik, fiziksel ve sosyal çevreden etkilenen, ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan süreğen, dinamik ve evrensel bir süreçtir. Yaşadığımız yüzyılda çevre şartları, gelir düzeyi ve dağılımındaki iyileşme, bilim ve teknolojideki gelişmeler ve bilgiye ulaşmadaki ilerlemeler ile doğumda beklenen yaşam süresi uzamış ve yaşlı nüfus oranı artmıştır. İlerleyen yaşla sağlık sorunlarının artması, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine gereksinimi ve talebinin de beraberinde artmasına yol açmaktadır.

Yaşlılığın Tanımı
Yaşlılık için kronolojik, sosyolojik, ekonomik vb birçok tanımlama yapılmaktadır. Sıklıkla kullanılan tanım DSÖ'nün de belirttiği ''65 yaş ve üzeri bireyler'' şeklinde olan kronolojik tanımdır.

Yaşlılığın Sınıflandırılması
Yaşlılığı kronolojik olarak üç döneme ayırabiliriz;
• 65-74 yaş arası dönem; genç yaşlılık dönemi,
• 75-84 yaş arası dönem; orta yaşlılık dönemi,
• 85 yaş ve üzeri dönem; ileri yaşlılık dönemidir.

Toplumsal Yaşlanma
65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranını gösteren bir özelliktir. Toplumlar, yaşlı bireylerin oranlarına göre;
• Genç toplumlar; yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranının %4'ten az olduğu toplumlar,
• Erişkin toplumlar; yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranının %4-7 arasında olan toplumlar,
• Yaşlı toplumlar; yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranının %7-10 arasında olduğu toplumlar,
• Çok yaşlı toplumlar; yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı %10'un üzerinde olan toplumlardır.

Dünya'da Yaşlı Nüfus Demografisi
Tüm dünyada, sağlık alanındaki gelişmeler ve sosyal koşullardaki iyileşmelerle birlikte doğumda beklenen yaşam süresi uzamıştır. Bu durum, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde anne-bebek ölümleri ve bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümlerin azalmasının sonucudur. Yüksek gelir grubu ülkelerde ise yaşlılarda kronik hastalıklar nedeniyle ölümlerin azaltılmasından kaynaklanmaktadır. 2015 yılı verilerine göre Dünya'da yaşlı nüfus oranı %12 ve doğumda beklenen yaşam süresi kadınlar için 73.8 yıl iken erkeklerde 69.1 yıldır. Türkiye'de yaşlı nüfus demografisi Türkiye de dünyadaki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçmektedir. 2017 TUİK verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus oranı %8.5 ve doğumda beklenen yaşam süresi kadınlarda 80.7 yıl iken erkeklerde 75.3 yıldır.

Yaşlılık dönemi sorunları
Yaşlı nüfustaki artış nedeniyle gün geçtikçe yaşlılıkla ilgili sorunlarla daha sık karşılaşılmaktadır. Bu sorunların bir kısmı yaşlının kendi fiziksel, ruhsal, ekonomik durumundan bir kısmı ise yaşlının dışındaki çevresel koşullardan kaynaklanmaktadır. Günümüzde yaşlılık bireysel sorun olmaktan çıkmış, onların yaşadıkları sorunlar toplumsal sorunları beraberinde getirmiştir. Yaşlılık döneminde yaşanan sorunlar; sağlık sorunları, sosyal ve ekonomik sorunlar, barınma sorunları ve uyum sorunları olmak üzere dört başlık altında incelenmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresinin artışı ile birlikte kronik hastalıklarda artma gözlenmiştir. Ayrıca emeklilik döneminde olan yaşlılar ekonomik problemlerle karşılaşmakta bu durum barınma ve uyum sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Yaşlıların yaşadığı yalnızlık ve sosyal izolasyon sorunları da modernleşen toplumumuzla daha da derinleşmiştir. Sorunlara bütüncül bir yaklaşım ile bakmalı ve çözüm yolları yine ortak çaba ile gerçekleştirilmelidir.

Yaşlılık Dönemi Sendromları
Demans: Önde gelen yeti yitim nedenlerinden olan demansın yaş artışı ile sıklığı da artış göstermektedir. Demansın en sık görülen alt tipi alzheimer tipi demanstır.
Deliryum: Yaşlılarda sık görülen, akut başlangıçlı, dikkat ve bilişsel bozuklukla seyreden, tanınması güç, ciddi ve sıklıkla ölümcül olabilen klinik tablodur.
Depresyon: Depresyon, üzüntülü bir duygu durum içinde bireyin kendini değersiz ve yetersiz hissetmesine; düşünme, konuşma, hareket gibi fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın görülmesine neden olan bir sendromdur. Yaş artışı ile depresyon sıklığında artış görülmesine karşın depresyonun yaşlılarda görülmesi normal bir durum değildir.
Malnutrisyon: Yaşlılarda yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, kronik hastalıkların oluşumunun

önlenmesi, bağımsız yaşam ve sağlığın temel bileşenidir. Gerek sağlıklı yaşlılar gerekse bakım veya tedavi gören yaşlıların uygun beslenme programlarına göre beslenmesi, yaşam süresi ve kalitesini artırır; aynı zamanda sağlık harcamalarını da azaltır.

Üriner İnkontinans: İstemsiz idrar kaçırma olarak adlandırılan inkontinans, yaşlılarda üriner sistemde meydana gelen fizyolojik, anatomik ve histolojik bazı değişiklikler nedeniyle olmaktadır. Eşlik eden başka hastalıklar nedeniyle oluşabileceği için yaşlı bireyin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerekmektedir.

Düşme: Yaşlılarda tıbbi ve ekonomik sonuçları açısından büyük bir halk sağlığı sorunudur. Düşmeye bağlı olarak en yüksek ölüm ve yeti kaybı yaşlı grupta bildirilmektedir. İhmal ve istismar: İhmal, gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, savsaklama ve önem vermeme durumudur. İstismar, yaşlıların güven duygusu beklentisi ile kurdukları herhangi bir ilişki/iletişim biçiminde bir defa veya tekrarlayan biçimde yaşlının zarar görmesi durumudur.

Uyku sorunları: Uyku sorunları, psikososyal faktörler, kronik hastalık varlığı, kullanılan ilaç, kronik ağrı varlığı, beslenme düzeni nedeniyle oluşabilmekte ve yaşlı bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlılara yönelik sunulan hizmetler Yaşlıların değişen toplum yapısı içinde yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, sorunlarına ve gereksinimlerine cevap verilebilmesi, aile ve toplumla bütünleşebilmelerinin sağlanmasına yönelik sağlık ve sosyal hizmetlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Ülkemizde ‘‘Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı (2015-2020)’’ ile yaşlıların yaşam koşullarını iyileştirecek ve destekleyecek programların oluşturulması sağlanmıştır. Bakıma muhtaç olan yaşlıların yaşadıkları ortamda bakılabilmesi için hastaneler, belediyeler, özel bakım merkezleri tarafından bütüncül hizmetler sunulmaktadır. Yaşlılara yönelik sunulacak hizmetlerin ana hedefi, ilerleyen yaşla bireyde meydana gelen fizyolojik değişimin yanı sıra eşlik eden hastalıkların neden olduğu fonksiyonel kısıtlılıkları en aza indirgeyerek, bireyin günlük yaşam içerisindeki bağımsızlığını ve yaşam kalitesini mümkün olan en üst düzeye çıkarabilmektir.

EPİDEMİYOLOJİNİN KAPSAMI VE KULLANIM ALANLARI

Epidemiyoloji, sözlük anlamı "halk ile ilgili" olan ve sağlık üzerine yapılan çalışmalarda kullanılan bir bilim dalıdır. Klinik ve toplum bilimlerinde sağlık olaylarının nedenlerini, kişi-yer-zaman özelliklerini, etkileyen faktörleri, bunların uygun tanı, tedavi ve korunma önlemlerini araştırır. Epidemiyolojinin temelleri, Hipokrat'ın çevresel faktörlerin sağlık üzerine etkileri konusunda yaptığı çalışmalara dayanır ve insanlık tarihi boyunca birçok sağlık olayı epidemiyolojik araştırmalar ile aydınlatılmıştır. Epidemiyoloji, sağlık olaylarının görülme sıklıklarının, bu olayların nedenlerinin ve çözüm yollarının değerlendirilmesinde kullanılan bilimsel araştırmaların sonuçlarının doğru yorumlanmasını öğreten bir bilim dalıdır. Epidemiyolojinin kullanım alanları şöyledir:

• Sağlık olaylarının zaman içindeki değişimlerinin incelenmesinde
• Toplumların sağlık sorunlarına tanı konulmasında
• Sağlık sorunlarında önceliklerin belirlenmesinde
• Hastalıkların bütün evreleri ile tanımlanması ve incelenmesinde
• Kişi ya da toplulukların sağlık olayları ile karşılaşma olasılıklarının belirlenmesinde
• Sağlık olaylarının nedenlerinin saptanmasında
• Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde
• Sağlık olaylarının çözümünde en uygun yöntemlerin belirlenmesinde Sağlık hizmet araştırmaları aşağıdaki konularda yapılabilmektedir:
• Mevcut yasalara hizmetin sunuluş biçiminin uygunluğu
• Sağlık hizmetlerinin değişen sorunlara uyumu
• Sağlık alanındaki yeni gelişmelerin ve buluşların ne oranda kullanıldığı
• Hizmetlerin toplumun bu konudaki ihtiyaçlarına cevap verip vermediği
• Toplumun yararlanılan hizmetin türü ve kalitesi hakkında görüşleri
• Verilen hizmetlerin başarısı
• Sunulan hizmetlerden memnuniyet durumu

SAĞLIK DÜZEYİNİ ÖLÇMEDE KULLANILAN EPİDEMİYOLOJİK GÖSTERGELER

Sağlık verilerinin analizi sonucunda sağlık olaylarının düzeyleri hız ve oran gibi ölçütler ile ortaya konulur. Temel epidemiyolojik ölçütler hız ve oran kavramlarından türetilmiştir.

Hız ve Oran

Belli bir toplumda belli bir zaman aralığında ortaya çıkan olay sayısının aynı toplumun aynı zaman aralığı içindeki nüfusuna veya risk altındaki nüfusa bölümüne "hız" denir. Bir toplumda belli bir sürede oluşan A olayı sayısının aynı toplumda aynı süre içindeki B olayı sayısına bölümüne ise "oran" denir.

İnsidans ve Prevalans

Belirli bir toplumda belirli bir sürede ortaya çıkan yeni vakaların görülme hızına "insidans" denir. Zaman içinde belirli bir andaki ya da belirli bir süre içindeki hastalık sıklığına "prevalans" denir. Sağlık düzeyini ölçmek için kullanılan epidemiyolojik kavramlar dört grupta incelenebilir:

1. Hastalık düzeyi ile ilgili epidemiyolojik göstergeler
a. İnsidans
b. Prevalans
2. Ölüm ile ilgili epidemiyolojik göstergeler
a. Kaba ölüm hızı
b. Özel ölüm hızları
c. Bebek ölüm hızları
d. Orantılı ölüm hızları
e. Ölü doğum hızı
f. Anne ölüm oranı
3. Doğurganlık ile ilgili epidemiyolojik göstergeler
a. Kaba doğum hızı
b. Özel doğurganlık hızları
c. Genel doğurganlık hızı
d. Çocuk-kadın oranı
4. Diğer dolaylı göstergeler
a. Nüfus ile ilgili göstergeler

b. Sağlık hizmetleri ile ilgili göstergeler
c. Beslenme ile ilgili göstergeler
d. Ağız-diş sağlığı göstergeleri Sağlık olaylarının sıklığında tespit edilen değişimlerin yorumlanmasında şu noktalara dikkat edilmesi yerinde olacaktır:
• Sağlık olayının tanı ve tedavi imkânlarının artması
• Hastalık ya da sağlık olaylarının yeni tanınması
• Hastalıkla ilgili tanı kriterlerinin değişmesi
• Risk altındaki grubun büyümesi
• Hastalıkla ilgili kayıt ve bildirim sistemindeki değişimler
• Verilen sağlık hizmetinin niteliklerinin değişmesi
Epidemiyolojik araştırmalar ile hastalıkların risk faktörleri tespit edilebilir ve bunlara yönelik birincil, ikincil ve üçüncül korunma önlemleri uygulamaya konulabilir.

EPİDEMİYOLOJİDE NEDEN KAVRAMI

Epidemiyolojik çalışmalarda, sağlık olayı ile birçok farklı özellik arasında bulunan ilişkilerin (asosyasyon) nedenselliği önemlidir. Sağlık olayı üzerinde etkili özellikler değiştirildiğinde sıklıkta değişim oluyorsa ilişkinin nedensel olduğu söylenebilir. Nedensellik şu kriterlere göre değerlendirilir:
• İlişkinin kuvveti
• İlişkinin yönü
• İlişkinin tutarlılığı
• İlişkinin özgüllüğü
• İlişkinin zamana uygunluğu
• İlişkinin eldeki bilgilere uygunluğu
Sağlık olayı ile araştırılan özellikler arasındaki ilişkinin kuvveti rölatif risk ile gösterilir. Rölatif risk, sağlık olayı ile karşılaşan gruptaki hastalık insidansının karşılaşmayan gruptaki hastalık insidansına oranıdır. Epidemiyolojide ilişki türleri aşağıdaki şekilde gruplanabilir:
1. Nedensel ilişki
a. Direkt ilişki
b. Indirekt ilişki
2. Nedensel olmayan ilişki
a. Tesadüfi ilişki
b. Artefakt
c. İkincil ilişki

EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık sorunlarını ve boyutlarını belirlemede deskriptif (tanımlayıcı) epidemiyoloji, sorunların nedenlerinin ortaya konulmasında analitik (çözümleyici) epidemiyoloji, sorunlara en uygun çözüm yollarını tespit etmede ise deneysel epidemiyolojik yöntemler uygulanmaktadır. Epidemiyolojik araştırma yöntemleri şu şekilde sınıflandırılabilir:
1. Gözlemsel araştırmalar
a. Tanımlayıcı araştırmalar
i. Bireysel düzeyde (vaka sunumları, vaka serileri)
ii. Toplumsal düzeyde (ekolojik çalışmalar)
b. Analitik araştırmalar
i. Vaka-kontrol araştırmaları
ii. Kesitsel araştırmalar
iii. Kohort araştırmaları (prospektif, retrospektif)
2. Deneysel (müdahale) araştırmalar
a. Klinik müdahale araştırmaları
b. Toplumsal müdahale araştırmaları
3. Metodolojik araştırmalar
a. Tanı yöntemlerini değerlendirme (validite) araştırmaları
b. Gözlemciler arası tutarlılık araştırmaları
c. Diğer araştırmalar (simülasyon çalışmaları)

TANIMLAYICI EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR

Tanımlayıcı epidemiyolojinin amacı sağlık sorunlarının saptanması, sorunların kişi, yer ve zaman özellikleri yönünden araştırılmasıdır. Tanımlayıcı araştırmaların üç tipi bulunmaktadır:
• Vaka sunumu
• Vaka serisi
• Ekolojik araştırmalar Tanımlayıcı epidemiyolojik çalışmaların sonuçları analitik araştırmalar için yol göstericidir.

ANALİTİK EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR

Vaka-Kontrol Araştırmaları

Bu yöntemde bir vaka grubu ve bir kontrol grubu olmak üzere iki grup alınarak etken ile karşılaşma

durumları araştırılır ve gruplar arasındaki farklılıklar saptanmaya çalışılır. Vaka-kontrol araştırmaları geriye dönük, yani hastalıktan nedene ulaşılmaya çalışılan araştırma yöntemleridir. Vaka-kontrol araştırmalarında aşağıdaki ölçütler hesaplanabilir:
• Vaka grubunda etkene maruz kalma düzeyi
• Kontrol grubunda etkene maruz kalma düzeyi
• Vaka grubunda Odds oranı
• Kontrol grubunda Odds oranı
• Tahmini rölatif risk Tahmini Rölatif Risk Hastalık ile araştırılan etken arasındaki ilişkiyi gösterir ve vaka grubu odds oranının kontrol grubu odds oranına bölünmesi ile hesaplanır. Sonuç 1'den ne kadar büyük ise hastalık ile etken arasındaki ilişki de o ölçüde güçlüdür. Odds oranı 1'den küçük ise etken hastalık için koruyucudur. Vaka-kontrol araştırmalarının olumlu yönleri şöyle sıralanabilir:
• Zaman ve maliyet yönünden avantajlıdır.
• Araştırmayı terk sorunu yoktur.
• Toplumda ortaya çıkış dönemi uzun olan hastalıkların araştırılmasında uygundur. Vaka-kontrol araştırmalarının olumsuz yönleri şu şekildedir:
• Kısıtlı gruplarda uygulandığından sonuçlar evrene genellenemez.
• Odds oranı dışında başka epidemiyolojik ölçüt hesaplanamaz.
• Kayıtlar ve hafıza faktöründen kaynaklanan olumsuzluklar olabilir.
• Taraf tutma ihtimali olabilir.

Kesitsel Araştırmalar

Kesitsel çalışmalarda bir sağlık olayının görülme sıklığı araştırılır. Kesitsel araştırmalarda "fotoğraf çeker gibi" bir zaman kesitinde neden-sonuç ilişkisinin birlikte incelenmesi söz konusudur. Kesitsel araştırmaların özellikleri şunlardır:
• Kesitsel araştırmalarda araştırılan hastalığa özgü prevalans hızı hesaplanır.
• Uygun seçim yöntemi ile alınan örnekte şüpheli etkene maruz kalan ve kalmayanların prevalansları karşılaştırılmaktadır.
• Bu çalışmalarda veri kaynağı sağlık kayıtları, anket ya da çeşitli tıbbi inceleme sonuçları olabilir.
• Aynı çalışmada çeşitli sağlık olaylarına ait prevalans değerleri hesaplanabilir. Kesitsel araştırmalarda elde edilen ölçütler şöyledir:
• Toplam prevalans
• Etken (+) prevalans
• Etken (-) prevalans Kesitsel araştırmaların olumlu yönleri şunlardır:
• Kısa zamanda, az maliyetli veri toplama imkânı sağlar.
• Aynı araştırmada birden fazla hastalığa yönelik veri toplanabilir.
• Uygun istatistiki yöntemler ile alınan örneklerden elde edilen sonuçlar topluma genellenebilir.
Kesitsel araştırmaların olumsuz yönleri şu şekildedir:
• Ulaşılan sonuçlar kohort araştırmalarının sonuçları kadar değerli değildir.
• Hafıza faktörü veri güvenilirliğini etkileyebilir.

Kohort Araştırmaları

Analitik epidemiyolojik araştırmaların en değerlisidir. Kohort araştırmalarında izleme süresi sonunda etkene maruz kalan ve kalmayan kişilerin araştırılan hastalığa yakalanma olasılıkları belirlenir. Kohort araştırmaları prospektif ya da retrospektif olmak üzere iki tipte planlanabilir. Kohort araştırmalarında hesaplanabilen ölçütler şunlardır:
• Etken (+) insidans
• Etken (-) insidans
• Toplam insidans
• Rölatif risk
• Atfedilen risk
• Korunabilirlik hızı Kohort araştırmalarının olumlu yönleri şöyle sıralanabilir:
• Neden-sonuç ilişkisi açısından en güvenilir araştırmalardır.
• Neden-sonuç ilişkisinin gerçek düzeylerini ortaya çıkaran epidemiyolojik ölçütler elde edilir.
• Çalışma sonuçlarına hafıza faktörünün etkisi sınırlıdır.
• Kohort araştırmaları etkenle temas ile hastalık arası sürenin çok uzun olmadığı durumlar için en uygun araştırma yöntemidir. Kohort araştırmalarının olumsuz yönleri şunlardır:
• Maliyeti yüksek ve zaman alıcı çalışmalardır.
• Çalışma grubunda ölüm ya da göç gibi nedenler ile araştırmayı terk sorunu vardır.
• Uzun süreli çalışmalarda araştırmacılarda da çalışmayı terk sorunu görülebilir.
• Çeşitli toplumsal olaylar (savaşlar, afetler vs.) araştırmanın tamamlanmasına engel olabilir.

MÜDAHALE ARAŞTIRMALARI

Hastalıklardan korunma önlemlerinin etkililik ve güvenilirlik düzeyleri müdahale araştırmaları ile saptanır. Müdahale araştırmalarında amaç, hastalık etkenine müdahale ile ortaya çıkacak sonucu değerlendirmektir. Müdahale araştırmaları amaçlarına göre şu şekilde sınıflandırılabilir:

1. Birincil korunma önlemlerine yönelik müdahale araştırmaları
2. Klinik deneyler
3. Sağlık hizmet araştırmaları
Müdahale araştırmaları metodolojik yaklaşıma göre aşağıdaki şekilde gruplanabilir:
1. Kontrol gruplu müdahale araştırmaları
a. Bağımsız kontrol grubu
i. Randomize (çift kör, faktöryel)
ii. Randomize olmayan
b. Önce-sonra çalışmaları (hastanın kendisi kontrol)
c. Dönüşümlü çalışmalar
2. Kontrol grubu dışarıdan olan müdahale araştırmaları
3. Kontrol grupsuz müdahale araştırmaları Müdahale araştırmaları içerisinde en güvenilir sonuçlara randomize, kontrol gruplu, çift kör çalışmalar ile ulaşılabilir. Müdahale araştırmalarında şu epidemiyolojik ölçütler hesaplanabilir:
• Müdahale grubunda insidans
• Kontrol grubunda insidans
• Rölatif etkililik
• Atfedilen etkililik
• Etkililik yüzdesi Müdahale araştırmalarının olumlu yönleri şunlardır:
• Elde edilen sonuçlar açısından oldukça güçlü çalışmalardır.
• Gruplara ayırmada randomizasyon uygulanması taraf tutmayı önler.
• Bir müdahalenin farklı sonuçları araştırılabilir. Müdahale araştırmalarının olumsuz yönleri şöyledir:
• Çalışma çok özenli planlanmalıdır.
• Etik sorunlar ile sıklıkla karşılaşılabilir.
• Sık görülmeyen hastalıklarda vaka bulma sıkıntısı yaşanabilir.
• Bazı hastalıklarda sonuçları görmek için uzun zaman alabilir.
• Müdahale yöntemini her zaman tamamen standardize etmek zor olabilir.
• Katılımcılarda araştırmayı terk sorunu yaşanabilir.
• Her şeye rağmen gözden kaçan etkili faktörler olabilir.

METODOLOJİK ARAŞTIRMALAR

Sağlık alanında kullanılan çeşitli tanı ya da tarama yöntemlerinin kalitesini tespit etmek için yapılan araştırmalara metodolojik araştırmalar denir. Metodolojik araştırmalar başlıca iki gruba ayrılır:
1. Geçerlilik (validite) araştırmaları
2. Güvenilirlik (tutarlılık) araştırmaları

Geçerlilik Araştırmaları

Sağlık olayında kullanılacak yöntemin (test, ölçek vs.) hasta ve sağlamları doğru seçebilme özelliğine geçerlilik (validite) denir. Geçerlilik çalışmalarında bu özellik araştırılır. Geçerlilik, duyarlılık ve seçicilik kavramları ile ifade edilir. Geçerlilik araştırmalarında şu ölçütler hesaplanabilir:
• Duyarlılık (sensitivite)
• Seçicilik (spesifite)
• Pozitif prediktif değer
• Negatif prediktif değer
Pratikte duyarlılığı ve seçiciliği %100 olan bir test bulmak pek olası değildir. Bu yüzden duyarlılık ve seçiciliğin tüksek olmasının istediği bazı durumlar vardır. Duyarlılığın yüksek olması istenen durumlar şunlardır:
• Taranan hastalığa tanı konulduğunda etkin tedavisi varsa
• Taramada yanlış tanı alan hastalar sağlık kurumlarına ekonomik ya da iş anlamında ek yük getirmiyorsa
• Sık tarama yapma imkânı yoksa Seçiciliğin yüksek olması istenen durumlar şöyledir:
• Taranan hastalığın etkin bir tedavisi yoksa
• Şüpheli vakaların doğrulanması sağlık kuruluşlarına ekonomik ya da iş anlamında büyük sorun yaratıyorsa
• Tarama testinin yanlış pozitif sonuç verdiği vakalar sosyal yönden sıkıntı olacaksa (AİDS vs.)
• Erken tanının hastalığın gidişatı üzerinde bir etkisi olmayacaksa
• Tanı alan vakaların tedavileri için yeterli imkân yoksa

Güvenilirlik Araştırmaları

Güvenilirlik çalışmalarında, kullanılan yöntemlerin (işlem, gözlem, muayene vs.) tüm koşullar ve uygulayıcılar aynı olmak üzere tekrarlandığında aynı sonuçlara ulaşabilme düzeyi tespit edilir. Sonuçlar arasındaki farklar değerlendirilerek kullanılan yöntemlerin güvenilirliği değerlendirilir. Tamamen aynı koşullarda tekrarlandığında yöntemlerin bazen aynı sonuçlara ulaşmasını etkileyen nedenler olabilir:
• Kullanılan araç gereçlerin bozuk olması

• Ölçülen özelliğin varyasyonu
• Uygulayıcıdan kaynaklanan nedenler

Sağlığı geliştirme, son yıllarda sağlık politikaları içinde dikkate değer bir strateji olarak yer almıştır. Daha sonra da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) "Herkes İçin Sağlık" politikasına ulaşmak için önemli bir yol kabul etmiştir. Sağlığın geliştirilmesi için sosyal adaletin var olması; Cenevre Dünya Sağlık Konferansında vurgulanmış,1978' Alma Ata ile birlikte birinci basamak hizmetleri ile istenen sağlık düzeyine erişebilmek için sağlığın gelişmesi ve sosyal adaletin önemli bir rol oynadığı kabul edilmiştir.

Sağlığı Geliştirme Kavramı

Bu konunun Ülkeler tarafından önemsenmesinin altında birçok neden vardır. Anderson, bunları 5 başlık altında toplamıştır:

• Sağlıkta iyileştirmeler ve yaşam kalitesinin artırılmasına dair istek
• Yaşamın kontrol edilebilirliğine dair istek
• Geleneksel görüşlerin sağlık eğitiminde sınırlı etkide olması
• Yaşam tarzı ve hastalık ilişkisi
• Sağlık durumu ve sağlık bakımı arasındaki ilişkinin zayıflığı. Sağlığı Geliştirme Konusunda Dönüm Noktaları 1978 yılında Alma-Ata ile başlayan ve günümüze kadar gelen sürede yapılan çeşitli toplan¬tılar ışığında sağlık için birden fazla uluslararası konferanslar yapılmış ve bildirgeler yayımlanmıştır.
• Ottowa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi(1986)
• Adelaıde Sağlığı Geliştirme Konferansı(1988)
• Milano Bildirgesi(1990)
• Sundsvall Sağlığı Geliştirme Konferansı(1991)
• Jakarta Sağlığı Geliştirme Bildirgesi(1997)
• Mexico City, Beşinci Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı(2000)
• Bangkok, Altıncı Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı ve Bildirgesi(2005)
• Nairobi, Yedinci Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı(2009)
• Helsinki, sekizinci Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı(2013)
• Şangay ,dokuzuncu Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı(2016) Ottowa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi 86 yılında Kanada da yapılmıştır. Sağlığı geliştirme adına yapılan ilk konferanstır. İlk kez bu konferansta sağlığı geliştirme; insanın sağlığı üzerindeki kontrolü ve sağlıklarını geliştirmesi için yeterli imkânların sağlanması olarak tanımlanmıştır. Ottawa Bildirgesi'nde sağlığı geliştirme adına 5 eylem alanı belirlenmiştir.
• Sağlıklı kamu politikalarının oluşturmak
• Destekleyici bir çevrenin yaratılması
• Toplum katılımının güçlendirilmesi ve işbirliği
• Bireylerin yaşam becerilerinin geliştirilmesi
• Sağlık hizmetlerinin tekrardan revize edilmesi ve ihtiyaçları karşılamasının sağlanması

Adelaide Sağlığı Geliştirme Konferansı: 1988'de Avusturalya'da yapılmıştır; sağlıklı toplum politikaları üzerine düzenmiş bir konferanstır. Kadın sağlığı, gıda, beslenme, tütün, alkol üretim ve tüketim kontrolü; destekleyici çevre üzerine öncelikli eylem alanları belirlenmiştir.

Milano Bildirgesi: 1990 yılında yapılmıştır. Aşağıda belirtilen stratejiler vurgulanmıştır.
• Herkes İçin Sağlık Hedef ve Stratejileri
• Doğal ve insan eliyle oluşturulan çevrenin kalitesinin ve doğal kaynakların sürdürülebilirliği
• Hak ve adaletin sağlanması
• Sektörler arası işbirliği ve bununla ilgili çevre ve sağlık etki değerlendirmesinin yapılması
• Sağlıklı Şehirler Projesi ve bunun gibi her düzeyde toplum sağlığı eylemleri. Sundsvall sağlığı geliştirme konferansı:sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusundaki ilk küresel konferanstır . destekleyici çevre ve sağlığın bir bütün olduğunu ,hükûmet politikalarında öncelik bu konuya verilmesini vurgulamıştır.

Konferansta:
• Eğitim,
• Yiyecek,
• Barınma ,
• Sosyal destek ve bakım,

• İş ve ulaşım konuları üzerinde durulmuştur. Jakarta konferansı:1997 yılında yapılmıştır. Alma ata dan yaklaşık 20 yıl sonrasında yapılan bu konferans Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda neler öğrenildiğini, sağlığın belirleyicilerini yeniden incelemeyi ve 21. yüzyılda sağlığı teşvik etmenin zorluklarını ele almak için benimsenmesi gereken yönleri ve stratejileri tanımlamak için bir fırsat olduğu vurgulamıştır.

Meksiko City Sağlığı Geliştirme Konferansı: 2000 yılında yapılmıştır Ülkeler arasındaki eşitsizlik en öneli vurgusu olmuştur.

Bangkok Sağlığı Geliştirme Konferansı ve Bildirgesi: 2005 yılında yapılmıştır. Bu konferansta, küresel dünyada sağlığın belirleyicilerini saptamak, buna yönelik gerçekleştirilmesi gereken adımlar vurgulanmıştır.

Nairobi Sağlığı Geliştirme Konferansı: 2009 yılında yapıldı. Üzerine vurgu yapılan konular aşağıdadır:

• Toplum güçlendirme
• Sağlık okuryazarlığı ve sağlık davranışı
• Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi
• Ortaklıklar ve sektörler arası hareket
• Sağlığın geliştirilmesi için kapasite geliştirme[1,12] Helsinki konferansı: 2013 yılında yapılmıştır.Sağlık sistemlerine, sağlık belirleyicilerine ve refahına dair kamu politikalarının sonuçlarına vurgu yapmaktadır.

Şangay Konferansı

2016 yılında yapılmıştır.İki sonuç belgesi, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi ve Şanghay Sağlıklı Kentler Konsensüsü'nde sağlığın teşviki ile ilgili Şangay deklarasyonu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlıklı yönetimler, sağlıklı şehirler, sağlık okuryazarlığı ve sosyal seferberlik yoluyla sağlığın teşviki ve geliştiricilerinin ele alınması için yollar sunmaktadır.

Dünyada Türkiye'nin de İçinde Bulunduğu Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Küresel Örnekler:

• Dünya Sağlık Örgütu Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi,
• DSÖ Avrupa Bölgesi Atina Sağlıklı Şehirler Deklarasyonu,
• Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi,
• Avrupa Kalp Sağlığı Ağı ve Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi.

Sağlığı geliştirme daire başkanlığının yaptığı kampanyalar(tamamlanan ve devam eden):

• H1N1 Pandemi Bilgilendirme Kampanyası
• Aile Hekimliği Tanıtım Kampanyası
• Evde Sağlık Hizmetleri Tanıtım Kampanyası
• Tütün ve Tütün Mamulleriyle Mücadele Kampanyası
• Obezite Mücadele Hareketi Kampanyası
• Aşıyla Hastalıkları Aşıyoruz
• Sevgi En İyi İlaçtır
• Okul Sütü Kampanyası
• ALO 182
• Bebeğimi Seviyorum Sağlıklı Besleniyorum
• Kızılay Kan Bağışı Kampanyası
• Organ Bağışı Kampanyası
• Aşı Kampanyası
• El Yıkama Kampanyası
• Akılcı Antibiyotik Kullanımı
• Halen devam edenler
• Her Gün 10 Bin Adım
• Yaşama Yol Ver
• Akılcı Antibiyotik Kullanımı Medya Kampanyası (2018)

SAĞLIK EĞİTİMİ

Sağlık eğitimi; bireyin yaşam yolu ile sağlıkla dair düşünce, kavram, inanç, tutum, davranış ve yaşam davranışı değişikliği sağlamak için yapılan herhangi bir öğrenme kazanımı olarak da tanımlanabilir. Buradaki amaç sağlıklı bir hayat sürebilmek için sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine, gerektiğinde tedavi olanaklarına erişimine ve sağlıklı çevreler oluşturmasına yönelik davranışlar kazanmasıdır.

Sağlık İçin İletişim

Sağlıklı bir eğitim için sağlıklı bir iletişim gereklidir. İletişim, "Bir kaynağın, bir mesajı alıcıya iletmesi süreci" şeklinde bir süreç olarak ele alınır. İletişim süreci beş ögeden oluşmaktadır. Bunlar; kaynak, mesaj, kanal, alıcı ve cevaptır.

Kaynak; Hedefteki alıcıda (kişi, grup) davranış değişikliği oluşturmak için iletişimi başlatan olarak ifade edilebilir.

Mesaj: Kaynağın hedefteki alıcıya ulaştırmak istediği işaretler örüntüsü olarak ifade edilebilir

Kanal: mesajı ileten araç olarak ifade edilebilir. Bunlar; sözlü ve sözsüz iletişim teknikleri, görsel araçlar, basılı-yazılı materyal ve değişik yöntemlerdir. Alıcı: Kaynağın mesajı iletmek istediği hedeftir.
Cevap: Kaynak alıcıya gönderdiği mesajların ulaşıp ulaşmadığı, ulaştıysa anlaşılıp anlaşılmadığını, alıcıdan kendisine yönelecek tepkilerden anlayacaktır. Buna cevap/ geribildirim denir.
Öğrenme, Öğretme ve Eğitim Öğrenmenin üç özelliği;
• Davranış değişikliğidir
• Öğrenme bir kazanımdır
• Öğrenme Kalıcıdır
Öğretme etkinliklerine öğretim denmektedir. Eğitim ise; "bireyin davranışlarında, kendi kazanımları doğrultusunda, bilinçli olarak istenilen davranışlar oluşturmaktır. Öğrenme Nasıl Olur? Öğrenmenin nasıl olduğuna dair kuramlar ortaya atılmıştır. Bu kuramların tümünü davranışçı ve bilişsel öğrenme kuramları olarak iki temel grupta toplayabiliriz. Davranışçı öğrenme kuramı; öğrenmeyi 3 süreçte açıklar: klasik koşullama , edimsel koşullama ve gözlem yoluyla öğrenmedir.
Bilişsel Öğrenme kuramı; Bu yaklaşıma göre; öğrenme uyarıcı ile davranış arasındaki ilişki kurmaktan daha karmaşık bir süreçtir. Bu kuramı savunanlar, öğrenmenin insanın beyninde ve sinir sisteminde oluşan içsel bir süreç olduğu görüşündedirler ve doğrudan gözlenemeyen algı, dikkat, bellek, duyuş, yaratıcılık ve anımsama üzerinde dururlar .

Halk Eğitimi

Çağdaş anlamda halk eğitimi; örgün eğitimden sonra farklı kişisel ve sosyo kültürel özellikte herhangi bir kişinin veya grubun ulaşmak istediği bilgiye devlet eliyle yada gönüllü kuruluşlar aracılığıyla ulaşmasına olanak sağlamak olarak ifade edilebilir. **Yetişkinlerin Öğrenme Özellikleri ve Engelleri**
Sağlıkla ilgili yeni bilgiler, tutumlar ve davranışlar edinmek üzere eğitimlere katılan yetişkinlerle çalışılırken onların nasıl öğrendiği dikkate alınmalıdır. Yetişkinlerin nasıl öğrendiğini anlamaya çalışmak, yetişkin eğitiminde "olumlu bir eğitim ortamı" yaratarak öğrenmeyi kolaylaştırmak anlamına gelir yetişkinlerin öğrenme özelliklerini şu şekilde sıralanabilir:
• Yetişkinler eğilimli olduğu konularla eğitimin ilişkili olmasını isterler: Eğitimciler bu yüzden sundukları konun amaçlarını açıklamalı ve yetişkinin yaşamı ile bağlantılar kurmasını sağlamalıdır.
• Yetişkinler eğitim eğilimli olduğu konuyla bağlantısı varsa daha istekli olurlar. Eğitimin başında yeni konu hakkında daha açıklayıcı hedefler koyarsa ilginin konu üzerine toplanmasını sağlayabilir.
• Yetişkinler eğitime aktif katılmak isterler; sadece yetişkinin oturup dinlemesini sağlamak başarıyı getirmez aktif olarak görüş bildirmesi,soru sorması,uygulama yapmasını ,katkıda bulunmasını sağlayacak eğitim yöntemlerini kullanmak ,yetişkini eğitimin içine dahil etmek gerekir.
• Yetişkinler eğitimde değişim isterler; tek düze bir anlatım yerine görsellik ve işitsel araçların kullanımı, grup çalışmaları, beyin fırtınası gibi dikkatlerini toplamalarına yardımcı tekniklerle eğitim verilmesi sağlanmalıdır.
• Yetişkinler pozitif geri dönüşlerin sunulmasını isterler; eğitimin amacına ulaşıp ulaşmadığının değerlendirilmesi, alınan eğitimin kişilerde oluşturduğu düzeyin bilinmesi, kafalarda konuyla ilgili soruların yanıtlanması doğru geri dönüşlerle olur.
• Yetişkinler eğitimde kaygılarını azaltacak güven ortamına ihtiyaç duyarlar. Yetişkinlerin grup içinde küçük düşme, grupla anlaşmazlıkların yaşanabilmesi ilgili kaygıları olabilir. Eğitimci bunları ön görebilmeli ve bu kaygıları azaltıcı etkinlikler düzenleyebilmelidir.
• Yetişkinler herkesten farklı bilgi, görgü ve deneyime sahip, özgün birer birey olarak görülmek isterler; eğitimci katılımcıların farklı özelliklere sahip olduklarını unutmamalı herkesin kişilik özelliklerine saygı duyarak eğitim için herkese söz hakkı vermeli ve katılımını sağlamalı.
• Yetişkinlerin özgüvenlerini korumaları gerekir. katılımcılar var olan yetenekleri ve kişisel özelliklerine grup ve eğitimci tarafından saygı duyulmasını ister eğitimci grup içinde kontrolü sağlamalı olumsuz geri dönüşleri önlemelidir.
• Yetişkinlerin hem kendinden ve hem de eğitimi verenden üst düzeyde verim beklerler. Eğitimi alan grup eğitimden üst düzeyde verim beklemektedir. eğitici başta koyduğu hedeflere ulaşma konusunda katılımcılara karsı dürüst davranmalıdır
• Yetişkinlerin kişisel ihtiyaçları önemsenmelidir. Eğitim esnasında yeterli arlıklarla ve sürelerde ara verilmeli fiziksel koşulların sağlandığına dikkat dağıtıcı objelerin olmadığı kontrol edilmelidir.

Öğrenme Engelleri:

• Knox, yetişkin için öğrenme engellerini; fiziksel görünüşün, fiziksel sağlık durumundaki birtakım engellerin(duyu organ bozuklukları),sosyal yönden eksikliklerin(statü durumu) öğrenmeye uyum, inanma ve öğrenme hızını azaltacağını savunur.
• Cross, öğrenme engellerini; içinde bulunduğu ruhsal, sosyal durum, kişisel özellikler ve eğitimin verileceği kurum ile ilişkilendirir.
• Kidd, yetişkinlerde öğrenmeyi engelleyen nedenleri öfke ve korku başlıkları altında incelemektedir.
• Rogers; öğrenmeyi engelleyen nedenlerden "baskı" üzerinde durmaktadır.

İnteraktif Eğitim Teknikleri

- Görsel işitsel araçlarla işlenen sınıf dersi
- Küçük grup çalışmaları
- Grup tartışması
- Soru-yanıt yöntemi
- Oyunlaştırma (role play)
- Vaka çalışması
- Beyin-fırtınası
- Proje çalışması
- Gösterim
- Yetiştiricilik

DERS ADI Halk Sağlığı
ÜNİTE ADI Afetler ve Afet Yönetimi
ÜNİTE NO 14
YAZAR Prof.Dr. ZAHİDE KOŞAN

Afetler ve Afet Yönetimi

Afet dendiğinde ilk olarak akla ölüm gelir. Afette en önemli unsur insandır. İnsanın olmadığı yerde afet de yoktur. Afetler, toplumların kendilerini nasıl yapılandırdıklarını ve kaynaklarını nasıl tahsis ettiklerini yansıtırlar. Aynı şiddetteki bir doğa olayı gelişmiş bir ülkede herhangi bir soruna neden olmazken, geri kalmış bir ülkede büyük boyutta kayıplara neden olabilir.

Afet Tanımı: Afet; afet bölgesindeki fiziksel, ruhsal, sosyal olarak etkilenmiş insanların (yaralıların) idaresi için, o anda mevcut kaynaklar ile tıbbi bakım ve halk sağlığı hizmetlerinin yetersiz kalması, böylece insanların ölmesi, organ / uzuv kaybetmesi ve sakat kalması ile sonuçlanan bir olaydır

Afet tıbbı: Bir afet anında, ortaya çıkabilecek ani sağlık gereksinimlerini ele alan ve etkilenen toplumdaki mevcut kaynakları en yüksek sayıda hasta ve yaralıyı kurtaracak şekilde planlayan ve kullanan bir tıp bilim dalıdır.

Afet Tıbbının Amaçları şöyle sıralayabiliriz:

• Afetlerden etkilenen toplumların sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini önlemek, azaltmak,
• Sağlık koşullarını afet öncesi duruma getirmek,
• Sağlık hizmetlerini ve kuruluşlarını korumak veya yeniden kurmaktır. Afetlerin sayısında ve etkilenen insan sayısındaki artış nedeniyle afet tıbbına ihtiyaç duyulmuştur. Afetlerin artış nedenlerini şöyle sıralayabiliriz: Nüfus artışı sonucu tehlikeli yerlere yerleşim
• İnsanların, potansiyel risklerden ve bunlarla nasıl baş edeceklerinden habersiz olması
• Trafik (kara, deniz, hava) yoğunluğunun ve kapasitesinin artması
• Hızla yaygınlaşan endüstrileşme
• Savaşlar-Terörizm

AFET SINIFLAMASI

1. Doğal Afetler

• Biyolojik afetler(Epidemik, Böcek istilaları)
• Jeofizik afetler(Deprem ve tsunami, volkan patlaması, kuru kitle hareketleri)
• Klimatolojik afetler (Sıcak dalgası, Soğuk dalgası vb.)
• Vahşi (yabanıl) yangınlar
• Hidrolojik afetler (Sel, Su basması)
• Meteorolojik afetler (Fırtına, Kasırga, Tayfun, Hortum Siklon)

2.Teknolojik Afetler

• Endüstriyel kazalar
• Ulaşım kazaları
• Nükleer kazalar
• Çeşitli kazalar

3.Kompleks İnsani Aciller

4.Terörizm Nedenlerine göre;

• Doğal Afetler
• İnsan Kaynaklı Afetler

Afetlerin Önemli Bazı Özellikleri: Afetler, oldukça sık görülmesi, tüm dünyada yaygın olması, önemli ölçüde ölüm, yaralanma, sakatlık ve mal kaybına neden olması, ortaya çıkan ilk zararın ardından, bulaşıcı hastalıklar, göç, ruhsal hastalıklar, malnutrisyon gibi ikincil zararlara yol açması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur.

AFET TIBBI TERMİNOLOJİSİ VE BAZI ÖNEMLİ KAVRAMLAR

Afet tıbbında standart terminoloji, ulusal ve uluslararası ekiplerin birbirlerini anlamaları için son derece önemlidir. Burada afet tıbbı ile ilgili bazı temel terminoloji açıklanmaktadır.

Tehlike: İnsan yaşamını, mal varlığını, afete yol açacak derecede tehdit eden, doğa ya da insan kaynaklı olaydır. Afeti tetikler. Deprem, fırtına, sel, toprak kayması, volkan patlaması, kuraklık, savaş, iç savaş, ekonomik kriz, teknolojik kazalar vb. birer tehlikedir.

İncinebilirlik-Zarar Görebilirlik: Afetin meydana gelmesi durumunda toplumun uğrayabileceği zararların bir derecesidir. Başka bir deyişle, afet nedeniyle zarar görmeye meyilli olma durumuna incinebilirlik denir. Tehlike ile incinebilirlik bir araya geldiğinde afet oluşur.

Maruz Kalma: Tehlikenin gerçekleşmesi durumunda, tehlikenin etkisine alabileceği veya etkilediği insan ve kıymetlerin miktarı ve sayısıdır. Tehlike ile karşılaşmaya maruz kalma denir.

İyileşme Yeteneği: Bir ülkenin veya bölgenin, yetişmiş insan gücü, ekonomik güç ve fiziksel kapasitesi ile afetlerin ve acil durumların yarattığı yıkımı onarma ve tekrar normal yaşamına dönme yeteneğidir.
Acil: Bir afetin önlenmesi için normal işlemlerin geçici olarak durdurulduğu ve ilave önlemlerin uygulandığı durumdur.
Afet Zararlarını Azaltma: Afetlerin sebep olduğu insan kaybını ve maddi hasarı azaltacak tedbirlerin alınmasıdır.
Afete Hazırlık: Afet oluştuğu takdirde, insani ve maddi zararları en aza indirmek için alınacak tedbirleri planlama, kurtarma ve rehabilitasyon programlarını hazırlama faaliyetleridir.
Afet Yanıtı: Afet yanıtı, afet esnasında ve afet sonrasında afetin etkilerinin çabucak giderilmesi, rehabilitasyon ve yeniden inşa olaylarını kapsayan karar ve eylemlerin tümüdür.
Rehabilitasyon: Afetin oluşmasından sonra toplumun temel sosyal fonksiyonlarının yeniden işler hale getirilmesine denir.
Yeniden İnşa: Afet tesirinden sonra, sosyoekonomik faaliyetlerin ve koruyucu önlemlerin tam anlamıyla yeniden başladığı dönemdir.
Kapasite: Kapasite, bir işi yapabilme yeteneği olarak tanımlanabilir. Afetlerde ise afetle başa çıkabilme kapasitesini ifade eder.
Acil Yönetiminde Kapasite: Acil yönetiminde kapasite denince; bilgi, otorite /yetki, kurumlar, ortaklıklar, planlar, kaynaklar ve işlemleri harekete geçirebilme gücü anlaşılır.
Afet Yönetimi: Afet yönetimi; afet olgusu karşısında hazırlık, önleme, zarar azaltma, acil müdahale ve iyileştirme için çalışan bir yönetim modelidir.
Risk: Bir bölgenin insanlarına, tesislerine, tabii ve kültürel kaynaklarına zarar verecek olayların meydana gelme ihtimalidir.

Afet Dönemleri

Her ne kadar farklı sınıflamalar yapan otoriteler var ise de, afet dönemleri pratik amaçlarla geleneksel olarak 4 evreye ayrılır.
Hazırlık Dönemi: afet oluştuğunda insan hayatını korumak ve maddi zararları minimize etmek için planlar geliştirmeyi kapsamaktadır.
Cevap Dönemi: afet oluştuktan sonra insan hayatını kurtarmak, güvenceye almak ve afetin daha fazla zarar vermesini önlemek için yapılan tüm faaliyetleri kapsar.
Toparlanma Dönemi: Toparlanma dönemi, toplumun normal yaşamına dönmesini sağlayacak faaliyetleri kapsar.
Zarar Azaltma Dönemi: afetin insanlar ve mal mülk üzerindeki hasar verici etkilerini önleme bu mümkün değilse zararlarını azaltma faaliyetlerini kapsar.

Afet Yönetimi

Afet yönetimi; afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması amacıyla, afet öncesinde, afet sırasında ve afet sonrasında alınması gereken önlemlerin ve yapılması gereken çalışmaların planlanması, yönlendirilmesi, koordine edilmesi, desteklenmesi ve etkin olarak uygulanabilmesi için toplumun tüm kesimlerini kurum ve kuruluşlarıyla faaliyetlere dâhil eden, kaynakların verimli kullanılmasını sağlayan çok yönlü, çok disiplinli ve çok aktörlü bir yönetim süreci olarak tanımlanmaktadır.

Afet yönetim sistemi:

Risk Yönetimi (Olay öncesi): Afetten korunma, nedenlerini yok etme, zararlarını önleme, bu mümkün değilse zararları azaltmaya yönelik çalışmalardır. Risk yönetiminde hedef; koruyucu, önleyici tedbirlerin alınmasıdır.
Kriz yönetimi (Olay sonrası): Yaşamı ve iş akışını yoluna koymak için yapılan müdahale, iyileştirme, yeniden yapılanma gibi yürütülen çalışmalara kriz yönetimi adı verilir. Kriz yönetimi, krizin yaralarını sarma, ikincil zararları azaltma çalışmalarıdır.

Afet Planlaması:

Afet planlamasının ilkeleri şöyle sıralanabilir:

• Tıbbi bakım, hasta/yaralı (birey) odaklı değildir.
• Kaynaklar, en çok kişiye en büyük faydayı sağlayacak şekilde tahsis edilmelidir.
• Afet planında triyaj uygulamaları da yer almalıdır. Yaralıların, kaynakların ve haberleşmenin triyajı söz konusudur.
• Afetin ilk etkisinin yol açacağı hasarlar öngörülmelidir. Afet sonrası etkiler düşünülmelidir. Sağlık hizmetleri, gıda, barınak, vb. konular da planlamaya dâhil edilmelidir.
• Afet planında, afet yönetim sistemi ve komuta yapısı yer almalıdır. (Komuta, operasyon, planlama, lojistik)

Afet Yanıtı

Afet yanıtı, afetten sonra, afette görevli bütün ekiplerce yapılan faaliyetlerdir.

Hasar Değerlendirme

Afet yanıtının kritik safhası, afetten etkilenen toplumun acil gereksinimlerini ve yardım önceliklerini belirlemek erken dönemde uygun hasar değerlendirmesi yapmaktır. Afette hasar değerlendirirken

öncelikle;
• Afet tesirinin büyüklüğü
• Sağlığa etkisi
• Sağlık hizmetleri sunum sistemlerinin bütünlüğü,
• Kurtulanların özel sağlık hizmeti gereksinimleri,
• Halk sağlığını ilgilendiren diğer hizmet sektörlerinin sorunları,
• Yerel yetkililerin afet yanıtı düzeyi belirlenir.

Afet Yanıtının Safhaları

İlk Yanıt: Afete ilk yanıtı, çoğu kez afetzedeler (vatandaşlar) ve afet yöresindeki itfaiyeci, ambulans personeli, polis ve diğer kamu görevlileri verir Olay yerindeki en deneyimli personel yönetimi ele alır ve saha komuta istasyonu kurulur. Komuta merkezi durumdan haberdar edilir ve afet planı harekete geçirilir. Acil operasyon merkezi oluşturulur. Afet bölgesinin güvenliği sağlanır. Afet bölgesine giriş ve çıkışlar sınırlandırılır.

Arama-Kurtarma: Afet yanıtının fiziksel ve duygusal bakımdan en güç görevidir. Afetzedenin önce aranarak yeri belirlenir, sonra kurtarılır. Bu sırada, afet planında yer alan, önceden belirlenmiş protokollerle, hızlı bir şekilde ilk triyaj yapılır

Triyaj: Çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, bunlardan öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin tespiti amacıyla olay yerinde ve bunların ulaştırıldığı her sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemidir. Farklı triyaj sınıflamaları mevcuttur. Bunlar arasında yaygın kullanılan sınıflamalardan biri "T" sınıflamasıdır: T 1 (İlk öncelik, renk kodu kırmızı),T2 (İkinci öncelik, renk kodu sarı); T3 (Renk kodu yeşil),T4 (Renk kodu siyah)

Yaralı Toplama Noktaları: Afet yöresinde güvenli bir yer seçilir. Sedye ile yaralı / hasta taşınabilecek bir uzaklıkta olmalıdır. Yaralıların girişi ve tahliyesi için uygun yollar olmalıdır. Burada görev yapan sorumlu hekim ve sağlık ekibi oldukça deneyimli ve eğitimli olmalıdır. Triyaj, yaralı toplama noktasında ikinci kez yapılır.

Ölü Toplama Noktaları: Yaralı toplama noktalarının yanında geçici morglar oluşturulur. Bunlar gözden uzak olmalı ve bu alanlara giriş yasaklanmalıdır. Ölüler ve eşyaları dikkatle toplanarak ve saklanarak daha sonra kimliklerinin belirlenmesine de yardımcı olunur. Tehlikeli maddelere maruz kalmış cesetler tehlike kaynağı olabilir. Genellikle, deprem sonucu ölümlerde böyle bir risk yoktur. Ölü naklinde kesinlikle ambulans kullanılmamalıdır. Ambulansla nakilde öncelik yaralı / hastalara aittir.

Tıbbi Nakil: Yaralıların uygun yönlendirilmesi için; nakil olanakları ve yaralı toplama noktası ile hastaneler arasında sürekli haberleşme yapılmalıdır. Yaralı toplama noktasında, bir tıbbi nakil sorumlusu bulunmalıdır. Bu kişi nakilleri düzenlemeli ve kayıt altına almalıdır. Genellikle, kara yoluyla nakil tercih edilir. Bazen helikopter ve uçakla nakle gereksinim duyulur.

Acil Servisler ve Hastaneler: Afete bağlı olarak bazı hastaneler yıkılmış veya hizmet veremeyecek duruma gelmiş olabilirler. Derhâl geride kalan sağlam hastaneler belirlenmelidir. Bu hastaneler, gereken hazırlıkları yapabilmeleri için olabildiğince erken uyarılmalıdırlar. Hastane afet planı uygulamaya konmalıdır. İlk yaralı dalgası, afetin olmasından sonra 30 dakika içinde hastaneye ulaşır. Bunlar genellikle hafif yaralıdır ve kendi başlarına gelmişlerdir. Bu tip yaralılar kolayca hastane kapasitesini doldurup daha sonra hastaneye ulaşacak olan ciddi yaralıların bakımını geciktirirler.

Kayıt Tutma: Afetlerde kayıt tutma önemlidir. Çünkü yaralıların kimlikleri, yerleri belirlenir, yaralının sağlık durumu kaydedilir ve sonrasında afet yanıtı değerlendirilir. Ancak, afet yanıtı sırasında gereksiz yere yapılan kırtasiyecilik bir öncelik değildir. Kayıt için daha önceden bilinen, basit ve tekrar içermeyen formlar kullanılmalıdır. Form; yaralının tarifini, eğer alınabilmişse adı-soyadını, yara tiplerini, triyaj sınıflamasını, bulunduğu ilk yeri vb. içermelidir.

Afet Sonrası İşler: Kitlesel yaralanma olaylarında, yaralıların acil tıbbi bakımı ön plandadır. Afetin iyileşme döneminde; geç yaralanmalar ve potansiyel sağlık sorunları ön plana çıkar. Bu dönemde, afetzedelere gıda, su, barınak, giyecek, ısınma vb. sağlanması önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunulmalıdır.

Afet Epidemiyolojisi: Afet epidemiyolojisi, epidemiyoloji ilkelerinin afetlere uygulanmasına dayanır. Afet epidemiyolojisi, afetin kısa ve uzun dönemde sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini inceleme ve gelecekteki sonuçlarını tahmin etme olarak tanımlanır. Ayrıca, epidemiyologlara afet durumlarında ölümleri, yaralanmaların ve hastalıkların yayılmasını nasıl önleyeceklerini gösterir.

Afetlerde Çevre Sağlığı: Çevre sağlığı yönetiminin hedeflerinden biri çevreden kaynaklanan acil durum ve afetleri önlemektir. Bu amaçla teknik ve sosyal önlemler alınmalıdır. Çevre ile ilgili teknik önlem alınacak alanlara örnek olarak; su sağlanması, sanitasyon çalışmaları, gıda güvenliği, konut ve barınak yapımı, vektör kontrolü, salgınların önlenmesi, kimyasal ve radyoaktif madde salınımlarının önlenmesi, ölü hizmetleri vb. verilebilir. Afetlerde, çevre sağlığı hizmetleri, sürekli sunulan sağlık hizmetlerinden daha önemli bir görev haline gelir.

Afetlerle İlgili Kurum ve Oluşumlar: Afet sırasında, çeşitli düzeylerde, afet ve acil durum yönetim merkezi (kriz merkezi) oluşturulur. Farklı kamu kurumlarından veya aynı kamu kurumunun farklı

bölümlerinden gelen temsilciler, afet yanıtında koordinasyonu sağlamak, verimi artırmak ve tekrarları önlemek için bir araya gelirler. Afet ve acil durum yönetim merkezleri; başbakanlık, genelkurmay başkanlığı, bakanlıklar, diğer kurumlar, il, ilçe vb. düzeyinde kurulurlar. Valiler, il düzeyinde afet yönetimi ile ilgili geniş yetkiler kullanabilirler. Yalnız kamu değil, özel sektöre ait imkânlar da afet yanıtına dâhil edilebilir. Afete yanıt, esas olarak yereldir. Ancak, her sağlık olayında olduğu gibi, afetlerden kaynaklanan sağlık sorunlarının da bir uluslararası boyutu vardır.