

TOPLUM YÖNELİMLİ SAĞLIK:

TOYS



Editörler

Bülent Kılıç

Belgin Ünal



TOPLUM YÖNELİMLİ SAĞLIK: TOYS

Halk Sağlığı Araştırmaları Derneği (HASAD) Yayınları

Yayın No: 2019/1



"Kasım 2019 - İZMİR"

Dernek Adresi:

Halk Sağlığı Araştırmaları Derneği

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı - Balçova/İZMİR

Telefon: 0.232.4124001

Kitap Siparişi İçin:

e-mail adresi: hasad.dernek2008@gmail.com

©2019 EMA Tıp Kitabevi Yayıncılık Tic. Ltd Şti

TOPLUM YÖNELİMLİ SAĞLIK: TOYS

Editör: Bülent Kılıç, Belgin Ünal

ISBN: 978-605-80443-1-9

1. Baskı: 2019

5846 ve2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince yazarların ve yayıncısının yazılı izni alınmadan tekrarlanamaz, basılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz; resim, şekil, şema, grafik, vb'ler kopya edilemez. Her hakkı EMA Tıp Kitabevi Yayıncılık Tic. Ltd. Şti'ne aittir.



EMA Tıp Kitabevi Yayıncılık Tic. Ltd. Şti.

Şehremini Mah. Emek Sok. No:10. 34093. Fatih - İstanbul

Tel: 0212 532 09 41

www.ematip.com

e-mail: bilgi@ematip.com

Genel Yayın Yönetmeni: Adnan ASLAN

Yayıncı: EMA Tıp Kitabevi Yayıncılık Tic. Ltd. Şti.

Yayıncı Sertifika No: 43060

Baskı/Cilt: Punto Ajans

Merkez Mahallesi Abidei Hürriyet Cad. Hasat Sk. No 52/1 Kamara İş Merkezi Şişli/İstanbul

Matbaa Sertifika No: 44527

Grafik Tasarım: Ayşe Çalışkan

Redaksiyon: Murat Narsap

Baskı Tarihi: 2019

TOPLUM YÖNELİMLİ SAĞLIK: TOYS

Halk Sağlığı Araştırmaları Derneği (HASAD) Yayınları

Yayın No: 2019/1



Editörler

Prof. Dr. Bülent KILIÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Prof. Dr. Belgin ÜNAL

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Bölüm Yazarları

Dr. Bülent KILIÇ

Halk Sağlığı Profesörü, Halk Sağlığı Uzmanı

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Dr. Belgin ÜNAL

Halk Sağlığı Profesörü, Halk Sağlığı Uzmanı, MPH, PhD (Halk Sağlığı)

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Dr. Gönül DİNÇ HORASAN

Halk Sağlığı Profesörü, Halk Sağlığı Uzmanı

İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Dr. Mestan EMEK

Halk Sağlığı Uzmanı, Epidemiyoloji Yan Dal Uzmanı, Dr. Öğretim Üyesi

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antalya

Dr. İbrahim PADIR

PhD (Halk Sağlığı)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Konak İlçe Sağlık Müdürü, İzmir

Önsöz

Jaime Gofin, Rosa Gofin

Temmuz 2019 / Kudüs

Geleceğin sağlık hizmetleri, ulaşılabilir sağlık hizmetleri yoluyla toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına ve toplumun sağlığının geliştirilmesine bağlıdır. Teknolojideki hızlı gelişim, daha yeni, etkili tanı ve tedavi ürünlerinin üretilmesine neden olmakta ve dolayısıyla bu durum sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmaktadır. Öte yandan sağlık hizmetleri alanında toplumun sağlık durumunun çok küçük bir bölümünü etkilemekte ve toplumun sağlık düzeyi alanında sağlığın asıl belirleyicileri olan sağlık davranışı, sosyal çevre, fiziksel çevre, genetik özelliklerle belirlenmektedir.

Günümüzde sağlığın salt bireysel risklerle ilişkili değil aynı zamanda içinde yaşanan aile ve toplum bağlamında da ele alınmasına yönelik bir paradigma değişikliği gerekmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin toplum yönelimli olması gereksinimi vardır.

TOYS hizmetleri hakkındaki bu kitap, sağlık profesyonellerinin ve gelecekte toplum yönelimli yaklaşımın oluşturulması, geliştirilmesinde liderlik edecek olan sağlık ekibini oluşturacak sağlık bilimleri öğrencilerinin eğitiminde çok değerli bir kaynak olacaktır.

Toplum yönelimli sağlık hizmetleri kavramı, tüm toplumun gereksinimlerine yanıt veren bir yaklaşımdır. Günümüzde farklı ülkelerin sağlık sistemleri, hizmet verdikleri toplumun sağlık tehditlerinden korunması, toplumun sağlığının geliştirilmesi için toplum yönelimli sağlık hizmetleri yöntem ve ilkelerinin formüle edilmesinin önemini farkındadır. Bu zorluklarla mücadele edebilmek için sağlık hizmeti sunucusundan politika belirleyicilere kadar tüm sağlık profesyonelleri, toplum yönelimli sağlık hizmetlerinin sunulmasında gerekli hazır araçlara gereksinim duyar. Bu amaca ulaşmak için toplum yönelimli uygulamaların organizasyonunu destekleyecek ve toplum içinde uygulanabilecek gerekli kavramsal, yöntemsel çerçevelerin desteğine sahip olmak gerekmektedir. Bilinen yaklaşım yöntemlerinin, ilkelerinin sağlık sistemlerinin ve toplumun özgül gerçeklerine göre adapte edilmesi toplum yönelimi anlamına gelir.

Toplum yönelimli sağlık hizmeti uygulama deneyimleri, bu yaklaşımın maliyet açısından uygun, etkili ve toplum tarafından da kabul edilebilir olduğunu göstermiştir. Toplum yöneliminin iki önemli örneği birinci basamakta uygulanan Toplum Yönelimli Sağlık (TOYS/COPC) ve tüm basamaklarda uygulanan Toplum Yönelimli Halk Sağlığıdır

(TOYHAS/COPH). TOYS tanımlanmış bir toplumdaki hasta, yüksek riskli veya sağlıklı kişiler için birinci basamak sağlık hizmeti sunarken aynı zamanda tüm toplumun sağlığının geliştirilmesine de odaklanmak demektir. TOYHAS ise sağlık sisteminin değişik düzeylerinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetlerini içeren toplum sağlığı programlarının, aynı toplum için çalışmakta olan farklı sektörlerin, grupların işbirliği ve koordinasyonu ile uygulanması anlamına gelir. Toplum yönelimi uygulamalarının anahtar bileşenleri, sağlık profesyonellerinin toplum yönelimi konusundaki bilgi, beceri ve tutumlarıdır. TOYS farklı ülkelerde, sağlık sistemlerinde birinci basamakta uygulanan toplum yönelimi deneyimlerinin yöntem ve ilkelerini dikkate almaktadır. TOYS uygulama sonuçlarının sağlığı desteklemesi ve geliştirmesi, TOYS'un etkililiğini göstermektedir. TOYS uygulamalarının bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarda düşüşü sağladığı, sağlıksız davranışları değiştirdiği, bebek ölüm hızını azalttığı, bebeklerin büyüme ve gelişmesini desteklediği, sağlık ekiplerinin çalışmasını kolaylaştırdığı gösterilmiştir.

TOYS hizmetlerinin bir örneği İspanya'nın Katalonya Bölgesinde yapılan uygulamalardır. Katalonya'da 1987 yılından beri birçok kez, ağırlıklı olarak aile hekimleri olmak üzere sağlık profesyonelleri TOYS hizmetleri grup çalışmalarına katılmışlardır. Bu çalışmalar, Güney Afrika'da TOYS uygulamalarının öncülerinden olan ve bizim de pek çok makalede birlikte yazarlık yaptığımız Sidney ve Emily Kark'ın yazdıklarını okuyan Katalan Aile ve Toplum Hekimliği Birliğinin (CAMFIC) yüksek düzeyde motive üyeleri tarafından başlatılmıştır. İspanya'da bu eğitimlerde yaklaşık 500 kişiyi eğittik ve katılımcıların hatırı sayılır bir bölümü bölgede TOYS uygulamalarına başladı. Günümüzde Katalonya'da 100'den fazla sağlık merkezi TOYS uygulamalarını sürdürmektedir ve bu sağlık merkezleri TOYS Çalışma Grupları olarak bir iletişim ağı oluşturmuşlardır. Son dönemde toplum yönelimli yaklaşım yerel hükümet tarafından da tüm Katalonya Bölgesi için resmi bir politika olarak kabul edilmiştir. Motive olmuş sağlık çalışanları, sağlık sistemindeki reformlar ve uzmanların desteği yıllar içinde sağlanan bu sürdürülebilir kalkınmanın kolaylaştırıcıları olmuştur.

Türkiye'de İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi ve İstanbul'da değişik üniversitelerde çeşitli TOYS eğitimlerine katıldık. Aynı zamanda Ankara'da tüm ülkeden Sağlık Bakanlığı çalışanlarına Sağlık Politikası ve Yönetim Kursu kapsamında TOYS eğitimleri yaptık. Kudüs'teki Halk Sağlığı Okulumuzun Türk mezunları da bu kursların düzenlenmesinde bizimle işbirliği yaptılar ve yardımcı oldular.

Değişik ülkelerde ve sağlık sistemlerinde Halk Sağlığı Okulları, Tıp Fakülteleri, aile hekimleri, Sağlık Bakanlığında gelen sağlık profesyonellerine yönelik yaptığımız

eğitimlerden toplum yönelimli yaklaşımın temel ilkelerinin, değerlerinin eşitlik ve sosyal adaleti sağlamadaki üstünlüğünü, kentsel ve kırsal alana uyarlanabildiğini gördük. Aynı zamanda sağlık sisteminin çok parçalı olduğu, sadece başvuranın talebine dayalı ve sağlık hizmetinin maliyetinin toplumun karşılayabileceğinden yüksek olduğu durumlarda sağlık çalışanlarının karşılaştığı sıkıntılara, zorluklara tanık olduk. Her ne kadar bir ülkenin sağlık sistemi değişime dirençli olduğu için yeterince gelişemese bile evrensel kapsayıcılık ilkesi toplum yönelimli uygulamalar için iyi bir fırsat sunmaktadır.

Bu kitabın bölümleri okuyucuya toplumun gereksinimlerine sistematik bir süreç yoluyla yanıt vermede kılavuzluk yapan adım adım yaklaşımlar sunmaktadır. Kitabın bölümleri, toplumun tanımlanması; sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi; önceliklerin saptanması, ayrıntılı değerlendirme yapılması, sürveyans, uygulama ve değerlendirme basamaklarını detaylandırmaktadır. Değerlendirme aşaması, yapılan girişimlerin gözden geçirilmesiyle programın düzeltilmesi veya devamıyla ilgili gereksinimler ve sürdürülebilirliğiyle ilgili gerekli bilginin elde edilmesini sağlar. Bu yolla ek olarak ortaya çıkan yeni öncelikli sorunlar için yeni programların oluşturulma süreci başlatılabilir.

Bu kitabın yaklaşımı ve içeriği, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda toplum yönelimli yaklaşımla TOYS'un nasıl yeni bir paradigma önerdiğini göstermektedir. Sağlık hizmetlerindeki bu yaklaşımın kavramsal çerçevesi; TOYS'a özgül uygulamalar için kullanışlı olması yanında aynı zamanda toplumun sağlık sorunlarının değerlendirilmesinde ve çözümünde de organize ve esnek bir yol sağlamaktadır.

Bu kitap öğrencilere ve sağlık profesyonellerine, bireye yönelik sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesiyle birlikte aynı zamanda aile ve toplumu dikkate alan bir bağlamda tüm toplumun sağlık durumunu etkileyecek olan bir çerçeve sunarak yararlı olacaktır. Tanınmış iki Türk halk sağlığı profesyoneli tarafından editörlüğü yapılan kitaptaki ilkeler, yöntemler ve sistematik yaklaşıma ek olarak kitaptaki TOYS uygulama örnekleriyle de toplum yönelimli sağlık hizmetleriyle kalkınmanın araçları gösterilmiş olacaktır.

Kitabın editörleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden seçkin halk sağlığı kariyerine sahip iki akademisyendir. Dr. Belgin Ünal (MD, MPH, PhD) Halk Sağlığı Anabilim Dalının geçmişteki, Dr. Bülent Kılıç ise şu andaki başkanıdır. Her ikisi de güçlü bir araştırma geçmişiyle çok sayıda yayına sahiptirler. Bu kitap, yazarların 10 yılı aşkın bir süredir tıp öğrencilerine, halk sağlığı profesyonellerine yönelik yaptıkları sistematik toplum yönelimli yaklaşım konusundaki eğitim ve uygulama deneyimlerini bir araya

getirmektedir. Türkiye toplumunun gerçeklerinden süzülen bu deneyim birikimi, bu kitaba, toplum yönelimli sağlık yaklaşımının teorik temellerinin uygulanması, analiz edilmesi ve tanımlanmasındaki değerini vermektedir.

Jaime Gofin, MD, MPH

Sosyal Tıp Emekli Profesörü

(Hebrew Üniversitesi Hadassah Halk Sağlığı
ve Toplum Hekimliği Okulu, Kudüs)

Rosa Gofin, MD, MPH

Sosyal Tıp Emekli Profesörü

(Hebrew Üniversitesi Hadassah Halk Sağlığı
ve Toplum Hekimliği Okulu, Kudüs)

***Bilmek yeterli değildir, uygulamak gerekir
İstemek yeterli değildir, yapmak gerekir***

Goethe

Editörlerden

Türkiye Cumhuriyeti'nde 1923 yılında Refik Saydam'la başlayan ve önceliği bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye veren sağlık sistemi, 1961 yılında çıkartılan "Sosyalleştirme" yasası ile yeni bir döneme girmiş ve bölge tabanlı örgütlenen Sağlık Ocağı modelini yaşama geçirmiştir. Sosyalleştirme yasasının mimarı ve aynı zamanda Türkiye'de halk sağlığının da öncülerinden olan Prof. Dr. Nusret Fişek'in en önemli özelliği, Türkiye'de ilk defa halk sağlığı ile birinci basamak sağlık hizmetlerini bir arada sunan entegre bir modeli (sağlık ocağı) yaygınlaştırmış olmasıdır. Bu yaklaşım aynı zamanda Türkiye'de halk sağlığı uzmanlık eğitiminin de temelini oluşturan ve tam olarak da bu kitapta anlatılmaya çalışılan Toplum Yönelimli Sağlık (TOYS) hizmetleri yönetiminin bir sistem olarak ülkenin tamamına yayılması hareketidir. Nitekim TOYS yönetiminin temel ilkeleri olan "belirlenmiş bir nüfusta, sağlık sorunlarının sistematik olarak tanımlanması ve birinci basamakta çözümler üretilmesi" yaklaşımı sağlık ocakları aracılığıyla Türkiye'nin Doğu illerinden başlayarak 20-25 yıllık bir süre içinde ülkenin tamamına yayılmıştır.

Ancak 1970-2000 arası yıllarda ülkemizin yaşadığı politik çalkantılar ve Sağlık Bakanlığı'nın özelleştirmeci ve kamu sağlık alanındaki yetersiz destek politikaları, 2000'li yıllarda bizleri bambaşka bir noktaya getirdi. "Sosyalleştirme" modelinin coğrafi olarak belirlenmiş bir sağlık bölgesinde öncelikli sağlık sorunlarına yönelik olarak kurgulanması yaklaşımı yerini 2005 yılından başlayarak bölge tabanlı olmayan bir aile hekimliği sistemine ve aile hekimlerinden oldukça kopuk bir Toplum Sağlığı Merkezi modeline (şimdilerde İlçe Sağlık Müdürlüğü) bıraktı. Dolayısıyla sağlık sistemimiz, yatay düzlemde birinci basamak sağlık hizmetleriyle halk sağlığı hizmetlerinin yeterince entegre edilemediği, dikey düzlemde ise birinci basamakla hastaneler arasında sevk ve entegrasyonun nerdeyse hiç uygulanmadığı, buna ek olarak 2011 yılından itibaren il ve ilçe düzeyinde iki-üç başlı dolayısıyla yönetimi oldukça zor, karmaşık ve verimsiz bir yapıya dönüştürüldü.

TOYS hizmetleri yönetim kitabı işte tam da bu noktada birinci basamakta sağlık hizmeti sunmaya çalışan İl-İlçe Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi ve Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına yönelik bir rehber olarak hazırlanmıştır. Kitap akademik bir çalışma olmak yerine ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamaktaki dinamiklerine halk sağlığı bakış açısıyla, toplum yönelimli olarak hazırlanmaya çalışılmıştır. Kuramsal olmaktan çok pratiğe odaklanmaya çalışan bir yönü vardır. Ancak ülkemiz sağlık sistemindeki hızlı değişimler bu kitap için de oldukça önemli bir dezavantajdır. Çünkü bugün İlçe Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı

Merkezi veya Aile Sağlığı Merkezi olarak bildiğimiz yerler yarın başka bir isimle (Sağlıklı Hayat Merkezi vb) veya başka bir gevle karşımıza çıkabilir. Aynen 2017 yılının son günlerinde Halk Sağlığı Müdürlüklerinin bir gecede "Başkanlık" adı altında isim değiştirmesi gibi. Ancak isimler ve sistemler değişse de birinci basamakta halk sağlığı bakış açısıyla, epidemiyoloji ve sağlık yönetiminin temel ilkelerini uygulamaya çalışan her sağlık personeli bu kitabı rahatlıkla kullanabilecektir.

TOYS hizmetleri yönetimi 2000'li yıllardan itibaren değişik kongre, sempozyumlarda birkaç günlük kurslarla değişik ögrenci gruplarına ve sağlık çalışanlarına aktarılmış, bu kitabın editörleri tarafından Dokuz Eylul Universitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Halk Sağlığı Doktora Programında ders olarak verilmiş ve Dokuz Eylul Universitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında tıpta uzmanlık eğitiminde tüm halk sağlığı araştırma gevlilerine 2006 yılından itibaren standart bir eğitim olarak sunulmuştur. TOYS uygulaması 2007 yılında İzmir'de aile hekimliği modeline geçildikten ve Narlıdere Eğitim, Araştırma ve Sağlık Bölge si kapatıldıktan sonra Dokuz Eylul Universitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında intern doktorların eğitiminde 4 haftalık bir kurs olarak uygulamaya konulmuştur. Bu kurslar 12 yıldır başarıyla sürmektedir. Dolayısıyla bu kitapta yaklaşık 20 yıldır süre gelen tüm bu uygulamaların bir özetini bulmuş olacaksınız.

Bu süreçte bizlere fikirleriyle ufuka aan ve ilham veren ogrencilerimize, Dokuz Eylul Universitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın TOYS eğitimlerinde intern doktorlara danışmanlık yapan tüm ogretim uyesi ve araştırma gevlilerine, Narlıdere, Balçova, Güzelbahçe, Konak ve Gaziemir İlçe Sağlık Müdürlükleri çalışanlarına, intern eğitimi sorumlularına, kurum yöneticilerine ve TOYS eğitimini Türkiye'de başlatarak bu konuda bizimle bildiklerini paylaşan, her aşamada bizlere yardımcı olan ve bu kitabın önsözünü de yazarak bizleri onurlandıran Kudüs Hadassah Halk Sağlığı Okulu emekli ogretim uyerleri Prof. Dr. Jaime Gofin ve Prof. Dr. Rosa Gofin'e büyük bir teşekkür borçluyuz.

Bu kitabın halk sağlığı uzmanları başta olmakuzere sahada çalışan tüm sağlık personeline yardımcı olması dileğiyle...

Bülent Kılıç, Belgin Unal

Editörler

Ekim 2019 / İzmir

İÇİNDEKİLER

Önsöz	i
Editörlerden	v
İçindekiler	vii
Kısaltmalar Listesi	xii
Tablolar Dizini	xv
Şekiller Dizini	xviii
1. TOPLUM YÖNELİMLİ SAĞLIK (TOYS) HİZMETLERİ YÖNETİMİ	1
1.1 TOYS Nedir?	1
1.2 TOYS Kim İçin?	8
1.3 TOYS Nasıl?	9
1.4 TOYS Döngüsü	9
1.5 TOYS ve Yönetim Döngüsü	11
2. TOPLUMUN TANIMLANMASI	19
2.1 Toplum Nedir?	19
2.2 Toplumsal Bakış Açısı	24
2.3 Toplumsal Tanı İçin Bilgi Kaynakları	25
2.4 Toplumun Tanımlanması Aşamaları	26
Toplumun Tarihsel, Coğrafi, Sosyal Özelliklerinin Belirlenmesi	26
Nüfus Verileri	28
Hastalıklarla İlgili Veriler	31
Ölümlerle İlgili Veriler	34
Üreme Sağlığı ile İlgili Veriler	38
Çevre ve İş Sağlığı ile İlgili Veriler	41
Sağlık Hizmeti Kullanım İstatistikleri	41
Sağlık İnsangücü ve Kuruma Ait Veriler	42
Riskli Sağlık Davranışları ile İlgili Veriler	43
Hastalık Yüküyle İlgili Veriler	43
2.5 Toplumsal Tanı İçin Yanıtlanması Gereken Sorular	47

3. ÖNCELİKLERE KARAR VERME	55
3.1 Öncelikli Sorunlar Listesi	57
3.2 Önceliklere Karar Verme Yöntemleri	61
Üçlü Puanlama -Vaughan ve Morrow yöntemi	61
Hanlon yöntemi	64
Karma Puanlama yöntemi	66
3.3 TOYS Yönetiminde Önceliklere Karar Vermede Toplum Katılımı	70
Toplum Katılımıyla İlgili Tanım ve Temel İlkeler	71
Katılımın Farklı Düzeyleri	73
Toplum Katılımının Sağlanması Aşamaları	74
Toplum Katılımının Yararları	75
Toplum Katılımını Engelleyen Etmenler	76
Toplum Katılımının Sonuçları	77
4.SORUNLARIN AYRINTILI DEĞERLENDİRİLMESİ	79
4.1 Sorunun Nedensellik Ağının Hazırlanması	79
4.2 Seçilen Sağlık Sorunu ve İlişkili Etkenlerin Yaygınlığı	86
4.3 Seçilen Sağlık Sorunuyla İlgili Etkinliklerin Gözden Geçirilmesi	88
4.4 Sağlık Sorunu ile İlgili Etkin Girişimlerin ve Deneyimlerin Araştırılması	91
4.5 Kanıta Dayalı Karar Verme	92
Kanıt Değerlendirirken Kullanılan Araçlar ve Süreçler	94
Eylem İçin Yeterli Kanıt Varlığına Karar Verme	95
Kanıta Dayalı Uygulama Basamakları	96
Kanıta Dayalı Uygulamaların Önündeki Engeller	99
5. TOYS YÖNETİMİNDE GİRİŞİMİN PLANLANMASI	104
5.1 Girişim Programının Amaçlarının Belirlenmesi	105
5.2 Program Hedefleri ve Etkinliklerinin Belirlenmesi	106
5.3 Eylem Planlarının Hazırlanması	110
5.4 Kaynaklar ve Bütçenin Belirlenmesi	126
5.5 TOYS Planlama ve Uygulamasında Yönetime Katılımın Sağlanması	126
Doğrudan Yönetime Katılma Türleri	127
Dolaylı Olarak Yönetime Katılım Türleri	128

Yönetime Katılmanın Yararları	128
Yönetime Katılımı Engelleyen Etmenler	129
5.6 TOYS İçin Sağlık Personelinin Motivasyonunun Sağlanması	129
Kişiyi Geliştirme Uygulamaları	130
İş Geliştirme Uygulamaları	131
Sosyal İlişkileri Geliştirme Uygulamaları	131
5.7 TOYS İçin Sektörler Arası İşbirliğinin Sağlanması	131
Sağlıkta Sektörler Arası Eylemi Başlatma Adımları	134
Sektörler Arası İşbirliği Örnekleri	135
Sektörler Arası İşbirliğinin Avantajları	137
Sektörler Arası İşbirliğinin Önündeki Engeller	137
5.8 TOYS Uygulamasında Koordinasyonun Sağlanması	137
Koordinasyonun Bileşenleri	138
Koordinasyonun Amaçları	138
6. PROGRAM DEĞERLENDİRME, SÜRVEYANS VE VERİ KAYNAKLARI	141
6.1 Program Değerlendirmenin Basamakları	142
6.2 Değerlendirme Ölçütleri	150
6.3 Değerlendirme Çeşitleri	152
Program Gözden Geçirme	152
Deneysel Program Değerlendirmesi	154
Değerlendirme İçin Hedef Toplum Belirlenmesi	155
Değerlendirme Araçları	156
Değerlendirme Ölçütleri	156
6.4 Sürveyans: TOYS Programı Değerlendirme ve İzleme İçin Araç	156
Tanımlar ve Temel Kavramlar	156
Sürveyansın Amacı Nedir?	158
TOYS'ta Sürveyans Verilerinin Kullanımı	159
Sürveyans Sistemlerinin Planlanması	161
Sürveyans Sisteminin İzlenmesi (Monitörizasyon)	163
6.5 Ülkemizdeki İkincil Veri Kaynakları	164
Genel Nüfus Sayımları ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi	164
Ölüm Kayıtları, Ölüm Bildirim Sistemi	165

e-Sağlık Uygulamaları	166
Türkiye Sağlık İstatistikleri	168
Periyodik Araştırmalar	169
7. TOYS ve SAĞLIK ETKİ DEĞERLENDİRMESİ	174
7.1 Sağlık Etki Değerlendirmesi Tanımı	174
7.2 Sağlık Etki Değerlendirme Teknikleri	176
7.3 Sağlık Etki Değerlendirmesini Kim Yapar?	177
7.4 Sağlık Etki Değerlendirme Basamakları	177
Tarama	178
Kapsam Belirleme	179
Risk Değerlendirmesi	180
Raporlama	185
Raporun Karar Vericilerle Paylaşılması	185
İzleme ve Değerlendirme	186
7.5 Sağlık Etki Değerlendirmesine Toplum Katılımı	186
7.6 Farklı Tarafların Görüşlerinin Alınması	186
8. SONUÇ	188
8.1 TOYS ve Engeller	188
8.2 TOYS ve Kazanımlar	190
8.3 TOYS ve Gelecek	190
8.4 TOYS ile ilgili Uluslararası Literatür	192
8.5 Sonuç	193
9. TOYS YÖNETİMİ İÇİN ÖRNEK UYGULAMA	196
9.1 TOYS Döngüsü 1. Aşama: Toplumu Tanıma	196
9.2 TOYS Döngüsü 2. Aşama: Öncelikli Sağlık Sorunları	217
9.3 TOYS Döngüsü 3. Aşama: Sorunun Ayrıntılı Tanımlanması	221
9.4 TOYS Döngüsü 4. Aşama: Planlama	243
9.5 TOYS Döngüsü 5. Aşama: Program Değerlendirme ve İzleme	254

Dizin	258
İngilizce Önsöz	267
Teşekkür	271
Editörlerin ve Yazarların Özgeçmişi	272

Kısaltmalar Listesi

AB	Avrupa Birliği
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AP	Aile Planlaması
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CBPH	Community Based Public Health
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CINDI	Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention
CO	Community Oriented
COPC	Community Oriented Primary Care
COPH	Community Oriented Public Health
CVO	Cerebro Vasküler Olay
ÇED	Çevresel Etki Değerlendirmesi
DALE	Disability Adjusted Life Expectancy
DALY	Disability Adjusted Life Years
DEÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi
DFLY	Disability Free Life Expectancy
DHS	Demographic and Health Surveys
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DW	Disability Weight
GP	Genel Pratisyen
GZOT	Güçlü, Zayıf, Olanaklar, Tehditler
HALE	Healthy Life Expectancy
HASAD	Halk Sağlığı Araştırmaları Derneği
HASUDER	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
HEALY	Healthy Life Year
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSBS	Halk Sağlığı Bilgi Sistemi
HÜNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

IOM	Institute of Medicine
İSG	İş Sağlığı ve Güvenliği
İSM	İlçe Sağlık Müdürlüğü
KDH	Kalp ve Damar Hastalıkları
KDS	Karar Destek Sistemi
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
KKK	Kızamık Kızamıkçık Kabakulak
KÖH	Kaba Ölüm Hızı
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
MHRS	Merkezi Hastane Randevu Sistemi
MSVS	Minimum Sağlık Veri Setleri
NAH	Nüfus Artış Hızı
NCD	Non Communiabile Diseases
NUTS	Nomenclature of Territorial Units for Statistics
ÖBS	Ölüm Bildirim Sistemi
PEARL	Pertinence Economy Acceptability Resources Legality
PHC	Primary Health Care
QALY	Quality Adjusted Life Years
RIA	Rahim İçi Araç
RKÇ	Randomize Kontrollü Çalışma
SAHAM	Sağlıklı Hayat Merkezi
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SED	Sağlık Etki Değerlendirmesi
SKRS	Sağlık Kodlama Referans Sunucusu
SM	Sağlık Müdürlüğü
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SVO	Serebro Vasküler Olay
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TDH	Toplam Doğurganlık Hızı
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk faktörleri Çalışması

TKrHRF	Türkiye’de Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOYS	Toplum Yönelimli Sağlık
TOYHAS	Toplum Yönelimli Halk Sağlığı
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TURDEP	Türkiye Diyabet, HT, Obezite, Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UHS	Uluslararası Hastalık Sınıflaması
UVS	Ulusal Veri Sözlüğü
VSD	Verem Savaş Dispanseri
WHO	World Health Organisation
YLD	Years Lost with Disability
YLL	Years of Life Lost
YÖÖH	Yaşa Özel Ölüm Hızı

Tablolar Dizini	sayfa
Tablo 2.1 Hastalık Yükü Değerlendirmelerinde Kullanılan Temel Kavramlar	44
Tablo 2.2 Türkiye'de Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalığın Dağılımı, 2000	45
Tablo 2.3 Türkiye'de Ulusal Düzeyde DALY Kaybına Neden Olan İlk 10 Hastalık, 2000	46
Tablo 3.1 TOYS Öncelikli Sağlık Sorunları Listesi	58
Tablo 3.2 Üçlü Puanlama Yöntemine Göre Öncelik Belirlemede Önerilen Ölçütler ve Puanlama Sistemi	62
Tablo 3.3 TOYS Hizmetlerinde Vaughan ve Morrow Yöntemine Göre Yapılan Bir Öncelik Belirleme Çalışmasının Sonuçları (Örnek-1)	62
Tablo 3.4 TOYS Hizmetlerinde Vaughan ve Morrow Yöntemine Göre Yapılan Bir Öncelik Belirleme Çalışmasının Sonuçları (Örnek-2)	63
Tablo 3.5 TOYS Hizmetlerinde Karma Puanlama Yöntemine Göre Yapılan Bir Öncelik Belirleme Çalışmasının Sonuçları- Yeşilbahçe İlçe Sağlık Müdürlüğü (Örnek-1)	67
Tablo 3.6 TOYS Hizmetlerinde Karma Puanlama Yöntemine Göre Yapılan Bir Öncelik Belirleme Çalışmasının Sonuçları-Yeşiltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü (Örnek-2)	68
Tablo 3.7 Yeşiltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü Bölgesinde Gruplandırılmış Sağlık Sorunları	69
Tablo 3.8 Öncelikleri Belirlemede Kullanılabilecek Ek Ölçütler	70
Tablo 4.1 Sorunun Ayrıntılı Değerlendirilmesinde Veri Toplama Yöntemleri	87
Tablo 4.2 Halk Sağlığı Araştırmalarının Sonuçlarının Niteliğini ve Yöntemini Değerlendirirken Yanıtlanması Gereken Sorular	97
Tablo 4.3 Kanıta Dayalı Halk Sağlığı Uygulamalarında Engeller ve Çözümler	99
Tablo 5.1 Yeşildere İSM 2017 Yılı Ölüm Kayıtlarını Düzeltme Eylem Planı	111
Tablo 5.2 Yeşiltepe İSM Bölgesinde 2018 Yılında Yaşlı Sağlığı Hizmetlerine Erişim Kısıtlılığının Azaltılması Eylem Planı	115
Tablo 5.3 Yeşilova İSM Bölgesinde Hepatit A Salgınına Müdahale Eylem Planı	122
Tablo 5.4 Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018)	136
Tablo 6.1 Koroner Kalp Hastalığını (KKH) Önlemeye Yönelik Bir Programın Değerlendirmesinde Kullanılabilecek Yapısal, Süreç ve Sonuç Parametreleri	153

Tablo 6.2	Sürveyansta Amaç, Eylem, Sistem ve Elde Edilen Veri	159
Tablo 6.3	Sürveyans Verilerinin Kullanımı	160
Tablo 7.1	Sağlık Etki Değerlendirmesi Yapılması Önerilen Öncelikli Alanlar	175
Tablo 7.2	Sağlık Etki Değerlendirme Basamakları	178
Tablo 7.3	Kapsam Belirlemede Yanıtlanması Gereken Sorular	179
Tablo 7.4	Risk Değerlendirme Aşamasında Yanıtlanması Gereken Sorular	181
Tablo 7.5	Sağlık Etki Değerlendirmesi Konusunda Başvurulabilecek Bilgi Kaynakları	183
Tablo 9.1	Yeşilvadi Kesitsel Haritası	197
Tablo 9.2	Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdürlüğü Çalışanları	200
Tablo 9.3	Yeşilvadi İlçesinde Aile Hekimi Ve Aile Sağlığı Elemanı Başına Düşen Nüfus	200
Tablo 9.4	Yeşilvadi Nüfusu	200
Tablo 9.5	Yeşilvadi Nüfusunun Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	201
Tablo 9.6	Yeşilvadi Nüfusunun Bazı Özelliklerinin Türkiye Nüfusu İle Karşılaştırılması	202
Tablo 9.7	Yeşilvadi Nüfusunun Yıllara Göre Öğrenim Durumu Ve Batıkentle Karşılaştırması	203
Tablo 9.8	Yeşilvadi Doğum ve Ölüm Verileri	203
Tablo 9.9	Yeşilvadi İlçesi ve Türkiye Kıyaslamalı Ölüm Hızları (2017 ve 2000)	204
Tablo 9.10	Yeşilvadi İlçesi Bebek Ölüm Nedenleri	204
Tablo 9.11	Yeşilvadi İlçesi 65 Yaş Üstü Ölüm Nedenleri	205
Tablo 9.12	Yeşilvadi İlçesi ve Türkiye Doğum Hızları (2017)	205
Tablo 9.13	Yeşilvadi İlçesi ve Türkiye Doğumların Yapıldığı Yerler (2017)	206
Tablo 9.14	Yeşilvadi İlçesi ve Türkiye Doğumların Şekli (2017)	206
Tablo 9.15	Yeşilvadi İlçesi Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Sayısı (2017)	206
Tablo 9.16	Yeşilvadi İlçesi Yaş Gruplarına Göre Doğum ve Düşük Hızları (2017)	207
Tablo 9.17	Yeşilvadi İlçesi ve Türkiye Ortalama İzlem Sayıları (2017)	207
Tablo 9.18	Yeşilvadi İlçesi Aylara Göre İzlenen Bebek İzlem Sayıları ve Oranları (2017)	208
Tablo 9.19	Yeşilvadi İlçesi Yenidoğan Taramaları (2017)	208

Tablo 9.20 Yeşilvadi İlçesi Yenidoğan Aşları (2017)	209
Tablo 9.21 Yeşilvadi İlçesi İlkokul Çağındaki Aşılarda Yapılma Durumu (2017)	210
Tablo 9.22 Yeşilvadi İlçesi Gebe Tetanoz Aşları (2017)	210
Tablo 9.23 Yeşilvadi İlçesi Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık Sayıları Ve Hızları (2017)	210
Tablo 9.24 Yeşilvadi İlçesinde 15-49 Y Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı (2017)	211
Tablo 9.25 Yeşilvadi İlçesinde 15-49 Y Kadınlarda İzlenme Durumu (2017)	211
Tablo 9.26 Yeşilvadi İlçesi Öncelikli Sağlık Sorunları Puanlama Tablosu (2017)	220
Tablo 9.27 Aşı Çeşitleri	221
Tablo 9.28 Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimi (2017)	225
Tablo 9.29 Aşı ile Önlenbilir Hastalıkların Bulaştırıcılığı Ve Önlenmesi İçin Gerekli Aşılarda Kapsayıcılık Düzeyi	235
Tablo 9.30 Türkiye 2003 ve 2010 Yıllarında Ulaşılan Aşılama Kapsayıcılık Düzeyleri	236
Tablo 9.31 Yeşilvadi İSM Aşı Red Oranlarının İlkokullara Göre Dağılımı (2017)	241
Tablo 9.32 Hedef 1: Aşı Reddi Nedenlerinin Ayrıntılı Değerlendirilmesi ve Raporlanması	246
Tablo 9.33 Hedef 2: Eylem Planının İlgili Kurumlarla Paylaşılması, Gerekli İzinlerin Alınması	247
Tablo 9.34 Hedef 3: Sosyal Medya Ve Yerel İletişim Araçlarını Kullanarak Toplumun İlgi, Bilgi Düzeyini Arttırmak ve Toplumda Farkındalık Oluşturmak	248
Tablo 9.35 Hedef 4: Toplumun Temsil Eden Kurumların ve Ünlülerin Desteği Alınarak Toplumun Aşının Yararlarına Yönelik Bilgi Düzeyini Arttırmak ve Farkındalık Oluşturmak	249
Tablo 9.36 Hedef 5: Milletvekilleri, Siyasi Partiler, Diğer Politik Kurumlarda Farkındalık Oluşturmak, Yasal Düzenlemeleri Sağlamak, Toplumun Bilgi Düzeyini Arttırmak	250
Tablo 9.37 Hedef 6: Sosyal Etkinlikler Düzenleyerek Aşının Önemine Yönelik Toplumun İlgi, Bilgi Düzeyini Arttırmak ve Toplumda Farkındalık Oluşturmak	251
Tablo 9.38 Hedef 7: Sağlık Çalışanlarının Aşı Reddinin Önlenmesine Yönelik Bilgi Ve Farkındalık Düzeyinin Arttırılması ve İşbirliğinin Sağlanması	252
Tablo 9.39 Hedef 8: Öğretmenlerin Aşı Reddinin Önlenmesine Yönelik Bilgi ve Farkındalık Düzeyinin Arttırılması	253

Şekiller Dizini

sayfa

Şekil 1.1	Toplum Yönelimli Sağlık Hizmeti	4
Şekil 1.2	TOYS Döngüsü	10
Şekil 1.3	Yönetim Döngüsü	12
Şekil 1.4	Nusret Fişek ve Toplum Yönelimli Sağlık	15
Şekil 2.1	Toplum Dinlemek	21
Şekil 2.2	Sağlık ve Çevre Etkileşimi	22
Şekil 2.3	Sağlığın Belirleyicileri	23
Şekil 2.4	Sağlığa Bireysel ve Toplumsal Bakış Açıları	25
Şekil 2.5	Güzelbahçe İlçesi Tarih Şeridi Örneği	26
Şekil 2.6	Kesitsel Harita Örneği	27
Şekil 2.7	Güzelbahçe İlçesi İçin Hazırlanmış Kesitsel Harita Örneği	27
Şekil 2.8	Sembolik Bir Toplum Örneği ve Halk Sağlığı Uzmanı	28
Şekil 2.9	Kenya, Türkiye ve Almanya'nın 2016 Yılına Ait Nüfus Piramitleri	30
Şekil 2.10	Toplum Hastalık Havuzu	32
Şekil 2.11	DALY Nedenlerinin 2000-2013 Yılına Göre Değişimi	47
Şekil 3.1	Öncelik Belirleme Aşamaları	55
Şekil 3.2	Sağlıkta Toplum Katılımının Temel Bileşenleri	72
Şekil 4.1	Koroner Kalp Hastalığı (KKH) İçin Nedensellik Ağı	80
Şekil 4.2	Gebelerde Tetanoz-d Aşısının Eksikliği Konusunda Nedensellik Ağı	81
Şekil 4.3	Gebe İzlemlerinin ve Tetanoz-d Aşısının Eksikliği Konusunda Nedensellik Ağı	82
Şekil 4.4	Birinci Basamakta Kronik Hastalık Kayıt Yetersizliği İçin Nedensellik Ağı	83
Şekil 4.5	Hepatit-A Salgını Nedenleri İçin Nedensellik Ağı	84
Şekil 4.6	Yeşiltepe İSM Bölgesinde Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düşüklüğü İçin Nedensellik Ağı	85
Şekil 4.7	Koroner Kalp Hastalığında Koruma Düzeyleri	90
Şekil 4.8	Kanıtı Dayalı Karar Verme Sürecini Etkileyen Boyutlar	93
Şekil 5.1	Hastalığın Doğal Gidişi ve Koruma Düzeyleri	106

Şekil 5.2 Sektörler Arası İşbirliği	132
Şekil 5.3 Sektörler Arası Eylem (Halifax Modeli)	134
Şekil 6.1 Program Değerlendirme Basamakları	142
Şekil 6.2 Koroner Kalp Hastalığını Önlemeye Yönelik Program Mantık Modeli	145
Şekil 6.3 Perinatal Bebek Ölümünü Önlemeye Yönelik Bir Program Mantık Modeli	146
Şekil 6.4 Hepatit-A Salgın Kontrolü Program Mantık Modeli	147
Şekil 6.5 Tüberküloz Kontrolü Program Mantık Modeli	148
Şekil 6.6 Fiziksel Aktiviteyi Artırma Program Mantık Modeli	149
Şekil 6.7 Yaşlı Sağlığı Hizmetlerine Erişim Kısıtlılığına Yönelik Program Mantık Modeli	150
Şekil 6.8 Deneysel Program Değerlendirme Şeması	155
Şekil 7.1 Sağlık, Sosyal ve Çevresel Etki Değerlendirmelerinin İlişkisi	177
Şekil 7.2 Partikül Madde Artışıyla Ölümdeki Artış Yüzdesi Arasındaki İlişki	182
Şekil 7.3 Kentin Dışında Bir Süpermarket İnşasının SED'İ İçin Oluşturulan Nedensellik Ağı	184
Şekil 7.4 Kente Tıp Fakültesi Hastanesi Kurulmasının SED'İ İçin Nedensellik Ağı	185
Şekil 9.1 Yeşilvadi İSM Kesitsel Haritası	199
Şekil 9.2 Yeşilvadi 2017 Yılı Nüfus Piramidi (KDS ve TÜİK Verilerine Göre)	202
Şekil 9.3 Yeşilvadi İSM ÇEKÜS Birimi Üreme Sağlığı Danışmanlığı Çalışmaları (2017)	212
Şekil 9.4 Tüm Aşıların Kabul Edilmesi ile Tüm Aşıların Reddi Arasındaki Süreç	236
Şekil 9.5 Aşı Reddi Yüksekliğini Etkileyen Etmenler İçin Nedensellik Ağı	242
Şekil 9.6 Yeşilvadi İSM Aşı Reddi Yüksekliği Program Mantık Modeli	255

“Sağlık hizmetleri ancak sağlık yönetimini bir bilim ve sanat olarak öğrenmiş kişilerin elinde gelişebilir”

Prof. Dr. Nusret Fişek (1985)

1 TOPLUM YÖNELİMLİ SAĞLIK (TOYS) HİZMETLERİ YÖNETİMİ

Bülent Kılıç, Belgin Ünal

1.1 TOYS Nedir?

Toplum Yönelimli Sağlık (TOYS) hizmetleri yönetimi, hasta odaklı ve bireyselleştirilmiş sağlık sorunlarına karşı toplumsal bir bakış açısıyla oluşturulmuş, evrensel kapsayıcılığa ve sistematik bir yaklaşıma dayalı güçlü bir bölge sağlık yönetimi sürecidir (Rhyne, 1998:1). TOYS yönetiminin sistematik yaklaşımının temelinde, belirli bir nüfustaki öncelikli sağlık sorunlarının halk sağlığı bakış açısıyla saptanması ve güçlü bir bölge sağlık yönetimiyle hızla çözülmesi vardır. Evrensel kapsayıcılık, hasta veya sağlıklı ayırımı yapmaksızın tüm nüfusun, tüm hizmetlerin ve sağlık finansmanının adil bir şekilde kapsanması anlamına gelirken (WHO, 2008:25), güçlü sağlık yönetimi ise üç temel ilkeye dayanır: iş, çalışan ve gelecek yönelimli olmak (Ekvall, 1991). TOYS yönetimi bu ilkeler doğrultusunda birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin sürekli ve sistematik bir değerlendirmeye tabi tutulması ve öncelikli sorunlara çözümler bulunması demektir (Gofin, 2011:15).

TOYS yönetimi ya da İngilizce literatürde geçen adıyla COPC (Community Oriented Primary Care) kavramı Türkçeye “Toplum Yönelimli Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri” ya da “Toplum Yönelimli Birincil Bakı” olarak çevrilebilir. Ancak birebir çeviri Türkçede verilmek istenen anlamı tam olarak ifade etmemektedir. Bu nedenle bu kitapta COPC çevirisinin Toplum Yönelimli Sağlık olarak kısaltılmasına ve COPC yerine TOYS akroniminin kullanılmasına karar verilmiştir (Kılıç ve Ünal 2007). Ancak “Toplum Yönelimli Birinci Basamak-TYBB” olarak çeviren editörler de vardır (Maeseneer, 2018-çev ed. M Akman).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplum yönelimli yaklaşım üzerine ilk deneyim 1921 yılında John Grant tarafından Çin’de bir tıp fakültesinde uygulamaya konulan “Sağlık İstasyonu” uygulamasıdır. Yıllar sonra 1939’da William Pickles İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetlerini epidemiyolojik bir yaklaşımla ve nüfus temelli olarak (tanımlanmış bir bölgenin nüfusu) sunulmasını önermiştir (Maeseneer, 2018:53). Bu uygulamayla İngiltere’de tıp eğitimi sırasında tanışan

Tudor Hart ise aynı yaklaşımı 1960'larda Galler'de uygulamaya koymuştur (Gofin, 2011).

Ancak günümüzde Birleşik Krallık ülkelerinde nüfus temelli değil, GP (Genel Pratisyen) üzerine kayıtlı hasta listeleri üzerinden hizmet sunulduğu dikkate alınmalıdır. Bu nedenle TOYS uygulaması halen İngiltere'de GP'ler değil halk sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bağlı olduğu "primary care trust"lar (birinci basamak tröstü/ortaklığı) üzerinden sunulmaktadır (İngiltere'de 1998 yılında kurulan ve kamu sağlık hizmetlerini yöneten daha özerk yapılar).

İngiltere ve Çin'deki ilk denemeler önemli olmakla birlikte TOYS uygulamasının esas kurucuları İsraili hekimler Sydney L Kark ve Emily Kark'tır. TOYS hizmetleri yönetimini ilk kez 1940'larda Güney Afrika'nın kırsal kesimi Pholela Sağlık Birimi'nde başlatmışlardır. Daha sonra Sidney Kark, Joseph Abramson ile birlikte İsrail'de 1960'lı yıllarda bu çalışmalarını sürdürmüştür (Nutting 1987; Kark 1989; Gofin 2011). Kark ve Abramson modeli olarak bilinen yaklaşım Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İsrail ve Galler'de de örnek olmuştur ancak bu uygulama esas olarak İsrail'de geliştirilmiştir (Connor, 1983). COPC (TOYS) kavramını ise ilk kez 1981'de Sydney Kark kullanmıştır (Gofin, 2011).

TOYS yaklaşımı ilk başladığı yıllarda demografi, epidemiyoloji, çevre sağlığı, sağlık eğitimi ve sağlık hizmetlerinin tek bir çatı altında birleştirilmesi olarak başlamıştır. Bu nedenle 1980'li yıllarda stratejik olarak TOYS yaklaşımı, Temel (İlkin) Sağlık Hizmetleri (TSH) ve halk sağlığının bileşenleri olarak ele alınmış ve birlikte koordine edilerek geliştirilmiştir. Bireysel çabalarla başlayan TOYS uygulamaları Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1978 yılındaki Alma Ata konferansından sonra tüm dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplum yönelimi bakış açısının gelmesiyle birlikte önem kazanmış ve yaygınlaşmıştır (Gofin, 2011).

TOYS kavramının gelişiminde DSÖ dışında rol oynayan diğer bir önemli kurum da ABD merkezli Institute of Medicine'dir (IOM). IOM'un 1982 yılında Washington DC kentinde düzenlediği 3 günlük özel bir COPC konferansı bu konuda yapılan uluslararası çalışmaların ilk kez ayrıntılı olarak tartışılmasını sağlamıştır; konferansın bildiri kitapçığı ve konferans sonrası yazılan TOYS kitabı halen kullanılan çok önemli bir kaynaktır (Connor, 2012).

TOYS yaklaşımı günümüzde birçok ilkesini TSH anlayışından alır. Alma Ata'da 1978'de yayınlanan TSH (Primary Health Care-PHC) bildirgesinden ekip çalışması, öncelikli

hizmet, sektörler arası işbirliği, toplum katılımı ve kabul edilebilir hizmet gibi pek çok fikir TOYS yaklaşımı içinde önemli bir yer tutar (WHO 1978; Connor 2012:106). DSÖ'nün 2008 yılında Alma Ata'nın 30. yıl dönümünde tekrar gözden geçirdiği TSH ilkeleri, 4 ana başlık altında 13 ilke olarak yeniden tanımlanmıştır (WHO 2008; Kılıç 2009). Bu ilkeler de kitabın ilerleyen bölümlerinde görüleceği üzere TOYS hizmetleri yönetimi için son derece önemlidir. Aşağıda DSÖ tarafından belirlenen bu yeni 4 başlık verilmektedir:

- a) Evrensel Kapsayıcılık (Eşitlikçi Yaklaşım)
 - Ulaşılabilirlik
 - Kapsayıcılık (nüfus, hizmet ve finans açısından)
- b) Hizmet Sunum Reformları (İnsan Merkezli Yaklaşım)
 - Bütünsellik (Koruma, Geliştirme, Tedavi, Rehabilitasyon)
 - Kabul Edilebilirlik
 - Süreklilik
 - Ekip Çalışması
- c) Kamu Politikaları Reformları (Toplumsal Yaklaşım)
 - Öncelikli Hizmet
 - Sektörler Arası İşbirliği
 - Eşitlik
- d) Yönetim Reformları (Liderlik Yaklaşımı)
 - Hizmetlerin Entegrasyonu
 - Doğru ve Güvenilir Kayıt
 - Koordinasyon (Sevk Zinciri / Basamaklar arası Eşgüdüm)
 - Katılım (Toplum Katılımı, Yönetime Katılım)

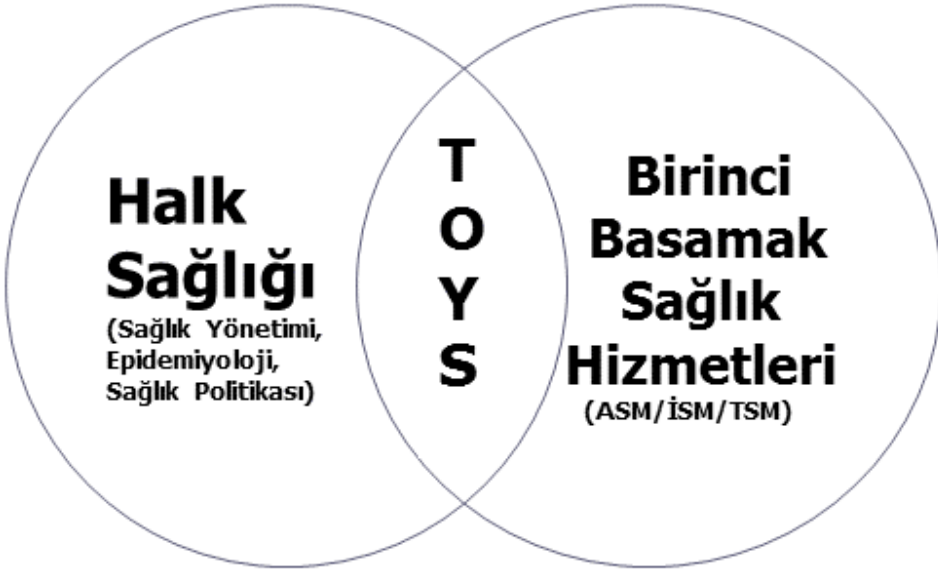
2018 yılında Alma Ata'nın 40. Yılında bu kez Kazakistan'ın başkenti Astana'da yapılan küresel TSH Konferansında da "Evrensel Kapsayıcılık" ve "Sürdürülebilir Kalkınma" hedefleri ön plana çıkarılmış ve daha önceki "Herkesin Sağlığı" sloganı "Birlikte Herkesin Sağlığı Hedefine Ulaşabiliriz" olarak güncellenmiştir. Astana Deklarasyonunda TSH iyi eğitilmiş sağlık profesyonelleri tarafından sunulan yüksek kalitede, bütünsel, entegre, güvenli, ulaşılabilir, elde edilebilir, herkesçe ve her yerde kabul edilebilir sağlık hizmetleri olarak tanımlanmıştır (Öztek, 2018 ve WHO, 2018).

Toplum yönelimli (community oriented) demek toplumun öncelikli sağlık sorunlarını hedef almak demektir. Bu nedenle TOYS yönetimi bir toplumun tanımlanmış ve öncelikli sağlık gereksinimlerini karşılamak için verilmesi gereken

sağlık hizmetlerinin “yönetimi” olarak tanımlanır. Bunun gerçekleştirilebilmesi için sağlığın korunması ve geliştirilmesi rollerinin, birinci basamağın tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine entegre edilmesi gerekir. Bu hizmetlerde halk sağlığının sağlık yönetimi, sağlık politikası ve epidemiyoloji bilim dallarının toplum yönelimli olarak birinci basamağa entegrasyonu vardır. Böylece TOYS yaklaşımı birinci basamak sağlık hizmetlerinde olması gereken ancak yeterince verilemeyen sağlığı koruma ve geliştirme hedeflerinin hak sağlığı bakış açısıyla ve politikalarıyla güçlendirilmesi demektir.

Sonuç olarak TOYS yönetimi, halk sağlığının yönetim ve epidemiyoloji alt dallarının birinci basamak sağlık hizmetlerine sürekli ve sistematik bir biçimde entegre edilmesiyle, topluma sunulan sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Connor 1983; Gofin 2011; Rhyne 1998; Nutting 1987; Mettee 1987; Hadassah 1994; Maeseneer, 2018). Bu durum aşağıda **Şekil 1.1**'de gösterilmiştir:

Şekil 1.1 Toplum Yönelimli Sağlık Hizmeti



Kaynak: Gofin (2011:129) ve Mettee (1987:53) (kısmen değiştirilerek)

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Primary Care) ise dört temel ilke içerir (Shi, 2012):

- a) İlk başvuru yeri olması
- b) Süreklilik içermesi (aynı hekime başvuru, kayıt sürekliliği)
- c) Bütünsellik (comprehensive) olması (Koruma, Geliştirme, Tedavi ve Rehabilitasyon hizmetleri birarada)
- d) Koordinasyon olması (sevk zinciri, basamaklar arası iletişim)

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), İlçe Sağlık Müdürlükleri (İSM) ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) hizmetlerinden oluşmaktadır. Bu nedenle TOYS yaklaşımı birinci basamakta aile hekimleri ve toplum sağlığı çalışanları tarafından bireylere ve topluma sunulan tüm tedavi, koruma, geliştirme ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Aile hekimliği daha çok bireye yönelik sağlık hizmetlerini tanımlarken, İSM ve TSM’ler daha çok toplum temelinde tanımlanan kitlesel bağışıklama programları, kitlesel kanser taramaları, salgınla mücadele, çevre sağlığı vb. sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Ancak birinci basamak sağlık hizmetlerinin yukarıda verilen dört temel ilkesi Türkiye’de henüz yeterince gelişmemiştir. Bu sorunlar şöyle özetlenebilir (Kılıç, 2016 ve 2013):

- a) Aile hekimliğinin ilk başvuru yeri olmaması: Türkiye’de yıllık kişi başına 8,9 sağlık başvurusu vardır ve bunların sadece 2,9’u birinci basamağa yapılmaktadır (Başara, 2018:155). İlk başvuru yeri olarak daha çok hastaneler ve acil servislerin kullanılması Türkiye’deki aile hekimliği sisteminin en büyük sorunlarından birisidir.
- b) Aile hekimliğinin süreklilik içermemesi: Kişiler genellikle aynı sağlık sorunu için birden fazla doktora ve sağlık kurumuna başvurmaktadır. Aile hekimleri kişilerin ilk ve sürekli hekimi konumunda değildir ve kayıt sürekliliği tam olarak sağlanamamaktadır.
- c) Aile hekimliğinin bütünsel olmaması: Aile hekimliğinde sağlık hizmetlerinin tedavi, koruma, geliştirme ve rehabilitasyon boyutları bir arada verilememektedir. Özellikle İSM/TSM/ASM hizmetlerinin entegre edilememesi nedeniyle tedavi edici hizmetlerle koruyucu ve geliştirici hizmetler bir bütünsellik sağlayamamaktadır.
- d) Aile hekimliğinde koordinasyon olmaması: Basamaklar arası koordinasyon ve sevk zinciri uygulaması yoktur. Sağlık hizmeti örgütlenmesi her basamakta

çok parçalıdır ve parçalar arası iletişim bulunmamaktadır. Basamaklar arası ve hastaneler arası hasta bilgilerinin aktarılması tam olarak yapılamamaktadır.

Ayrıca birinci basamak sağlık personelinin çalışma koşullarının giderek ağırlaşması ve birinci basamakta sağlık insan gücü planlama, eğitim ve istihdam politikalarındaki yetersizlikler bu sorunları daha da ağırlaştırmaktadır. Bu durumda TOYS yaklaşımı ve yönetimi ülkemiz için büyük önem kazanmaktadır. Çünkü TOYS yaklaşımı sayesinde:

- a) Aile hekimliğinin coğrafi bölgeler temelinde örgütlenmesi henüz mümkün olmasa da nüfus grupları ve risk grupları üzerinden hesaplamalarda kullanılabilen nüfus paydası rahatlıkla belirlenebilir.
- b) İSM/TSM'lerle ASM'lerin birbirlerini tamamlar tarzda çalışması sağlanabilir ve halk sağlığı hizmetleri ile aile hekimliği hizmetleri birbirine entegre edilebilir.

Sağlık kavramı, DSÖ tarafından 1948 yılında yapılan "sağlık sadece hastalıkların olmaması değil aynı zamanda fiziksel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir" tanımının (WHO, 1988:2) üzerinden yaklaşık 70 yıl geçtikten sonra özellikle sosyal açıdan yeniden ve dikkatle ele alınması gereken bir kavram olarak önümüze çıkmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmet sunumunda sağlığın salt bir fiziksel iyilik hali veya ekonomik bir girdi olarak görülmesinden çok, insan yaşamının toplumsal ve sosyal özelliklerinin ön planda olduğu ve her yönüyle değerlendirilebildiği bir yaklaşıma gereksinim vardır. Bu yaklaşım salt hastalık hallerine odaklanmaktan çok sağlık hizmetlerinde eşitlik ve ulaşılabilirlik gibi sorunlara da odaklanmak zorundadır. TOYS yönetimi de bu çağdaş halk sağlığı bakış açısıyla uyumlu olarak sağlık hizmetinin toplumun gereksinimlerine en geniş anlamıyla yanıt verebilmesini, eşitsizlikleri azaltabilmeyi ve gereksinimlerdeki değişikliklere karşı esnek olmayı öngörmelidir.

Birinci basamak dışında kalan hizmetleri de kapsayan ve daha bütünsel bir yaklaşım olarak tanımlanan Toplum Yönelimli Halk Sağlığı-TOYHAS yaklaşımı ise literatürde Community Oriented Public Health (COPH) olarak tanımlanmıştır (Gofin, 2011:16). Bu yaklaşımda halk sağlığı yaklaşımının sadece birinci basamağa değil sağlık sisteminin tüm bileşenleri üzerine etki etmesi yer alır. Örneğin sağlık finansmanı, sağlık insangücü, sağlık teknolojisi vb. makro yapılar için de halk sağlığı bakış açısıyla politika ve yönetim biçimi oluşturulması söz konusudur. TOYHAS yaklaşımının bir diğer benzeri literatürde Toplum Tabanlı Halk Sağlığı-Community Based Public Health (CBPH) olarak da geçer (Stoto, 1996:36).

TOYS ve TOYHAS (Toplum Yönelimli Halk Sağlığı) arasında şu farklar vardır:

- a) Gereksinimleri saptamada TOYS'da öncelikle epidemiyoloji, biyoistatistik ve sağlık yönetimi gibi disiplinlerden yararlanır. TOYHAS içinde ise ek olarak sosyoloji, antropoloji, psikoloji gibi sosyal bilimlerin yaklaşımları da büyük önem taşır.
- b) TOYS mikro düzeyde ve sadece birinci basamakta uygulanırken, TOYHAS yönetimi daha makro düzeyde, tüm basamaklarda ve sağlık sisteminin tamamında uygulanır.

Kısacası TOYS yönetimi sağlık yönetiminin ve epidemiyolojinin birinci basamak sağlık hizmetleri için daha özgül bir alanı iken TOYHAS tüm basamakları kapsayan daha bütüncül bir halk sağlığı uygulamasıdır.

Yurt dışı uygulamalarında TOYS yönetimi Türkiye'deki birinci basamakta yer alan aile hekimliği ve İSM/TSM uygulamalarından biraz daha geniş kapsamlı ve farklıdır. TOYS yönetiminin bu farklılıkları ve halen Türkiye'deki durum şöyle özetlenebilir (Connor 1983; Hadassah 1994; Gillam 1998; Gofin 2011; Rhyne 1998, Nutting 1987, Bennett 1979):

- a) TOYS yönetimi sürekli ve tekrarlayan bir döngüden oluşur. Bu döngünün ilk basamağını oluşturan toplumun tanınması/tanımlanması aşaması (community diagnosis) toplumu nüfus yapısı, sağlık düzeyi göstergeleri, sunulan sağlık hizmetleri, çevresel özellikleri vb. açılardan tanımlamayı kapsar. Bu aşama, yapılacak girişimler için öncelikli sorunun belirlenmesinde ve bu sorunun ayrıntılı incelenmesinde önemli bir temel oluşturur. Bu yönüyle TOYS, sadece kendisine gelenlere bakan ve listesine kayıtlı hastalardan başka bir şeyle ilgilen(e)meyen Türkiye'deki aile hekimliği uygulamalarından temel bir farklılık göstermiş olur. Bölge tabanlı olmayan ve toplumu bir bütün olarak ele almayan birinci basamak uygulamaları TOYS yaklaşımı açısından sorunlar içerir.
- b) Halk sağlığı bakış açısından uzak olarak planlanmış sağlık programları TOYS yönetimi demek değildir. Örneğin Türkiye'deki Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) yapılmakta olan ve toplum tabanlı olmayan fırsatçı kanser tarama programları ve İSM/TSM'lerde yapılmakta olan obeziteyle mücadele programları buna iyi bir örnektir. TOYS yönetiminde hedef nüfusun (paydanın) iyi belirlenmiş olması gerekir.
- c) TOYS hizmetleri yönetimi çok disiplinli bir ekip işidir. Bu ekipte sadece

hekim ve hemşire değil, aynı zamanda diyetisyen, psikolog, çevre sağlığı teknisyeni gibi sağlık personeli de bulunur. Türkiye'deki birinci basamak uygulamaları ise özellikle aile hekimliği basamağında ekip hizmeti kavramı açısından oldukça zayıflamıştır.

- d) TOYS için mutlaka toplum katılımı gereklidir. Türkiye'de bu konuda çok ciddi sorunlar vardır. Sağlık hizmetlerine toplum katılımı gerçek anlamda sağlanamamaktadır.
- e) TOYS sektörler arası işbirliğini içeren bir yönetim yaklaşımıdır. Türkiye'deki sağlık hizmet sunumu bu konuda da çok başarılı değildir.

Dolayısıyla TOYS yaklaşımının Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerine bu bakış açılarını entegre edecek olması ve varolan eksikliklerin giderilmesine katkıda bulunacak giderecek olması aslında Türkiye sağlık sistemi için çok büyük bir kazanım olacaktır.

1.2 TOYS Kim İçin?

TOYS yönetiminde 'toplum' coğrafi olarak sınırlanmış bir bölgede, birarada yaşama kurallarına uygun olarak örgütlenmiş ve birinci basamak sağlık hizmetini belli kurumlardan alan insanları ifade eder. Ancak günümüzde toplum tanımı sağlık hizmeti sunan veya finanse eden sistemlerdeki değişikliklere paralel olarak değişmiştir. Özellikle bazı Batı ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının belli bir rekabet ilkesi içinde seçilmesi uygulamasının getirilmiş olması ve bunların kentsel bölgelerde çok sayıda olması toplum kavramı için yeni tanımların kabul edilmesine yol açmıştır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmeti sunan bir pratisyen hekim veya bir sağlık kurumuna kayıtlı olan kişiler de TOYS yönetimi açısından bir "toplum" olarak kabul edilebilir. Örnek olarak Türkiye'de bir aile hekimine kayıtlı kişiler, İngiltere'de bir GP'ye kayıtlı insanlar, ülkemizde İSM/TSM bölgesi veya Küba'daki bölge tabanlı aile hekimliği uygulamaları gösterilebilir. TOYS yönetiminde temel ilke, hizmetin yeri ve şekli ne olursa olsun sadece kullanıcılara değil, tüm topluma yönelik olarak ve coğrafi bir temelle sunulmasıdır. Ancak TOYS bölge tabanlı olmayan aile hekimliği uygulamalarında da aynen Türkiye örneğinde göreceğimiz gibi zorunluluktan ötürü kullanılabilir. Ayrıca bir fabrikanın çalışanları, bir okulun öğrencileri gibi belli bir kurumda yer alan, yaşayan, çalışan ve sağlık hizmeti gereksinimi olan topluluklara da TOYS hizmetleri yönetim uygulaması yapılabilir (Connor, 1983:24).

1.3 TOYS Nasıl?

TOYS hizmetleri yönetimi beş temel özellik içerir (Connor 1983, Gofin 2004):

- a) Epidemiyolojinin kullanımı: Epidemiyoloji toplumda sağlıkla ilgili sorunları, nedenlerini ve dağılımlarını belirleyen ve sağlık hizmet sunumunu tamamlayan standart bir uygulamadır. Epidemiyoloji özellikle sağlık yöneticileri için yaşamsal bir önem taşır. Yöneticiler toplumsal durumun saptanması için epidemiyolojiyi bilmek ve kullanmak zorundadır (Üner, 2007:552).
- b) Toplumun belirlenmesi: Bu uygulama paydaya konulacak hedef nüfusun belirlenmesi demektir.
- c) Sağlık programlarının belirlenmesi: Sağlık sorunlarının çözümü için uygulanacak programların (sağlık eğitimi, aşı, rehabilitasyon programı vb) tanımlanmasıdır.
- d) Toplum katılımının sağlanması: Toplum katılımının sağlanması TOYS yönetiminin başarısı ve sürekliliği için yaşamsal bir önem taşır.
- e) Ulaşılabilirliğin sağlanması: Ulaşılabilirlik sadece fiziksel/coğrafi değil, sosyal/kültürel ve ekonomik yönleri de içermelidir.

Ayrıca hizmet sunumunda yönetsel açıdan multi disiplinler bir ekip çalışması, gezici/ mobil hizmet sunumu, hizmetlerin koordinasyonu ve entegrasyonuna dikkat edilmelidir.

1.4 TOYS Döngüsü

TOYS yönetiminin ilk basamağı varolan yerel veya bölgesel sağlık hizmetini yeniden yapılandırmak veya toplumun gereksinimlerine uygun yeni etkinlikler başlatmaktır. Bu kararlılığın yanı sıra TOYS yönetimine başlayan sağlık personelinin varolan hizmetleri genişleterek toplum ve diğer sağlık çevreleriyle iletişimlerini korumaları önemlidir. TOYS hizmetleri uygulaması birbirini izleyen 5 aşamadan oluşur (**Şekil 1.2**). Toplumun tanımlanması aşamasından sonra süreç giderek daha da dinamikleşir. Bu süreçte epidemiyoloji ve sağlık yönetimi gibi bilimlerin kullanıldığı sistematik bir yaklaşım olmalıdır (Connor 1983; Nutting 1987; Gillam 1998; Gofin 2004; Gofin 2011; Rhyne 1988).

Şekil 1.2 TOYS Döngüsü



Kaynak: Gofin (2011:72) ve Rhyne (1998:12) (kısmen değiştirilerek)

- 1. Toplumun tanımlanması:** TOYS döngüsünün ilk aşamasıdır. Kurum tarafından hizmet edilecek olan toplumun belirlenmesidir. Toplumun coğrafi, demografik, sosyal özellikleri ile var olan sağlık hizmetleri ve sağlık durumu açısından açık ve net olarak ortaya konmasıdır. Bu bilgi TOYS yönetim ekibine toplumun temel sağlık sorunlarının saptanmasında yardımcı olur.
- 2. Öncelikli sağlık sorunlarının belirlenmesi:** Önceden tanımlanmış ölçütlere göre yapılmış bir sorun belirleme, TOYS ekibine toplumun temel gereksinimlerini saptamada yardımcı olur. Öncelikli sağlık sorunu belirlenirken sağlık personelinin ve toplumun katılımı çok önemlidir. Toplumun ve personelin öncelik verdiği konuların seçilmesi katılımı artırır.
- 3. Seçilen sağlık sorununun ayrıntılı değerlendirilmesi:** Bu aşamada seçilen sorunun ve etkenlerinin toplumdaki yaygınlığı hakkında daha geniş bilgi

toplanır. O güne kadar bu sorunla ilgili yapılan olan tüm çalışmalar gözden geçirilir. Ayrıca TOYS ekibi bu aşamada bir literatür taraması yaparak soruna yönelik olarak başka yerlerde yapılmış olan girişimleri ve bu girişimlerin etkin olup olmadığına dair sonuçları saptar. Sağlık sorunuyla ilgili bir nedensellik ağı kurgulanır. Sorunu oluşturabileceği düşünülen olası tüm nedenler bir kavram haritası şeklinde şematize edilerek görsel bir hale getirilir.

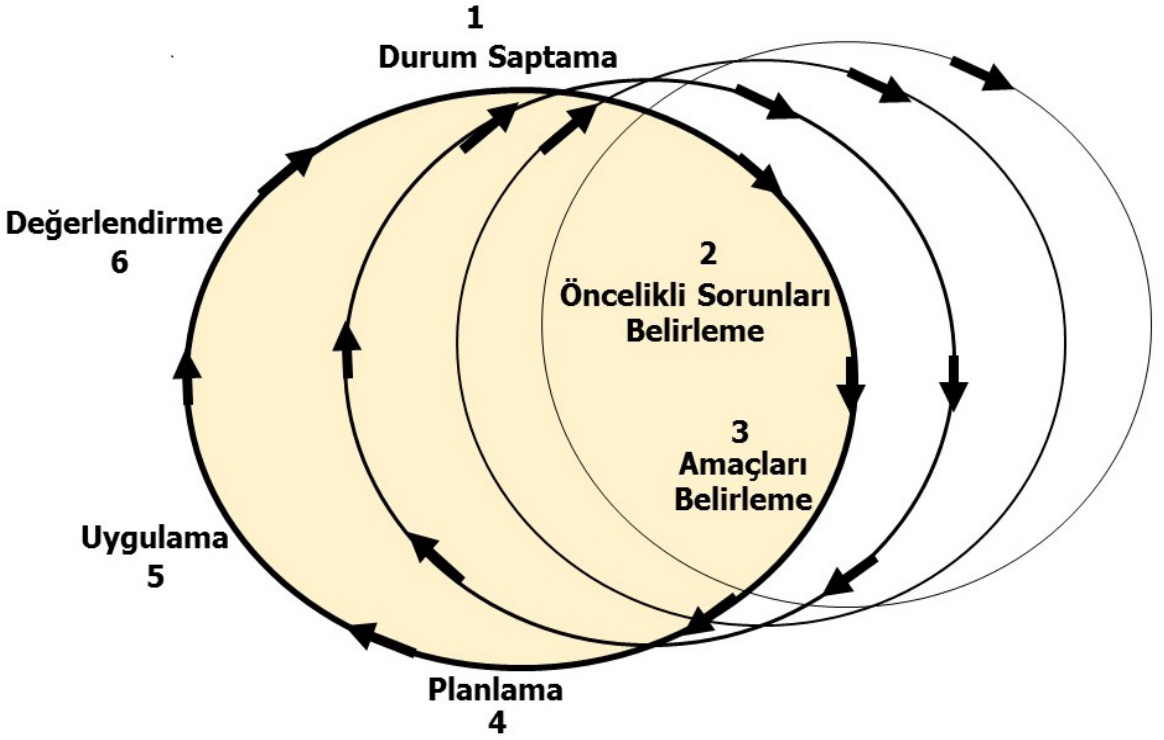
- 4. Girişimin planlanması ve uygulama:** Ayrıntılı değerlendirme aşamasında elde edilen bilgilere dayalı olarak amacı ve yöntemi iyi tanımlanmış girişimler planlanır ve eylem planları hazırlanır. Bu aşamada gerekli kaynaklar belirlenir ve bir veri toplama sistemi oluşturulur. Girişim planlanırken sağlık personelinin ve toplumun katılımı da dikkate alınmalıdır. Planlamadan sonra yapılması düşünülen tüm girişimler, beklenen ara sonuçlar ve çıktılar bir program mantık modeli haline getirilerek özetlenir. Böylece tüm uygulamalar şematize edilerek görsel hale getirilmiş olur.
- 5. Program değerlendirme ve izleme:** TOYS uygulamasında değerlendirme, hem yapılan girişimin etkinliğini tanımlamak hem de gelecekteki etkinlikleri planlamak için temel oluşturur. Değerlendirmede, hem sürece hem de sonuca yönelik çalışmak gerekir. Değerlendirme yönteminin önceden belirlenmesi ve uygulama sonrasında gerekirse gözden geçirilmesi gerekir.

Toplumun sağlık sorunlarının değerlendirilmesi, ele alınacak olan sorunun seçimi, girişim planlama, girişimin uygulaması ve değerlendirme aşamaları sırasında, topluma o zaman kadar sunulmakta olan sağlık hizmetleri aksatılmadan sürdürülmelidir.

1.5 TOYS Döngüsü ve Yönetim Döngüsü (Benzerlik ve Farklılıklar)

Yönetim sözcüğü “yön etmek” veya “yön vermek” eyleminden gelmektedir. Bu nedenle klasik yönetim yaklaşımı aslında bir yönlendirme eylemidir ve durum saptama, planlama, uygulama, değerlendirme gibi temel aşamaları içeren altı basamaklı bir döngüden oluşur (bakınız **Şekil-1.3**). Klasik yönetim tanımı “durum saptaması yaparak çözülmesi gereken öncelikli sorunları ve ulaşılmaması hedeflenen amaçları belirledikten sonra saptanan hedeflere ulaşmak için personel yönetimi, örgütlenme, çalışma düzeni, kurumsal yenileme, finansman, politika ve stratejilerle ilgili kısa ve uzun erimli planlamaları yaparak alınan kararları uygula(t)mak ve sonuçlarını değerlendirmek” şeklinde özetlenebilir.

Şekil 1.3 Yönetim Döngüsü



Geleneksel/klasik yönetim yaklaşımı yukarıda da görüldüğü üzere TOYS döngüsüne oldukça benzeyen bir döngüden oluşur. Bu döngünün TOYS döngüsünden en önemli farkı ilk aşamada toplumu tanımlamak yerine “durum saptaması yapmak”tır. Çünkü TOYS yaklaşımı öncelikli olarak toplum yönelimli bir yaklaşımdır ve toplumun tanımlanmasına dayanır. Klasik yönetim eylemi ise sadece toplumu tanımakla sınırlanamaz. İki döngü arasındaki ikinci önemli fark ise “sorunun ayrıntılı değerlendirilmesi” bölümüdür. Bu aşama TOYS için daha önemlidir, çünkü TOYS döngüsünde sorun öncelikle toplumsal düzeyde (ulusal/yerel düzeyde) yapılanlar ve yapılamayanlar olarak ayrıntılı bir şekilde incelenmelidir. Klasik yönetim döngüsünde ise bu aşama kısaca amaç ve planlama içinde ele alınır. Çünkü geleneksel yönetimde amaç hızlı bir şekilde eyleme geçmektir. Bu nedenle klasik yönetim döngüsünün 3. aşaması “amaçları ve hedefleri belirleme”; 4. aşaması “planlama yapma”; 5. aşaması “yönetimsel uygulama”ları yaşama geçirme şeklinde TOYS döngüsüne göre daha hızlı uygulanır.

TOYS ve yönetim döngüleri birbirine oldukça benzer olmakla birlikte aradaki küçük farklılıkların temel nedeni yönetim yaklaşımının TOYS yaklaşımından çok daha önce 1900'lü yılların başında Frederick Winslow Taylor ile ve özellikle fabrikalarda üretim temelinde gelişmiş olmasıdır. Taylor'un işyerinde verimlilik ve uzmanlaşmayı önceleyen geleneksel yönetim anlayışı 1911 yılında yayınladığı kitapla bu alandaki ilk ve en klasik yayın olmuştur (Taylor, 2003). Geleneksel yaklaşımın bir diğer önemli öncüsü Henry Fayol tarafından 1925 yılında tanımlanan yönetim ilkeleri ise (İngilizce kelimelerin ilk harfleriyle: POCCC; 5 temel ilke) aslında TOYS ilkelerine de oldukça benzer yanlar içermektedir (Ergun, 2004:209).

"P"lanning (Planlama)

"O"rganizing (Örgütlenme)

"C"ommanding (Komut Verme)

"C"oordinating (Eşgüdüm)

"C"ontrolling (Kontrol)

1937 yılında ise Luther H. Gulick ve Lyndall Urwick "Yönetim Bilimi Üzerine Makale" (Papers on the Science of Administration) ile Henry Fayol'un tanımını geliştirerek yönetim tanımı yapmışlar ve İngilizce kelimelerin ilk harfleriyle POSDCORB akrostişini kullanmışlardır (Emre, 2003:357).

"P"lanning (Planlama)

"O"rganizing (Örgütlenme)

"S"taffing (Personel)

"D"irecting (Yönlendirme)

"Co"ordination (Eşgüdüm)

"R"eporting (Raporlama)

"B"udgeting (Bütçeleme)

Klasik yönetim yaklaşımındaki işletmelere/fabrikalara özgü fazlasıyla mekanik ve iş yapma ağırlıklı bu anlayış 1930'lu yıllarda insanın psikolojik yanını da dikkate alan bir yaklaşıma evrilmiştir (İnsan İlişkileri Okulu). Elton Mayo'nun Hawthorne fabrikasında yaptığı çalışmalar ekonomik olmayan ödüllerin de en az ekonomik ödüller kadar yönetimde etkili olduğunu göstermiştir (Ergun, 2004:213). Bu görüşler yönetimde motivasyon, liderlik, katılım gibi çağdaş öğeleri içeren "Davranışçı Yaklaşım" ve "İnsan

İlişkileri Yaklaşımı" akımını yaratmıştır.

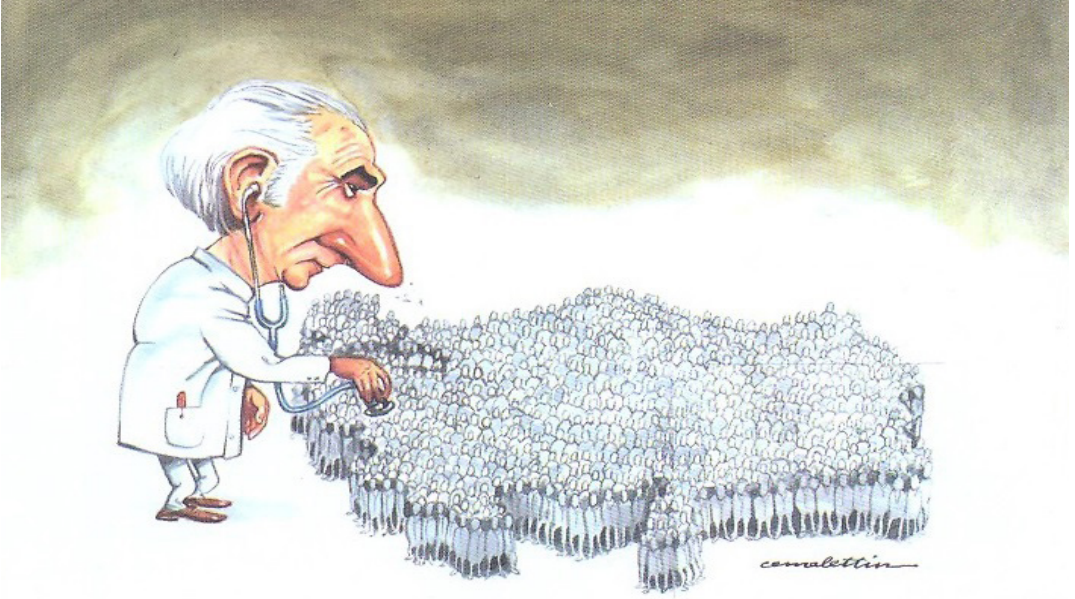
1970'lerde başlayan ve halen modası geçmeyen Toplam Kalite Yönetimi (TKY) akımı da yönetimin gelişimi açısından önemlidir. Japon Şirketlerinde, ABD'li bilim adamlarınca geliştirilen yönetim teknikleri temelde "Sıfır Hata ile Üretim", "Kalite Çemberleri", "Yönetime Katılım", "Yönetim/Ürün İlişkisi" gibi yaklaşımları içermektedir.

1970'lerden sonra yönetim biliminin önemli kuramcılarında Peter Drucker ise yönetimi toplumun bütün kurumlarının ana organı olarak tanımlamıştır. Drucker çok sayıdaki kitabında yönetim biliminin; insanlar, değerler, sorumluluklar, yapı ve yapılandırma gibi değerler üzerine oturduğunu ve yönetimin kesinlikle insani ve sosyal bir bilim olduğunu belirtmektedir (Drucker, 2009).

Görüldüğü üzere klasik yönetim yaklaşımı yaklaşık yüz yıllık bir geçmişe sahiptir ve 21. yüzyılda artık en önemli insani ve sosyal bilimlerden birisi haline gelmiştir. TOYS yaklaşımı da bu değişimden etkilenmiş olmakla birlikte diğer sosyal bilimlerden en önemli farkı epidemiyoloji bilimini ağırlıklı olarak kullanması ve birinci basamak sağlık yönetimi alanına özgü gelişmesi olmuştur. Bu nedenle 1980'li yıllarda başlayan TOYS uygulamaları artık tüm dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplum yönelimi bakış açısıyla yapılan sağlık yönetimi uygulamaları olarak kabul edilmektedir.

Türkiye'de toplum yönelimli sağlık yönetimi alanındaki ilk eğitim Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulunda 1958 yılında Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığınca alandan seçilmiş pratisyen hekimlere Hıfzıssıhha Okulunda bir yıllık Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi eğitimi verilmiştir. Daha sonra bu öğrenciler arasından seçilmiş 10 kadar başarılı hekim DSÖ bursuyla İngiltere'ye London School of Hygiene and Tropical Medicine'e eğitime gönderilmiştir. Böylece Türkiye'nin ilk TOYS bakış açısıyla eğitim almış doktorları 1960'lı yıllarda mezun olmuşlardır. Bunu 1970'li yıllarda Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından kurulan Toplum Hekimliği Enstitüsü ve diğer üniversitelerde açılmaya başlayan Toplum Hekimliği Anabilim Dalları (1983 sonrası değişen ismiyle halk sağlığı anabilim dalları) takip etmiştir (Öztek, 1992). Türkiye'de halk sağlığının öncülerinden olan Nusret Fişek'in bu toplumcu yaklaşımı aslında en güzel şekilde aşağıda verilen karikatürle ifade edilmiştir. Karikatürde Nusret Fişek bir halk sağlığı uzmanı yaklaşımıyla tüm Türkiye'yi muayene ederken resmedilmiştir (bakınız **Şekil 1.4**)

Şekil 1.4 Nusret Fişek ve Toplum Yönelimli Sağlık



Kaynak: Güzel (2014:41)

TOYS yönetimi öncelikle tıp eğitimi içinde olmak üzere tüm hekimlere öğretilmesi gereken bir yaklaşımdır. Bu konuda 2007 yılından beri Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi halk sağlığı rotasyonu içinde son sınıf öğrencilerine (intern doktorlar) 4 haftalık bir kurs verilmektedir. Alınan geri bildirimlere göre bu uygulama 11 yıllık dönemde kurslara katılan 1652 hekim adayının %82'si tarafından çok iyi veya iyi olarak nitelendirilmiştir (Bahadır 2015; Kılıç 2018).

TOYS yönetimi günümüzde halk sağlığı uzmanlarının en önemli ve öncelikli çalışma alanlarından birisidir. Nitekim Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından tanımlanan halk sağlığı uzmanlarının görevleri arasında da en başta "toplumun sağlık düzeyini saptamak" bulunmaktadır ki bu aslında TOYS döngüsünün ilk aşamasıdır (HASUDER, 2002). Ülkemizde bugün halk sağlığı alanında yetişmiş sağlık çalışanlarının sayısı gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında halen çok yetersizdir (Kılıç, 2014). Ancak bu niceliksel yetersizliğe karşın halk sağlığı eğitimi alanların niteliği oldukça yüksektir ve toplum sağlığının ilkelerine göre sağlık hizmetlerini kurgulayıp yönetecek bir duruma ulaşmıştır.

Öte yandan TOYS hizmetleri yönetimi sadece halk sağlığı alanında çalışanlara değil esasında tüm sağlık çalışanlarına önemli bir kavramsal çerçeve sunmaktadır. Bu nedenle TOYS yaklaşımı sadece halk sağlıkçıların değil; birinci basamakta çalışan

sağlık personeli öncelikli olmak üzere tüm sağlık personelinin bilmesi gereken bir yaklaşımdır. 21. yüzyıl sağlık politikalarında klinik çalışmaların artık halk sağlığı bakış açısıyla harmanlanması gerçeği kabul edilmiş durumdadır. Bu anlamda başta aile hekimliği olmak üzere birinci basamakla yakın bir işbirliği içinde çalışacak geriatri, kadın doğum, pediatri, kardiyoloji gibi tüm klinik dalların halk sağlığı ile entegre olması ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin buna göre yeniden kurgulanması gerekmektedir (Kılıç, 2019). TOYS yaklaşımı bu alanda çok önemli bir açılım sağlamaktadır. Ancak ülkemizde bu alanda atılması gereken adımlar henüz çok yetersizdir.

Kaynaklar

- Bahadır H, Kılıç B, Ünal B (2015) Tıp Eğitiminde Toplum Yönelimli Sağlık Yönetimi Kursu ve Öğrencilerin Geri Bildirimleri. XVIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Konya, Kongre Bildiri Özetleri CD, s:180-1.
- Başara BB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA, Kulalı B, Uzun SB, Birge KB, Pekerçli A, Yentür GK, Kıcıman Ö, Aydoğan KD (2018) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1106; Ankara, 2018.
- Bennett K (ed) (1979) Community Diagnosis and Health Action. The Macmillan Press Ltd, 1979.
- Connor E, Mullan F (ed.) (1983) Community Oriented Primary Care: New Directions For Health Services Delivery. Conference Proceedings. IOM, National Academy Press, Washington D.C.
- Connor E, Mullan F (ed.) (2012) Community Oriented Primary Care. Conference proceedings. IOM, National Academy Press, Washington D.C.
- Drucker P (2009) Yönetim. JA Maciariello (ed). Çev: İ. Gülfidan. Optimist Yay, Peter Drucker 100. Yıl Kitaplığı, İstanbul, 2009.
- Ekvall G, Arvonen J (1991) Change-Centered Leadership: An Extension Of The Two-Dimensional Model. Scandinavian Journal of Management, 7(1), 17-26.
- Emre C (2003) Yönetim Bilimi Yazıları. İmaj Yayıncılık, Ankara, 2003:357
- Ergun T (2004) Kamu Yönetimi, Kuram, Siyasa, Uygulama. TODAİE Yayınları, Ankara.
- Fişek N (1985) Sağlık Yönetiminde Bilimsel Araştırmanın Yeri. Toplum ve Hekim, Mart 1985, sayı:36.
- Gillam S, Joffe M, Miller R, Gray A, Epstein L and Plamping D (1998) Community Oriented Primary Care- Old Wine In New Bottles. Journal of Interprofessional Care 12:53-61.
- Gofin J, Gofin R (2004) Community Oriented Primary Care (COPC): Features Of Practice and Training. Turkish J of Public Health, vol:2, No:2:92-98.
- Gofin J, Gofin R (2011) Essentials of Global Community Health. APHA Press, Essential Public Health, Jones&Bartlett Learning, Sudbury, MA, USA.

- Güzel C (2014) Herkese Sağlık, Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Vakfı ve Karikatür Vakfı, Ankara, s:41.
- Hadassah School of Public Health (1994) Community Oriented Primary Care: A Resource for Developers. Department of Social Medicine of the Hebrew University, Hadassah School of Public Health, King Edward's Hospital Fund for London, London, UK, 1994.
- HASUDER (2002) Halk Sağlığı Uzmanı Meslek Tanımı, Bilgi ve Beceriler Listesi. Ankara, 2002.
- Institute of Medicine (2003) The Future of the Public's Health in the 21st Century. The National Academy Press, Washington DC, USA, 2003.
- Kark S L (1989) The Practice of Community Oriented Primary Health Care. Prentice Hall International, Inc, London, 1989.
- Kılıç B, Ünal B (2007) Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri Yönetimi. Kurs Uygulama Kitapçığı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, 80 sayfa, İzmir.
- Kılıç B (2009) Alma-Ata'dan 30 yıl Sonra Gelinek Nokta: Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı Değişti. VI. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Sempozyum Kitabı, Sayfa:2-7, İzmir.
- Kılıç B (2013) Sağlıkta dönüşüm programının evrensel kapsayıcılık ve eşitlik iddiaları üzerine bir eleştiri. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, sayı:28, Sonbahar(2013), s:10-15.
- Kılıç B, Şahan C, Bahadır H (2014) Dünyada ve Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminin Tarihçesi, İçeriği ve İstihdam Politikaları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2014;13(6):495-504.
- Kılıç B (2016) Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri hizmetlerine Genel Bakış. VIII. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. 6-7 Mayıs 2016, İzmir.
- Kılıç B, Emlî E, Kuru K, Bahadır H, Ünal B (2018) Bölge Sağlık Yönetimi İçin Güçlü Bir Model Önerisi: Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri Yönetimi. 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 13-17 Kasım 2018, Antalya, Kongre Bildiri Özetleri Kitabı, Sözlü Bildiri, s:124-9.
- Kılıç B (2019) Değişen Dünyada 21. yy Sağlık Politikaları. Piyal B, editör. 21. yy.da Halk Sağlığı: Değişen Dünya, Değişen Sorunlar. Türkiye Klinikleri, 2019, pp:21-28.
- Maeseneer (2018) Aile Hekimliği ve Birinci Basamak. Çeviri Editörü: Mehmet Akman, TAHEV Yayın No:6, İstanbul
- Mettee TM (1987) Community Diagnosis: A Tool for COPC. In Community Oriented Primary Care: From Principle to Practice (ed Nutting). US Department of HHS, HRSA Pub. No: HRS-A-PE 86-1, Washington DC, USA, pp:52-59.
- Nutting PA (1987) Community Oriented Primary Care: From Principle to Practice. US Department of HHS, HRSA Pub. No: HRS-A-PE 86-1, Washington DC, USA.
- Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H (1998) Community-Oriented Primary Care: Health Care For The 21st Century. APHA Press
- Shi L (2012) The Impact of Primary Care: A Focused Review. Hindawi Publishing Corporation Scientifica 2012.
- Stoto MA, Abel C, Dievler A (1996) Healthy Communities: New Partnerships For The Future of public health. Institute of Medicine, The National Academy Press, Washington DC, USA, 1996.
- Taylor FW (2003) Bilimsel Yönetimin İlkeleri. Çeviren H. Bahadır Akın, Çizgi Kitabevi Yayınları:2, 2. Basım, Ankara.

Üner S, Açıklık C, Özcebe H (2007) Sağlık Yöneticileri ve Epidemiyolojinin Kullanımı. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi içinde, Aktan ve Saran (Eds), Aura Yayınları, İstanbul, 2007.

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

Öztek Z (2018) Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018. HASUDER yayın No:2018-3, Ankara.

WHO (1978) Alma-Ata 1978, Primary Health Care. Health for All Series No:1, Geneva, Switzerland, 1978.

WHO (1988) Priority Research for Health for All. European Health for All Series No:3, Copenhagen, Denmark, 1988.

WHO (2008) The World Health Report 2008, Now More Than Ever. Geneva, Switzerland, 2008.

WHO (2018) Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. WHO/HIS/SDS/2018.61.

2 TOPLUMUN TANIMLANMASI

Bülent Kılıç, Belgin Ünal, İbrahim Padır, Mestan Emek

2.1 Toplum Nedir?

İnsanın temel özelliklerinden biri, bireysel değil toplumsal bir varlık olmasıdır. İnsanın evrimsel gelişimiyle ilgili tüm bulgular bilinen en eski çağlardan beri insanın hep bir toplumun içinde yaşadığını göstermektedir. Ancak toplumsal yapı aynı yerde yaşayan insanların basit bir toplamı değildir. Toplumsal yapı toplumsal sınıflar, gruplar, roller, ağlar, kurumlar ve kültürden oluşan sürekli ve örgütlü bir sosyal ilişkiler bütünüdür (Taşdemir, 2017:3,6). Hançerlioğlu ekonomik görüşü daha ön plana alarak toplumu belli bir üretim biçimiyle şekillenmiş, örgütlü insanlar topluluğu ve bir üst yapı ürünü olarak tanımlar (Hançerlioğlu, 2001:422). Dolayısıyla bu bilgiler ışığı altında toplumu, aynı yerde yaşayan, aynı çevreyi, kaynakları, yapıları kullanan, ortak bir kültürü paylaşan, ekonomik bir üretim biçimiyle şekillenmiş siyaset, endüstri, bürokrasi, din, eğitim gibi örgütlenmelerle karakterize, toplumsal sınıflar, gruplar, roller, ağlar ve kurumlardan oluşan insan grupları veya insan toplulukları olarak tanımlayabiliriz.

TOYS uygulamasının ilk aşaması sağlık hizmeti verilecek olan toplumun özelliklerinin belirlenmesi yani toplumun tanımlanmasıdır (Gofin 2011:7; Connor 1983:23; Nutting 1987:60; Rhyne 1998:118, Institute of Medicine 2003:178). TOYS uygulamasında bir toplum tanımlama yapmak çoğu zaman kolay gibi düşünülebilir. Bunun nedeni insanların genellikle belli bir coğrafi alanda örneğin bir köyde, mahallede veya bir semtte yaşamaları ve böyle tanımlanmalarıdır. Ancak sağlık hizmetleri açısından hedef nüfus, belirli bir coğrafi alanda yaşayanlardan oluşmuyorsa örneğin bir aile hekiminin değişik ilçelerden gelen kayıtlı hastalarından oluşuyorsa, bu durumda toplumu tanımlamak ve tanımak daha zor olabilir. Bunun nedeni bu insanların aynı coğrafi bölgede yaşamalarına rağmen farklı aile hekimlerinden sağlık hizmeti almaları veya farklı sağlık kurumlarını kullanıyor olmalarıdır. Ayrıca toplumda insanların bağlı olduğu birinci basamak sağlık kurumları net olarak belirlenmemişse, süreklilik, eşgüdüm, koordinasyon, sevk zinciri yoksa, özel veya kamu sağlık hizmeti sunan çok farklı kurumlar varsa doğal olarak bir karmaşa oluşur ve bu durumda toplumun sağlık sorunları zor tanınır, tanımlanır. Türkiye sağlık sistemi bu duruma iyi

bir örnektir. Bu nedenle ülkemizde TOYS uygulaması yaparken toplumu tanımlamak sanılanın aksine beklenenden daha zor bir aşamadır.

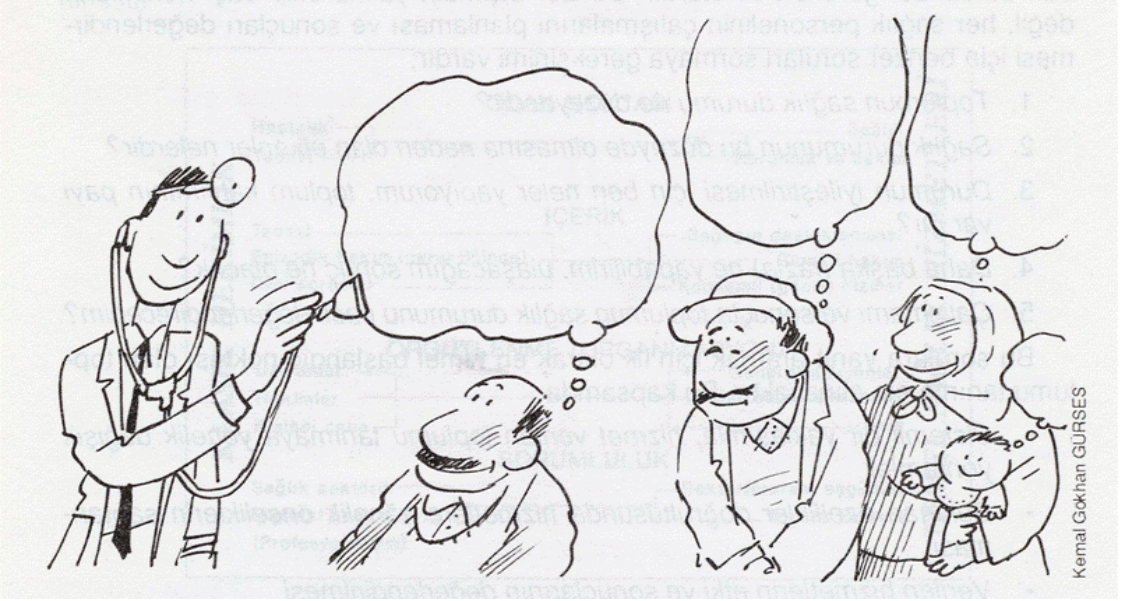
TOYS uygulamasında bazen ilk aşamada tanımamız gereken nüfus bir toplum değil, küçük bir topluluk da olabilir örneğin bir fabrikanın çalışanları, bir askeri birliğin erleri veya bir okulun öğrencileri gibi. Daha ileri bir örnek olarak ise toplum içindeki belirlenmiş özgün alt gruplar hedefimiz olabilir. Örneğin bebekler, 15-49 yaş kadınlar, gebeler, engelliler, adölesanlar veya yaşlılar gibi. Yukarıda bahsedilen her durumda da önümüzde tanımamız gereken bir insanlar topluluğu ve bunun ötesinde bir toplum vardır.

Ülkemizde İSM/TSM veya İl Sağlık Müdürlüğü (İİSM) gibi bölgelerasında TOYS yönetimi açısından çok daha uygun toplumlar oluşturmaktadır. Ancak aile hekimlerine bağlı nüfusların oluşturduğu topluluklar da ideal olmasa bile TOYS uygulaması kapsamına girer. Toplumun tanımlanması özellikle öncelikli sorunların belirlenmesi açısından ve yapılacak planlamalar ve girişimler için yaşamsal bir önem taşır. Ayrıca toplumun tanımlanması hizmet sunumunda oluşturulacak sağlık ekibinde yer alan meslek gruplarının belirlenmesi veya desteklenmesi için de gereklidir. Örneğin toplumun özelliklerine göre sağlık ekibinde diyetisyen, diş hekimi, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı veya iş sağlığı uzmanı gereksinimi olduğu belirlenebilir.

Toplumun tanımlanması aşamasında öncelikle toplumu tanımak için sağlık ekibinin ve yöneticinin alana çıkması ve bölgeyi gezmesi gerekir. Halkın kullandığı ortak sosyal alanlar, dernekler, kıraathaneler, spor sahaları, oyun alanları, parklar, alışveriş merkezleri vb. yerler gezilmelidir. Ayrıca bölgede fotoğraf çekmek, bölgenin harita ya da krokilerini incelemek gerekir. Günümüzde google earth ve google maps gibi uydu görüntüleri coğrafi bölgelerin ayrıntılı haritalarını inceleme olanağı sunmaktadır. Ancak gene de yerel yöneticiler, muhtarlar, sağlık kurumları özellikle ziyaret edilmeli, hizmeti kullananlarla konuşarak sorunlar, beklentiler, memnun olunan ve olunmayan durumlar saptanmaya çalışılmalıdır.

Şekil 2.1'de yer alan Kemal Gökhan Gürses'in karikatürü bu uygulamaları güzel bir şekilde özetlemektedir.

Şekil 2.1 Toplumu Dinlemek

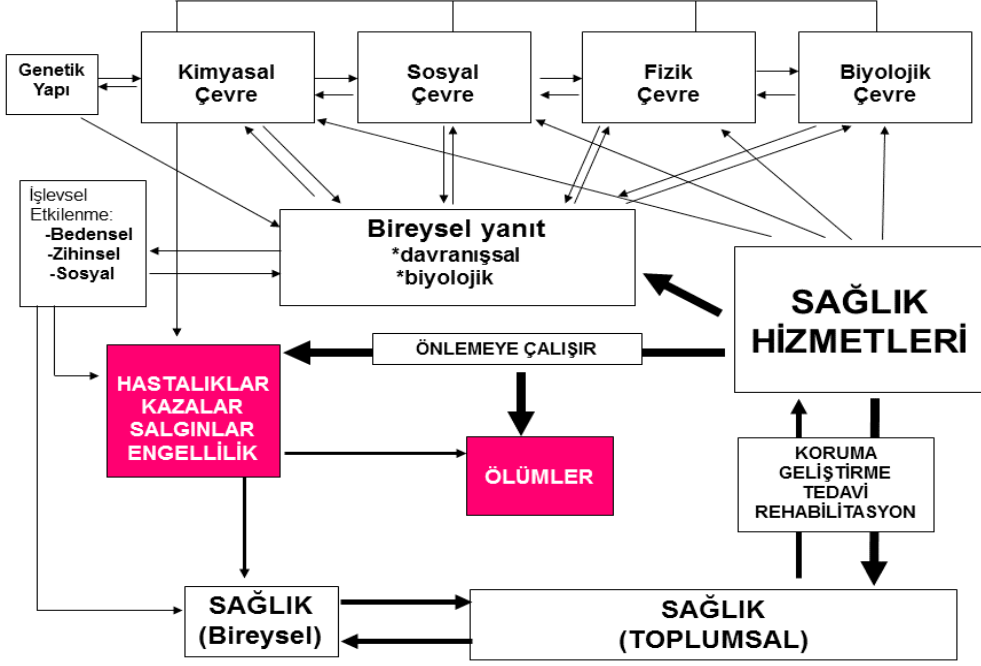


Kaynak: Gürses (1991)

Toplumun sınıfsal yapısı, hemşehrilik ilişkileri, yoksullar, işsizler, gecekondu bölgeleri dikkatle gözlenmeli ve anahtar kişilerle (muhtarlar, belediye başkanları, dernek başkanları vb) derinlemesine görüşmeler veya odak grup görüşmeleri yapılmalıdır. Toplumun dil, din, kültür, gelenek, görenek, örf, adet gibi özellikleri iyi öğrenilmeli ve dikkate alınmalıdır. Bu konuda mutlaka sağlık personelinin de görüşleri alınmalı, bölgede uzun süredir çalışan personelin görüşleri toplanmalıdır.

Toplumun tanımlanması aşamasında çok önemli olan bir diğer konu da toplumu biçimlendiren çevresel yapının incelenmesidir. Toplum, çevresel etkileşim ve sağlık ilişkisi şekil 2.2'de özetlenmiştir (University of Glasgow, 2000 ve Kılıç, 2015). Bu yapı içinde tüm çevresel faktörlerin birbirleriyle ve bireyle (sonrasında toplumla) karşılıklı bir etkileşim içinde olduğu unutulmamalıdır. Sağlık hizmetleri bu yapı içinde öncelikle koruma ve geliştirmeye odaklanmalıdır.

Şekil 2.2 Sağlık ve Çevre Etkileşimi



Kaynaklar: University of Glasgow (2000), Evans (1990) ve Kılıç (2015) (kısmen değiştirilerek)

Şekil 2.2'de de görüldüğü üzere içinde yaşanılan biyolojik, fizik, kimyasal ve sosyal çevre, toplumu, bireyleri ve sağlık hizmetlerini doğrudan etkiler (Institute of Medicine, 2003:403). Birey ve çevre arasında karşılıklı bir etkileşim söz konusudur. Örneğin fiziksel çevre toplum sağlığını etkilediği gibi insan da fizik çevreyi değiştirerek (ormanı keserek, otoyol ya da baraj yaparak) sağlığı etkilemiş olur. Etkileşim öncelikle bireyde biyolojik, davranışsal veya sosyal değişikliklere yol açar. Daha sonra işlevsel etkilenme ve hastalıklar veya ölüm ortaya çıkar. Tüm bu aşamalarda sağlık ekibi hizmet sunumu ile hastalıkları önlemeye, ölümleri azaltmaya çalışır. Tüm bu çabalar toplumsal iyilik halinin geliştirilmesi içindir.

Çevresel yapılar içinde TOYS açısından en önemli olan kavram sosyal çevredir. "Sosyal çevre" toplum içerisindeki çeşitli kültürler ve ilişkilerden etkilenen ve dolayısıyla toplum katılımına da olanak sağlayan toplumsal kurumları içeren bir yapıdır. Bu yapı aynı zamanda örgütlü toplum olabilme yolunda da önemli bir işlev görür. Bu örgütler arasında meslek örgütleri, sendikalar, demokratik kitle örgütleri ve hükümet dışı gönüllü kuruluşlar sayılabilir.

Sağlığı etkileyen değişkenler üst üste katmanlar halindedir (Dahlgren-Whitehead 1991, Institute of Medicine 2003:52). En dış katmanda ülkenin genel sosyo-ekonomik yapısı ve makro düzeydeki politik, ekonomik göstergeleri bulunur. Örneğin Türkiye'nin içinde bulunduğu ekonomik kriz, Suriye'deki savaş koşulları, göç vb. sorunlar tüm toplumun sağlığını etkileyen ilk sosyal değişkenler katmanını oluşturur. İkinci katmanda ise sosyal ağlar, kişinin eğitim, meslek, gelir gibi sosyo-ekonomik statüsünü ve sınıfsal konumunu gösteren göstergeler vardır. Bu katman kişinin zengin veya yoksul olması, eğitilmiş veya eğitimsiz olması, yaptığı iş gibi değişik mülkiyet, statü ilişkilerinden oluşur ve bunlar sağlığı doğrudan etkileyen ikinci katmandır (bakınız Şekil 2.3).

Şekil 2.3 Sağlığın Belirleyicileri



Kaynak: Dahlgren, Whitehead (1991)

Şekil 2.3'te görülen ilk iki katmana sağlığın sosyal belirleyicileri denir. Sağlığın sosyal belirleyicileri gelir, iş, işsizlik, toplumsal cinsiyet, beslenme, konut, eğitim, kültür, sosyal güvenlik ve etnisite gibi çok çeşitli değişkenlerden oluşur (Raphael 2009, Institute of Medicine 2003:52). Daha sonra üçüncü katmanda bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve son olarak da dördüncü katmanda genetik yapısı bulunur. Dış katmanda bulunan sosyal belirleyiciler iç katmanlara yani yaşam biçimi

ve genetik yapıya da etki ederler. Bu nedenle bazı yazarlar tüm katmanların aslında sosyal değişkenlerden oluştuğunu iddia ederler. Toplum tanıma aşamasında bu değişkenlere ait veriler mutlaka incelenmelidir. Bu verilere ulaşılamadığı durumlarda benzer ülkelerin veya bölgelerin verileri, araştırma sonuçları kullanılabilir ve tahminlerde bulunulabilir.

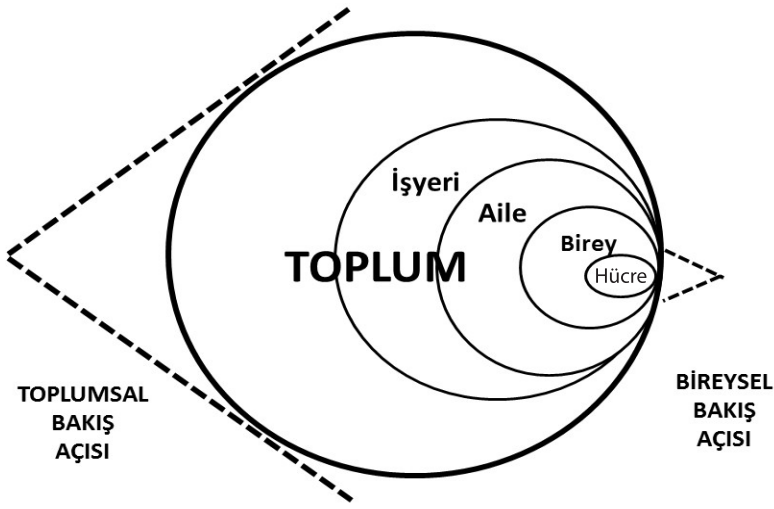
Toplumun tanımlanması bir hekimin hastasını tanımasına benzer. Hekim öncelikle hastasından ayrıntılı bir öykü alır ve bu nedenle çok çeşitli, kapsamlı sorular sorar (özgeçmiş, soygeçmiş, yakınmaları vb). Daha sonra muayeneye gözlemlerle başlar. Ek olarak fizik muayene yöntemleri ve laboratuvar incelemeleri kullanılarak kişinin tanısını koymaya çalışır. Toplumlar da bu açılarından insanlara benzer. Toplumların da belli hastalıkları veya hastalanmaya duyarlı yönleri vardır. Bu nedenle toplumlara da benzer bir şekilde gözlem, görüşme, çeşitli sağlık düzeyi verilerinin incelenmesi, epidemiyolojik yöntemler kullanılarak araştırmalar yapılması gibi yaklaşımlarla tanı konmaya çalışılır. Bu yaklaşıma "toplumsal tanı çalışması" veya "topluma tanı koymak" denir (University of Glasgow 2000; Kılıç 2015; Bennett 1979).

Toplumun tanınması çalışmalarını varolan sağlık hizmetlerini aksatmamalı, sağlık hizmeti sunumu ile birlikte yürütülmelidir. Çünkü toplumu tanıma süreci hem zor hem de uzun bir zaman gerektirebilir. Bu nedenle toplumu tanıma çalışmalarının sürekliliği çok önemlidir. Böylece zaman içinde değişen sağlık gereksinimlerinin tanımlanması ve bu sorunlara göre hizmetlerin planlanması ve sunulması sağlanır.

2.2 Toplumsal Bakış Açısı

Bu aşamada dikkat edilmesi gereken en önemli konu sağlık yöneticisinin bireysel bakış açısı yerine toplumsal bakış açısına sahip olması gerektiğidir. Halk sağlığının doğuşunun üzerinden yaklaşık yüz yıl geçmiş olmasına ve çağdaş halk sağlığı anlayışının oldukça gelişmiş olmasına karşın günümüzün bazı popüler yaklaşımları sağlığa dar bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Bu durumda hastalıkların oluşumunda sadece gen ve mikrop kavramları öne çıkmakta, sağlık hizmet sunumunda sadece birey ve aile ön plana alınabilmekte, koruma yerine tedavi etme, sağlığı geliştirme yerine genler düzeyinde bireysel yaklaşımlar önerilebilmektedir. Örneğin gastroenteritle gelen bir hastaya hizmet sunulurken mikrobiyolojik etkenin yapısına yoğunlaşmakta, hastalığın oluşmasına neden olan çevresel ve toplumsal nedenler göz ardı edilebilmektedir. Şekil 2.4'de sağlığa bireysel ve toplumsal bakış açıları arasındaki bu fark gösterilmeye çalışılmıştır.

Şekil 2.4 Sağlığa Bireysel ve Toplumsal Bakış Açıları



Kaynak: Kılıç (2015)

2.3 Toplumsal Tanı İçin Bilgi Kaynakları

Toplumun tanımlanması aşamasında kullanılacak kaynaklar sanıldığından çoktur, ancak bu kaynaklara ulaşmak ve verileri yorumlayabilmek belli bir deneyim ve bilgi birikimi gerektirir. Söz konusu bilgi kaynakları aşağıda sıralanmıştır:

- Topluma ve bireylere yönelik gözlemler,
- Bireylerle ve toplum temsilcileriyle görüşmeler,
- Ev ziyaretleri,
- Sağlık kuruluşlarından edineceğimiz veriler (mevcut raporlar, sağlık bilgi sistemlerinden elde edilen istatistikler, sağlık kurumlarının kayıtlarının özel amaçlarla değerlendirilmesi),
- Sağlık sektöründe çalışanlardan toplanacak bilgiler,
- Sağlık dışındaki eğitim, tarım, kamu yönetimi (muhtarlık, belediye, kaymakamlık, valilik vb) gibi sektörlerden toplanacak bilgiler,
- Ülke çapında yapılmış araştırma ve genel nüfus sayımı verileri,
- Söz konusu olan topluma ya da benzer toplumlara ait literatürde yer alan araştırmalar.

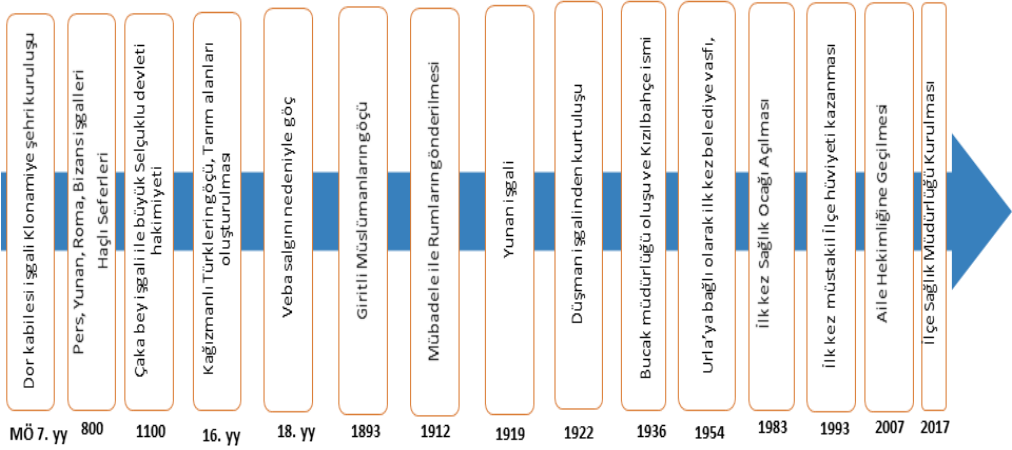
2.4 Toplumun Tanımlanması Aşamaları

Toplumun tanımlanmasında toplumun tarihsel, coğrafi ve sosyal özellikleri ile toplumun sağlık düzeyi göstergeleri belirlenir.

Toplumun Tarihsel, Coğrafi, Sosyal Özelliklerinin Belirlenmesi

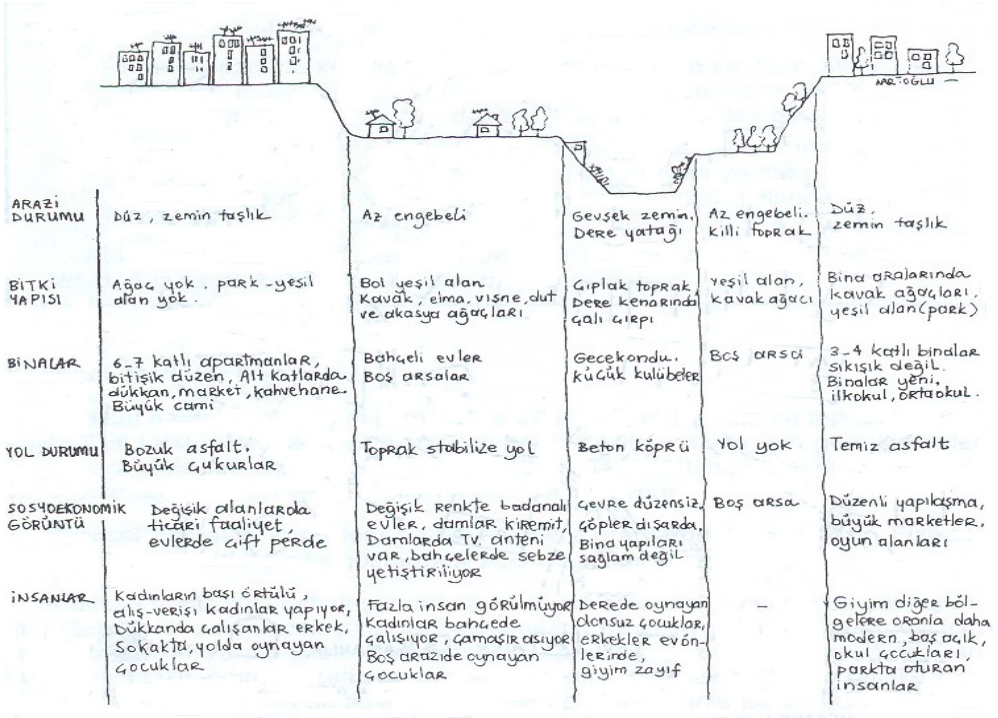
Bu aşamada incelenen toplumun tarih şeridi ve kesitsel haritası çıkartılır. Toplumun tarih şeridi, bölgede ilk yerleşimlerden günümüze kadar geçen zaman diliminde yaşanan önemli olayların ve tarihlerinin yazılması ile oluşturulur (Kartoğlu, 1992). Toplumsal bellekte yer eden olayların belirlenmesi hedeflendiğinden resmi kurumlar ve belgeler yanısıra toplumdaki belli bir yaşın üzerindeki kişilerin deneyim ve bilgilerinden de yararlanır (**Şekil 2.5**).

Şekil 2.5 Güzelbahçe İlçesi Tarih Şeridi Örneği



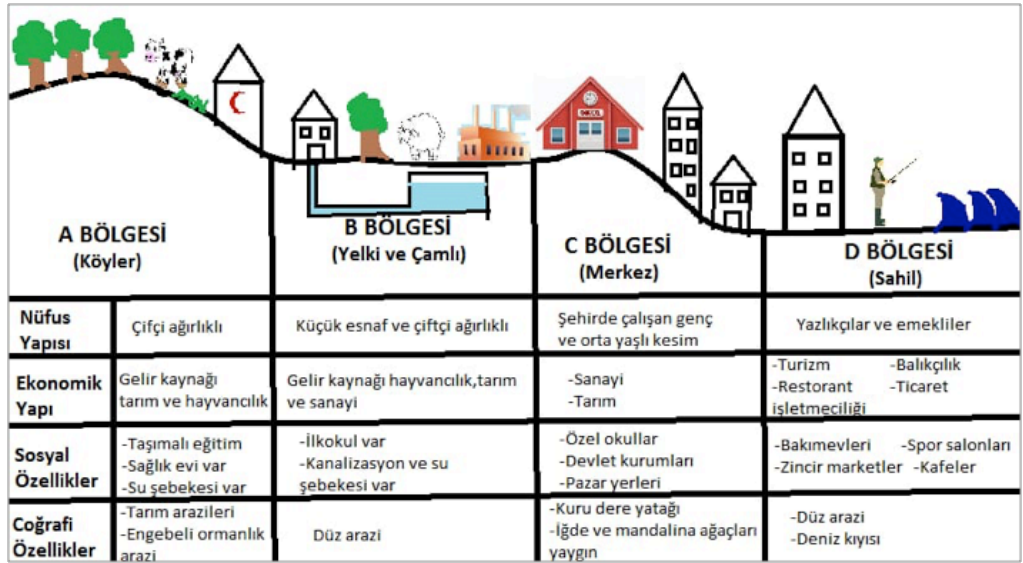
Kesitsel harita çıkartılmasında ise yerleşim bölgesindeki özellikle eko sistem ve arazi kullanımıyla ilgili farklılıklar kesitsel olarak gösterilir (Şekil 2.6 ve 2.7). Yerleşim yerinin iklimi, arazi ve bitki örtüsü, binaları, fizik alt yapısı, sosyo-ekonomik yapısı, doğal kaynakları, iletişim araçları, yol ve ulaşım durumu gibi özellikleri araştırılır. Kesitsel haritalar çizilmesi daha zor olan haritalardır. Ancak fiziksel ve biyolojik çevre ile toplum etkileşimini daha iyi gösterirler. Çizimde püf noktası kesit çizgilerinin iyi belirlenmesine dayanır. Bu nedenle harita üzerinde çevresel farklılığı olan tüm kesitler uygun şekilde işaretlenir (Kartoğlu, 1992).

Şekil 2.6 Kesitsel Harita Örneği



Kaynak: Kartoğlu (1992:26)

Şekil 2.7 Güzelbahçe İlçesi İçin Hazırlanmış Kesitsel Harita Örneği



Kaynak: Ünal (2018)

Nüfus Verileri

Toplumun demografik özellikleri sağlık hizmeti gereksinimleri konusunda yol göstericidir. Nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımı, nüfus piramidi, yaşlı-genç bağımlı nüfus, nüfus artış hızı, göç hızı, eğitim düzeyi, sosyal güvence, sağlık güvencesi durumu, konut koşulları, meslek dağılımı, hane halkı büyüklüğü, aile yapısı, medeni durum, dinsel, etnik yapı gibi veriler bu başlık altında ele alınabilir (Institute of Medicine, 2003:46). Toplum içersinde engelliler, göçmenler, yoksullar, işçiler gibi çeşitli risk grupları ve bebekler, çocuklar, gebeler, yaşlılar gibi öncelikli hizmet sunulması gereken gruplar vardır. Aşağıdaki şekilde bu risk gruplarını içeren sembolik bir toplum resmi ve onu tanımaya çalışan bir halk sağlığı uzmanı görülmektedir. Halk sağlığı uzmanı burada toplumu sürekli izleyen ve sağlık düzeyini ölçen bir konumda verilmiştir (bakınız **Şekil 2.8**).

Şekil 2.8 Sembolik Bir Toplum Örneği ve Halk Sağlığı Uzmanı



Kaynak: University of Minnesota (1994)

Nüfus Piramidinin Yorumlanması

Nüfus piramidi, belirli bir bölgede yaşayan nüfusun yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımını görsel olarak yansıtan bir grafikdir. Bir bölgedeki nüfusun temel belirleyicisi doğum, ölüm ve göçlerdir. Nüfus piramidi, toplumun doğurganlık ve ölüm hızlarıyla ilgili bilgi verir. Grafiğin x ekseninde toplam nüfus içinde belli yaş gruplarının payı (%), y ekseninde ise yaş grupları yer alır. Nüfus piramitleri incelenirken piramidin tabanına ve tavanına bakılmalıdır. Nüfus piramidinin tabanı doğurganlığı gösterirken tavanı ise ölümlülüğü yansıtır. Tabanın geniş olması doğum hızının, tavanın dar olması ise ölüm hızının yüksekliğini gösterir.

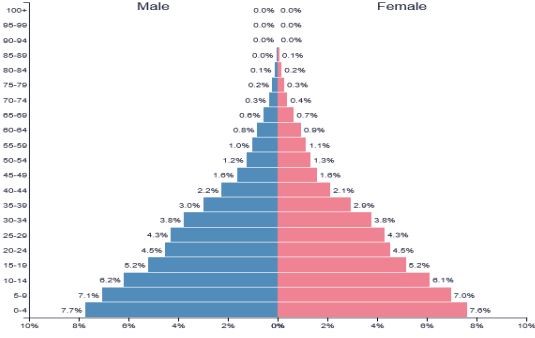
Nüfus piramitlerinde, 0-14 yaş aralığı genç nüfusu, 15-64 arası yaş aralığı erişkin nüfusu, 65 ve üstü yaş aralığı ise yaşlı nüfusu gösterir. Bu piramitlerde 0-14 yaş aralığındaki genç nüfus ile 65 ve üstündeki yaş aralığındaki yaşlı nüfus, bağımlı nüfus olarak ele alınır.

Nüfus piramitleri ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar gösterir. Az gelişmiş ülkelerde nüfus piramidinin tabanı geniş, tavanı ise dardır. Gelişmekte olan ülkelerin nüfus piramidinde genç nüfusun fazla, yaşlı nüfusun az olduğu görülürken gelişmiş ülkelerde ise genç nüfusun daha az, yaşlı nüfusun fazla olduğu görülür (Dever, 2006:298).

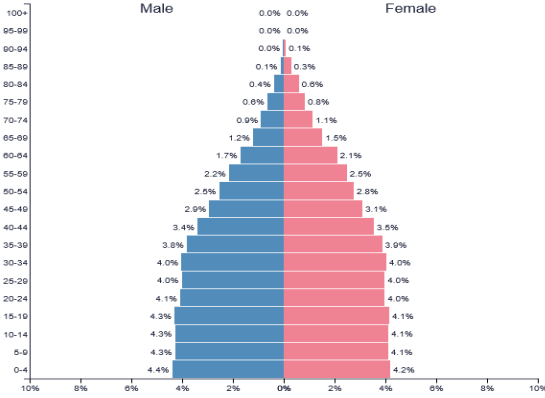
Şekil 2.9'de demografik dönüşümün farklı aşamalarındaki üç ülkeye ait nüfus piramidi sunulmuştur. Kenya nüfus piramidi tabanı geniş, tavanı dar olan doğurganlığın ve ölümlülüğün yüksek olduğu az gelişmiş ülke piramidine örnektir. Almanya'ya ait piramitte ise piramidin tabanı ortasına ve tepesine göre dar olan gelişmiş ülke piramidine örnektir. Türkiye'nin piramidi ise gelişmekte olan ülkelere örnek olarak tabanı daralarak bir sonraki aşama olan fıçı görünümüne benzemeye başlamıştır. İlerleyen aşamada ise gelişmiş ülkelerdeki gibi silindire benzeyen bir şekle dönüşecektir.

Şekil 2.9 Kenya, Türkiye ve Almanya'nın 2016 Yılına Ait Nüfus Piramitleri

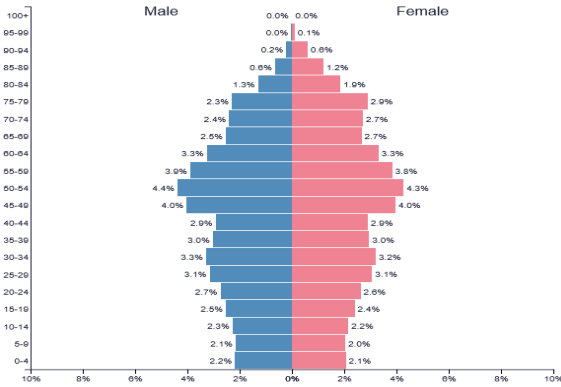
Kenya 2016: Nüfus 47,251,449



Türkiye 2016: Nüfus 79,622,062



Almanya 2016: Nüfus 80,682,351



Kaynak: Wulf (2018)

Toplumun nüfus yapısı tanımlanırken, bazı demografik göstergelerden de yararlanılabilir:

Nüfus Artış Hızı

Nüfus Artış Hızı (NAH) bir yıllık süre içinde nüfustaki değişimin ölçütüdür (Tezcan, 2017).

$$\text{Nüfus Artış Hızı (NAH)} = \frac{\text{İçinde bulunulan yılın nüfusu} - \text{Önceki yılın nüfusu}}{\text{Önceki yılın nüfusu}} \times 100$$

Nüfus artış hızı kullanılarak bir sonraki yıl beklenen nüfus tahmin edilebilir:

Bir sonraki yılın nüfusu = (İçinde bulunulan yılın nüfusu X NAH) + İçinde bulunulan yılın nüfusu

$$\text{Doğal Nüfus Artış Hızı} = \text{Kaba Doğum Hızı} - \text{Kaba Ölüm Hızı}$$

$$\text{Net Nüfus Artış Hızı} = \frac{(\text{Doğumlar} + \text{İç Göçler}) - (\text{Ölümler} + \text{Dış Göçler})}{\text{Yıl ortası nüfus}}$$

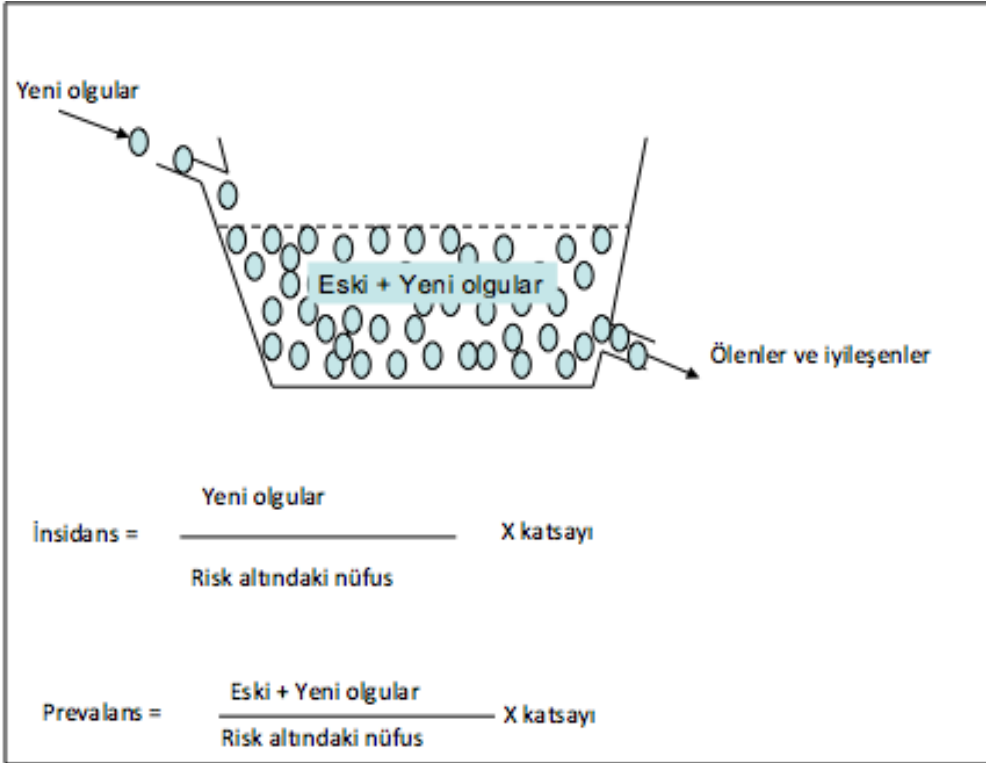
Hastalıklarla İlgili Veriler

Bir toplumda belirli hastalıkların boyutlarını gösteren ölçütlere genel olarak morbidite hızları adı verilir. Morbidite hızlarının yaş, cinsiyet, yerleşim yeri vb. gibi özelliklere göre dağılımı ile ilgili veriler de hastalıkların belirleyicileri ve risk gruplarının tanımlanması konusunda bilgiler sağlamaktadır. Hastalanma ile ilgili hızlar yanısıra hastalanma ile yakından ilişkili olan hizmete ulaşma göstergeleri (bağışıklama hızları gibi), çevre koşulları (hava veya su kirliliği gibi) veya tarımsal veya ekonomik veriler (sulu tarım yapılan alanların büyüklüğü gibi) de bu konuda dolaylı olarak bilgi sunmaktadır. Morbidite verileri ile ilgili olarak başlıca kullanılan ölçütler insidans ve prevalans hızlarıdır (Tezcan, 2017).

İnsidans ve Prevalans

Bu hızların hesaplanmasında ASM veya İl SM/İSM/TSM kayıtları her zaman yeterli olmaz. Bu nedenle gerektiğinde kesitsel ya da izlem araştırmaları yapılarak gerekli veriler toplanabilir. İnsidans toplumda belirli bir "A" hastalığı olmayan "sağlam" kişilerin ne kadarının, belirli bir sürede "A" hastalığına yakalandıklarını gösterir. Diğer bir deyişle risk altındaki sağlam kişilerin belirli bir sürede bu hastalığa yakalanma olasılıklarını verir. Prevalans ise, belirli bir anda toplumda bulunan toplam (eski ve yeni) vaka sayısının risk altındaki kişi sayısına bölünmesi ile elde edilen bir ölçüttür. Şekil 2.10'da toplumdaki hastalık havuzu ve insidans-prevalans kavramları görölmektedir.

Şekil 2.10 Toplum Hastalık Havuzu



Atak Hızı

Bulaşıcı hastalıklarla ilgili morbidite ölçütlerine atak hızı adı verilir. Atak hızı, belli bir zaman aralığında bildirilen yeni olgu sayısının risk altındaki nüfusa bölünmesiyle elde edilen bir insidans hızıdır (Tezcan, 2017). Salgın durumlarında kullanılır.

Salgınların boyutunu belirlemek amacıyla primer atak hızı, salgınları durdurmak için alınan kontrol önlemlerinin etkinliğini ölçmek için de sekonder atak hızı kullanılır.

$$\text{Atak Hızı (A Hastalığı)} = \frac{\text{Belirli Bir Sürede Saptanan A Hastalığı Olgu Sayısı}}{\text{Aynı Süre İçinde A Hastalığına Duyarlı Nüfus}}$$

Primer Atak Hızı

Salgının yaygınlığını ve boyutunu ölçer. İlk olgu görüldükten sonra, o hastalık için “en uzun kuluçka dönemi” içinde görülen tüm olgular primer olgu olarak değerlendirilir

$$\text{Primer Atak Hızı (A Hastalığı)} = \frac{\text{İlk Olgu Görüldükten Sonra En Uzun Kuluçka Süresi İçinde Saptanan Olgu Sayısı}}{\text{Aynı Süre İçinde A Hastalığına Duyarlı Nüfus}} \times k$$

Sekonder Atak Hızı

İlk olgu görüldükten sonra “ikinci en uzun kuluçka döneminde” ortaya çıkan olguların ilk olgulardan bulaş sonucu ortaya çıktığı varsayılır. Birinci en uzun kuluçka süresi içinde saptanan primer olgular paydada yer almaz.

$$\text{Sekonder Atak Hızı (A Hastalığı)} = \frac{\text{İlk Olgu Görüldükten Sonra İkinci En uzun Kuluçka Süresi İçinde Saptanan Olgu Sayısı}}{\text{(Aynı Süre İçinde A Hastalığına Duyarlı Nüfus - Primer Olgu Sayısı)}} \times k$$

Fatalite Hızı

Bir hastalığın ne kadar öldürücü olduğunu gösteren bir ölçüttür. Hastalığa yakalananlardan ne kadarının öldüğünü belirlemeye yarar. Genellikle kısa süreli olan bulaşıcı hastalıklar için kullanılır. Güvenilirliği hastalık tesbit ve bildirimlerinin sağlıklı olmasına bağlıdır.

$$\text{Fatalite Hızı (A Hastalığı)} = \frac{\text{Belirli Bir Sürede Saptanan A Hastalığı Nedenli Ölümler}}{\text{A Hastalığına Yakalanan Kişi Sayısı}} \times 100$$

Ölümlerle İlgili Veriler

Ölümlerin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı, ölüm nedenleri ve ölüm hızlarıdır (Tezcan, 2017) .

Kaba Ölüm Hızı (KÖH)

$$\text{KÖH} = \frac{\text{Bir Takvim Yılı İçindeki Toplam Ölüm Sayısı}}{\text{Yılsonunda MERNİS Üzerinden Saptanan Nüfus}} \times 1.000$$

Bu ölçüt çok duyarlı ve iyi bir ölüm ölçütü olmamakla birlikte, pay ve paydadaki bilgileri elde etmek kolay olduğundan sıklıkla kullanılır. Ölümlerin hangi yaş ve cinsiyet gruplarında toplandığını göstermez yalnızca kaba bir fikir verir.

Yaşa ve Cinsiyete Özel Ölüm Hızları

Yaşa ve cinsiyete özel ölüm hızları toplumdaki ölümlerin boyutlarını daha duyarlı olarak ortaya koyar ve karşılaştırma olanağı sağlar. Yaşa ve cinsiyete özel ölüm hızları risklerin ölçümünde kullanıldığı gibi yaşam tablolarının yapımında da temel verileri oluştururlar.

Yaşa Özel Ölüm Hızı (YÖÖH)

Ölümlerin en fazla hangi yaş gruplarında olduğunu saptamaya yarar.

$$\text{YÖÖH} = \frac{\text{Bir Takvim Yılında Belirli Bir Yaş Grubundaki Ölümler}}{\text{Aynı yıl O Yaş Grubunun Yıl Ortası Nüfusu}} \times 1.000$$

Cinsiyete Özel Ölüm Hızı

Cinsiyet de farklı yaş gruplarında mortalite üzerine etki eden bir faktördür. Örneğin ülkemizde özellikle maden bölgelerinde genç erkeklerde iş kazaları nedeniyle ölümler cinsiyete özgü önemli farklılıklar yaratabilmektedir. Bu grupta Erkek Ölüm Hızı (EÖH) ve 15 – 49 Yaş Kadın Ölüm Hızı (15-49YKÖH) vardır.

$$\text{EÖH} = \frac{\text{Bir Takvim Yılı İçinde Ölen Erkek Sayısı}}{\text{Aynı Yılın Yıl Ortası Erkek Nüfusu}} \times 1.000$$

$$\text{15-49YKÖH} = \frac{\text{Belli Bir Süre İçinde Ölen 15-49 Yaş Kadın Sayısı}}{\text{Aynı Yılın Yıl Ortası 15 – 49 Yaş Kadın Nüfusu}} \times 1.000$$

Orantılı Ölüm Hızları

Yaşa Özel Orantılı Ölüm Hızı

Tüm ölümler içinde çocukluk ve yaşlılık ölümlerini göstermek için kullanılır. Hangi yaşlar için orantılı ölüm hızı hesaplanmak isteniyorsa, paya bu yaş grubu yazılır. Paydaya aynı yıl içindeki toplam ölümler yazılır (Tezcan, 2017).

$$\text{0- 4 Yaş Orantılı Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir Takvim Yılı İçindeki 0-4 Yaş Grubu Ölümlerin Sayısı}}{\text{Aynı Yıl İçindeki Toplam Ölüm Sayısı}} \times 1.000$$

Bir toplumda çocuk sağlığı iyi değilse, tüm ölümlerin yarıya yakını 0-4 yaş grubu ölümleri oluşturur. Çocuk sağlığının iyi olduğu ülkelerde 0-4 yaş ölümler tüm ölümlerin %5 kadarını, 45 yaş ve üzeri ölümler tüm ölümlerin %85-90'ını oluşturur.

$$\text{45 Yaş ve Üstü Orantılı Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir Takvim Yılı İçindeki 45 Yaş ve Üstü Ölümler}}{\text{Aynı Yıl İçindeki Toplam Ölüm Sayısı}} \times 1.000$$

Nedene Özel Orantılı Ölüm Hızı (NÖÖH)

Bir toplumda en fazla ölüme neden olan ilk 5 ya da 10 hastalığın saptanması amacıyla kullanılan bir ölçüttür. Bu ölçütün güvenilirliği ölümlerin tam olarak saptanmış ve ölüm nedenlerinin doğru olarak belirlenmiş olmasına bağlıdır.

$$\text{NÖÖÖH} = \frac{\text{Bir Takvim Yılında A Hastalığı Nedeniyle Ölenlerin Sayısı}}{\text{Aynı Yıl İçindeki Toplam Ölüm Sayısı}} \times 100$$

Bebek Ölüm Hızı

Bir toplumda genel sağlık düzeyini ve çocuk sağlığı düzeyini ölçmek ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmek için kullanılan en önemli ölçüttür.

$$\text{Bebek Ölüm Hızı (BÖH)} = \frac{\text{Bir Yılda Canlı Doğan ve 364 Gün İçinde Ölen Bebeklerin Sayısı}}{\text{Aynı Yıl İçindeki Toplam Canlı Doğum Sayısı}} \times 1.000$$

Ölü Doğum Hızı (ÖDH)

Ölü doğum gebeliğin 20.nci haftasından sonra doğan, ancak doğumda solunum ya da diğer yaşam belirtilerinden en az biri olmayan bebekleri tanımlar. Anne sağlığının önemli bir göstergesidir. Eğer bu hız yüksek ise, doğum öncesi bakım hizmetleri ve doğum koşulları gözden geçirilmelidir.

$$\text{ÖDH} = \frac{\text{Ölü Doğum Sayısı}}{\text{Ölü ve Canlı Tüm Doğumlar}} \times 1.000$$

Neonatal (Yenidoğan) Ölüm Hızları

Yaşamın ilk 28 gününe yenidoğan dönemi denir. Yenidoğan ve özellikle erken yenidoğan ölüm hızları bir toplumdaki doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın, ana-çocuk sağlığı düzeyinin ne düzeyde olduğunu gösteren çok anlamlı ölçütlerdir. Erken ve Geç Neonatal Ölüm Hızlarının toplamı Neonatal Ölüm Hızını verir (Tezcan, 2017).

$$\text{Erken Neonatal Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir Yıl İçinde Canlı Doğan ve 0-6 Gün İçinde Ölen Bebekler}}{\text{Aynı Yılda Toplam Canlı Doğum Sayısı}} \times 1.000$$

$$\text{Geç Neonatal Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir Yıl İçinde Canlı Doğan ve 7-27 Gün İçinde Ölen Bebekler}}{\text{Aynı Yılda Toplam Canlı Doğum Sayısı}} \times 1.000$$

Yaşamın ilk 28-364. günlerine post neonatal dönem adı verilir. Bu dönemde meydana gelen ölümler çoğunlukla önlenebilir nitelikte ölümler olup, çevresel koşulların çocuk sağlığı üzerindeki etkilerini yansıtırlar.

$$\text{Neonatal Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir Yıl İçinde Canlı Doğan ve 0 – 27 Gün İçinde Ölen Bebekler}}{\text{Aynı Yılda Toplam Canlı Doğum Sayısı}} \times 1.000$$

$$\text{Post-neonatal ÖH} = \frac{\text{Bir Yıl İçinde Canlı Doğan ve 28 – 364 Gün İçinde Ölen Bebekler}}{\text{Aynı Yılda Toplam Canlı Doğum Sayısı}} \times 1.000$$

Perinatal ölüm hızı doğum öncesi bakımı ve doğum koşullarını yansıtır.

$$\text{Perinatal Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir Yıl İçinde Canlı Doğan ve 0-6 Gün İçinde Ölen Bebekler + Ölü Doğum Sayısı}}{\text{Aynı Yılda Toplam Ölü ve Canlı Tüm Doğumların Sayısı}} \times 1.000$$

Ana Ölüm Oranı (AÖO)

Bir toplumun sağlık göstergeleri arasında ana sağlığı ölçütleri en önemli ölçütlerdir. Gebelik, doğum ya da lohusalık döneminde meydana gelen kadın ölümlerine ana ölümü denir.

$$A\ddot{O} = \frac{\text{Bir Takvim Yılı İçindeki Toplam Anne lmleri}}{\text{Aynı Yıl İçindeki Toplam Canlı Doğum Sayısı}} \times 100.000$$

Bu formülün paydasına aslında bütün gebeliklerin alınması gerekir, ancak tüm gebeliklerin tesbiti olanaksız olduğundan canlı doğumlar alınmaktadır. Paydada aynı toplumda ve aynı yıldaki 15-49 yağ kadın sayısı yer alırsa Ana lm Hızı (AH) denir (Tezcan, 2017). Ana lm görece ender görüldüğünden, AO ve AH'nı il düzeyinde hesaplamak daha uygundur.

Üreme Sağlığı İle İlgili Veriler / Doğurganlıkla İlgili Veriler

Doğum hızları, doğumların yapıldığı yerler, doğum Őekilleri, antenatal izlemler, risk gruplarının (gebe, bebek, ocuk, kadın) ortalama izlem sayıları, aile planlaması hizmetleri, kadın sağlığı hizmetleri gibi bir toplumda doğurganlığın boyutlarını ve sunulan aile planlaması hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmek için kullanılan ölçütlere Doğurganlık (Fertilite) ltleri denir (Tezcan, 2017).

Kaba Doğum Hızı (KDH)

Kaba doğum hızı çok duyarlı bir ölçüt değildir. Çünkü paydasında doğurganlığa katkısı olmayan ocuk ve yağlılar dahil bütün nüfus yer almaktadır. Ancak verilere ulağmak ve hesaplamak kolay olduğundan sık kullanılan bir ölçüttür. Aile planlaması hizmetlerinden en son kaba doğum hızı etkilenir.

$$KDH = \frac{\text{Bir Takvim Yılındaki Toplam Canlı Doğum Sayısı}}{\text{Aynı Yıl İçindeki Toplam Yıl Ortası Nüfus}} \times 1.000$$

Genel Doğurganlık Hızı (GDH)

Paydaya sadece 15-49 yağ kadınlar, yani doğurganlık çağındaki kadın nüfus yazıldığından doğurganlık düzeyini daha duyarlı olarak gösteren bir ölçüttür. Aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesinde çok yararlı bir göstergedir.

$$\text{GDH} = \frac{\text{Bir Takvim Yılındaki Toplam Canlı Doğum Sayısı}}{15 - 49 \text{ Yaş Kadın Nüfusu}} \times 1.000$$

Evli Kadınlara Özel Doğurganlık Hızı

Genel doğurganlık hızından farkı paydada bütün 15-49 yaş kadın nüfusu yerine sadece evli olan 15-49 yaş kadın nüfusun alınmasıdır. Evlilik dışı çocuk sahibi olmanın fazla yaygın olmadığı toplumlarda kullanılabilen daha duyarlı bir ölçüttür.

$$\text{EKÖDH} = \frac{\text{Bir Takvim Yılındaki Toplam Canlı Doğum Sayısı}}{15 - 49 \text{ Yaş Evli Kadın Nüfusu}} \times 1.000$$

Yaşa Özel Doğurganlık Hızı

Belirli bir yaş grubundaki her bin kadın başına düşen doğum sayısını gösterir. Bu hız istenildiğinde evli kadınlara özel olarak da hesaplanabilir.

$$\text{YÖDH} = \frac{\text{Belli Bir Yaş Grubu Kadınlardan Olan Canlı Doğum Sayısı}}{\text{Bu Yaş Grubu Kadınların Yıl Ortası Nüfusu}} \times 1.000$$

Toplam Doğurganlık Hızı (TDH)

Doğurgan çağıdaki bir kadının, doğurgan çağ sonuna dek kaç canlı doğum yapacağını gösterir. Bir kadının yapması beklenen ortalama doğum sayısını vermesine karşın "hız" olarak ifade edilir. Bu gösterge yaşa özel doğurganlık hızları toplanarak hesaplanır.

$$\text{TDH} = 5 \times (15-19 \text{ YÖDH} + 20-24 \text{ YÖDH} + \dots + 45-49 \text{ YÖDH})$$

Çocuk / Kadın Oranı

Doğurgan çağdaki her 100 kadından kaç tanesinin 5 yaşından küçük çocuğu olduğunu ve bir bölgenin son 5 yıl içindeki doğurganlık düzeyini gösterir. Doğurganlığın yüksek olduğu topluluklarda bu oran yaklaşık %70 ya da daha yüksektir.

$$\text{Çocuk/Kadın Oranı} = \frac{\text{0 - 4 Yaş Grubu Çocuk Sayısı}}{\text{15 - 49 Yaş Grubu Kadın Sayısı}} \times 100$$

Doğumların Doğum Yapılan Yere Göre Dağılımı

Ana sağlığı hizmetlerinin yeterliliğini değerlendirmede kullanılır. Bir bölgede ya da ülkede sağlık kurumları dışında veya sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar ne kadar az olursa, ana sağlığı hizmetleri o kadar iyidir denilebilir. Ancak ebeler yalnız kendi yaptırdıkları doğumlar için kayıt tutar, diğer doğumları kayda almazlarsa, kendi kendine yapılan doğumların sayısı azmış gibi görünebilir.

$$\text{Hastane Doğumları} = \frac{\text{Bir Takvim Yılında Hastanelerde Gerçekleşen Doğumların Sayısı}}{\text{Aynı Yıl İçindeki Toplam Doğum Sayısı}}$$

Doğum Başına Ortalama İzlem Sayısı

Ana sağlığı hizmetleri içinde doğum öncesi bakımın ne düzeyde yapılabildiğini gösterir. Aynı zamanda ebe hizmetlerinin yeterli olup olmadığı konusunda da fikir verir. Ayrıca lohusa izlemleri de aynı formülde paya lohusa izlemleri konarak hesaplanabilir.

$$\text{DBOI} = \frac{\text{Bir Takvim Yılındaki Toplam Gebe İzlemi Sayısı}}{\text{Aynı Yılda Toplam Doğum Sayısı}}$$

15-49 Yaş Kadın Başına Ortalama İzlem Sayısı

Üreme çağı içindeki kadınlara yönelik ne düzeyde izlem yapılabildiğini gösterir. Aynı zamanda aile planlaması hizmetlerinin yeterli olup olmadığı konusunda da fikir verir. Ortalama olarak 15-49 yaş kadınlar yılda en az 2 kez izlenmiş olmalıdır.

$$15-49 \text{ Kadın BOİ} = \frac{\text{Bir Takvim Yılındaki Toplam 15-49 Y Kadın İzlemi Sayısı}}{\text{Aynı Yılda Toplam 15-49 Y Kadın Sayısı}}$$

Bebek Başına Ortalama İzlem Sayısı

Bebek sağlığı hizmetlerini değerlendirmede kullanılan bir ölçüttür. Ortalama olarak her bebek 1 yıl içinde 9 kez izlenmektedir.

$$\text{BBOİ} = \frac{\text{Bir Takvim Yılındaki Toplam Bebek İzlemi Sayısı}}{\text{Toplam Bebek Sayısı}}$$

Ayrıca çocuk izlemleri de aynı formülde pay ve paydaya çocuk izlemi ve çocuk sayısı konarak hesaplanabilir.

Çevre ve İş Sağlığı İle İlgili Veriler

Su, gıda, işyeri denetimleri, işe giriş muayeneleri, iş kazası hızı, meslek hastalığı sıklığı gibi ölçütler değerlendirilir.

Sağlık Hizmeti Kullanım İstatistikleri

Bir toplumun sağlık hizmetlerini kullanım sıklığı, sağlık hizmetinin varlığı, ulaşılabilirliği, talebi ve sunumu gibi pek çok konuda bilgi verir. Ülkemizde sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili veri kaynakları arasında akademik çalışmalar yanı sıra Sağlık Bakanlığı tarafından her yıl yayınlanan sağlık istatistikleri yıllıkları yer almaktadır (Köse, 2016). Kişi başına sağlık kurumuna ortalama başvuru sayısı, başvuru hizmet türü (acil, poliklinik), sevk oranı gibi göstergeler sağlık hizmet kullanımını yansıtan temel göstergelerdir.

Bölgede yaşayan kişilerin sağlık kurumunu kullanım düzeyleri de kişi başına düşen bakı sayısı ile değerlendirilebilir. İSM/TSM bölgesinde yaşayan bir kişinin yılda kaç kez aile hekimine başvurduğunu gösterir.

$$\text{Kişi Başına Düşen Bakı Sayısı} = \frac{\text{Bakılan Bölge İçi Hasta Sayısı}}{\text{Bölge Nüfusu}}$$

Birinci basamak kurumlardan üst basamak sağlık kurumlarına sevk oranının en fazla %10 olması beklenir. Ülkemizde sevk zinciri uygulanmadığı için artık hesaplanmamaktadır.

$$\text{Sevk Oranı} = \frac{\text{Sevk Edilen Hasta Sayısı}}{\text{Bakılan Toplam Hasta Sayısı}} \times 100$$

Aile hekimliği koşullarında başvuran hastaların en az %50'sine laboratuvar incelemesi yapılması beklenir.

$$\text{Laboratuvar İnceleme Oranı} = \frac{\text{Yapılan Laboratuvar İnceleme Sayısı}}{\text{Bakılan Toplam Hasta Sayısı}} \times 100$$

Ayrıca bu tip niceliksel (hız ve rakamlardan oluşan) verilerle değerlendirmeler dışında toplumun görüş, tutum ve değerlerinin gözlemler, derinlemesine görüşmeler, odak grup görüşmeleri, döküman analizleri vb. çeşitli kalitatif görüşme yöntemleriyle toplandığı niteliksel verilerle de değerlendirmeler yapılmalıdır (Kılıç, 2015).

Sağlık İnsangücü ve Kuruma Ait Veriler

Sağlık kurumlarının insangücü, fizik alt yapı ve teknik donanımı konularında da incelenmesi gereken göstergeler vardır. Bu kapsamda hekim ve ebe başına düşen nüfus hesaplanabilir. Ülkede var olan sağlık personeli sayısı ve niteliği, sağlık kurumları sayısı ve niteliği, hastane yatağı gibi özellikler nüfusa oranlanarak karşılaştırmalar yapılabilir.

Riskli Sağlık Davranışları ile İlgili Veriler

Sağlık ya da hastalık durumunun temel belirleyicileri arasında kişilerin bilinçli ya da farkında olmadan edindikleri bazı sağlık davranışları yer almaktadır. Sağlık davranışlarının belirleyicileri sosyal, kültürel ya da ekonomik çevre ile de ilişkilidir. Toplumdaki riskli davranışların zaman içindeki değişimini izlemek için uygun yöntemlerle yapılmış tekrarlayan kesitsel araştırmalara gereksinim vardır. Pek çok ülkede bu amaçla belirli aralarla tekrarlanan ulusal kurumsallaşmış araştırmalar vardır. Birleşik Krallık'ta bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili risk faktörleri ve sağlık davranışlarını inceleyen ve 3 yılda bir toplumdan örnek seçilerek yapılan "Health Survey for England" bu araştırmalara örnek olabilir (NHS, 2018). Amerika Birleşik Devletlerinde ise CDC tarafından yürütülen "Behavioral Risk Factor Survey-BRFSS" ve "National Health and Nutrition Examination Survey –NHANES" benzer amaçlarla yapılan ulusal çalışmalardır (CDC, 2018 ve 2019). Günümüzde tütün-alkol kullanımı, beslenme özellikleri, fiziksel aktivite, obezite gibi özellikler bu kapsamda en çok izlenen davranışlardır.

Ülkemizde ulusal düzeyde yapılan araştırmalar arasında Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, TÜİK tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırması ve Hanehalkı Tüketim Araştırması sayılabilir.

Hastalık Yüküyle İlgili Veriler

Hastalık yükü kavramı, ölüm, hastalık ve yaralanmalara yönelik daha kapsamlı ve karşılaştırılabilir bilgi ihtiyacına yanıt olarak 1980'li yıllarda tartışılmaya başlanmıştır. Bunun temel nedeni ölüm hızlarının hastalıkların yükünü tam olarak yansıtmamasıdır. Çünkü birçok hastalık ölüme yol açmadan ciddi bir yük oluşturmaktadır. Bu nedenle Murray ve Lopez tarafından mortalite ve morbiditeyi birleştiren yeni bir ölçüm yöntemi olarak hastalık yükü kavramı tanımlanmıştır (Murray ve Lopez 1996).

DALY, YLL, YLD Tanımları

Hastalık ve sağlık kavramları, sıklık (insidans, prevalans), ciddiyet (fatalite, erken ölüm, sakatlık) ve sonuçlar (sağlık, sosyal, ekonomik) açısından ele alınmaktadır. Ancak bu ölçütler sağlık sorunları karşılaştırılırken bir takım kısıtlılıklar taşımaktadır. Örneğin karşılaştırma için ölüm hızı alınacak olursa, toplumda sık görülen ve fatalitesi yüksek olan kalp damar hastalığı gibi hastalıklar hep ön plana çıkacaktır. Ancak yine sık görülen

ve kişilerin üretkenliğini ortadan kaldıran, yaşam kalitesini kötüleştiren depresyon gibi mental hastalıklar gözden kaçabilecektir. Hastalık yükü, bir toplumdaki hastalık ve sakatlıklardan doğan sağlık kayıplarını ölçmek için geliştirilen bir kavramdır. Hastalık yükü terimi ile ölüm ve morbidite tek bir ölçekte birlikte değerlendirilmekte, böylece farklı hastalıkların yükünü karşılaştırmak mümkün olmaktadır. Hastalık yükü, bir toplumdaki sağlık sorunları arasındaki öncelikleri belirlemede oldukça yararlı bir kavramdır. Ancak bazı kısıtlılıklar da akılda tutulmalıdır. Hastalık yükü çalışmaları özünde nüfus, ölüm istatistikleri, hastalık sıklıkları gibi farklı kaynaklardan elde edilen verileri belli varsayımlar çerçevesinde birleştirerek tahminler yapmayı sağlayan modelleme çalışmalarıdır. Modellerden elde edilen sonuçların gerçeği yansıtması, kullanılan verinin doğruluğu, kapsayıcılığı, güncelliği ve kullanılan varsayımların doğruluğu ile bağlantılıdır. Dolayısıyla modellerden elde edilen sonuçların, özellikle verilerin eksik olduğu gelişmekte olan ülkeler için geçerliliği kısıtlı olabilir (Ünal, 2006). Hastalık yükü değerlendirmelerinde kullanılan temel kavramların kısaltmaları ve açıklamaları Tablo 2.1’de sunulmuştur:

Tablo 2.1 Hastalık Yükü Değerlendirmelerinde Kullanılan Temel Kavramlar

YLD (Years Lost with Disability): Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı
YLL (Years of Life Lost): Kaybedilen Yaşam Yılı
HALE (Healthy Life Expectancy): Sağlıklı Yaşam Beklentisi
DALY (Disability Adjusted Life Years): Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı
DALE (Disability Adjusted Life Expectancy): Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Beklentisi
QALY (Quality Adjusted Life Years): Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı
DW (Disability Weight): Yeti Yitimi Ağırlığı
HEALY (Healthy Life Year): Sağlıklı Yaşam Yılı
DFLY (Disability Free Life Expectancy): Yeti Yitimsiz Yaşam Beklentisi

HALE, bir bireyin yaşa özel mortalite, morbidite ve fonksiyonel sağlık durumu göz önüne alınarak hesaplanan beklenen sağlıklı yaşam yılı; DW ise tıbbi bir durumun bir kişinin yaşamını ne kadar etkileyebileceği anlamını taşımaktadır. YLL (Years of Life Lost) erken ölüme bağlı olarak o toplum için beklenen yaşam yılından olan kaybı gösterir. YLD ise (Years Lived with Disability) hastalık ya da sakatlıktan kaynaklanan yeti yitimi ile yaşanan yılları gösterir. DALY ise YLL ve YLD’nin toplamıdır (Öksüz, 2005:140; Paksoy 2009).

Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Çalışmaları (2000-2013)

Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, Sağlık Bakanlığı tarafından, 2000 ve 2013 yıllarında iki kez yapılmıştır. İki çalışmanın bulguları hem yapıldığı yıllardaki hastalık yükünün belirleyicileri açısından hem de 2000 ile 2013 yılları arasında hastalık yüküne neden olan hastalıklardaki değişimi incelemek için gerekli veriyi sağlamaktadır (bakınız Tablo 2.2 ve 2.3).

Tablo 2.2 Türkiye’de Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalığın Dağılımı, 2000

	Ölüm Nedenleri	Toplam ölümler içerisinde (%)
1	İskemik Kalp Hastalığı	21,7
2	Serebrovasküler Hastalıklar	15,0
3	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	5,8
4	Perinatal Nedenler	5,8
5	Alt Solumun Yolu Enfeksiyonları	4,2
6	Hipertansif Kalp Hastalıkları	3,0
7	Akciğer, Trakea, Bronş Kanserleri	2,7
8	Diabetes Mellitus	2,2
9	Trafik Kazaları	2,0
10	İnflamatuar Kalp Hastalıkları	1,9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2016)

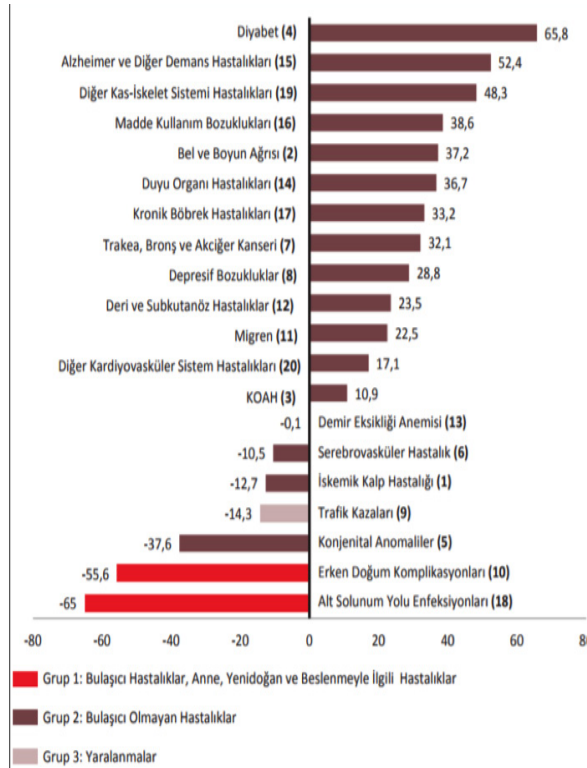
Tablo 2.3 Türkiye’de Ulusal Düzeyde DALY Kaybına Neden Olan İlk 10 Hastalık, 2000

	Hastalıklar	Toplam DALY’ler içerisinde (%)
1	Perinatal Nedenler	8,9
2	İskemik Kalp Hastalığı	8,0
3	Serebrovasküler Hastalıklar	5,9
4	Unipolar Depresif Hastalıklar	3,9
5	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	3,8
6	Konjenital Anomaliler	3,0
7	Osteoartritler	2,9
8	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	2,8
9	Trafik Kazaları	2,4
10	Demir Eksikliği Anemisi	2,1

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2016)

Tablo 2.2 de 2000 yılında en fazla ölüme neden olan ilk on hastalık görülmektedir. Buna göre iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve KOAH tüm ölümlerin %42.5’inden sorumludur. Türkiye’de hastalıkların toplam DALY içindeki paylarına bakıldığında ise ilk sıraya perinatal nedenler geçmekte (%8.9) arkasından iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıklar gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Türkiye toplumunda en fazla DALY kaybına neden olan ilk 20 hastalık için 2000 yılından 2013 yılına kadar geçen sürede meydana gelen değişim ise Şekil 2.11’de görülmektedir.

Şekil 2.11 DALY Nedenlerinin 2000-2013 yılına Göre Değişimi



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2016)

Şekil 2.11’de hastalıkların yanında parantez içinde verilen rakamlar o hastalığın 2000 yılındaki sıralamasını göstermekte, “x” eksenindeki sayılar ise o hastalığın yüzdesel değişim oranını vermektedir. Buna göre 2000 yılından 2013 yılına gelindiğinde diyabet, demansif hastalıklar ve kas-iskelet sistemi hastalıklarının DALY değerlerinde %50’den fazla artış görülürken erken doğum komplikasyonları ve alt solunum yolu enfeksiyonlarının DALY değerlerinde %50’den fazla azalma olmuştur.

2.5 Toplumsal Tanı İçin Yanıtlanması Gereken Sorular

Toplumun tanımlanması aşamasında, sağlık personeli toplumu tanımlayan tüm sorulara yanıt verebilmelidir. Bu amaçla “toplumsal tanı” veya “yönetimsel epidemiyoloji” başlıkları altında oldukça ayrıntılı yöntemler bulunmaktadır (Bennett 1979:27; Dever 2006:47; Abramson 1999:403). Bu kitapta toplumsal tanı için ulaşılabilecek veri kaynakları aşağıda özetlenmiştir. Sağlık personeli TOYS’un ilk aşamasında aşağıda verilen örnek soruları incelemeli ve yanıtlarını bulmaya çalışılmalıdır (Kılıç 2015).

Topluma ait Genel Özellikler

- a) Toplumun coğrafi yerleşimini bir harita üzerinde tanımlayınız. İnternet üzerinden bölgenin uydu ve harita görünümelerini inceleyiniz.
- b) Fiziksel çevre koşullarını tanımlayınız (su, toprak ve hava kirliliği, otoyol, deniz kıyısı, orman, dere yatağı vb).

Çevrede bulunan sosyal yapılar nelerdir? (Çocuk bahçeleri, alışveriş alanları, eğlence alanları, spor alanları, yürüyüş parkurları, dernek lokali, kıraathane vb). Bu yapılar yeterli midir?

Toplumun yaşam koşulları (konut, su, atıklar, tuvalet, ısınma vb) ile ilgili verileri tanımlayınız.

- c) Aynı ilgi alanına sahip ortak yönleri olan topluluklar var mıdır? (Hemşehrilik, etnik gruplar, dinsel gruplar, mesleki gruplar, futbol takımı taraftarları vb). Kişiler kendilerini o toplumun bir parçası olarak mı görüyorlar yoksa tesadüfen mi bir aradalar? Toplumda kişilerin kendi kendilerine ya da gruplarla yapabilecekleri aktiviteler var mıdır? Örneğin, spor alanları, gençlik organizasyonları, dernekler, kooperatifler vb.

Nüfus verileri

Nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımı, nüfus piramidi, yaş bağımlılık durumu, nüfus artış hızı, göç hızını tanımlayınız.

Sosyodemografik Veriler

Eğitim düzeyi, sosyal güvence ve sağlık güvencesi durumu, konut koşulları, hane halkı büyüklüğü, medeni durum, aile yapısı, meslek dağılımı, gelir düzeyi, gelir dağılımı ile ilgili bilgiler bu başlık altında ele alınabilir.

Sağlık Düzeyi Göstergeleri

- a) Mortalite verilerini (Kaba Ölüm Hızı, Yaşa/ Cinsiyete/ Nedene Özel Ölüm Hızları, Bebek Ölüm Hızı, Ana Ölüm Hızı, Perinatal Ölüm Hızı, Yaşa ve Nedene Özel Orantılı Ölüm Hızları, Ölüm Nedenlerinin Dağılımı) tanımlayınız.

- b) Fertilitite verilerini (Kaba Doğum Hızı, Genel Doğurganlık Hızı, Toplam Doğurganlık Hızı) tanımlayınız.
- c) Morbidite verilerini tanımlayınız (sık görülen hastalıklar, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, hastalık yükü, DALY, QALY vb).
- d) Koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili verileri değerlendiriniz (tarama programları, sigara bıraktırma, egzersiz, obeziteyle mücadele, denetimler, çevre sağlığı, halk eğitimleri vb). Aşılama aile planlaması yöntemleri kullanma oranları, doğum öncesi bakım alma oranı, risk gruplarının (gebe, bebek, çocuk, 15-49 yaş kadın, yaşlı) izlemi ile ilgili verileri tanımlayınız.
- e) Veri bildirim sistemi kapsamında sağlık düzeyi göstergelerinden hangileri elde ediliyor? Veriler geçerli ve güvenilir mi?

Sağlık Kurumları, Sağlık İnsangücü

Bölgedeki kamu veya özel birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısı, hastane sayısı, sağlık kurumlarının coğrafi olarak dağılımı, sağlık kurumlarının donanımı ve laboratuvar olanakları, insangücü, hekim/ebe/hemşire başına düşen kişi sayısı, hastane yatağı başına düşen kişi sayısı vb. gibi sağlık hizmetleri ile ilgili varolan kaynakları tanımlayınız.

Sağlık Hizmet Sunumu / Kullanımı ile İlgili Veriler

Kişi başına düşen yıllık ayaktan tanı ve tedavi hizmeti kullanma sayısı, hastaneye yatış oranları, laboratuvar inceleme oranları, sağlık hizmet sunumu/ kullanımı ile ilgili verileri tanımlayınız. Doğumların bir sağlık kurumunda/ bir sağlık personeli yardımı ile gerçekleştirilmesi gibi verileri toplayınız.

İl SM, İlçe SM Düzeyinde Yanıtlanması Gereken Sorular

- İl SM, İSM/TSM'nin vermesi gereken hizmetler ana başlıklarıyla aşağıda verilmiştir. TOYS döngüsünün ilk aşamasında bu hizmetlerin verilme düzeyini niceliksel ve niteliksel olarak tanımlayınız.
- Salgınlarla Mücadele, Sürveyans, Filyasyon Çalışmaları
- Erken Uyarı ve Cevap Sistemi Çalışmaları
- Kanser Tarama Programları (mamografi, kolon, cervix vb)
- Sigara Bıraktırma Çalışmaları

- Dumansız Hava Sahası Çalışmaları: Sigara yasağı açısından kapalı alan denetimi
- Obeziteyle Mücadele Çalışmaları
- Halk Eğitimleri
- Okul Sağlığı / Beyaz Bayrak Çalışmaları (kantin denetimi, eğitim, izlem vb)
- Okul Aşıları
- Okullar Dışındaki Kitlesele Bağışıklamalar, Yurt Dışı Aşıları, Hac Aşıları
- İnsani Tüketim Amaçlı Su Denetimleri
- İş Sağlığı ve Güvenliği Çalışmaları
- Hizmet İçi Eğitimler

Sağlık Bakanlığınca Şubat 2015 tarihinde yayınlanan “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği”nde TSM’ler şöyle tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015):

“TSM, Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşudur”.

Bu görev ve yetkiler 2017 yılında yayınlanan bir KHK ile İlçe Sağlık Müdürlüklerinin de görevi olarak sayılmıştır (Resmi Gazete, 2017). TSM’lerin yönetmelikte tanımlanan ve halen İlçe Sağlık Müdürlüklerinin üstlendiği görevler altta verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Bu görevler aynı zamanda İl Sağlık Müdürlüklerinin de görevleridir:

- a) İdari ve mali işler,
- b) Kayıt ve istatistik,
- c) Plan ve program yapma,
- ç) Diğer kurumlarla işbirliği,
- d) İzleme ve değerlendirme çalışmaları,
- e) Bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü,

- f) Tüberküloz kontrolü,
- g) Zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü,
- ğ) Erken uyarı ve cevap sistemi çalışmaları,
- h) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü,
- ı) Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri,
- i) Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri,
- j) Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri,
- k) Ruh sağlığı programlarına dair hizmetler,
- l) Ulusal programlar ile ilgili hizmetler,
- m) Adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri,
- n) Acil sağlık hizmetleri,
- o) Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri,
- ö) Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri,
- p) Çevre sağlığı hizmetleri,
- r) Çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetler,
- s) Olağan dışı durumlar ve afet sağlığı hizmetleri,
- ş) Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri,
- t) Evde sağlık hizmetleri,
- u) Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,
- ü) Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki çalışmaları
- v) Sosyal hizmet çalışmaları,
- y) Hizmet içi eğitimler,
- z) Diğer görevler

TSM'lere (halen İSM'lere) bağlı birimler de yönetmelikte şöyle tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015):

KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi) Birimi

AÇSAP (Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması) Birimi

VSD (Verem Savaş Dispanseri) Birimi

İSG (İş Sağlığı ve Güvenliği) Birimi

Diyabet ve Obezite Birimi

Deri ve Zührevi hastalıklar Birimi

Sıtma İle Mücadele Birimi

Hemoglobinopati Tanı Birimi

Sağlık Evi Birimi

İSM/TSM'lere bağlı yukarıda listesi verilen birimler kurumun belirlediği hedefler ve ihtiyaçlar doğrultusunda valiliğin (İl SM) teklifi ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün onayı ile açılır ya da kapatılır. Bu nedenle her ilçede aynı sayıda birim bulunmayabilir. Zaman içinde bu konudaki mevzuatın değişmesiyle listede olmayan yeni birimlerle de karşılaşılabilir. Buna en iyi örnek 2017 yılında gündeme gelen ve halen bazı illerde var olan "Sağlıklı Hayat Merkezleri"dir (SAHAM).

Sonuç olarak toplumun tanımlanmasında hem epidemiyoloji hem sağlık yönetimi bilgileri bir arada kullanılır. Hangi hızlar ve göstergelerin dikkate alınacağı çok önemlidir. Düzenli veri toplama, izleme, sürveyans ve değerlendirmeler yapılır. Gerekirse araştırmalar planlanır ve yeni verilere ulaşılır (Turaman 2012 ve Üner 2007).

Görüldüğü üzere toplumun tanımlanması aşaması aslında oldukça zor ve uzun sürebilecek bir aşamadır. Bu nedenle bu aşamanın gereğinden fazla uzatılmadan tamamlanması gerekir. Eğer veri eksikliği nedeniyle bu aşamada yavaş davranılır veya toplumu tanımaya çok uzun bir süre ayrılırsa bu TOYS döngüsünün aksamasına yol açar. Toplumu tanıma sağlık yöneticisinin ve personelinin zaman içinde TOYS döngüsünü birkaç kez uygulamasıyla gerçek anlamda olacaktır. Bu nedenle toplumun tanımlanması aşamasına ortalama 1-2 haftalık bir zaman ayrılmalıdır. Büyük bölgelerde ise bu süre 3-4 haftaya kadar uzatılabilir.

Kaynaklar

- Abramson JH (1999) Survey Methods in Community Medicine. Chapter 5. The objectives of evaluative studies & Chapter 31. Programme trials. Churchill Livingstone. 4th Ed., 1999.
- Bennett K (ed) (1979) Community Diagnosis and Health Action. The Macmillan Press Ltd, 1979.
- CDC (2018) Behavioral Risk Factor Survey-BRFSS
<https://www.cdc.gov/brfss/index.html>
İnternet erişim tarihi: 29 Eylül 2018
- CDC (2019) National Health and Nutrition Examination Survey –NHANES. <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/index.htm>
İnternet erişim tarihi: 20 Ocak 2019
- Connor E, Mullan F (ed) (1983) Community Oriented Primary Care: New directions for health services delivery. Conference proceedings. IOM, National Academy Press, Washington DC, USA.
- Dahlgren G, Whitehead M (1991) Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute for Futures Studies, Stockholm, Sweden.
- Dever GEA (2006) Managerial Epidemiology. Jones and Bartlett Publishers, London, UK.
- Evans RG, Stoddart GL (1990) Producing health, consuming healthcare. Social Science and Medicine, 31:1347-1363.
- Gofin J, Gofin R (2011) Essentials of global community health. APHA press, Essential Public Health, Jones&Bartlett Learning, Sudbury, MA, USA.
- Gürses KG (1991) Aslında Bunların Hepsini Hikaye / Ağaç Yaşken Eğilir:2, Joker Yayınları, İstanbul.
- Hançerlioğlu O (2001) Toplum Bilim Sözlüğü. 3. bası, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Institute of Medicine (2003) The Future of the Public's Health in the 21st century. The National Academy Press, Washington DC, USA, 2003.
- Kartoğlu Ü (1992) Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplumu Tanıma ve İletişim. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dizisi-1, Ankara.
- Kılıç B (2015) Toplumsal Tanı Çalışması. Halk Sağlığı Alan Çalışması İçin Dönem IV Hekim Adayı Karnesi içinde, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir.
- Kılıç B, Kalaça S, Ünal B, Phillimore P, Zaman S (2015) Health policy analysis for prevention and control of cardiovascular diseases and diabetes mellitus in Turkey. International Journal of Public Health, 2015, 60 (supplement 1) S47-S53.
- Köse MR, Başara BB, Güler C ve ark. (2017) TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 1083; Ankara: 2017.
- Murray CJL, Lopez AD (1996) The Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020, Cambridge, MA: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- NHS (2018) Health Survey for England 2015.
(<http://healthsurvey.hscic.gov.uk/support-guidance/public-health/health-survey-for-england-2015.aspx>).
İnternet erişim tarihi: 29 Eylül 2018

Nutting PA (ed) (1987) Community Oriented Primary Care: From principle to practice. US Department of HHS, HRSA Pub. No: HRS-A-PE 86-1, Washington DC, USA.

Öksüz E, Malhan S (2005) Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Başkent Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2005.

Paksoy Erbayraktar N (2009) Hastalık Yükü Kavramı ve Hesaplanmasında Kullanılan Ölçütler ve Daly Kavramına Kısa Bakış. Toplum Hekimliği Bülteni, 2009. 28;1:20-22.

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

Resmi Gazete (2017) 694 sayılı olağanüstü hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında KHK. Sayı: 30165, 25 Ağustos 2017: 184-194 maddeler.

Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H (1998) Community-Oriented primary care: Health care for the 21st century. APHA press

Sağlık Bakanlığı (2015) Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, Resmi Gazete, sayı:29258, 05.02.2015.

Sağlık Bakanlığı (2016) Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, 2013.
http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf
İnternet erişim tarihi: 29 Eylül 2018

Taşdemir ZS (2017) Toplumsal Yapıyı Açıklayan Kavram ve Kuramlar. Türkiye'nin Toplumsal Yapısı içinde. Açık Öğretim Fakültesi Yayın No:2249, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Tezcan S (2017) Temel Epidemiyoloji. Hipokrat Kitabevi, Ankara, 2017.

Turaman C (2012) Sağlık Değerlendirme Metodu. Detay Yayıncılık, Ankara, 2012.

University of Glasgow (2000) Community Diagnosis Course Documentation for the MBCHB degree. Session 2000-2001, Year 1, Term 2, Section 4.1, pp:1-33

University of Minnesota (1994) School of Public Health Bulletin (1994-1996), Student Services Center, Minneapolis, USA.

Ünal B, Critchley J, Capewell S (2006) Coronary heart disease policy models: A systematic review. BMC Public Health, 2006; 6:213

Ünal B, Demirbağ A, Demir A, Elkar NB, Zeybek B, Uğur EC, Kavas FÇ, Karaatlı M, Kocayığit ŞN, Özsoy İS, Tümkaya S, Çelebioğlu S, Karaca ÖF, Emecen A (2018) Güzelbahçe İlçe Sağlık Müdürlüğü TOYS Tanıtım Sunumu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir.

Üner S, Açıkel C, Özcebe H (2007) Sağlık Yöneticileri ve Epidemiyolojinin Kullanımı. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi içinde, Aktan ve Saran (Eds), Aura Yayınları, İstanbul, 2007.

WulfM (2018) Population Pyramids of the World from 1950 to 2100. <https://www.populationpyramid.net/>
İnternet erişim tarihi: 27 Kasım 2018

3 ÖNCELİKLERE KARAR VERME

Belgin Ünal, Bülent Kılıç, Gönül Dinç, Mestan Emek

Her toplumun kendine özgü ve çok sayıda sağlık sorunu vardır. Sağlık sorunlarının niteliği ve niceliği toplumdan topluma değişse de, tüm toplumlarda sağlığa ayrılan kaynakların (sağlık insangücü, bütçe ya da diğer olanaklar) bir sınırı vardır. Bu nedenle TOYS hizmetlerini planlarken, toplumun farklı sağlık sorunları arasında öncelikli olanlarına karar vermek gerekir.

Bu yaklaşım, kısaca sağlık ekibinin toplumun tüm sağlık sorunlarına belirli bir düzeyde hizmet vermesi, bununla birlikte öncelikli olan bir sağlık sorununa daha fazla odaklanması şeklinde tanımlanabilir. Ancak, yanıt verilmeyi bekleyen bir dizi sorun varken içlerinden sadece bir sağlık sorununu seçip ona odaklanmak etik ikilemlere yol açabilir. Çünkü doğru olan, bireyin ve toplumun tüm sağlık sorunlarına kapsayıcı bir şekilde yaklaşım geliştirmektir (Gofin 2004).

Bu nedenle yapılabiliyorsa öncelikle tüm sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmek gerekir veya sorunlar gruplandırılarak çözüm girişimleri aynı başlık altında birleştirilmelidir. Öncelikli sorunların belirlenmesi aşaması on basamaktan oluşur ve Şekil 3.1'de özetlenmiştir.

Şekil 3.1 Öncelik Belirleme Aşamaları



İlk iki aşamada öncelikle beyin fırtınası ile sorunların listelenmesi ve tüm sorunların ayrıştırılarak niceliksel olarak tanımlanması gelir. En sonda ise sorunların benzer olanlarıyla birleştirilmesi ve sıralamaya son hali verilmesi vardır.

Önceliklere karar verme sürecinin başlangıcında, toplumla ilgili var olan bilgilere dayalı olarak toplumun tüm sağlık sorunları bir liste haline getirilir. Bu aşamada ekip bir beyin fırtınası toplantısı yapar. Beyin fırtınası yapılırken sorun olduğu düşünülen tüm başlıklar gruplanmadan listelenmelidir. Bu aşama tüm sorunların parçalandığı ve tek tek yazıldığı aşamadır. Daha sonra listelenen sorunlar gözden geçirilip düzeltmeler yapılır sonra her bir sorun olabildiği kadar anlaşılır bir şekilde net ve niceliksel olarak ifade edilir.

Örneğin:

- Bebek izlemleri düşük (4.1/yıl/bebek)
- Kızamık insidansı yüksek (onbinde 15)
- Evde doğumlar yüksek oranda (%8)
- Aile planlaması etkili yöntem kullanımı düşük (%45)
- Birinci basamakta laboratuvar kullanımı az (%5.6)
- Kuduz riskli temas insidansı yüksek (onbinde 30)
- Perinatal bebek ölüm hızı yüksek (binde 26.7)
- Gebe izlemleri düşük (1.1/yıl/gebe)
- Hepatit B hastalığı prevalansı yüksek (onbinde 5.4)
- Adölesan grupta doğumlar yüksek oranda (%18)
- 15-49 yaş kadın izlemi düşük (0.5/yıl/kadın)
- Tüberküloz insidansı yüksek (onbinde 11)
- 50 yaş üzeri hipertansiyon prevalansı yüksek (%36.7)
- Erişkinlerde obezite oranı yüksek (%45)
- İlköğretim 1. Sınıfta KKK aşı oranı düşük (%78)
- Sezaryen doğum oranı yüksek (%67)

- Servikal smear alma oranı düşük (%3)
- RiA uygulama oranı düşük (%5)
- Influenza insidansı yüksek (onbinde 63)
- Gebe Td aşısı oranı düşük (%41)
- İSM personel yetersizliği var (Psikolog ve Diyetisyen yok)
- Bulaşıcı olmayan hastalık kayıtları eksik
- KETEM mamografi tarama programı yetersiz oranda (%10)
- Üniversite öğrencilerinin aile hekimliği kayıt sorunları (%78'i aile hekimini bilmiyor)
- Suçiçeği insidansı yüksek (onbinde 42)
- İlköğretim çocuklarında koruyucu ağız-diş sağlığı hizmet eksikliği var
- İSM bölgesinde sektörler arası işbirliği eksikliği var
- Suriyeli göçmenlere yönelik sağlık hizmet sunumunda sorunlar var (dil, ulaşım vb)
- Elektronik sağlık kayıt sistemlerinde sorun var

3.1 Öncelikli Sorunlar Listesi

Tablo 3.1'de bir toplumda sık rastlanabilecek sağlık sorunlarının bir listesi verilmiştir. Aşağıdaki liste yüzden fazla toplumsal sağlık sorununu içermektedir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında 2007-2018 yılları arasında TOYS uygulaması yapılırken İlçe Sağlık Müdürlüklerinde çalışan intern doktorlar ve danışmanlarıyla tartışılarak çıkartılmış, gerçek sağlık verilerine ve gözlemlere dayalı öncelikli sağlık sorunlarının toplu bir listesidir:

Tablo 3.1 TOYS Öncelikli Sağlık Sorunları Listesi

KONU	ÖNCELİKLİ SORUN
Sağlık Yönetimi	1) Sağlık Personelinin Motivasyonunda Düşüklük
	2) Aile Hekimlerinin Denetim Yetersizliği
	3) İSM/TSM Görevlerinin Sağlık Çalışanlarınca Tam Bilinmemesi
	4) Aile Hekimlerinin Ev Ziyaretlerinde Yetersizlik
	5) Toplum Katılımı Eksikliği
	6) İSM/TSM/ASM Personel Yetersizliği
	7) Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus Fazlalığı
	8) Sektörler Arası İşbirliği Yetersizliği
	9) Birinci Basamağın Yeterince Kullanılmaması/Bilinmemesi
	10) İSM/TSM Görevlerinin Halk Tarafından Tanınmaması/Bilinmemesi
Sağlık Kayıtları	1) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Kayıtlarında Eksiklike
	2) Bulaşıcı Hastalık Kayıtlarında Eksiklik
	3) Aşı Kayıtlarında Eksiklik
	4) Kanser Kayıtlarında Eksiklik
	5) Ölüm Kayıtlarında Eksiklik
	6) Doğum Kayıtlarında Eksiklik
	7) Aile Planlaması Kayıtlarında Eksiklik
	8) Üniversite Öğrencilerinin Aile Hekimine Kayıt Sorunları
	9) İş Sağlığı Kayıtlarında Eksiklik
	10) ASM, TSM, İSM Elektronik Kayıt Sistemi Sorunları
Çocuk /Ergen/ Genç Sağlığı	1) Bebek Ölüm Hızında Yükseklik
	2) Bebek İzlemlerinde Düşüklük
	3) Çocuk İzlemlerinde Düşüklük
	4) Ölü Doğumların Yüksekliği
	5) Çocuklarda Obezite Artışı
	6) Ergen Sağlığı Hizmetlerinde Yetersizlik
	7) Perinatal Ölüm Hızında Yükseklik
	8) Prematüre Doğum Oranında Yükseklik
	9) Yeni Doğan Dönemi Tarama Eksiklikleri
	10) Aşı Reddi Yüksekliği
	11) İlkokullarda Flor-Vernik Uygulama Eksikliği

Çevre Sağlığı	1) Çevre Sağlığı Hizmetlerinde Yetersizlik
	2) İçme Suyu Kontrol, Denetim ve İzleme Eksikliği
	3) İçme Suyunda Klor Ölçümü Eksikliği
	4) Su Depolarının Denetimlerinde Yetersizlik
	5) Otel ve Hastanelerden Lejyonella için Yetersiz Örnek Alımı/Denetimi
	6) Havuz Suyu Denetimlerinin Yetersizliği
	7) Deniz Suyu Denetimlerinin Yetersizliği
Bulaşıcı Hastalıklar	1) İlköğretim Aşları Oranında Düşüklük
	2) 0-23 ay aşı oranlarında düşüklük
	3) BCG Aşı Oranında Düşüklük
	4) Aşı Sonrası İstenmeyen Yan Etkilere Müdahale Sorunu
	5) KPA Aşı Oranında Düşüklük
	6) Hepatit-A Aşı Oranı Düşüklüğü
	7) Suçiçeği Aşı Oranı Düşüklüğü
	8) Kuduz Kuşkulu Temasların Hızında Yükseklik
	9) Hepatit-A Hızında Yükseklik
	10) Hepatit-B Hızında Yükseklik
	11) Tbc İnsidans Hızında Yükseklik
	12) Suçiçeği Hızında Yükseklik
	13) Boğmaca Hızında Yükseklik
	14) Akut Kanlı İshal Hızında Yükseklik
	15) İnfluenza Hızında Yükseklik
	16) Kızamık Hızında Yükseklik Yükseklik
	17) Bruselloz Yüksekliği
	18) Parazitöz Yüksekliği
	19) Camphilobacter Hızında Yükseklik
	20) Sifiliz Hızında Yükseklik
	21) Kabakulak Hızında Yükseklik

Kadın Sağlığı	1) Sezaryen Doğumların Yüksek Oranı
	2) Servikal Smear İnceleme Yetersizliği
	3) Gebe İzlemi Yetersizliği
	4) 15-49 Yaş Kadın İzlemi Yetersizliği
	5) Bekâr Kadın İzlemleri Yetersizliği
	6) Gebe Td Aşı Oranlarında Düşüklük
	7) Evde Sağlık Personeli Yardımı Olmadan Doğumların Yüksekliği
	8) Etkili AP Yöntem Kullanım Azlığı
	9) RİA Uygulama Eksikliği
	10) Etkisiz AP Yöntem Kullanım Fazlalığı
	11) Meme Kanseri Yüksekliği
	12) Mamografi Tarama Eksikliği
	13) Anne Ölümlerinde Yükseklik
	14) Adölesan Gebeliklerin Yüksek Oranda Olması
İş Sağlığı Güvenliği ve Kazalar	1) TSM İş Sağlığı Hizmetlerinde Yetersizlik
	2) İnşaat Sektöründe İş Kazaları Yüksekliği
	3) Trafik Kazalarında Yükseklik
	4) Ev Kazalarında Yükseklik
Eğitim	1) Halk Eğitimlerinde Yetersizlik
	2) İSM Hizmet İçi Eğitimlerinde Yetersizlik
	3) Okullarda Yapılan Eğitim Çalışmalarında Yetersizlik
	4) Medyanın Yanlış Sağlık Bilgisi Vermesi
	5) Toplumda Sağlık Okur Yazarlığı Yetersizliği
	6) Alternatif/Geleneksel Tıp Uygulamalarının Yaygınlığı
	7) Organ Bağıışı Yetersizliği
Denetimler	1) Kapalı Alanda Tütün Kullanımı Denetimi Eksikliği
	2) Okul Kantinleri Denetimi Eksikliği
	3) Su Satış İstasyonları Denetimi Eksikliği
	4) Özel Sağlık Kuruluşları Denetimi Eksikliği
	5) Eczanelerin Denetim Eksikliği
Kitleseel Göçer	1) Suriyeli Sığınmacıların Sağlık Sorunları
	2) Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlık Sorunları

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	1) Hipertansiyon Hızı Yüksekliği
	2) Diabetes Mellitus Hızı Yüksekliği
	3) Erişkinlerde Obezite Artışı
	4) Obezite Polikliniğinin Yeterli Kullanılmayışı
	5) Kas İskelet Sistemi Hastalıkları Yüksekliği
	6) Kolon Kanseri Tarama Uygulama Eksikliği
	7) Kansere Tarama Testlerinin Yeterli Kullanılmayışı
	8) Mental Hastalıkların Yüksekliği
	9) Laboratuvar İncelemelerinde Yetersizlik
	10) Fizik Aktivite / Egzersiz Düşüklüğü
	11) Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinde Eksiklik
	12) Kronik Hastalık İzlemlerinde Yetersizlik
	12) Akciğer Kanseri Fazlalığı
	13) Serebro Vasküler Olay/İnme Yüksekliği
	14) Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarında Yetersizlik
	15) Toplumda Sigara Kullanım Yüksekliği
	16) Liselerde Sigara Kullanım Yüksekliği
	17) Liselerde Madde Kullanımı Yüksekliği
	18) Polifarmasi Yüksekliği
	19) Engellilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinde Yetersizlik
	20) Evde Sağlık Hizmetlerinde Yetersizlik
21) KKH Hızı Yüksekliği	

3.2 Önceliklere Karar verme Yöntemleri

Puanlama konusunda önemli olan nokta, her sağlık sorunu için "aynı" değerlendirme ölçütünün ve puanlarının kullanılmasıdır.

Üçlü Puanlama -Vaughan ve Morrow yöntemi

Bu yöntemde, uzman görüşüyle yapılan elemelerden sonra geriye kalan sağlık sorunları puanlamaya alınır. Puanlamada sağlık sorunlarının sıklığı, girişimin etkililiği ve bu girişimlerin uygulanabilirliği gibi üç temel ölçüte göre "1" ile "3" arasında bir puan verilir. Tablo 3.2'de üçlü puanlama yöntemine göre öncelik belirlemede kullanılan temel ölçütler ve her bir ölçüt için puanların anlamı verilmiştir.

Tablo 3.2 Üçlü Puanlama Yöntemine Göre Öncelik Belirlemede Önerilen Ölçütler Ve Puanlama Sistemi

Puan	Sorunun Önemi	Girişimin Etkililiği	Girişimin Maliyeti
1	Düşük	Etkisiz	Yüksek
2	Orta	Orta	Orta
3	Yüksek	Çok etkili	Düşük

Kaynak: Vaughan&Morrow (1989)

- a) Sorunun Önemi:** Sorunun morbidite ve mortalitesi bir arada değerlendirilir. Sorun ne kadar sık görülmektedir? Ölüme yol açmakta mıdır?
- b) Girişimin Etkililiği:** Yapılacak olan girişimin sorunu çözme yüzdesine göre değerlendirilir.
- c) Girişimin Maliyeti:** Yapılacak olan girişimin maliyetine göre değerlendirilir.

Tablo 3.3'de üçlü puanlama yöntemine göre öncelik belirleme için örnek bir puanlama sistemi gösterilmiştir.

Tablo 3.3 TOYS Hizmetlerinde Vaughan Ve Morrow Yöntemine Göre Yapılan Bir Öncelik Belirleme Çalışmasının Sonuçları

(Örnek-1)

	Sorunun Önemi	Girişimin Etkililiği	Girişimin Maliyeti	Toplam Öncelik Puanı
Bebek İzlemleri Düşük	3	3	3	9
Yaşlı Sağlığı Hizmetleri Yetersiz	3	3	2	8
Kızamık İnsidansı Yüksek	1	3	3	7
AP Etkili Yöntem Kullanımı Düşük	2	2	3	7
Tüberküloz İnsidansı Yüksek	2	2	2	6
Okul Sağlığı Hizmetleri Yetersiz	2	2	2	6
Evde Doğum Oranı Fazla	2	2	2	6
Elektronik Kayıt Sistemi Yetersiz	2	2	2	6
Su Denetimleri Yetersiz	1	2	3	6
İnme Prevalansı Yüksek	3	1	1	5
Kuduz Kuşkuğu Temas Yüksek	3	1	1	5

Tablo 3.3 devamı

	Sorunun Önemi	Girişimin Etkililiği	Girişimin Maliyeti	Toplam Öncelik Puanı
Göçmen Sağlığı Hizmetleri Yetersiz	2	1	1	4
Aile Hekimleri Denetimi Eksik	1	2	1	4
1.Basamak Başvuru Oranı Az	2	1	1	4
Meme Kanseri Hızı Yüksek	2	1	1	4

Vaughan-Morrow yöntemiyle her bir sağlık sorununun toplam puanı hesaplanır (en düşük 3, en yüksek 9 puan). Bu aşamada en düşük puanı alan sorunlar elenir. Genellikle 5 ve üzeri puan alan sağlık sorunları ikinci aşama (karma puanlama) için seçilir. Yukardaki örnekte 4 puan alan son 4 sorun elenir. Tablo 3.4'de üçlü puanlama yöntemine göre öncelik belirleme için ikinci bir örnek verilmiştir.

Tablo 3.4 TOYS Hizmetlerinde Vaughan Ve Morrow Yöntemine Göre Yapılan Bir Öncelik Belirleme Çalışmasının Sonuçları (Örnek-2)

	Sorunun Önemi	Girişimin Etkililiği	Girişimin Maliyeti	Toplam Öncelik Puanı
Sigara İçme Prevelansı Yüksekliği	3	2	3	8
Suçiçeği İnsidansı Yüksekliği	2	3	3	8
KDH Mortalite Yüksekliği	3	2	2	7
Obezite Prevelansı Yüksekliği	3	2	2	7
DM Sıklığı Yüksekliği	2	2	2	6
Kuduz Kuşkululu Temas Yüksekliği	2	2	2	6
Psikiyatrik Hastalık Sıklığı Yüksekliği	3	1	2	6
Brusella Prevelansı Yüksekliği	2	2	2	6
Kas iskelet Sistemi Hast. Yüksekliği	3	1	1	5
Kanser Sürveyansının Yetersizliği	1	2	2	5
Kadınlarda Meme Kanseri Yüksek	2	1	1	4
İnme Prevalansı Yüksekliği	1	1	2	4
Lejyonella İnceleme Eksikliği	1	1	2	4
Deniz Suyu İnceleme Eksikliği	1	1	2	4
Akciğer Kanseri Hızı Yüksekliği	1	1	1	3
Kolon Kanseri Hızı Yüksekliği	1	1	1	3

Yukardaki örnekte 3 ve 4 puan alan son 6 sorun elenebilir. Eğer ekibin sayısı ve kurumsal güç yeterliyse bu sorunların tamamı da karma puanlamaya alınabilir. Ancak genellikle bu aşamada düşük puanlı sorunların elenmesi önerilir.

Hanlon yöntemi

Puanlama açısından daha karmaşık bir yöntemdir. Sağlık sorunlarına 4 ana ölçüt üzerinden ve 1-5 arasında bir puan verilir. Kullanılan ölçütler sağlık sorununun boyutu, sağlık sorununun ciddiyeti, girişimin etkililiği ve girişimin uygulanabilirliğidir (Hanlon 1984 ve Gofin 2011:79,80).

A) Sorunun boyutu

Sağlık sorunun toplumdaki boyutu ele alınırken prevalans ve insidans hızları kullanılır. İnsidans hızı hastalığın ilk ortaya çıkışının ölçütüdür. Prevalans ise süregelen durumun göstergesidir. Her bir sağlık sorununun sıklığına 1 ile 5 arası puan verilir. Örneğin, sorunun insidansı 1/1000 ise 1 puan, 2/1000 ise 2 puan gibi. Ancak bu puanlama diğer sorunlarla kıyaslanarak yapılır. Bu nedenle öncelikli sorunlar listesine giren bir sorun genellikle 3 ile 5 arasında bir puan alır.

B) Sağlık sorunun ciddiyeti

Sorunun ciddiyetini belirleyen göstergeler hastalığın mortalite, fatalite hızı, erken ölüm ya da hastalığa bağlı iş göremezlik ve buna bağlı kayıplar olabilir. Örneğin 1="hiç", 2="biraz", 3="orta", 4="çok", 5="çok fazla" anlamında puanlanırsa erken ölüm göstergesi açısından sağlık sorunlarından bebek ölümü 5, gonore 1 puan alabilir. Bir başka örnek kuduz ve kuduz kuşkulu temaslar için verilebilir. Türkiye'de çok sık görülen kuduz kuşkulu temaslar sorunun boyutu açısından 5 puan alabilir ancak sorunun ciddiyeti açısından ancak 1 puan alabilir çünkü ölüm hızı çok düşüktür. Oysa aynı sorun "kuduz" olarak puanlanacak olursa sorunun ciddiyeti de 5 puan alır.

C) Girişimin etkililiği

Bu ölçüt incelenen sağlık sorunun ne kadar maliyet etkili olduğunu değerlendirmek için kullanılır. Sağlık sorununa yönelik girişimler ve etkinlikleri ile ilgili daha önce yapılmış maliyet çalışmalarının sonuçları, TOYS ekibine bu noktada yol gösterici olacaktır. Daha verimli olan girişimler harcanan birim kaynak başına elde edilen sonucun daha fazla olacağı girişimlerdir. Örneğin aşı ile önlenemez hastalıkların

kontrolünde uygulanabilecek girişimlerden aşlamaya "5" puan verilirken miyokart enfarktüsü konusunda uygulanabilecek girişimlerden "bypass cerrahisine" maliyetinin yüksekliği nedeniyle yalnızca "1" veya "2" puan verilmelidir.

D) Girişimin uygulanabilirliği

Girişimin uygulanabilirliği, "PEARL" akrostişiyle gösterilen 5 farklı bileşen üzerinden değerlendirilir. Her bileşene 1 ya da 0 puan verilerek toplamda 1-5 arasında bir puan elde edilir:

- a) Amaçlara Uygunluk (pertinence-P): Bu sağlık sorununa yönelik girişim yapmak TOYS ekibinin bağlı olduğu kurumun amaçlarına uygun mu? (evetse 1, hayırsa 0 puan).
- b) Ekonomik Uygulanabilirlik (economic feasibility-E): Bu soruna yönelik yapılacak girişimin maliyeti -finansman modeli çerçevesinde- karşılanabilir düzeyde mi? (evetse 1, hayırsa 0 puan). Bu konuda girişimin verimliliği de göz ardı edilmemelidir.
- c) Kabul Edilebilirlik (acceptability-A): Toplum bu sağlık sorununa yönelik yapılacak girişimi kabul eder mi? (evetse 1, hayırsa 0 puan).
- d) Kaynaklar (resources –R): Sağlık sorununun çözümüne yönelik girişimler için altyapı ve insan gücü nitelik ve nicelik olarak yeterli mi? (evetse 1, hayırsa 0 puan).
- e) Yasal Durum (legal considerations-L): Var olan yasalar sağlık sorununa yönelik girişimleri destekleyici nitelikte mi? (evetse 1, hayırsa 0 puan).

Her bir sağlık sorunu için, sorunun boyutu, ciddiyeti, girişimin etkinliği ve girişimin uygulanabilirliği için belirlenen puanlar aşağıdaki formül içinde kullanılarak sağlık sorununun toplam skoru hesaplanır: $(A+B)(C \times D)$

Toplam skoru en yüksek olan sağlık sorunu müdahale için seçilir.

Yukarıdaki formüle ek olarak ana ölçütlere farklı ağırlıkların verildiği, $(A+B)C/3$ ya da $[(A+B)C/3] \times D$ gibi farklı formüller de kullanılmaktadır (Hanlon 1984). Burada temel nokta TOYS ekibinin kullanacağı yöntemle baştan karar verip her bir sağlık sorunu için aynı yöntemi kullanmasıdır.

Karma Puanlama yöntemi

Her iki yöntemin karması olan karma puanlama yöntemi de öncelikli sağlık sorununa karar vermede kullanılabilir. Karma yöntemler kullanılırken Vaughan ve Morrow yöntemi ve Hanlon yönteminde kullanılan değerlendirme ölçütleri birarada alınır. Kullanılan ölçütler, Hanlon yönteminde tanımlanan sağlık sorununun boyutu, sağlık sorununun ciddiyeti, girişimin etkililiği, girişimin uygulanabilirliği ölçütleridir. Ayrıca bu 4 değişkene ek olarak 3 değişken daha önerilmektedir: Sağlık çalışanlarının ilgisi, toplumun ilgisi ve ulusal politikalara uygunluk ölçütleri. Seçilen ölçütlere 1-5 arası puan verilir. Böylece karma puanlama yönteminde sağlık sorunlarına 7 ana ölçüt üzerinden puan verilir.

Sağlık Ekibinin ilgisi

Bu sorun konusunda sağlık ekibi daha önce kendi arasında tartışmış mı? Bu sorun konusunda alınmış bir karar var mı? Sorun konusunda girişim yapılmış mı? gibi soruların yanıtları göz önüne alınarak bu ölçüte 1-5 arası puan verilir.

Toplumun ilgisi

Sağlık ekibine sorunla ilgili girişim yapılması konusunda toplumdan talep gelmiş mi? Toplumun da katıldığı aktiviteler söz konusu mu? gibi soruların yanıtları göz önüne alınarak bu ölçüte 1-5 arası puan verilir.

Ulusal Sağlık Politikasına Uygunluğu

Bu konuda belirlenmiş ulusal / yerel bir politika var mı? Bu konuyla ilgili ulusal /yerel düzeyde uygulanan bir girişim var mı? gibi soruların yanıtları göz önüne alınarak bu ölçüte 1-5 arası puan verilir.

Aşağıda bu ölçütlerin nasıl değerlendirileceği ve puanlamanın nasıl yapılacağı Tablo 3.5 ve 3.6'da örneklerle açıklanmıştır. Buna göre Tablo 3.3'de verilen ilk 10 sorun karma puanlamaya göre yeniden değerlendirildiğinde ilk puanlamada 6. Sırada olan okul sağlığı hizmetlerinin yetersiz olması sorununun karma puanlama sonrası ilk sıraya geldiği görülmektedir (bakınız Tablo 3.5). Yaşlı sağlığı hizmetleri ve AP hizmetleri ise sıralamada daha geriye kaymıştır. Bu anlamda karma puanlama daha etkili bir değerlendirme sunmaktadır. Ancak gene de çalışılan bölgenin özelliklerine bağlı olarak karma puanlamada da yaşlı sağlığı veya AP hizmetleri eksikliği ilk sırada çıkabilir.

Tablo 3.5 TOYS Hizmetlerinde Karma Puanlama Yöntemine Göre Yapılan Bir Öncelik Belirleme Çalışmasının Sonuçları- Yeşilbahçe İlçe Sağlık Müdürlüğü (Örnek-1)

Sorunlar	Sıklık	Önem	Girişimin Etkliliği	Girişimin Uygulanabilirliği	Toplumun İlgisi	Sağlık Çalışanının İlgisi	Ulusal Politika Uygunluğu	TOPLAM PUAN
Okul Sağlığı Hizmetleri Yetersiz	4	2	4	4	4	5	4	27
Bebek İzlemi Düşüklüğü	2	3	4	4	4	5	4	26
Kızamık İnsidansı Yüksek	2	1	5	4	3	5	5	25
Yaşlı Sağlığı Hizmetleri Yetersiz	5	4	4	2	3	4	2	24
Tüberküloz İnsidansı Yüksek	3	2	4	5	3	3	4	24
AP Etkili Yöntem Kullanma Oranı Düşük	4	2	4	2	3	3	1	19
Göçmen Sağlığı Hizmetleri Yetersiz	2	2	4	1	2	3	3	17
İnme Prevalansı Yüksek	2	3	3	2	2	3	1	16
Evde Doğum Oranı Yüksek	2	2	3	2	2	2	3	16
Elektronik Kayıt Sistemi Eksiklikleri/Yanlışlıkları Var	4	1	3	3	1	2	1	15

Puanlama ve sorunları sıralama konusunda bir başka örnek Yeşiltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü bölgesinden verilmiştir. Bu bölgedeki öncelikli sağlık sorunları karma puanlama kriterlerine göre skorlanarak öncelikli sorunlar belirlenmiştir. Sorunlar, temelde bölgede yaşayan nüfusun demografik özellikleriyle de bağlantılı olarak kronik hastalıklar, yaşlı sağlığı sorunları ve okul sağlığı alanlarında yoğunlaşmıştır (bakınız Tablo 3.6).

Tablo 3.6 TOYS Hizmetlerinde Karma Puanlama Yöntemine Göre Yapılan Bir Öncelik Belirleme Çalışmasının Sonuçları-Yeşiltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü (Örnek-2)

Sorunlar	Sıklık	Önem	Girişimin Etkliliği	Girişimin Uygulanabilirliği	Toplumun İlgisi	Sağlık Çalışanının İlgisi	Ulusal Politika Uygunluğu	TOPLAM PUAN
Kronik Hastalıkların Yüksekliği	5	5	3	4	5	5	3	30
Ergenlerde Tütün/Madde Kullanım Sıklığı	5	4	2	3	5	5	4	28
Liselerde Üreme Sağlığı Sorunları	4	2	4	4	4	5	3	26
Okul Çocuklarında Beslenme Sorunları	4	1	4	4	5	4	3	25
Yaşlılarda Hizmete Erişim Düşüklüğü	4	4	3	4	4	3	3	25
Yaşlılarda Düşme/Kırık Sıklığı	4	4	4	4	2	5	2	25
Yaşlı Bakımevi Eksikliği	5	4	2	3	2	5	3	24
Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Düşüklüğü	3	3	2	3	5	5	3	24
Ağız-Diş Sağlığı Sorunları	5	3	3	3	2	3	2	21
Bruselloz Yüksekliği	2	1	2	3	2	2	2	14

Sorunlar yukarıda verilen örneklerde görüldüğü gibi sıralandıktan sonra aynı konuya giren sorunlar gruplanarak tekrar değerlendirilir. Örneğin Tablo 3.6'daki sağlık sorunları listesinde puanlanan sorunlar aslında temelde iki büyük gruba indirgenebilir. Bunlar yaşlı sağlığı ve okul sağlığı alanlarındadır. Bu iki alana ait sorunlar arasında da bir önceliklendirme yapılabilir (bakınız Tablo 3.7). Bu aşamada gruplandırma yapmak çok önemlidir ve kesinlikle atlanmamalıdır. Sorunları gruplandırmak, girişimlerin daha çok sorunu kapsamaya ve daha fazla sorun çözülmesi anlamına gelmektedir.

Tablo 3.7 Yeşiltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü Bölgesinde Gruplandırılmış Sağlık Sorunları

Sorunlar	Sıklık	Önem	Girişimin Etkliliği	Girişimin Uygulanabilirliği	Toplumun İlgisi	Sağlık Çalışanının İlgisi	Ulusal Politika Uygunluğu	TOPLAM PUAN
Kronik Hastalıkların Yüksekliği	5	5	3	4	5	5	3	30
Yaşlılarda Hizmete Erişim Düşüklüğü	4	4	3	4	4	3	3	25
Yaşlılarda Düşme/ Kırık Sıklığı	4	4	4	4	2	5	2	25
Yaşlı Bakımevi Eksikliği	5	4	2	3	2	5	3	24
Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Düşüklüğü	3	3	2	3	5	5	3	24
Ergenlerde Tütün/ Madde Kullanım Sıklığı	5	4	2	3	5	5	4	28
Liselerde Üreme Sağlığı Sorunları	4	2	4	4	4	5	3	26
Okul Çocuklarında Beslenme Sorunları	4	1	4	4	5	4	3	25
Ağız-Diş Sağlığı Sorunları	5	3	3	3	2	3	2	21
Bruselloz Yüksekliği	2	1	2	3	2	2	2	14

Üstteki tabloda yer alan Ağız-Diş sağlığı sorunları hem yaşlı sağlığı hem okul sağlığı alanına eklenebilir. Böylece girişim için 3 ayrı ekip belirlenebilir: Yaşlı sağlığı hizmetlerini geliştirme, okul sağlığı hizmetlerini geliştirme ve brusellozla mücadele ekipleri.

Tablo 3.8'de ek olarak kullanılabilir başka bazı değerlendirme ölçütleri ile ilgili

örnekler de yer almaktadır. TOYS ekibi isterse puanlamaya bunları da ilave edebilir. Konunun girişinde de belirtildiği gibi bu konuda önemli olan nokta tüm sağlık sorunlarının aynı değerlendirme ölçütlerine göre ve aynı puanlama sistemi ile karşılaştırılmasıdır (Gofin J, 2001).

Tablo 3.8 Öncelikleri Belirlemede Kullanılabilecek Ek Ölçütler

Sosyal Etkiler	Sağlık sorununun toplumda ya da bireyde önemli sosyal etkileri (toplumun nüfus yapısındaki değişim, yaşam tarzı, tutum, davranış, inançlar, değerler, aile ve birey düzeyindeki etkileri) söz konusu mu? Hayır → 1 puan, Çok az → 2 puan, Belirli düzeyde → 3 puan, Fazla → 4 puan, Çok fazla → 5 puan
	Sağlık sorunu nedeniyle aile yapısında önemli değişimler söz konusu mu? Hayır → 1 puan, Çok az → 2 puan, Belirli düzeyde → 3 puan, Fazla → 4 puan, Çok fazla → 5 puan
Ekonomik Etkiler	Kişilerin gelirinde kayıp/ iş gücü kaybı/ hastalığın tanı ve tedavisi ile ilgili harcamaların toplum düzeyindeki ekonomik etkisi hangi boyuttadır? Çok Az → 1 puan, Az → 2 puan, Belirli düzeyde → 3 puan, Fazla → 4 puan, Çok fazla → 5 puan
	Tanı ve tedavi giderlerini karşılayan uygun bir finansman modeli söz konusu mudur? (Sosyal güvence/İşgörememezlik/işsizlik sigortası vb) Hayır → 1 puan, Kısmen → 2 puan, Orta düzeyde → 3 puan, İyi → 4 puan, Tamamen → 5 puan

Kaynak: Gofin (2001)

3.3 TOYS Yönetiminde Önceliklere Karar Vermede Toplum Katılımının Sağlanması

Öncelikli sorunlara karar vermede sağlık ekibi profesyonel bir şekilde kendi önceliklerini belirlerken toplumun görüşlerini de mutlaka dikkate almalıdır. Bu

aynı zamanda toplum katılımını sağlamanın da en temel bileşenidir. Bir hizmette başarıya ulaşmanın kritik noktalarından birisi toplumun gereksinim duyduğu şeyleri bilmek ve hizmet sunumuna öncelikle toplumun istediği yerden başlamaktır (Gönül, 1982). Bu nedenle TOYS yönetiminin başarısı halkın gereksinim duyduğu sorunların öncelenmesine bağlıdır. Ancak toplumun katılım şekli ve düzeyi sadece TOYS ekibinin becerisine değil aynı zamanda toplumdaki katılım geleneğine, toplum ve sağlık personeli arasındaki ilişkinin doğasına da bağlıdır.

Toplum Katılımıyla İlgili Tanım ve Temel İlkeler

Katılım, sadece önceliklerin belirlenmesi alanında kullanılmaz, çok daha geniş bir anlama sahiptir. Kavramsal olarak katılım, ortak yönleri olan insanların bir araya gelerek amaçlarını ve hedeflerini belirlemesi, bu amaçlar doğrultusunda alınan kararları uygulamaları ve/veya uygulatmaları, bu süreci yönlendirmeleri, denetlemeleri ve değerlendirmeleri anlamına gelir. Sağlıkta toplum katılımı ise toplumu oluşturan bireylerin veya grupların sağlıkla ilgili haklarını bilmeleri, toplum sağlığıyla ilgili kararların alınmasında, uygulamalarında ve denetiminde, konuyu benimsemiş olarak ve örgütlü bir biçimde sağlık ekibiyle birlikte çalışmalarını ve sunulan hizmeti kullanmaları demektir (Kılıç 1994; Gönül 1982; Gofin 2011:108).

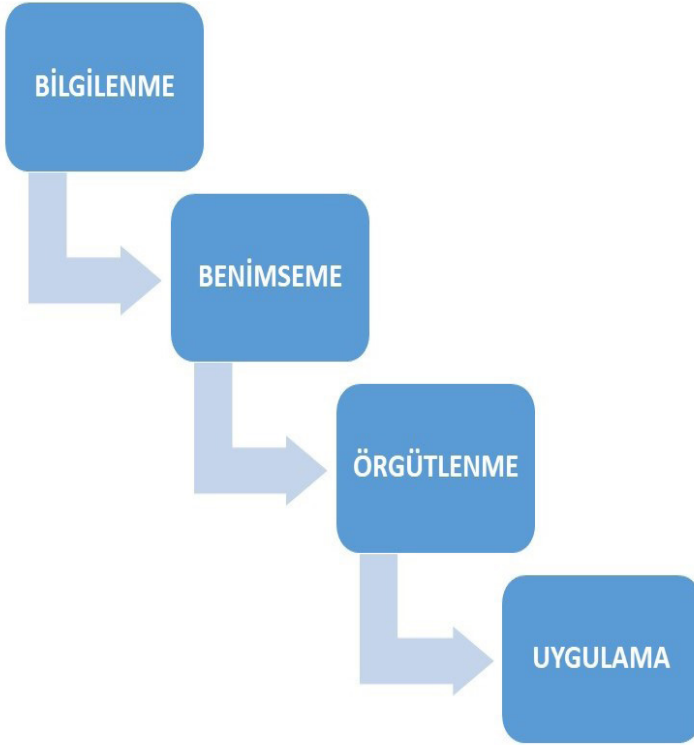
Sağlıkta toplum katılımı 1978'de Alma Ata konferansında yayınlanan Temel Sağlık Hizmetleri bildirgesi içinde ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Bu tanıma göre sağlıkta toplum katılımı herkesin sağlık hizmetlerinin planlama ve yürütülmesi işlerine katılması ve sorumluluk üstlenmesi demektir (WHO, 1978).

Katılım kavramı ile birlikte kullanılan ve bu alanda oldukça tartışmalı olan bir diğer kavram ise "katkı" kavramıdır. Katkı gerçekte katılım kavramından farklı olmakla birlikte birçok kaynak tarafından sağlık hizmetlerinin planlama ve sunumunda toplum katılımına uygun görülmektedir (Gönül 1982; Bozkaya 1996). Ancak katkının katılımdan farklı olduğunun ve sağlık alanında bir finansal kaynak oluşturmada temel bir yöntem olamayacağının altını önemle çizmek gerekir. Nitekim sağlık reformları çerçevesinde giderek yaygınlaştırılan katkı payları tartışması buna iyi bir örnektir (Pala, 2014). Bu bağlamda TOYS yönetiminde katkı payları bir toplum katılımı olarak kabul edilmemelidir. Bununla birlikte yerel düzeyde yapılan gönüllü bağışlar halen birçok ülkede sağlık hizmetlerinin sunumunda çok önemli bir finansman kaynağı olmayı sürdürmektedir (Gönül, 1982 ve 1994). Bu nedenle bu gerçek görmezden gelinmemelidir. Ülkemizdeki birçok toplum katılımı uygulaması bu tip gönüllü bağışları ve kooperatif veya yardımlaşma derneklerinin kurulmasını da içermiştir (Özyürek 2002; Gönül 1982). Bu sayede toplumun hem katılımı, hem de katkısıyla ülkemizde 1970'li-1980'li yıllarda su ve kanalizasyon gibi alt yapı yatırımları, yeni

sağlık kurumu binaları, lojmanlar ve okullar yapılabilmektedir. Dolayısıyla katkı kavramı katılımdan farklı olmakla birlikte hem ülkemizde hem de yurt dışı örneklerinde katkı ve katılımın çoğunlukla bir arada ele alındığı görülmektedir.

Sağlıkta toplum katılımının 4 önemli bileşeni vardır: 'Bilgi,' 'Benimseme,' 'Örgütlenme' ve 'Uygulama.' Bu yapılar birbiri üstüne eklenerek adeta bir basamaklı sistem gibi toplum katılımının aşamalarını oluşturur (bakınız Şekil-3.2). Toplumun sağlıkla ilgili bir uygulamaya katılması için bu konuda belli bir bilgi düzeyine sahip olması, bu bilgiyi benimsemiş olması, toplumsal düzeyde örgütlenmiş olması ve bu hizmetin uygulanmasında yer alması gerekmektedir.

Şekil 3.2 Sağlıkta Toplum Katılımının Temel Bileşenleri



Bilgi düzeyi katılım için en gerekli ve temel bileşendir. Eğer bilgilendirme yoksa, bilgi eksikliği varsa veya yanlış bilgiler söz konusuysa sağlıkta toplum katılımı yeterince sağlanamaz veya bu katılım doğru ve etkili olamaz. Örneğin sigara kullanımının azaltılmasıyla ilgili bir toplum katılımının sağlanabilmesi için toplumun

sigaranın zararları, sigarayla mücadele konusunda doğru ve yeterli bilgisinin olması gerekmektedir. Ancak bu bilgi temel bir eleman olmakla birlikte tek başına yeterli değildir. Elde edilen temel bilginin benimsenmiş olması ikinci temel koşuldur. Örneğin katılımı sağlayan toplumdaki bireylerin ve sağlık personelinin bu bilgiyi benimsemişlerse sigara içmemesi gerekmektedir. Bilgi ve benimsemenin olduğu yerde artık katılımın örgütlenme aşaması gelir. Bu aşamada toplum katılımı, sigara bıraktırmayla ilgili gönüllü gruplar, sivil toplum kuruluşları, dernekler, uzmanlık dernekleri/grupları, ilgili sağlık kuruluşları ve sivil toplum kuruluşları (STK) aracılığıyla örgütlü bir şekilde gerçekleşir. Toplum katılımının son aşamasında ise hizmetin kullanımı veya uygulanması gerçekleşir (bu konu Bölüm 5'de girişimin planlanması bölümünde de ele alınmıştır).

Katılımın Farklı Düzeyleri

Katılımın beş değişik çeşidi vardır (Gofin, 2011:110). Bunlar:

- a) Toplum Katılımı (Community Participation): Sağlık hizmetleriyle ilgili sağlık okur-yazarlığı, sağlık bilinci geliştirilmesi gibi non-spesifik aktivitelere katılımdır.
- b) Toplumun Dahil Edilmesi (Community Involvement): Sağlık hizmetleriyle ilgili aktif bir rol almaktır. Bir sağlık kurumunda gönüllü çalışma veya toplumda sağlık hizmetleriyle ilgili çeşitli gruplarda, derneklerde çalışmak gibidir.
- c) Toplumla İşbirliği (Community Collaboration): Toplum Katılımı ve Toplumun Dahil Edilmesi aşamalarının bir arada olmasıdır.
- d) Toplumun Harekete Geçmesi (Community Mobilization): Toplumdaki grupların ortak hedef için birlikte çalışmalarıdır. Toplumda sağlıkla ilgili çalışan grupların birlikte çalışmasıdır. Örneğin sigarayla mücadele eden gruplarla hava kirliliğiyle mücadele eden grupların bir araya gelmesi gibi.
- e) Toplumun Güçlendirilmesi (Community Empowerment): Toplumda bilgi ve benimsemenin bir sonucu olarak insanların sağlıklarına sahip çıkmasıdır.

Toplum Katılımının Sağlanması Aşamaları

Toplum katılımının sağlanabilmesi için DSÖ dört koşul belirlemiştir (WHO, 1991). Bunlar:

- a) Toplumla sağlıklılar arasında etkili bir iletişimin kurulması
- b) Karar verebilmek için gerekli temel bilginin topluma sağlanması
- c) Toplumun içinde yer alacağı karar verebilme mekanizmalarının oluşturulması
- d) Toplumun tüm kesimlerinin temsiliyetinin sağlanması

Görüldüğü üzere bu koşullar bir önceki şemada açıklanan toplum katılımı aşamalarıyla da uyumludur. Bu çerçevede toplumla sağlıklılar arasında etkili bir iletişim kurulması sonrasında toplum katılımı pratikte şu sırayı izler:

- a) Karar verebilmek için gerekli temel bilginin topluma sağlanması

Temel tanım ve ilkelerde de bahsettiğimiz gibi toplum katılımının ilk iki aşaması yeterli ve doğru bilgidir ve bu bilginin benimsenmesinden geçer. TOYS yönetiminde sağlıklıların birinci hedefi toplumun doğru bilgilendirilmesi ve bilginin benimsenmesidir.

- b) Toplumun içinde olacağı karar verebilme mekanizmalarının oluşturulması

Toplum katılımının sonraki aşamaları toplumun örgütlenmesi ve hizmeti kullanmasıdır. Bu aşamada mutlaka toplumun içinde olacağı karar verebilme mekanizmalarının oluşturulması gerekir. Bu mekanizmalar için toplumun ve örgütlerinin (STK'lar) özgür olması ve gerekli yasal alt yapının tam olması gerekir. Yoksa insanlar katılımdan çekinecekler veya uygun bir ortam bulamayacaklardır. Karar mekanizmaları için tüm yerel dernek, yerel yönetim, vakıf, kooperatif, sendika, meslek örgütü ve benzeri yapılar, STK'lar veya sosyalleştirme kanununda önerilen "Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu" gibi yapılar, işyerleri için ise "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu" gibi kurullar kullanılabilir (Kılıç, 1994).

- c) Toplumun tüm kesimlerinin temsiliyetinin sağlanması

Bunu sağlamanın temel yolu öncelikle toplumun düşüncelerini oluşturan/etkileyen toplum liderleriyle ve anahtar kişilerle görüşmektir (DSÖ 1993; Bozkaya 1996). Bu amaçla toplum içerisinde anahtar kişileri veya grupları belirlemek için öncelikle bölgede yaşayan sağlık personeliyle konuşmak gerekir. Toplum liderleri genellikle köylerde muhtar, öğretmen, din adamı; ilçelerde muhtarlar, belediye başkanı,

kaymakam, öğretmenler; illerde politikacılar, belediye başkanı, vali, dernekler ve özellikle sağlıkla ilgili çalışan gönüllü gruplardır. Bu aşamada sağlık personeline “Bölgedeki insanlar en çok kimin, kimlerin düşüncelerine önem verir? Kime danışılır?” gibi sorular sorulmalıdır. Belirlenen anahtar kişilerle görüşmeler yaparak “Bölgedeki en önemli sağlık sorunlarının neler olduğu, öncelikle nasıl bir hizmet bekledikleri” sorulmalıdır. Halkın büyük ölçüde gereksinme duyduğu sağlık hizmetleriyle ilgili çözülmesi gereken “ilk sorun” belirlenmeye çalışılmalıdır. Bu süreç esnek olmayı, sabırlı olmayı ve sürekli olmayı gerektiren zor bir süreçtir (Gönül, 1982).

Sonraki aşamada toplumun tüm kesimlerinin temsiliyetini sağlamak için toplum liderleri dışında kalan toplumun diğer üyeleriyle ve gruplarla da görüşmeler planlanmalıdır (DSÖ, 1993). Toplum liderleri dışında kalan toplumu temsil edebilecek farklı yaş ve cinsiyet grupları olmak üzere diğer sosyal-sınıfsal tabakalardan insanlarla da görüşülmelidir. Kadınlar, yaşlılar, engelliler, işçiler, göçle gelenler, yoksullar, işsizler, memurlar vb. gruplardan seçilen insanlara toplumun önemli ve öncelikli sağlık sorunları sorulmalıdır. Bu aşama bir anlamda halkla ilişkiler çalışmasıdır ve geri bildirim de içermelidir (Gönül, 1982).

TOYS hizmetleri yönetim ekibi, önceliklere karar verme sürecini toplumla ve sağlık çalışanları ile olmak üzere iki aşamada gerçekleştirebilir. Bu yöntemde öncelikli sağlık sorunlarını seçme işlemi önce toplumu temsil eden katmanlardan seçilmiş kişilerle bir arada yürütülür. Bu gruba, toplumun sağlık sorunları ile ilgili hazırlanan geniş bir liste sunulabilir. Toplumun seçimi sonrasında bu liste 9-10 sağlık sorununa indirgenir ve indirgenen bu listeyi, TOYS ekibi (yönetici ve sağlık personeli olmak üzere) nesnel ölçütlere göre seçmek üzere tekrar değerlendirebilir. Bir başka yöntem ise toplumu temsil eden anahtar kişilerle derinlemesine veya odak grup görüşmeleri yapıp bu görüşme sonuçlarını, gözlemleri ve yerel basın, sosyal medya vb. haber kaynaklarını da kullanarak geniş bir sorunlar listesi yapmaktır. Oluşturulan geniş listeler daha önce belirtildiği gibi puanlanarak öncelikli sorunlar gruplandırılır.

Toplum Katılımının Yararları

Sağlıkta toplum katılımını sağlamak sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli faydalar sağlar. Bunlar şöyle özetlenebilir:

Kararlara katılan ve kararların alınmasında emek veren kişiler, bu kararları daha iyi benimser, gerçekleştirilmeleri için daha içten, daha çok çaba gösterirler.

Topluca alınan kararlar, sadece yöneticiler tarafından alınan kararlardan çoğunlukla daha üstündür.

Karara katılanlar, kararın dayandığı gerekçeleri daha iyi anladıkları için onları uygularken daha bilinçli davranırlar. Uygulama güçlüklerinden bir bölümü bu yolla giderilmiş olur.

Toplum katılımı insanların saygınlık, güvenlik, yaratıcı gücünü ortaya koyma gibi temel gereksinimlerini karşılar.

İnsanlar eylem içinde öğrenirler. Toplum katılımının en büyük yararı insanların bir eyleme katılırken sağlıkla ilgili konuları üstelik farkında olmadan daha iyi öğrenmeleridir. New York'ta gerçekleştirilen YELL çalışmasındaki halkın HIV/AIDS, eğitim çalışmalarına katılımı, Hindistan'daki toplumda sağlık eğitimleri ve Avustralya'daki yağmur ormanlarını kurtarma çalışmaları bu duruma iyi birer örnektir (Yaylacı, 2017:258-261).

Toplum Katılımını Engelleyen Etmenler

Toplum katılımı birçok ulusal ve uluslararası dokümanda geçmesine karşın çoğu ülkede olduğu gibi Türkiye'de de henüz tam anlamıyla başarılabilmiş bir eylem değildir. Bununla ilgili birçok neden sayılmaktadır. Bir kısmına aşağıda yer verilmiştir:

- a) Aşırı merkezîyetçi yönetim ve toplumsal özgürlüklerin kısıtlanmış olması

Katılıma yüklenen temel değer aslında özgürleşmedir. Katılım bir anlamda toplumdaki tüm kesimlerin sağlık haklarını aramalarının önündeki engelleri kaldırır. Aşırı merkezîyetçi ve otoriter toplumlarda ise toplumdaki bu tür muhaliflerin söz hakkı kısıtlanır, öte yandan bu toplumlarda bir yandan da yandaşların ön planda olduğu sözde bir katılım özgürlüğü yaratılır (Şener, 2005). Özellikle sosyal medyanın gelişmesiyle birlikte son zamanlarda görülen "troller" buna bir örnektir.

- b) Sosyal-kültürel yapı; gelenek ve görenekler

Sosyal yapının önemli bir bileşeni olan gelenek ve görenekler, bazen katılımın önündeki en önemli engellerden biridir. Örneğin ülkemizde bazı çevrelerde gençlerin, kadınların görüşlerini ifade etmeleri hoş görülmez. Bu nedenle kişiler katılıma gönüllü olmaz veya engellenir.

- c) Sağlık personelinin ve yöneticilerin hazır olmaması

Toplum katılımıyla ilgili olarak sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin de mutlaka bilgili ve katılıma açık olması gerekir. Sağlık çalışanlarının hoşgörülü ve paylaşımcı olmaları, toplumla aralarındaki sınırları kaldırmaları, toplumu dinlemeleri ve kendilerini toplumdan birisi olarak görmeleri gerekir. "Topluma katılma" olarak tanımlanan bu yaklaşım için en iyi örnek alana çıkan sağlık personeli, ev ziyaretleri yapan ebe ve hemşirelerin toplumun görüşlerini almaya hazır olmalarıdır.

Toplum Katılımının Sonuçları

Önceliklere karar vermede toplumun çok önemli bir rolü vardır. Toplumun katılım şekli ve düzeyi, toplumdaki katılım geleneğine, toplum ve sağlık personeli arasındaki ilişkinin doğasına bağlıdır. Sağlık personelinin önceliklere karar verme aşamasına katılımı ise sağlık sorunlarının nesnel olarak değerlendirilmesine yardımcı olacaktır. Ek olarak toplumun ve sağlık personelinin önceliklerin belirlenmesine katılımı, planlanacak girişimlerin etkili bir şekilde uygulanabilirliğini de belirleyecektir. Bu nedenlerle öncelikli sorunların belirlenmesi aşamasında muhakkak toplum katılımının sağlanması veya en azından sağlık personelinin görüşlerinin alınması gerekir. Ancak bu aşamanın da toplumu tanıma aşamasında olduğu gibi çok uzun tutulmaması ve en geç bir hafta civarında bitirilmesi gerekmektedir. Bu aşamada en azından alanda anahtar kişilerle görüşme ve yerel yazılı kaynaklara ulaşma da hiç katılım olmamasından daha iyidir ve başlangıçta yeterli olabilir.

Kaynaklar

- Bozkaya Ç, Teker N (1996) Sağlık hizmetlerinde toplum katılımı. 6. Basım, TC Sağlık Bakanlığı, Uyum Eğitimi, Eğitim materyali No:7, Ankara.
- Dünya Sağlık Örgütü (1993) Toplum Katılımı İşhali Hastalıkların Kontrolü Programı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Denetim Becerileri Serisi, Ankara.
- Gofin J, Gofin R, Neumark Y, Epstein L (2001) The process of Community Oriented Primary Care (COPC): and Overview. School of Public Health and Community Medicine, Hadassah and The Hebrew University, Jerusalem.
- Gofin J, Gofin R (2004) Community Oriented Primary Care (COPC): features of practice and training Turkish Journal of Public Health(2)2:92-98
- Gofin J, Gofin R (2011) Essentials of global community health. APHA press, Essential Public Health, Jones&Bartlett Learning, Sudbury, MA, USA.
- Gönül U (1982) Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma Merkezi Yayını No:1, Çağ Matbaası, Ankara.
- Gönül U (1994) Günümüzde Sağlık Hizmetlerine Toplum Katılımı. Çalışma Ortamı, 3 (13):32-34.
- Hanlon JJ, Pickett GE (1984) Public Health: Administration and Practice, 8th ed. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing
- Kılıç B (1994) Katılım Olgusunun Tarihsel Gelişimi. Çalışma Ortamı, 3(13):27-32.
- Özyürek N (2002) Şemikler Sağlık Ocağı Bölgesinde Toplum Katılımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı AD, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
- Pala K (2014) Sağlık hizmetlerinde toplum katılımı ve Türkiye Deneyimi. Turk J Public Health, 12(3):201-206.
- Şener HE (2005) Kamu yönetiminde katılım ve çoğulculuk. Amme İdaresi Dergisi, (38)4: 1-22.

Vaughan JP, Morrow RH (1989) Manual of Epidemiology for District Health Management, WHO, Geneva.

WHO (1978) Alma-Ata 1978, Primary Health Care, Health for All series no:1, Geneva, Switzerland.

WHO (1991) Community involvement in health: indicators. Report on a WHO Study, EUR/HFA Target 26. EUR/ICP/PHC 335, Copenhagen, Denmark.

Yaylacı AF (2017) Toplumsal Hareketler Ve Eğitim. Yeni Toplumsal Hareketler içinde 10. Bölüm, Kartal ve Kümbetoğlu (Eds), Anadolu Üniversitesi Yayınları, Açık Öğretim Fakültesi Yayın No:2378, 1. Basım, Eskişehir.

4 SORUNLARIN AYRINTILI DEĞERLENDİRİLMESİ

Belgin Ünal, Bülent Kılıç, Gönül Dinç, Mestan Emek

Önceki bölümde TOYS ekibinin nesnel ölçütler kullanarak ve toplumun ve sağlık personelinin katılımını da sağlayarak öncelikli sağlık sorununu ne şekilde seçeceği ele alınmıştı. Bu bölümde ise seçilen sağlık sorununun ayrıntılı değerlendirmesinin nasıl yapılacağı gözden geçirilecektir.

Sorunun ayrıntılı değerlendirilmesi aşaması şu süreçleri içermektedir:

- a) Seçilen sağlık sorunu için nedensellik ağının tanımlanması,
- b) Seçilen sağlık sorunu ve onunla ilişkili etkenlerin sıklığı ya da yaygınlığı hakkında bilgi toplanması
- c) Seçilen sağlık sorunuyla ilgili sağlık sisteminde o güne kadar yapılmış ve yapılmakta olan etkinliklerin gözden geçirilmesi
- d) Sağlık sorunu ile ilgili etkin girişimler konusunda literatür bilgilerine ve diğer deneyimlere ulaşılması (Gofin, 1999)

4.1 Sorunun Nedensellik Ağının Hazırlanması

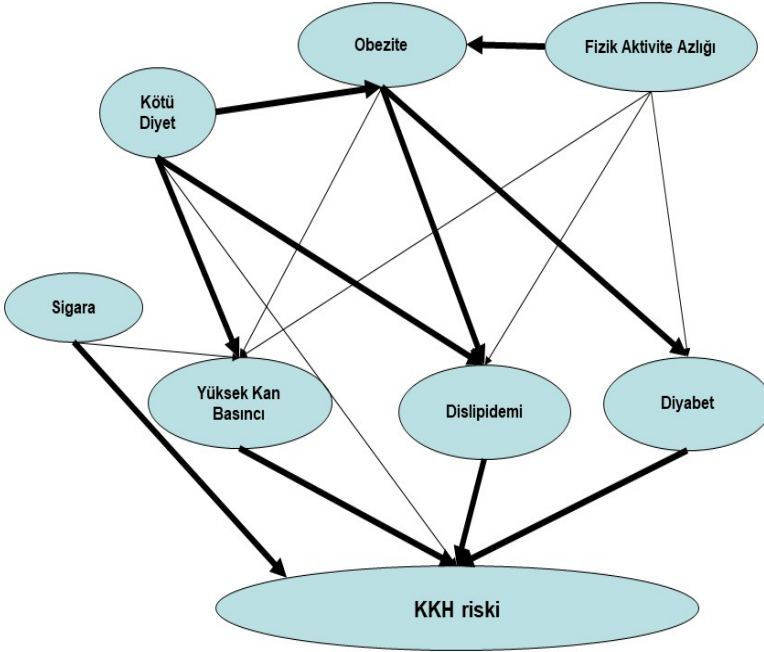
TOYS ekibi sağlık sorunu ile ilgili ayrıntılı bilgileri derlemeye başladığında öncelikle sağlık sorunun etyolojik faktörlerini ve bu faktörlerle ilgili nedensellik ağını tanımlamalıdır. Bu aşama için öncelikle ayrıntılı bir literatür taraması yapılması gerekir. Literatür taramasıyla ilgili en çok düşülen yanılgı bunun bir kez yapılmakla biten bir süreç olduğunu düşünmektir. Tam tersine literatür taraması TOYS döngüsünün her aşamasında sürekli yapılması gereken yani sürekliliği olan bir eylemdir.

Nedensellik ağı hazırlanırken başlangıç aşaması bütünsel olmakla birlikte, son bölüme doğru özel bir odaklanmayı gerektirir. Yani önce her olasılığı ve nedeni düşünüp daha sonra sonuca yönelik odaklanmak yapmak gerekmektedir (Bardach, 2009:16). Dolayısıyla nedensellik ağı, sorunu oluşturabilecek tüm etmenlerin mantıklı bir ilişki düzeni içinde görsel ve bilişsel olarak özetlenmesidir. Bu aşama konuyla ilgili yeterli bilgi düzeyine erişilmeden tamamlanamaz. Nedensellik ağı tüm faktörlerin hem sonuç üzerinde hem de kendi aralarında olan etkileşimini gösteren ayrıntılı bir

diyagramdır. Nedensellik ağı oluşturulurken farklı renkler, farklı kalınlıktaki çizgiler, farklı şekiller sağlık sorunu ve nedenleri arasındaki ilişkiyi görselleştirmek için kullanılır. Örneğin kalın oklar güçlü nedensel ilişkiyi, ince oklar daha zayıf ve dolaylı ilişkiyi göstermek için kullanılabilir. Ayrıca nedensellik ağını oluştururken şekiller belli bir hiyerarşiye göre dizilerek nedenlerin nedenleri de gösterilebilir.

Sağlık sorununa ilişkin nedensellik ağı tanımlanırken sağlık sorununun belirleyicisi olan sosyal, ekonomik, çevresel, biyolojik etkenler olduğu kadar hastalığın klinik bulguları, tedavisi ve izlemi konusunda önerilen rehber niteliğindeki bilgilere de ulaşılmalıdır. Koroner kalp hastalığı (KKH) ile mücadele bu açıdan uygun bir örnek olabilir. Şekil 4.1'de koroner kalp hastalıkları ile ilgili oluşturulmuş bir nedensellik ağı izlenmektedir. Şekilde KKH için davranışsal, metabolik risk etmenleri ve bunların kendi aralarındaki etkileşimleri izlenebilmektedir. Kötü diyet, fizik aktivite azlığı, tütün kullanımı gibi davranışsal etmenler dış halkada yer almaktadır. Davranışsal etmenlerin yol açtığı diyabet, yüksek tansiyon, yüksek lipid düzeyleri gibi metabolik risk etmenleri daha iç halkada yer almaktadır. Koroner kalp hastalığı ile ilgili olarak yürütülecek TOYS programında şekilde görüldüğü gibi hastalığa ilişkin nedenler üzerine girişimler planlanması gerekmektedir.

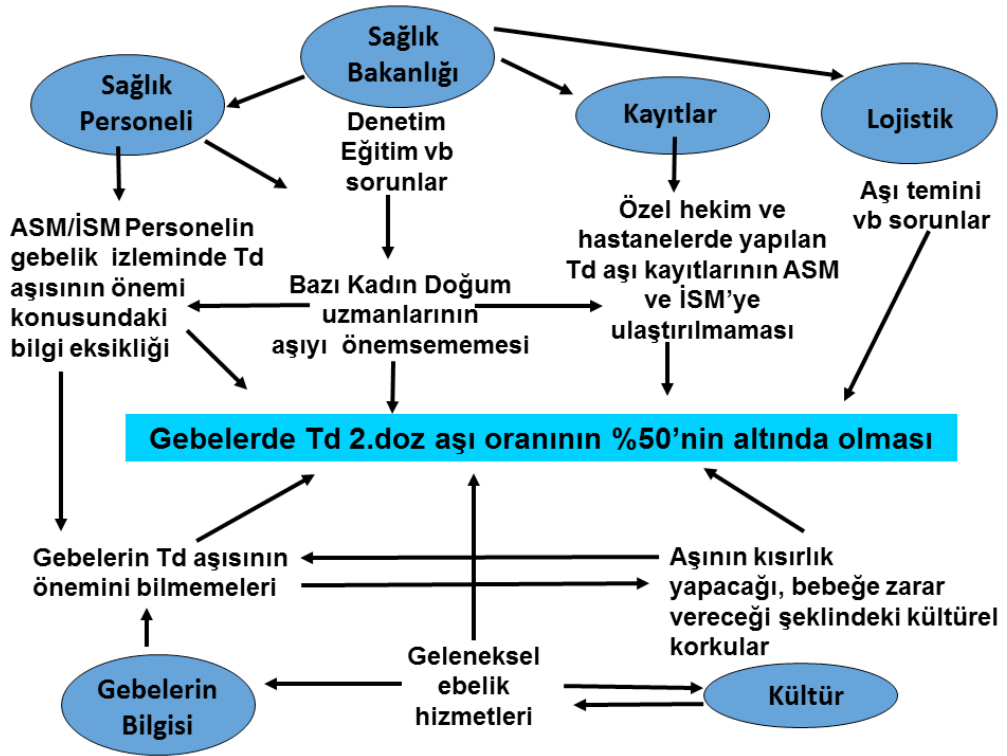
Şekil 4.1 Koroner Kalp Hastalığı (KKH) İçin Nedensellik Ağı



Kaynak: Ünal ve Ergör (2007)

Şekil 4.2’de ise gebelerde tetanoz-difteri (Td) 2. doz aşısının eksikliği konusunda bir nedensellik ağı oluşturulmuştur. Buna göre sorunun nedenleri 6 temel alanda toplanmaktadır: Sağlık Bakanlığı ve sağlık personeliyle ilgili sorunlar, gebe kadınların bilgi düzeyine bağlı nedenler, lojistik sorunlar, kayıt sorunları ve kültürel nedenlerdir. Aşıyla ilgili yanlış bilgiler, korku ve kaygılar kadınların bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceği gibi sosyal ve kültürel sorunlardan da kaynaklanabilir (bakınız Şekil 4.2).

Şekil 4.2 Gebelerde Tetanoz-d Aşısının Eksikliği Konusunda Nedensellik Ağı



Ancak aynı sorun gebelere yönelik izlem hizmetlerinin düşük olması sorunuyla birleştirilebilir ve böylece planlanan yönetsel girişimle daha verimli bir sonuç elde edilmiş olur.

Şekil 4.3’de bu iki sorunun entegrasyonu sonrası oluşturulan yeni nedensellik ağı görülmektedir. Sağlık ekibi bu aşamada birleştirilebilecek benzer sorunlar olup olmadığını mutlaka düşünmelidir.

Şekil 4.3 Gebe İzlemlerinin ve Tetanoz-d Aşısının Eksikliği Konusunda Nedensellik Ağı



Seçilen sorunların gruplandırılarak birleştirilmesi aşamasının ne kadar önemli olduğu yukardaki Şekil 4.3'te görülmektedir. Bu sayede TOYS yöneticileri aynı anda birden fazla sorunu çözebilecek ekipler oluşturabileceklerdir.

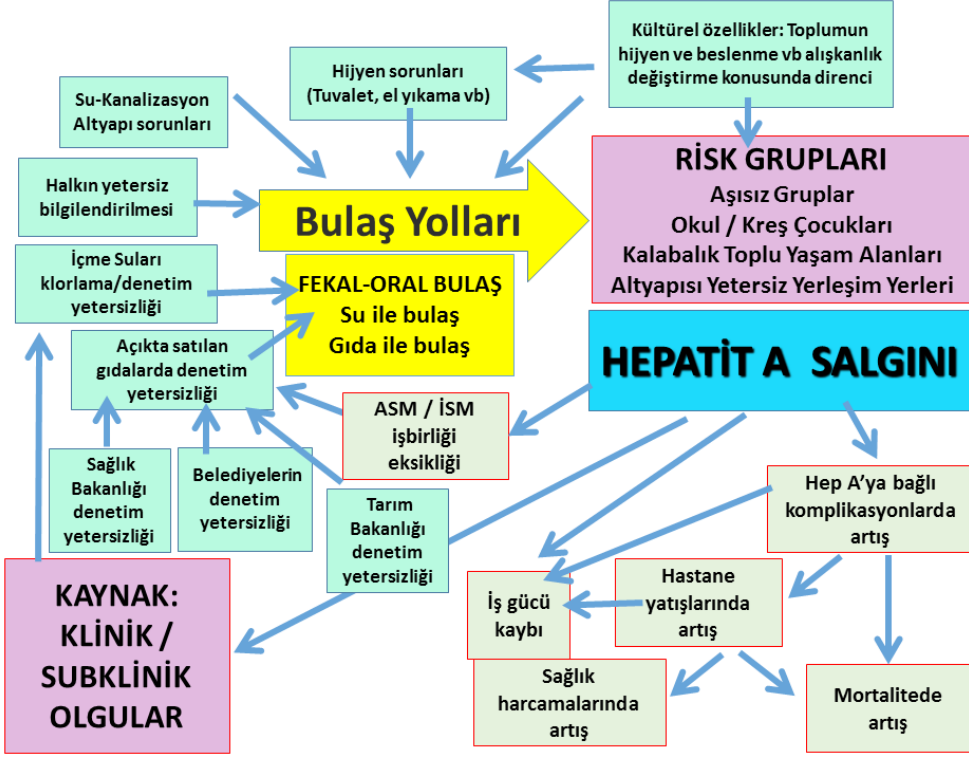
Şekil 4.4'de ise birinci basamakta kronik hastalık kayıtlarının yetersizliği ile ilgili bir nedensellik ağı görülmektedir. Burada temel neden aile hekimliği sistemindeki performans uygulaması olarak gösterilmiştir. Mevcut performans uygulamasının kronik hastalıklarla ilgili bir kayıt zorunluluğu içermemesi, varolan iş yükünün ağırlığı, konuyla ilgili bilgi eksikliği hekimlerden ve sistemden kaynaklanan temel nedenler olarak tanımlanmıştır (bakınız Şekil 4.4).

Şekil 4.4 Birinci Basamakta Kronik Hastalık Kayıt Yetersizliği İçin Nedensellik Ağı



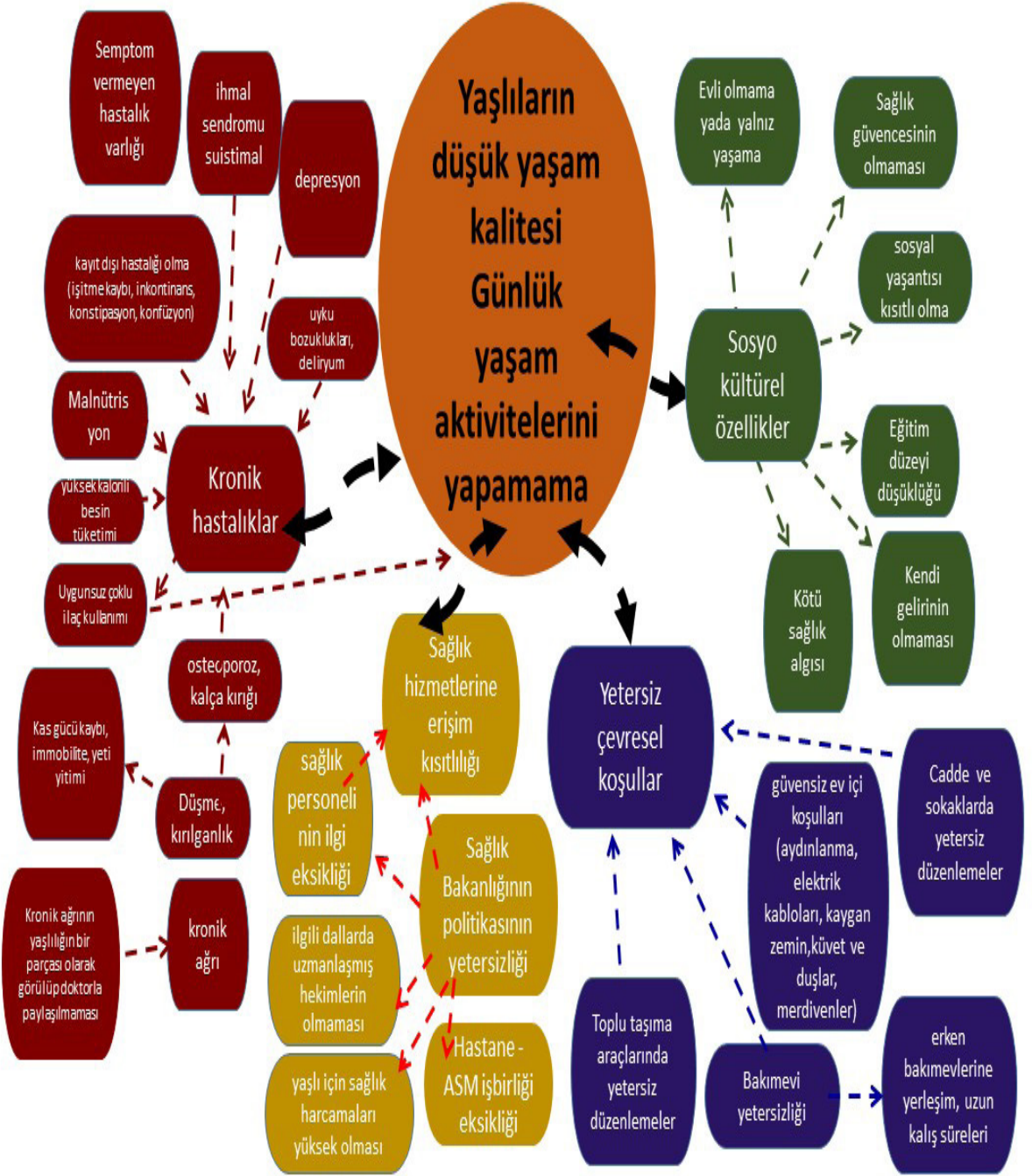
Şekil 4.5'de ise Hepatit A salgınıyla ilgili bir nedensellik ağı görülmektedir. Burada da nedensellik ağı enfeksiyon zinciri üzerinden (kaynak, bulaşma yolu ve sağlam insanın korunması) tanımlanmıştır (bakınız Şekil 4.5).

Şekil 4.5 Hepatit-A Salgını Nedenleri İçin Nedensellik Ağı



Şekil 4.6'da ise bir önceki bölümde Tablo 3.6'da verilen Yeşiltepe İSM bölgesindeki yaşlı sağlığı hizmetlerine erişim kısıtlılığı ve yaşam kalitesi düşüklüğüyle ilgili bir nedensellik ağı görülmektedir. Burada temel nedenler kronik hastalıkların sıklığı, olumsuz çevre koşulları, sosyo kültürel nedenler ve bu alandaki politikaların yetersizliği olarak tanımlanmıştır (bakınız Şekil 4.6).

Şekil 4.6 Yeşiltepe İSM Bölgesinde Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düşüklüğü Nedenellik Ağı



4.2 Seçilen Sağlık Sorunu ve İlişkili Etkenlerin Yaygınlığı Hakkında Bilgi Toplanması

İncelenen sorunun TOYS programı öncesi ve sonrasında boyutunun (sıklığının ve belirleyicilerinin) bilinmesi son derece önemlidir. Böylece sorunun boyutu ve girişimlerin sonucu rahatlıkla izlenebilir. Bu aşamada elde edilecek sıklık bilgileri aynı zamanda TOYS yönetiminin son aşamasında programın etkinliğinin değerlendirilmesi aşamasında da kullanılır. Seçilen sağlık sorunu ve belirleyicileriyle ilgili bilgiler öncelikle var olan bilgi kaynaklarından toplanır. Veri toplama yöntemleri, veri bildirim sisteminin ilgili sağlık sorununu kapsayıp kapsamaması, veri bildirim sisteminin geçerli, güvenilir bilgi akışına sahip olup olmaması, sağlık sorunu ile ilgili olarak elde bulunan diğer veriler ve girişim için izleme sisteminin bulunup bulunmamasına göre değişmektedir. Veri bildirim sisteminden elde edilen veriler geçerli ve güvenilir değilse TOYS programının bir parçası olarak geçerli, güvenilir veri akışının sağlanması da hedeflenmelidir.

Sağlık sorununun boyutu konusunda bilgiye ulaşılamıyorsa, söz konusu bölgede bilgi toplamaya yönelik araştırma yapmak yerine öncelikle benzer toplumlarda yapılmış çalışmalarda elde edilen bilgilerin kullanılması önerilir. Ancak bu konuda hiç veri yoksa ya da elde bulunan veriler geçerli ve güvenilir değilse kesitsel araştırmalarla veri toplama yoluna gidilmelidir. Bu konuda, araştırmanın tanımlanan hedef grubun hepsinden mi, yoksa bu grubu temsil eden bir örnek üzerinden mi toplanacağına karar verilmelidir. Evren veya örnekten ayrıntılı bilgi toplama konusunda ise toplumun büyüklüğü ve eldeki kaynaklara göre bir karar verilir. Seçilmiş bir örnek üzerinden ayrıntılı değerlendirme yapılacaksa uygun örnek büyüklüğünün belirlenmesi ve uygun örnek seçim yöntemlerinin kullanılması gereklidir. Risk grubunda düzenli olarak izlem gerektiren bir sağlık sorunu söz konusu ise ve bu konuda sağlık sistemi içinde bir izlem programı yoksa araştırmanın, seçilen örnek üzerinde değil risk grubunda yer alan herkes üzerinde yürütülmesi daha uygun olacaktır.

Veri toplamak için yürütülecek araştırma kapsamında yapılandırılmış anket formları kullanma (görüşme veya kişinin kendisinin doldurması şeklinde), tıbbi muayeneler, laboratuvar testleri, sağlık kurum/kuruluş kayıtlarının değerlendirilmesi, ölüm verilerinin değerlendirilmesi gibi yöntemler kullanılabilir. Ayrıca yarı yapılandırılmış niteliksel veri toplama formlarıyla odak grup görüşmeleri ve derinlemesine görüşmeler üzerinden veri toplama da önemli ek bilgiler sağlayacaktır.

Sorunun ayrıntılı değerlendirilmesinde kullanılacak veri toplama yöntemleri Tablo 4.1'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 4.1 Sorunun Ayrıntılı Değerlendirilmesinde Veri Toplama Yöntemleri

Niceliksel Yöntemler

- Yayınlanmış raporların, çalışmaların incelenmesi
- Sağlık kurum/kuruluş kayıtlarının değerlendirilmesi
- Ölüm verilerinin değerlendirilmesi
- Tıbbi muayene sonuçları
- Laboratuvar testleri
- Yapılandırılmış anket formları (görüşme veya kişinin kendisinin doldurması şeklinde): Kesitsel Çalışmalar

Niteliksel Yöntemler

- Odak Grup Görüşmeleri
 - Derinlemesine Görüşmeler
 - Gözlemler (Check-listler)
 - Doküman Analizleri
 - Hızlı Değerlendirme Teknikleri
-

Toplumda sağlık sorununun dağılımı incelenirken, görece daha kolay elde edilebildiği için prevalans daha sıklıkla kullanılan bir ölçüttür. Sağlık sorununun öncelikle yaşa, cinsiyete, eğitim düzeyine ve meslek gibi sosyodemografik özelliklere göre nasıl dağıldığı tanımlanmalıdır. Çünkü planlanacak girişim bu özelliklere göre şekillenecektir. Ayrıca toplumda sağlık sorunuyla ilgili bilgi, tutum, inanış ve davranış şekli, çevre koşulları, kültürel faktörler, sağlık hizmeti kullanımı (başvuru ve sağlıkla ilgili önerilere uyum) gibi özellikler de bilinmelidir.

Aşağıda erişkinlerde hipertansiyon ve çocuklarda malnutrisyonun öncelikli sağlık sorunu olduğu iki programda sorunun ayrıntılı değerlendirilmesi aşamasında hangi verilerin toplanması gerektiği ile ilgili iki örnek sunulmuştur:

a) Seçilen Sorun: Erişkinlerde hipertansiyon sıklığının yüksek olması

Sorunun boyutu ile ilgili toplanacak bilgiler:

Toplumdaki hipertansif erişkinlerin sayısının/sıklığının belirlenmesi

- Toplumdaki hipertansif erişkinlerin kişi ve yer özelliklerinin tanımlanması

- Toplumda / örnekte erişkinlerde sistolik veya diastolik kan basıncı ortalamasının saptanması
- Hipertansif erişkinler arasında ilaç kullananların/ kan basıncı kontrol altında olanların saptanması
- Toplumun beslenmesinin, özellikle tuz kullanımının belirlenmesi
- Hipertansif erişkinlerde obezite ve diğer yaşam şekli özelliklerinin (fizik aktivite, sigara) belirlenmesi

b) Seçilen Sorun: Çocuklarda malnutrisyon sıklığının yüksek olması

Sorunun boyutu ile ilgili toplanacak bilgiler:

- Malnutrisyonlu çocuk sayısının/sıklığının belirlenmesi
- Malnutrisyonlu çocukların kişi ve yer özelliklerinin tanımlanması
- Malnutrisyon nedeni ile hastaneye yatırılan çocuk sayısı ve sıklığının tahmin edilmesi
- Anne sütü alan çocukların sıklığının belirlenmesi
- Bebeklerde ek besine başlama zamanının belirlenmesi

Bir önceki aşamada hazırlanan nedensellik ağı, öncelikli sağlık sorunuyla ilgili sorunun ayrıntılı değerlendirilmesi aşamasında ne gibi verilerin toplanacağı konusunda da yol gösterici olacaktır. Bu nedenle nedensellik ağının dikkat ve özenle hazırlanması gerekmektedir.

4.3 Seçilen Sağlık Sorunuyla İlgili Yapılmakta Olan Etkinliklerin Gözden Geçirilmesi

Seçilen sağlık sorununa nasıl müdahale edileceğine karar vermeden önce sağlık sorunuyla ilgili sağlık sisteminde var olan hizmet ve olanakların gözden geçirilmesi yol gösterici olacaktır. Çünkü böylece belki bazı girişimleri uygulamak için varolan olanaklardan yararlanılabilir. Bunun için aşağıdaki gibi bazı temel soruların yanıtları araştırılmalıdır;

- Sağlık sorununa yönelik yürütülmekte olan bir program var mı?
- Sağlık sorununun kliniği, hastalığın tedavisi ve izlemi konusunda rehberler var mı?

- Konuyla ilgili eğitilmiş personel var mı?
- Sağlık sorununa yönelik alt yapı olanakları neler? Bina, laboratuvar, araç-gereç olanakları neler?
- Sağlık sorununa yönelik sürveyans, kayıt, bildirim sistemi var mı?

Örneğin  lkemizde çocuklarda bir hastalığın taraması ile ilgili bir program yapılması düşünülüyorsa sağlık sisteminde bu konuda neler yapılmakta olduğu değerlendirildiğinde aŗađıdaki bilgilere ulaşılabilir:

- Fenilketonüri, hipotiroidi, biyotinidaz eksikliği, kistik fibrozis, işitme bozukluğu ve kalça displazisi için tarama programı var
- İlk  c  için doğan her bebekten kan alınması gerekiyor, eğitimi personel var
- Referans laboratuvarlar belirlenmiş, sonuçların bildirim şekli belirlenmiş ve işliyor
- Bu sorunlar için pozitif sonuç saptandığı durumda veya hastalık tanısında nasıl bir yol izleneceği tanımlanmış

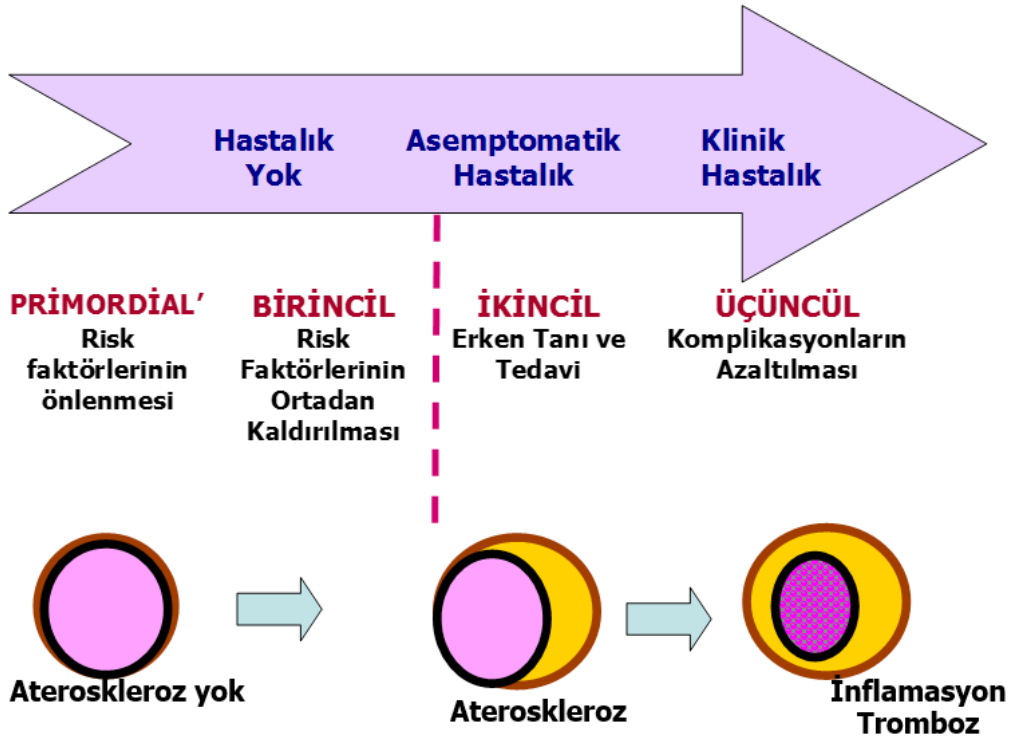
Seçilen sağlık sorunuyla ilgili neler yapılmakta olduğu değerlendirilirken, hastalığın doğal gidişi ve sağlık sorununun farklı dönemlerinde uygulanabilecek koruma düzeyi önlemlerinin gözden geçirilmesi uygun bir  er eve oluşturabilir. Bu açıdan dört değişik koruma aşaması tanımlanabilir. Aŗađıda malnutrisyon  rneği üzerinden bu aşamada sorulması gereken sorular, incelenmesi ve araştırılması gereken kaynaklar sunulmuştur:

- Primordial koruma:** Sosyal değişkenler üzerine yapılan makro düzeyde koruyucu önlemler primordial koruma kapsamına girer. Örneğin toplumda refah, gelir, eğitim, iş gücüne katılım düzeyi nasıldır? Yoksul kişiler, işsizler, eğitimsizler için destek programları var mıdır? Bu programların beslenme açısından kapsamı nedir?
- Birincil koruma:** Sağlıklı bebek ve  ocuk beslenmesi konusunda hangi hizmetler sunulmaktadır? Bu hizmetlerin niceliksel ve niteliksel olarak yeterliliği nasıldır? Sağlık personelinin sayısı, beslenme konusundaki bilgi düzeyi, toplumun bebek ve  ocuk beslenmesi konusundaki bilgi düzeyi ve bu konudaki önerilere uyum düzeyi vb, toplumda bebek ve çocukların izlemleri ne şekilde yapılmaktadır? Hangi kurum /personel tarafından, hangi sıklıkta, izlem yeri, izlemlerin nicelik ve niteliği vb.

- c) **İkincil koruma:** Malnutrisyonlu bebeklerin erken saptanması, erken tanıya yönelik hangi tarama programları vardır? Malnutrisyon saptanan çocukların izlemi ne şekilde yapılmaktadır? Malnutrisyonlu olgularda olgu yönetiminin yeterliliği nasıldır? Malnütrisyonu tanımlayan ölçütler geliştirilmiş midir? Tanı, tedavi ve sevk için protokoller var mıdır? Erken tanı nasıl gerçekleştirilebilir?
- d) **Üçüncül koruma:** Ağır malnutrisyonu olan çocuklarda hastaneye yatış oranı nedir? Bu çocuklarda fatalite ve sekel oranları nedir? Nasıl önlenebilir?

İkinci bir örnek ise koroner kalp hastalığında koruma düzeyleri ve bu bağlamda yapılanlarla ilgili olarak altta verilmiştir (Şekil 4.7).

Şekil 4.7 Koroner Kalp Hastalığında Koruma Düzeyleri



Şekil 4.7'de de görüldüğü üzere koroner kalp hastalığı için primordial koruma önlemleri olarak, tütün kullanımının önlenmesine yönelik yasal düzenlemeler, pasif içiciliğin önlenmesi konusunda toplumsal duyarlılık ve bu konudaki yasalara uyulması, sigara ücretlerinin artırılması gibi önlemlerin olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Koroner kalp hastalığı birincil koruma düzeyi önlemleri içinse sigaraya başlamayı önlemek amacıyla risk altındaki kişilerin durumu, sigara bıraktırma çalışmalarının düzeyi, sağlıklı beslenme ve fiziksel egzersizin önemi konusunda sağlık eğitimi çalışmalarının var olup olmadığı değerlendirilmelidir.

İkincil koruma başlığı altında değerlendirilen sağlık sorununun erken tanı ve tedavisi veya izlemlerin düzenli olarak yapılması ise koroner kalp hastalığına bağlı sekel ve ölümlerin azaltılmasında önem taşımaktadır. Bu kapsamda birinci basamakta risk faktörleri olan kolesterol, kan basıncı, obezite gibi durumların tanı ve izlemlerinin yapıp yapılmadığı belirlenebilir. Risk faktörlerinin yönetimiyle ilgili klinik izlem rehberlerinin kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilebilir.

Koroner kalp hastalığı nedeniyle yürütülen by-pass cerrahisi vb. gibi sağlık hizmetleri ise üçüncül koruma düzeyi önlemlerine örnek olarak verilebilir. Bu hizmetlerin, var olup olmadığı ve toplumun tüm katmanları tarafından erişilebilirliği sayısal göstergelerle değerlendirilebilir.

Bu aşamada TOYS ekibinin sağlık sorunu ile ilgili olarak bölgede halen sunulan hizmetlerin neler olduğu ve başka hangi hizmetlerin sunulabileceği veya hizmet sunumunda sorunlar söz konusu ise bu sorunların nasıl düzeltilebileceği konusunda belirlemeler yapması gerekir.

4.4 Sağlık Sorunu İle İlgili Etkin Girişimlerin ve Diğer Deneyimlerin Araştırılması

TOYS ekibi sağlık sorununa yönelik primordial, birincil, ikincil, üçüncül koruma düzeyleri için alınabilecek önlemlerin neler olduğu, bu önlemlere yönelik uygulanabilecek girişimler ve bu girişimlerin etkinliği konusunda bilgi toplamalıdır. Seçilen sağlık sorunu ile ilgili yapılacak girişimlerin ve girişim etkinliklerinin neler olacağı, bu etkinlikler için gerekli kaynakların neler olduğu ve bu girişimlerin etkinliğinin nasıl değerlendirileceği konusunda yayınlanmış birçok deneyime ulaşmak olasıdır.

Günümüzde pek çok indeks elektronik ortamda ücretsiz olarak taranabilmektedir. MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>) ve Cochrane Kitaplığı (<http://www.cochrane.org/reviews/clibintro.htm>) TOYS ekibinin öncelikle başvurması gereken kaynaklardır. Ayrıca yayınlanmış raporlar, girişim programları ile ilgili belgeler, örgütler, kurumlar bu konuda bilgi toplamak için başvurulabilecek diğer kaynaklardır. Bu kaynaklardan bulunan bilgiler, bölgenin

kaynaklarına ya da hizmet sunum şekline uygun olmayabilir. Ancak yine de yeni bir program planlamaktansa, yerel düzeydeki gereksinimlere ve kaynaklara göre uyarlanmış modellerden yararlanılabilir.

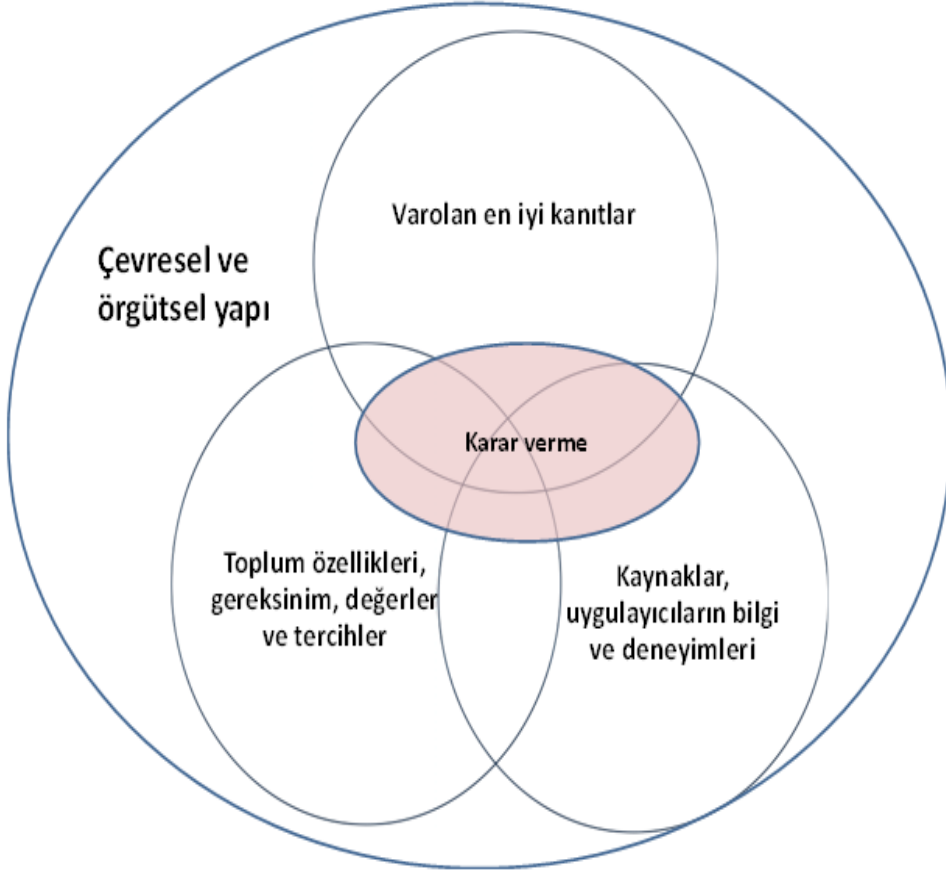
4.5 Kanıta Dayalı Karar Verme

Kanıta dayalı tıp, hasta ile ilgili kararlarda, eldeki en iyi kanıtın, açık, özenli ve akılcı bir biçimde hekimin deneyimi ve hastanın tercihleri ile birleştirilerek kullanılmasını sağlamaya yönelik sistematik bir yaklaşımdır (Sackett 1996). Kanıta dayalı tıp uygulaması, açık bir soru belirleme, soruyla ilgili kapsamlı bir literatür araştırması, kanıtların eleştirel değerlendirilmesi ve elde edilen kanıtların klinik karar vermede uygulanabilirliğine karar verme, uygulama ve sonucun değerlendirilmesi basamaklarını kapsar (Guyatt 2002).

Kanıta dayalı tıpla ilgili bilgi birikimi arttıkça aynı prensiplerin halk sağlığı alanında politika ve strateji belirlenmesinde kullanımı gündeme gelmiştir. Kanıta dayalı uygulamalar, karar vermede “en sık” görülen değil “en iyi” kanıtın kullanılmasını öngörmektedir. Kanıta dayalı halk sağlığı, karar vermenin bilimsel kanıta ve etkin uygulamalara dayanmasını sağlar. Halk sağlığı sorunları için işe yarayan ve yaramayan girişimlerin belirlenmesinde güncel ve güvenilir bilgi sağlar. Halk sağlığı sorunları için en iyi bilginin kullanımıyla zaman ve kaynakların verimli kullanımını sağlar (Brownson 2009).

Kanıta dayalı halk sağlığı, bilgi ve bilgi sistemlerinin sistematik kullanımı ile davranış bilimi teorileri; program planlama modellerinin uygun kullanımı yoluyla etkin program ve politikaların geliştirilmesi, uygulanması, değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Brownson 2003). Söz konusu uygulama epidemiyoloji, biyoistatistik, davranış bilimleri, sağlık ekonomisi ve sağlık yönetimi disiplinlerinin entegrasyonuna dayanır. Kanıta dayalı karar vermeyi içinde yaşanan çevresel ve örgütsel yapı, toplumun özellikleri, var olan kaynaklar ve karar vericilerin bilgi ve deneyimleri etkiler. Kanıta dayalı karar verme sürecini etkileyen boyutlar Şekil 4.8’de verilmiştir.

Şekil 4.8 Kanıta Dayalı Karar Verme Sürecini Etkileyen Boyutlar



Kaynak: Satterfield (2009) ve Brownson (2009)

Kanıta dayalı tıp ile kanıta dayalı halk sağlığı arasında önemli farklılıklar vardır. Öncelikle kanıtların miktarı ve niteliği farklılık göstermektedir. Hasta yönetiminde ilaç ve yöntemlere karar verme, daha çok randomize kontrolü çalışmaların (RKÇ) sonuçlarına dayanırken halk sağlığı alanındaki kanıtlar daha çok kesitsel veya bazen kontrol grubu olmayan yarı deneysel çalışmalara dayanmaktadır. Klinikte RKÇ sayısı gün geçtikçe artarken halk sağlığı alanında ise bu yöntemle yapılmış daha az çalışma vardır. Bunun temel nedeni halk sağlığı alanındaki girişimlerin etkinliğini değerlendiren çalışmaların daha uzun süre almasıdır. Örneğin sigara kullanımının azaltılması uzun dönemde akciğer kanserine bağlı ölümleri azaltacaktır ancak bu sonucun saptanabilmesi için 10 yıllar geçmesi gerekir. Bu nedenle kanıta dayalı halk sağlığı uygulamalarında kullanılan kanıtlar, klinik karar vermede kullanılan kanıtlardan farklılık gösterir (Brownson 2003).

Kanıtı Değerlendirirken Kullanılan Araçlar ve Süreçler

Meta-analizler: Sistematik derlemeye alınan çalışmaların sonuçlarının tek bir ölçüt elde etmek için istatistiksel yöntemlerle birleştirilmesine meta-analiz denir. Sistematik derlemeler ele alınan konunun ve elde edilen verinin özelliğine göre meta-analizi içerir veya içermeyebilir (Chalmers, 1995). Meta-analizde sistematik derlemede var olan bütün araştırmaların saptanıp bulunması gerekir. Bu çalışmalarda araştırma kalitesinin değerlendirilmesinde standart bir değerlendirme yöntemi kullanılır ve kabul edilebilir nitelikteki araştırmaların sonuçları istatistiksel yöntemlere göre birleştirilir (Glasziou, 2001). Bilimsel araştırma sonuçlarının değerlendirilerek özetlenmesi, karmaşık sayısal veri sentezinden, verilerin sözel olarak özetlenmesine kadar geniş bir aralıkta değişir.

Risk Değerlendirme Süreçleri: Bireye ve topluma yönelik olarak çevre ya da çalışma ortamından kaynaklı olası zararlı etkilerin önceden belirlenerek önlemlerin alınmasını öngörür. Risk değerlendirmesi, bilimle politika oluşturma arasındaki köprü olarak kabul edilmektedir. Pek çok ülke risk değerlendirme ile ilgili yasal düzenlemelere sahiptir.

Ekonomik Değerlendirme: Kanıta dayalı karar vermede maliyet etkililik gibi ekonomik değerlendirme çalışmalarının sonuçları kullanılmalıdır. Ekonomik değerlendirmeler halk sağlığı programları için ayrılan maliyetin görece uygunluğu konusunda fikir verir. Örneğin 35 yaşında 1000 erkekten oluşan bir kohortta düzenli egzersiz yapmanın yararını değerlendiren bir çalışmada egzersiz yapan grupta egzersiz yapmayan gruba göre 78 ölümün daha az olduğu ve 1138 kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı (QALY) kazanıldığı hesaplanmıştır. Egzersiz yapılmasıyla elde edilen bir QALY için yapılan harcamanın diğer tedavi edici ve koruyucu girişimlere göre maliyetinin daha az olduğu görülmüştür (Hatzianandreu, 1988). Ancak harcanan bütçe belli değilse ve ek olarak dolaylı maliyetleri belirlemek de zor olduğundan topluma yönelik girişimlerin maliyetlerini tam olarak belirlemek genellikle zordur.

Halk Sağlığı Sürveyansı: Sürveyans, sağlık sonuçlarıyla ilgili sürekli, sistematik veri toplanması, analizi, yorumu, bu verinin zamanında hastalık ve yaralanmaların önlenmesi ve kontrolünden sorumlu birimlerle paylaşılmasını kapsar (Thacker, 1988). İyi bir sürveyans sistemi karar vericiler için çok zengin bir veri kaynağıdır.

Uzman Kurulu ve Uzlaşım Toplantıları: Pek çok kamu kurumu ya da gönüllü sağlık örgütü bilimsel çalışmaların sonuçlarını belli ölçütlere göre değerlendirip politika ya

da uygulama için kendilerine öneriler geliştirecek uzman panellerini (expert panel) kullanmaktadır. Paneller farklı alanlarda uzmanlığı olan 10-20 kişilik gruplardan oluşur. İyi uygulanırsa değişik uzmanlardan görüş alınması düzenlemelerde işe yarar. Uzman panelleri özellikle koruyucu tıp için rehberler oluşturulmasında çok başarılı olmuştur. Bu rehberler topluma dayalı farklı halk sağlığı girişimlerinin etkinlikleriyle ilgili sistematik derlemeler ve bilimsel kanıtları inceleyip sunabilirler.

Uzlaş konferansları (consensus conferences): Epidemiyolojik kanıtları gözden geçirmek için toplanırlar. Uzman panellerine göre daha hızlı çalışır ve karar verirler. Uzman panelleri daha uzun zamanda öneri geliştirirken uzlaş konferansları 1-2 gün içinde karar verirler.

Eylem İçin Yeterli Kanıt Varlığına Karar Verme

Halk sağlığında seçilen soruna yönelik olarak eyleme geçmek için (bir program ya da politika olarak) kanıtların yeterli olduğuna karar vermek ve uygun eylemleri seçmek gerekmektedir. İki düzeyde kanıt varlığına dikkat etmek önemlidir:

Birinci düzey kanıtlar: Sağlık sorunun önemini ve önlenebilir faktörlerle ilişkisini gösteren analitik veriden oluşur. Örneğin birçok araştırma sonucu çocukluk dönemi hastalıklarının ve ölümlerin bağışıklamanın yaygınlaşmasıyla önlenebileceğini göstermektedir. Sorunun boyutu (sayısı, insidansı ve prevalansı), ciddiyeti (morbidite, mortalite veya yeti yitimi) ile önlenebilirlik (sağlık sorununun önlenmesi için ne yapılabileceği) konusundaki veriler karar vericileri bu sorunla ilgili girişimler “kesin olarak yapılmalıdır” sonucuna götürür.

İkinci düzey kanıtlar: Öncelikli sorun belirlendikten sonra çözüme yönelik eylemlerin görece etkinliğine dayanır. Örneğin bağışıklama düzeyinin artırılması için hangi girişim daha maliyet etkili bir stratejidir? Ailelere hekimin veya ebeğin hatırlatması mı? Okul ya da kreşte aşılamaların yapılması mı? İkinci düzey kanıtlar sağlık uygulayıcılarına “varolan seçeneklerden hangisi yapılmalıdır” sonucunu verir.

Hangi düzey kanıt kullanılırsa kullanılsın bir eylemin dayanağı iyi bilimsel çalışmalar olmalıdır. Uygulayıcı, çalışmaların tasarım ve yürütülmesinin uygunluğunu (iç geçerlik) ve sonuçlarının genellenebilirliğini (dış geçerlik) değerlendirmelidir (Harris, 2001). Halk sağlığı kararlarının alınma sürecinde eylemlerin risk ve yararları göz önüne alınırken sosyal, kültürel, politik faktörler de dikkate alınmalıdır.

Kanıtı Dayalı Uygulama Basamakları

Aşama 1: Sorunun Açıkça Tanımlanması

Sorun tanımlanırken sağlık sorunu ya da risk faktörünün ne olduğu, sorunun boyutu, önleme yöntemleri ve tarafların kimler olduğu belirtilmelidir. Bu aşama, sorunla ilgili arka plan bilgisini içermeli yapılmak istenen programın gerekçesini açıklamalıdır. İzleyen paragrafta halk sağlığı alanında sıklıkla karşılaşılan bir bebek ölümü üzerinden sorunun nasıl tanımlanacağı açıklanmıştır:

Bebek Ölümü Sorununda Sorunun Açıkça Tanımlanması

Sorunun arka planı: Epidemiyolojik bulgulara göre bir bölgedeki bebek ölüm hızı son beş yılda azalmasına rağmen diğer bölgelerle karşılaştırıldığında hala en yüksek düzeydedir.

Yapılmak istenen program: Sağlık Bakanlığı tarafından yukarıda belirtilen bebek ölümü sorununun çözümü için altı ay içinde bir plan hazırlayıp en geç bir yıl içinde de uygulamakla görevlendirildiniz.

Çözüm için dikkate alınması gerekenler: Program personeli, politika belirleyiciler ve danışma kurulu.

- 1) Gebelerin sağlık hizmetine ulaşımını artırmak ve daha iyi doğum öncesi bakım için medya kampanyası
- 2) Riskli gebelerin daha sık izlemi
- 3) Kadın doğum ve yenidoğan uzmanlarıyla ortak çalışmalar
- 4) Uzmanlık dernekleriyle yapılacaklar
- 5) Birinci basamakta yapılması gerekenler

Aşama 2: Bilimsel Literatürden Elde Edilen Bilgiler

Sorunu tanımladıktan sonra bu sorunun çözümü için geçmişte ve şu anda neler yapılmakta olduğunu bilmek gerekir. Bunun için ilgilenilen konudaki bilimsel çalışmalar, raporlar, konferans raporları ve uzman görüşlerini belirlemek, elde etmek ve değerlendirmek için sistematik bir yaklaşım gerekir. Sıklıkla kullanılan yöntem literatürü gözden geçirmedir. Bu amaçla MEDLARS, MEDLINE, PubMed, Current Contents, HealthSTAR ya da CancerLit gibi veri tabanları ya da internet, uygun anahtar sözcükler kullanılarak taranır. Etkin literatür tarama yöntemleri ile ilgili ayrıntılı bilgiye basılı ve elektronik kaynaklardan ulaşılabilir (Egger, 2001).

Uygun literatür ve raporlar elde edildikten sonra sistematik derlemelerde olduğu gibi çalışmalar geçerlik, sonuçların genellenebilirliği ve sorunun çözümü için uygulanabilirliği açısından değerlendirilmelidir. Yöntemi geçerli olan çalışmaların sonuçları meta-analizde istatistiksel yöntemlerle birleştirilebilir.

Literatürün Taranması ve Değerlendirilmesi İçin Basamaklar:

- 1) Halk sağlığı sorununun tanımlanması ve derleme sorusunun belirlenmesi
- 2) Bilgi kaynaklarının belirlenmesi
- 3) Anahtar kavramların ve tarama terimlerinin belirlenmesi
- 4) Konuya uygun veri tabanlarında taramanın yapılması
- 5) Belgelerden gerekli bilginin alınması
- 6) Bilginin özetlenmesi ve derlemenin yazılması (Brownson, 2003)

Tablo 4.2 Halk Sağlığı Araştırmalarının Sonuçlarının Niteliğini ve Yöntemini Değerlendirirken Yanıtlanması Gereken Sorular

Sonuçlar nedir?

- Farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlar benzer mi?
- Derlemenin genel olarak sonuçları nedir?
- Sonuçlar ne kadar kesindir? (Güven aralıkları)
- Eldeki verilerden nedensel bir ilişki varlığı sonucuna varılabilir mi?

Sonuçlar geçerli midir?

- Derleme tam olarak halk sağlığı sorununa yönelik midir?
- Uygun çalışmaların bulunması için kapsamlı ve ayrıntılı tarama yapılmış mıdır?
- Önemli ve uygun çalışmaların gözden kaçırılmış olma olasılığı var mıdır?
- Derlemeye alınan temel çalışmaların niteliği yüksek midir?
- Çalışmaların eleştirel değerlendirme ölçütleri net midir?

Bulgular halk sağlığı girişimlerinde ve uygulamada nasıl kullanılabilir?

- Sonuçlar nasıl yorumlanıp halk sağlığı uygulamalarına yansıtılabilir?
- Tüm önemli halk sağlığı sonuçları dikkate alınmış mı?
- Beklenen yararlar harcanan emek ve potansiyel risklere değer mi?

Kaynak: Guyatt, 2002

Aşama 3: Sorunun Boyutunun Belirlenmesi

Bu aşamada halk sağlığı sorunlarıyla ilgili rutin istatistikler, doğum ve ölüm istatistikleri, sürveyans verileri gibi kaynaklar kullanılarak tanımlayıcı veri elde edilir. Toplumı temsil eden bir örnek üzerinde yapılan tanımlayıcı araştırmalar (survey) özellikle işe yarar. Bu gibi tanımlayıcı çalışmalar belli bir toplumda belli bir zamanda sağlık sorununun, sorunun belirleyicilerinin (sağlık davranışı, maruziyetler vb) sıklığını belirlemek açısından çok yararlıdır. Tanımlayıcı araştırmalar sıklıkla sağlık sorununun kişi (yaş, cinsiyet, etnisite), yer (ülke, bölge, kent vb) ve zaman (mevsimsel değişim) özellikleri hakkında bilgi sağlar. Tanımlayıcı araştırmalar aynı zamanda analitik çalışmaların planlanması için zemin hazırlar ve halk sağlığı girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek için veri sağlar.

Aşama 4. Programın Geliştirilmesi

Bu aşamada bilimsel literatürün gözden geçirilmesi ya da uzman panellerinin önerileri doğrultusunda farklı kaynaklardan elde edilen politika seçenekleri listelenir. Politika seçenekleri oluşturulurken yönetsel/politik, ekonomik, sosyal değerler, demografik özellikler ve teknolojik olanaklar göz önüne alınır (Brownson, 2003). Programı uygulayacak, programın sonuçlarından etkilenecek taraflardan da görüşler alınması gerekir.

Aşama 5. Program İçin Eylem Planının Oluşturulması

Bu aşama stratejik planlama konusuyla ilgilidir. Bir politika seçeneği belirlendiğinde amaç (goal) ve hedefler/etkinlikler (objective) tanımlanır. Amaç, sağlık sorununda uzun erimli olarak arzu edilen değişikliktir. Hedef ise kısa erimli, ölçülebilir, amaca ulaşmak için gerçekleştirilmesi gereken özgül etkinliktir. Eylem ise amaca ve hedeflere hangi yöntemle, nasıl ulaşılabileceğini, hangi kaynakların gerekli olduğunu ve kimlerin sorumlu olduğunu içerir. Bu konuda daha ayrıntılı bilgiye kitabın 5. bölümünden ulaşılabilir.

Aşama 6: Programın Değerlendirilmesi

Değerlendirme, programın amaç ve hedeflerine ne oranda ulaşıldığının belirlenmesidir. Çoğu halk sağlığı programları ve politikaları kontrol grubu olmayan yarı deneysel tasarımlarla değerlendirilir. Değerlendirme niteliksel ve niceliksel yöntemleri içermelidir. Ayrıca program sonucu ortaya çıkacak kısa dönem etkileri ve uzun erimli sonuçları da kapsayacak şekilde esnek olmalıdır. Çünkü genelde toplum temelli programlarının sonuçları uygulayıcıların görebileceği kısa dönemden

daha uzun dönemde ortaya çıkacaktır. Bu konuda daha ayrıntılı bilgiye kitabın 6. bölümünden ulaşılabilir.

Kanıtı Dayalı Uygulamaların Önündeki Engeller

Kanıtı dayalı halk sağlığı uygulamalarını engelleyen ya da kolaylaştıran çok sayıda durum vardır. Tablo 4.3'de bu engeller ve olası çözüm önerileri sunulmuştur.

Tablo 4.3 Kanıtı Dayalı Halk Sağlığı Uygulamalarında Engeller ve Çözümler

Engeller	Çözümler
Kanıtı dayalı halk sağlığı uygulamaları için liderlik eksikliği	Her düzeyde halk sağlığı uzmanlarının kanıtı dayalı uygulamalar konusundaki kararlılığının artırılması
Program geliştirmede ve uygulamada uzun dönemli vizyon eksikliği	Nedensel çerçeve ve değerlendirme planlarının benimsenmesi ve uygulanması. Programların gelecekte ulaşılacak en geniş ve somut hedeflerinin olması
Kanıtı dayalı uygulamadan uzaklaştırma dış baskılar	Stratejilerin paylaşılması ve anlatılması yoluyla paydaşların ve politikacıların ikna edilmesi
Halk sağlığının ana disiplinlerinde yetersiz eğitim	Kanıtı dayalı halk sağlığı konusunda teorik ve uygulamalı eğitimin yaygınlaştırılması. Uzaktan eğitim gibi yeni ve oturmuş eğitim programlarının yaygınlaştırılması
Literatürden kanıtlarla ilgili veri toplama, değerlendirme ve analiz için zaman yetersizliği	Literatürün etkin değerlendirmesi için beceri geliştirilmesi, eğitimler yapılması
Program ve politikaların etkinliği ile ilgili güncel ve kapsamlı veri eksikliği	Klinik ve toplum tabanlı uygulamalarda rehberlerin geliştirilmesi ve kullanımının artırılması
Özel bir popülasyon için belli halk sağlığı girişimlerinin etkinliği konusunda kanıtların eksikliği	Uygulamalı halk sağlığı araştırmaları için fonların artırılması

Kanıtı dayalı halk sağlığı uygulamaları için seçilmiş ağ sayfaları ise altta sunulmuştur.

1. **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ):** <http://www.ahrq.gov/> Kanıtı dayalı uygulama raporları ve klinik uygulama rehberlerine ulaşılabilir.
2. **Bandolier:** Evidence Based Thinking about Health Care: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/> Aylık kanıtı dayalı sistematik derleme, meta-analiz, randomize kontrollü çalışma ve iyi planlanmış gözlemsel çalışma sonuçlarını içeren dergidir.
3. **Cancer.gov (National Cancer Institute):** <http://www.cancer.gov/> Kanser epidemiyolojisi, istatistikleri, klinik araştırma sonuçlarını içerir. Kanser kontrolüne yönelik koruyucu ve tedavi edici kanıtı dayalı uygulamalar içerir.
4. **Centre for Evidence-Based Medicine (University Health Network):** <http://www.cebm.utoronto.ca/> David Sackett'in Kanıtı dayalı tıp: Nasıl uygulanır nasıl öğretilir adlı kitabına eşlik eden ağ sayfasıdır. Kanıtı dayalı tıp ile ilgili mezuniyet öncesi ve sonra kaynakları içerir.
5. **CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health)** <http://www.cinahl.com/> Hemşirelik, tıp dışı sağlık alanlarıyla ilgili kaynakların indekslendiği veritabanıdır.
6. **Cochrane Library** <http://www.cochrane.org/reviews/clibintro.htm> Kanıtı dayalı sistematik derlemeler, sağlık teknolojisi değerlendirme raporları, ekonomik değerlendirme raporları ve kontrollü klinik çalışma kayıtlarından oluşan veri tabanlarını içerir. Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews and Effectiveness (DARE), Cochrane Controlled Trials Register (CCTR), NHS (National Health Service-UK) Economic Evaluation Database, Health Technology Assessment Database, and Cochrane Database of Methodology Reviews (CDMR).
7. **Community Toolbox:** Bringing Solutions to Light: <http://ctb.ku.edu/> Toplum sağlığı politikası geliştirmede kullanılabilecek bilgi ve beceriler konusunda zengin kaynak.
8. **Effective Public Health Practice Project (Hamilton, Canada):** <http://www.ehpp.ca/aboutus.html> EPHPP/AboutEPHPP.asp
9. **The European Observatory on Health Systems and Policies:** <http://www.euro.who.int/observatory>

- 10. Grey Literature Report:** <<http://www.greylit.org/>> Gri literatür olarak bilinen raporlar ve kongre bildirilerini kapsar.
- 11. Guide to Community Preventive Services:** Systematic Reviews and Evidence Based Recommendations: <<http://www.thecommunityguide.org/>> Sağlık geliştirme programları konusunda örnek etkin girişimler ve raporlara ulaşılabilir.
- 12. Evidence-Based Practice (University of Washington):**<<http://libguides.hsl.washington.edu/ebp>>
- 13. Healthy People 2020 Structured Evidence Queries (Partners in Information Access for the Public Health Workforce):** <<https://phpartners.org/hp2020/>>
- 14. Evidence-Based Practice for Public Health Project:** <<http://library.umassmed.edu/ebpph/>>
- 15. Public Health Bibliographic Databases:** < <http://library.umassmed.edu/ebpph/dblist.cfm>> A direct link to the project website's comprehensive list of public health databases.
- 16. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR):** <<http://www.cdc.gov/mmwr/>>
- 17. National Guidelines Clearinghouse**<<http://www.guideline.gov/>>
- 18. National Information Center on Health Services Research & Health Care Technology (NICHSR)** <<https://www.nlm.nih.gov/nichsr/nichsr.html>>
- 19. PubMed** <<http://www.pubmed.gov/>>
- 20. SAMHSA'S (Substance Abuse and Mental Health Services Administration): Evidence-Based Practices KITS** <<http://store.samhsa.gov/list/series?name=Evidence-Based-Practices-KITs>>
- 21. TOXNET:** <<http://toxnet.nlm.nih.gov/>> Bu web sitesi, toksikoloji, tehlikeli kimyasallar, risk bilgi sistemleri, kimyasal yapılar ve eşdeğerleri, toksik salınım bilgisi ile ilgili bir veri tabanına erişim sağlar.
- 22. World Health Organization:** Regional Office for Europe: Evidence (Access to WHO's Evidence-Based Information and Policy:<http://www.euro.who.int/InformationSources/Evidence/20010827_1>

Görüldüğü üzere sorunun ayrıntılı tanımlanması aşaması ağırlıklı olarak etkin bir literatür taramasına ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayanmaktadır. Bu nedenle bu aşamada yapılandırılmış bir ekip çalışması gerçekleştirmek, sorunları ayrıntılı tanımlaması için küçük gruplar oluşturmak önemli bir kolaylık sağlayacaktır. Grubun belli aralıklarla bir araya gelerek (mümkünse hergün) elde edilen literatür verilerini değerlendirmesi ve sorunun nedenlerini ortaya koyan kavram haritasını (nedensellik ağı) birlikte çizmeleri önerilmektedir.

Kaynaklar

- Bardach E, Patashnik E (2009) A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving. 5th ed. CQ Press, USA, 2016.
- Brownson RC, Gurney JG, Land HL (1999) Evidence-Based Decision Making in Public Health. J Public Health Management Practice, 1999, 5(5), 86–97.
- Brownson RC, Baker EA, Leet TE, Gillespie KN (2003) Evidence-Based Public Health. New York: Oxford University Press, 2003.
- Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM (2009) Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. Annual Review of Public Health, 2009;30: 175-201.
- Chalmers I, Altman D (eds) (1995) Systematic Reviews. London: BMJ Publishing Group, 1995.
- Egger M, Smith GD, Altman DG (2001) Systematic reviews in health care. Meta-analysis in context. Cornwall, 2. Baskı.
- Ergör G, Soysal A, Sözmen K, Ünal B, Uçku R, Kılıç B, Günay T, Ergör A, Demiral Y, Saatlı G, Meseri R, Baydur H, Şimşek H, Budak R, Arık A, Karakuş N (2011) Balcova Heart Study: Rationale and methodology of the Turkish cohort. Int J Public Health, 57(3):535-42, 2011.
- Glasziou P, Irwing L, Bain C, Colditz G (2001) Systematic reviews in health care. A practical guide. Cambridge University Press, Cambridge.
- Gofin J, Gofin R, Neumark Y, Epstein L, Mullan F (1999) The process of community oriented primary care (COPC) An Overview. Community Oriented Primary Care Workshop, Hebrew University, George Washington University.
- Guyatt G, Drummond R (2002) User's Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Practice. Chicago: American Medical Association, p: xiv.
- Harris RP (2001) Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. American Journal of Preventive Medicine, Supplement 3: 21-35.
- Hatziandreu E (1988) A Cost-Effectiveness Analysis of Exercise as a Health Promotion Activity. American Journal of Public Health, 78: 1417–1421.
- Sackett DL (1996) Evidence based medicine: What is and it isn't. BMJ, 312:71-2

Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, Mullen EJ, Newhouse RP, Walker BB, et al. (2009) Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Q*, 87(2):368-90.

Thacker SB, Berkelman RL (1988) Public Health Surveillance in the United States. *Epidemiologic Reviews*, 10: 164–190.

Ünal B, Ergör G (2007) Balçova'nın Kalbi Projesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir.

5 TOYS YÖNETİMİNDE GİRİŞİMİN PLANLANMASI

Bülent Kılıç, Belgin Ünal, İbrahim Padır

Sağlık sorununun ayrıntılı olarak değerlendirilmesi süreci sonunda TOYS ekibinin sorunun nedenlerine ve çözüm yollarına ait bir girişim planı yapması gerekir. Planlama, amaçlarımıza ulaşmada doğru kararlar vermemizi ve çeşitli seçenekler içinden en uygun yolu seçmemizi sağlayan düşünsel ve bilişsel bir yaklaşımdır ve bu yaklaşımın mutlaka yazılı bir hale getirilmesi gerekir. TOYS yönetim uygulamasında başarıyı belirleyen en etkili bileşen ayrıntılı bir planlamadır. En sık kullanılan üç planlama çeşidi kısaca şöyledir:

Stratejik Planlama: Kısa erimli değil, uzun erimli, gelecek yönelimli olarak hazırlanmış, kurumun vizyonunu belirleyen, tüm çevresel faktörleri fırsatlar ve tehditler açısından değerlendiren; her açıdan, her olasılığı düşünen ve çevresel/dış faktörlerle (tehditler ve fırsatlar) iç faktörler (kurumun güçlü ve zayıf yanları) arasındaki uyuma özel bir önem veren makro düzeyde planlardır. Stratejik planların üç temel özelliği vardır:

- a) Gelecek yönelimlidir: Belli bir süre sonunda kurumun nerede olması isteniyor?
- b) Diğer kurumlarla iletişime ve çevresel etmenlere özel bir önem verir: Belediye, valilik, üniversiteler, özel sektör, politika yapıcılar, ekonomik faktörler, sosyal faktörler vb.
- c) Dış faktörlerle kurumun hedefleri (misyon) arasındaki uyuma özel bir önem verir

Taktik Planlama: Uzun vadeli değil, kısa erimli planlardır. Kurumun stratejik hedeflerine her zaman uygun olmasa bile kısa bir süre için, kurum yararına olmak koşuluyla ve seçilmiş bir hedefin öncelikli olarak ele alınmasıdır. Örneğin İSM'nin stratejik hedeflerinde olmamasına karşın bölgesindeki bir hastanenin semt polikliniğiyle ortak hizmet sunması vb.

Eylem Planı: Kısaca 5N1K1M diye de adlandırılır. Ne (hangi iş), Ne zaman, Nerede, Nasıl (hangi yöntemle), Niçin (uygulama sonucunda beklenen çıktı), Kim (K) tarafından

ve ne kadar Maliyetle (M) yapılacağıının özgül olarak belirlenmesi aşamalarını içerir. TOYS yönetiminde önerilen planlama, özellikle “Eylem Planı”dır. Planlama öncesinde amaçlar, hedefler ve yapılacak etkinlikler altta verildiği şekilde belirlenir. Daha sonra bunlar kronolojik olarak bir eylem planına dönüştürülür.

5.1 Girişim Programının Amaçlarının Belirlenmesi

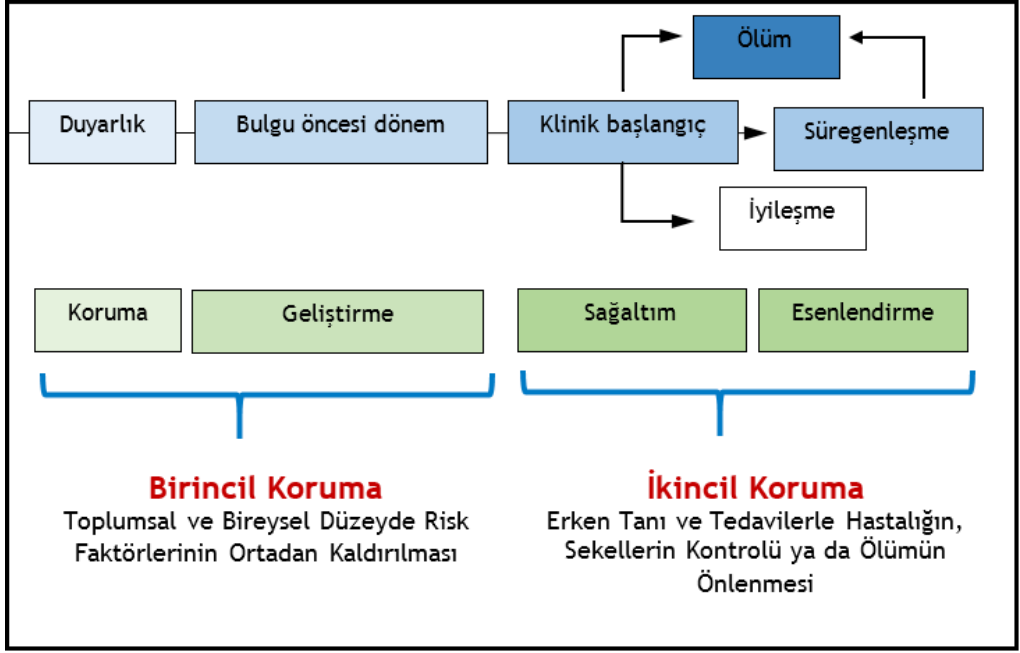
Bir girişim programının amaçları soruna özgül, ölçülebilir, ulaşılabilir, gerçekçi (kabul edilebilir) olmalı ve belli bir zaman dilimini içermelidir. Bu kriterler kısaca SMART şeklinde İngilizce sözcüklerinin baş harfleri alınarak kısaltılmıştır. Bu nedenle amaca ulaşmak için hedef belirlenirken (**SMART**) kriterleri yerine getirilmelidir (Goodwin, 2010:123):

- **S** (Soruna Özgül-Specific)
- **M** (Ölçülebilir-Measurable)
- **A** (Ulaşılabilir-Accessible)
- **R** (Gerçekçi-Realistic)
- **T** (Zamanlı-Time Bound)

Yani “A” girişimi/eylemi ne kadar sürede neye ulaşmayı hedeflemektedir?” gibi. Örneğin; obezite sorununu azaltmaya çalışan bir program, belli ölçütlere göre tanımlanan obezite sıklığını 3 yıllık bir süre içinde %10 azaltmayı hedefleyebilir. Bir başka amaç; etkili aile planlaması yöntemini kullanan evli kadın sayısını bir yıl içinde %25’den %30’a çıkartmak olarak belirlenebilir. Burada dikkat edilmesi gereken noktalar amacın ulaşılabilir, ölçülebilir ve gerçekçi yani kabul edilebilir olmasıdır. Bu nedenle bekâr genç kızlarla ilgili bir aile planlaması eğitimi veya bir gecekondu bölgesinde yürütülecek bir beslenme eğitimi sosyo-kültürel yapı da dikkate alınarak planlanmalıdır. Amaçlar ayrıca kısa ve uzun dönem hedefleri olarak da tanımlanabilir. Örneğin, programın 5 yıl sonundaki hedeflerinin neler olduğu da ayrıca belirlenebilir.

Kapsayıcı sağlık hizmeti sunumunda programın amaçları sağlık sorununun doğal seyrini de gözetmelidir. Bir başka söyleyişle program, hastalığın başlangıcına ait evre (birincil koruma- sağlığı koruma-geliştirme girişimleri), bulgu öncesi/ presemptomatik evre (erken tanı girişimleri), klinik başlangıç/semptomatik evre (tedavi) ve son olarak hastalığın sonuç/ esenlendirme evrelerine ait amaçlar ve girişimler içermelidir (bakınız Şekil 5.1).

Şekil 5.1 Hastalığın doğal gidişi ve koruma düzeyleri



Kaynak: Meseri ve Ünal (2008)

5.2 Program Hedefleri ve Etkinliklerinin Belirlenmesi

Girişim programının amaçları belirlenirken yerine getirilmesi gereken amaçlar (hedefler) ve etkinlikler de tanımlanmalıdır. Örneğin malnutrisyon sıklığını 3 yılda %10 azaltabilmek için, emzirme süresinin uzatılması, ailelerin kendi sebzelerini yetiştirebilecekleri bahçelerin oluşturulmasının desteklenmesi gibi amaca özgül başka alt amaçlar yani hedefler ve her bir hedef için alt amaçlar (etkinlikler) saptanması gerekir.

Programdaki her amaç (goal) ona eşlik eden bir veya birden fazla hedef (target) ve her hedef için birden fazla etkinliğe (objectives) sahip olmalıdır. "Ölüm kayıtlarını düzeltmek", "yaşlı sağlığıyla ilgili hizmetleri artırmak" ve "Hepatit A hızını düşürmek" konusunda amaç, hedefler ve etkinlikler altta üç ayrı örnek olarak verilmiştir:

1. Örnek:

AMAÇ: Batıkent Yeşildere İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı nüfusun 2017 yılı ölüm kayıtlarındaki;

- a) Eksik kayıt oranını %25'ten %5'e düşürmek,
- b) Ölüm nedenlerine ait yanlış kayıt oranını %25'ten %5'e düşürmek ve
- c) 2017 yılı ölüm hızlarını ve ölüm nedenlerinin dağılımını 2018 yılı Haziran ayı sonuna kadar yeniden hesaplamaktır.

HEDEFLER:

HEDEF 1. 2017 yılına ait bebek ölümlerindeki eksik ve hatalı kayıtları saptamak ve eksik/yanlış kayıt oranını %25'ten %5'e düşürmek.

ETKİNLİKLER-1:

Etkinlik 1.1 Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formlarının eksiklerinin tamamlanması için ilgili aile hekimleriyle görüşme

Etkinlik 1.2 Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formlarının eksiklerinin tamamlanması için ölen bebeklerin aileleriyle evlerinde görüşme

HEDEF 2.Hastanelerde gerçekleşen 2017 yılına ait ölüm kayıtlarındaki eksik ve hatalı kayıtları saptamak ve eksik/yanlış kayıt oranını %25'ten %5'e düşürmek.

ETKİNLİKLER-2:

Etkinlik 2.1 Tüm Devlet Hastanelerinden 2017 yılına ait ölüm verilerini toplamak

Etkinlik 2.2 Tüm Üniversite Hastanelerinden 2017 yılına ait ölüm verilerini toplamak.

Etkinlik 2.3 Tüm özel hastanelerden 2017 yılına ait ölüm verilerini toplamak

HEDEF 3. Mezarlık kayıtlarını taramak ve eksik/yanlış kayıt oranını %25'ten %5'e düşürmek.

ETKİNLİKLER-3:

Etkinlik 3.1 Batıkent Büyük Şehir Belediyesi Mezarlıklar Müdürlüğünden 2017 yılına ait ölüm verilerini toplamak

Etkinlik 3.2 Yeşildere Belediyesi Mezarlıklar Müdürlüğünden 2017 yılına ait ölüm verilerini toplamak

HEDEF 4. Yeşildere İSM Bölgesine ait 2017 yılı ölüm hızlarını ve ölüm nedenlerinin dağılımını yeniden hesaplamak.

ETKİNLİKLER-4:

Etkinlik 4.1 Yeşildere İSM bölgesine ait 2017 yılı Bebek Ölüm Hızlarını hesaplamak

Etkinlik 4.2 Yeşildere İSM bölgesine ait 2017 yılı Kaba Ölüm Hızını hesaplamak

Etkinlik 4.3 Yeşildere İSM bölgesine ait 2017 yılı ölüm nedenlerinin yaş ve cinsiyete göre dağılımını çıkartmak

Etkinlik 4.4 Yeşildere İSM bölgesine ait 2017 yılı yaşa ve cinsiyete özel ölüm hızlarını hesaplamak

2. Örnek:

AMAÇ:

2018 yılı Ocak-Aralık döneminde Batıkent İli Yeşiltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü bölgesindeki yaşlı nüfusunun en az %50'sinde yaşlı sağlığı hizmetlerine erişimi sağlamak ve yaşlılarda yaşam kalitesi düzeyini en az %20 oranında artırmak.

HEDEFLER:

HEDEF 1. Yaşlı sağlığıyla ilgili İSM'ye özel sağlık politikası geliştirmek ve buna uygun olarak ASM/İSM hizmetlerini organize etmek, sağlık personelini eğitmek.

ETKİNLİKLER-1:

Etkinlik 1.1 Yaşlı sağlığıyla ilgili olarak sağlık personelinin bilgilendirilmesi ve farkındalığın artırılması

Etkinlik 1.2 Yaşlı sağlığıyla ilgili olarak sağlık politikası geliştirilmesi

Etkinlik 1.3 Yaşlı sağlığıyla ilgili olarak İSM/ASM hizmetlerinin organize edilmesi

Etkinlik 1.4 Yaşlılarda yaşam kalitesini ölçecek bir araştırma gerçekleştirmek

HEDEF 2. Sık görülen kronik hastalıklarla ilgili (KDH, kazalar, ağız-diş sağlığı sorunları, Serebro Vasküler Olaylar, nöro-psikiyatrik sorunlar vb) koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı-tedavi hizmetlerini organize etmek.

ETKİNLİKLER-2:

Etkinlik 2.1 Aile hekimlerinin kayıtlarından sık görülen kronik hastalıklarla ilgili bilgileri derlemek

Etkinlik 2.2 Aile hekimlerinin bölgelerindeki riskli yaşlıları saptamak

Etkinlik 2.3 Erken tanı ve tedaviyle ilgili tarama programları oluşturmak

Etkinlik 2.4 Koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili yaşlılara ve yakınlarına

eğitimler vermek

HEDEF 3. Yaşlılarda sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen olumsuz çevre koşullarını ve sosyo-kültürel etmenleri azaltmak

ETKİNLİKLER-3:

Etkinlik 3.1 Yaşlıların yaşam alanlarındaki çevresel koşulların düzeltilmesine yönelik Belediye ve Kaymakamlık ile ortak çalışmalar planlanması

Etkinlik 3.2 Yaşlıların ulaşım ve yaşam alanlarındaki fiziksel koşullarda düzeltici girişimler planlanması

Etkinlik 3.3 Yaşlıların yaşam kalitesiyle ilgili sosyo-kültürel koşulları düzeltici girişimler planlanması

3. Örnek:

AMAÇ:

2017 yılı Ocak-Aralık döneminde Batıkent İli Yeşilova İlçe Sağlık Müdürlüğü bölgesinde görülen Hepatit A hızını onbinde 37.8'den onbinde 10'un altına düşürmek ve Hepatit A salgınını durdurmak.

HEDEFLER:

HEDEF 1. Salgına müdahale için İSM içinde özel bir ekip oluşturmak ve buna uygun olarak ASM/İSM hizmetlerini organize etmek, sağlık personelinin eğitmek. Hepatit A ile ilgili koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı-tedavi hizmetlerini hızla organize etmek.

ETKİNLİKLER-1:

Etkinlik 1.1 Hep A salgınıyla ilgili olarak sağlık personelinin bilgilendirilmesi ve farkındalığın artırılması

Etkinlik 1.2 Hep A salgınıyla ilgili olarak İSM/ASM hizmetlerinin organize edilmesi

Etkinlik 1.3 Hep A salgınıyla ilgili olarak filyasyon çalışmalarının başlatılması. Kaynağın bulunması.

Etkinlik 1.4 Hep A salgınıyla ilgili olarak alan çalışmalarında olası tanı ve kesin tanıların belirlenmesi; hastaların erken tanı ve tedavilerinin sağlanması.

Etkinlik 1.5 Hep A salgınıyla ilgili olarak kaynak, bulaşma yolu ve sağlam kişiler üzerinden girişimler yapılarak enfeksiyon zincirinin

kırılmasının sağlanması

Etkinlik 1.6 İSM/ASM hekimleriyle bulaşıcı hastalıklara yönelik sörveyans ve filyasyonla ilgili haftalık, aylık toplantılar ve rapor hazırlanması

HEDEF 2. Belediye ile görüşmeler yaparak su ve açıkta satılan gıdalarla ilgili müdahaleleri ve denetimleri organize etmek.

ETKİNLİKLER-2:

Etkinlik 2.1 Suda klor ölçümleri, suda bakteriyolojik incelemelerin ve su satış istasyonlarının denetimlerini organize etmek. Belediye ile ortak çalışmalar gerçekleştirmek.

Etkinlik 2.2 Belediye ile görüşmeler yaparak açıkta satılan gıdalarla ilgili müdahaleleri ve denetimleri organize etmek

Etkinlik 2.3 Su şebekeleri, klorklama konusunda belediye ile birlikte fiziksel koşullarda düzeltici girişimler planlanması

HEDEF 3. Bölgedeki okullarda ve toplum içinde Hepatit A ile ilgili eğitimler düzenlemek, farkındalık yaratmak.

ETKİNLİKLER-3:

Etkinlik 3.1 Bölgedeki okullarda Hepatit A ile ilgili eğitimler düzenlemek, farkındalık yaratmak

Etkinlik 3.2 Hepatit A ile ilgili halk eğitimleri düzenlemek, farkındalık yaratmak, broşürler, afişler hazırlamak

5.3 Eylem Planlarının Hazırlanması

Programdaki hedeflere ulaşmak için planlanan etkinliklerin (eylemlerin) neler olduğu ve bu etkinliklerin kim/kimler tarafından nerede, ne zaman, hangi yöntemle yapılacağı konusundaki bilgilerin belirlenmesine "Eylem Planı" adı verilir. Eylem planlarında bu etkinliklerin yürütülmesi ile ilgili olarak gerekli finansman ve bu maliyetin ne şekilde sağlanacağı, etkinlikten beklenen sonucun ne olduğu konularının da planlanması gerekmektedir. Bu nedenle hazırlanan bir eylem planının tüm etkinlikleri 5N1K1M olarak kısaltılan 7 değişkene göre (kim, ne, nerede, nasıl, ne zaman, niçin, hangi bütçeyle) ayrıntılı tanımlaması gerekir. Buna ilişkin daha önce örnek olarak verilen amaç ve hedefler doğrultusunda hazırlanan üç örnek eylem planı **Tablo 5.1, 5.2 ve 5.3**'de verilmiştir.

Tablo 5.1 Yeşildere İSM 2017 Yılı Ölüm Kayıtlarını Düzeltme Eylem Planı

Eylem (Ne)	Sorumlu (Kim)	Tarih (Ne Zaman)	Yer (Nerede)	Yöntem (Nasıl)	Maliyet	Beklenen Sonuç (Niçin)
1 İSM'de planlama toplantısı	BK	Aralık 2017	İSM	Sorunlar, çözüm önerileri ve planlamayla ilgili bilgilendirme, görüş alma toplantısı (2 kez)	50 TL	Eylem planının gözden geçirilmesi
2 Aile hekimleriyle ve ebe/hemşirelerle toplantı	BK	Aralık 2017	İSM	Her hafta bir grupla olmak üzere 4 ayrı bilgilendirme, görüş alma toplantısı	100 TL	Eylem planına son şeklinin verilmesi
3 Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formlarının tamamlanması	BÜ	Ocak-Şubat 2018	4 ASM	ASM personelinin eksik form bilgilerini tamamlaması	-	Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formlarının Tamamlanması
4 Bebek ölümü olan aile hekimleriyle görüşme	İP	Şubat-Mart 2018	4 ASM	Aile hekimleriyle yerinde görüşme ve ölümlerle ilgili ayrıntılı bilgi toplama	100 TL	Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formlarının tamamlanması
5 Bebek ölümü olan ailelerle görüşme	GD	Şubat-Mart 2018	Ev ziyareti	Anne babalarla yerinde görüşme ve ölümlerle ilgili ayrıntılı bilgi toplama	200 TL	Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formlarının tamamlanması

Eylem (Ne)	Sorumlu (Kim)	Tarih (Ne Zaman)	Yer (Nerede)	Yöntem (Nasıl)	Maliyet	Beklenen Sonuç (Niçin)
6 Devlet hastanelerinden ölüm verilerini toplamak	ME	Şubat-Mart 2018	6 Devlet hastanesi	Devlet Hastanesi başhekimlikleriyle görüşme, resmi yazışma ve Yeşildere adresli ölüm kayıtlarını toplamak	200 TL	Ölüm kayıtlarındaki eksikleri gidermek ve hataları düzeltmek
7 Üniversite hastanelerinden ölüm verilerini toplamak	BK	Şubat-Mart 2018	3 Üniv. Hastanesi	Üniv. Hastanesi başhekimlikleriyle görüşme, resmi yazışma ve Yeşildere adresli ölüm kayıtlarını toplamak	100 TL	Ölüm kayıtlarındaki eksikleri gidermek ve hataları düzeltmek
8 Özel Hastanelerden ölüm verilerini toplamak	BÜ	Şubat-Mart 2018	5 Özel Hastane	Özel hastaneler başhekimlikleriyle görüşme, resmi yazışma ve Yeşildere adresli ölüm kayıtlarını toplamak	200 TL	Ölüm kayıtlarındaki eksikleri gidermek ve hataları düzeltmek
9 Batıkent Büyük Şehir Belediyesinden ölüm verilerini toplamak	İP	Mart-Nisan 2018	Batıkent BŞ Belediyesi	Batıkent BŞ Belediyesi Mezarlıklar Müd. ile görüşme, resmi yazışma ve Yeşildere adresli ölüm kayıtlarını toplamak	50 TL	Ölüm kayıtlarındaki eksikleri gidermek ve hataları düzeltmek

Eylem (Ne)	Sorumlu (Kim)	Tarih (Ne Zaman)	Yer (Nerede)	Yöntem (Nasıl)	Maliyet	Beklenen Sonuç (Ni- çin)
10 Yeşildere Belediyesinden ölüm verilerini toplamak	GD	Mart-Nisan 2018	Yeşildere Belediyesi	Yeşildere Beled. Mezarlıklar Müd. ile görüşme, resmi yazışma	25 TL	Ölüm kayıtlarındaki eksikleri gidermek ve hataları düzeltmek
11 Saptanan yeni ölümler için aile hekimleriyle görüşmek	İP	Mayıs 2018	4 ASM	Yeni saptanan ölümler için aile hekimleriyle yemekte görüşme ve ölümlerle ilgili ayrıntılı bilgi toplama	100 TL	Ölüm kayıtlarındaki eksikleri gidermek ve hataları düzeltmek
12 2017 yılına ait Bebek Ölüm Hızlarını hesaplamak	GD	Haziran 2018	TSM	Tüm bebek ölüm kayıtlarındaki eksiklik ve hataların giderilmesi ile	-	2017 yılına ait düzeltilmiş Bebek Ölüm Hızları

13	2017 yılına ait Kaba Ölüm Hızını hesaplamak	GD	Haziran 2018	TSM	Tüm ölüm kayıtlarındaki eksiklik ve hataların giderilmesi ile	-	2017 yılına ait düzeltilmiş Kaba Ölüm Hızı
14	2017 yılına ait Yaşa ve Cinsiyete Özel Ölüm Hızlarını hesaplamak	ME	Haziran 2018	TSM	Tüm ölüm kayıtlarındaki eksiklik ve hataların giderilmesi ile	-	2017 yılına ait düzeltilmiş Yaşa ve Cinsiyete Özel Ölüm Hızlarını
15	2017 yılına ait Ölüm Nedenlerinin yaş ve cinsiyete göre dağılımını çıkartmak	ME	Haziran 2018	TSM	Tüm ölüm kayıtlarındaki eksiklik ve hataların giderilmesi ile	-	2017 yılına ait yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş Ölüm Nedenleri

Tablo 5.2 Yeşiltepe İSM Bölgesinde 2018 Yılında Yaşlı Sağlık Hizmetlerine Erişim Kısıtlılığının Azaltılması Eylem Planı

Eylem (Ne)	Sorumlu (Kim)	Tarih (Ne Zaman)	Yer (Nerede)	Yöntem (Nasıl)	Maliyet	Beklenen Sonuç (Niçin)
1	Yeşiltepe İSM bölge- sindeki yaşlı sağlığı hizmetlerine yönelik amaç ve hedeflerle ilgili TSM personelini bilgilendirme ve planlama toplantısı	01.12. 2017	İSM top- lantı salo- nu	Yaşlı sağlığı hiz- metlerine yönelik bilgilendirme sunumu ve eylem planı hakkında karşılıklı görüş alışverişinde bulu- nulması	Çay pasta ikramı (50 TL)	*İSM personelinin farkındalığının artırılması *Eylem planına son halinin verilmesi *Hedeflerle ilgili sorumluların belirlenmesi
2	Yeşiltepe İSM bölge- sindeki yaşlı sağlığı hizmetlerine yönelik amaç ve hedeflerle ilgili aile hekimleri- nin bilgilendirilmesi toplantısı	05.12. 2017 07.12. 2017 09.12. 2017	İSM top- lantı salo- nu	Yaşlı sağlığı hizmet- lerine yönelik bilgi- lendirme sunumu ve eylem planı hakkında karşılıklı görüş alışverişinde bulunulması	Çay pasta ikramı (75 TL)	*Aile hekimlerinin farkındalığının artırılması *Eylem planı hakkında bilgi verilmesi
3	Yeşiltepe İSM böl- gesindeki yaşlı sağlığı nüfusunun hizmetlere erişim durumunun sap- tanması	12-19 Aralık 2017	İSM böl- gesi	Tüm Aile Hekimle- rinden yaşlı sağlığı nüfusu ve son bir yıldaki hizmet kullanımlarına ait verilerin alınması, tanımlanması, analiz edilmesi	Yok	*Bölgedeki yaşlı sağlığı nüfusunun ve son bir yıldaki hizmet kullanımının saptanması ve bir rapor haline getirilmesi *Ulaşılması gereken nüfusun belirlenmesi *%50'lik hedefinin gözden geçirilmesi

Eylem (Ne)	Sorumlu (Kim)	Tarih (Ne Zaman)	Yer (Nerede)	Yöntem (Nasıl)	Maliyet	Beklenen Sonuç (Niçin)
4 Yeşiltepe İSM böl- gesindeki yaşlı sağlığı nüfusunun yaşam kalitesinin saptanması	İSM hekimi GD	12-26 Aralık 2017	İSM böl- gesi	Yaşlılarda yaşam kalitesiyle ilgili geçerli ve güvenilir bir ölçek üzerinden bölgede kesitsel bir araştırma yapılması	Ulaşım, telefon kır- tasiye vb. masraf. 200 TL	*Bölgedeki yaşlılarda yaşam kalitesi düzeyi- nin belirlenmesi *Yaşam kalitesindeki %20'lik artış hedefinin gözden geçirilmesi
5 Yaşlı sağlığıyla ilgili sağlık politikası geliştirmek	İSM Başkanı BK	Ocak-Mart 2017	İSM top- lantı salo- nu İl Sağ Mü- dürlüğü	Yaşlı sağlığı hiz- metlerine yönelik politikalarla ilgili rapor hazırlanma- sı, toplantılar or- ganize edilmesi	Ulaşım Kırtasiye Toplantı ikramı 250 TL	*İSM personelinin ve SM yönetiminin far- kıncılığının artırılması *Eylem planına son halinin verilmesi *Rapor Hazırlanması
6 Yaşlı sağlığıyla ilgili olarak İSM ASM hizmetlerini enteg- re etmek	İSM Başkanı BK	Ocak-Mart 2017	İSM top- lantı salo- nu	İSM ASM hekimle- riyle haftalık, aylık toplantılar, Rapor hazırlan- ması	Ulaşım Kırtasiye Toplantı ikramı 250 TL	*Aile hekimlerinin ve İSM personelinin far- kıncılığının artırılması *ASM İSM çalışanlarının birbirine entegre olması *Evde bakım hizmetlerinin gelişmesi
7 Yaşlı sağlığıyla ilgili olarak sağlık perso- nelini eğitmek	İSM Hekimi BÜ	Şubat- Nisan 2017	İSM top- lantı salo- nu	İSM ASM hekim- leriyle yaşlı sağlığı alanında haftalık, aylık eğitimler	Ulaşım Kırtasiye Toplantı 250 TL	*Aile hekimlerinin ve İSM personelinin bilgi düzeyinin artırılması

Eylem (Ne)	Sorumlu (Kim)	Tarih (Ne Zaman)	Yer (Nerede)	Yöntem (Nasıl)	Maliyet	Beklenen Sonuç (Niçin)
8 Kalp Damar Hastalıkları (KDH) için koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı-ted hizmetlerini org.u	ISM hekimi ME	Ocak 2018	ISM bölgesi	Tüm Aile Hekimlerinin kayıtlı nüfuslarındaki yaşlı sağlığı nüfusu içindeki KDH tanılarının belirlenmesi	Yok	*Bölgedeki KDH tanılı yaşlıların saptanması
9 KDH için koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı-tedavi hizmetlerini organize etmek	ISM hekimi ME	Şubat- Mart 2018	ISM bölgesi	Tüm Aile Hekimlerinin KDH tanısı almış yaşlıları kontrol muayenesine çağırması ve izleme alması	Yok	*Bölgedeki KDH tanılı yaşlıların izlenmeye başlanması, kayıt eksiklerinin giderilmesi ve üçüncül koruma önlemlerinin alınması *KDH komplikasyonlarında ve ölümlerde azalma
10 KDH için koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı-tedavi hiz.org. etmek	ISM hekimi İP	Nisan- Mayıs 2018	ISM bölgesi	Tüm Aile Hekimlerinin kayıtlı nüfuslarındaki yaşlı sağlığı nüfusu içindeki KDH riski olan yaşlıları belirlemesi	Yok	*Bölgedeki KDH riski yüksek (sigara kullanan, obez, inaktif vb) yaşlıların saptanması

Eylem (Ne)	Sorumlu (Kim)	Tarih (Ne Zaman)	Yer (Nerede)	Yöntem (Nasıl)	Maliyet	Beklenen Sonuç (Niçin)
11 KDH için koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı-tedavi hizmetlerini organize etmek	İSM hekimi İP	Nisan- Tem. 2018	İSM bölgesi	Tüm Aile Hekimlerinin kayıtlı nüfuslarındaki yaşlılarda KDH riski olanları kontrol muayenesine çağırması ve izleme alması	Yok	*Bölgedeki KDH riski yüksek yaşlıların izlenmeye başlanması, kayıt eksiklerinin giderilmesi ve ikincil koruma önlemlerinin alınması *KDH komplikasyonlarında ve ölümlerde azalma
12 KDH için koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı-tedavi hizmetlerini organize etmek	TSM hekimi GD	Ağus- Ekim 2018	İSM bölgesi	Tüm Aile Hekimlerinin kayıtlı nüfuslarındaki yaşlı sağlığı nüfusu içindeki henüz izleme alınmayan yaşlıları belirlemesi	Yok	*Bölgedeki tüm yaşlı nüfusun izleme çağrılması
13 KDH için koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı-tedavi hizmetlerini organize etmek	İSM hekimi GD	Ağus- Ekim 2018	İSM bölgesi	Tüm Aile Hekimlerinin kayıtlı nüfuslarındaki izlenmeyen yaşlıları muayeneye çağırması ve izleme alması	Yok	*Bölgedeki tüm yaşlıların izlenmeye başlanması, kayıt eksiklerinin giderilmesi ve primer koruma önlemlerinin alınması *KDH komplikasyonlarında ve ölümlerde azalma

Eylem (Ne)	Sorumlu (Kim)	Tarih (Ne Zaman)	Yer (Nerede)	Yöntem (Nasıl)	Maliyet	Beklenen Sonuç (Niçin)
14 Yaşlılarda kazalarla ilgili koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı-tedavi hizmetlerini organize etmek	İSM hekimi BÜ	Ağus- Ekim 2018	İSM böl- gesi	Aile Hekimlerine izlem için gelen tüm yaşlılara ve yakınlarına düşme ve kırıklarla ilgili bilgilendirme yapılması ve bir broşür verilmesi	Yok	*Düşme ve kırıklarla ilgili riskler konusunda bilgi düzeyinin artırılması *Evlerde kazaları önleyici önlemlerin alınması *Düşme ve kırık morbidite/mortalitesinde azalma sağlanması
15 SerebroVasküler Olaylar (SVO) ve nöro-psikiyatrik hastalıklar için koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı-tedavi hizmetlerini organize etmek	İSM hekimi ME	Ağus- Aralık 2018	İSM böl- gesi	*Aile Hekimlerine izlem için gelen tüm yaşlılara SVO nöro-psikiyatrik hastalıklar açısından izlem yapılması *Riskli kişilerin belirlenmesi	Yok	*Bölgedeki SVO ve nöro-psikiyatrik hastalıklar açısından riskli yaşlıların izlenmeye başlanması, *SVO ve nöro-psikiyatrik hastalıklar komplikasyonlarında ve ölümlerde azalma
16 Yaşlılarda ağız-dış sağlığı sorunlarıyla ilgili koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı-tedavi hizmetlerini organize etmek	İSM Dış hekim FY	Ağus- Aralık 2018	İSM böl- gesi	Aile Hekimlerine izlem için gelen tüm yaşlılara yönlendirme yapılarak TSM'de ağız-dış sağlığı hizmeti verilmesi	Yok	*Yaşlılarda ağız-dış sağlığı hastalıklarında azalma

Eylem (Ne)	Sorumlu (Kim)	Tarih (Ne Zaman)	Yer (Nerede)	Yöntem (Nasıl)	Maliyet	Beklenen Sonuç (Niçin)
17 Yaşlılarda sağlık hiz. erişimi engellenen olumsuz çevre koşullarını azaltmak	İSM hekimi İP	Ağus- Aralık 2018	İSM böl- gesi	*Belediye ve kaymakamlık ile ortak çalışmayla Ulaşım ve fiziksel koşullarda düzeltici girişim	Kurum dışı	Ulaşım ve fiziksel koşullarda (otobüs, kaldırım, yürüyüş yolları vb) yaşlılara yönelik düzenlemeler
18 Yaşlılarda sağlık hizmetlerine erişimi engellenen olumsuz sosyo-kültürel etmenleri azaltmak	İSM hekimi GD	Ağus- Aralık 2018	İSM böl- gesi	*Belediye ve kaymakamlık ile ortak çalışma *Sosyo-kültürel koşullarda düzeltici girişim	Kurum dışı	*Sosyal yardımlaşma, *Yaşlı bakım evlerinde artış *Evde bakım hizmetlerinde artış
19 Yeşiltepe İSM bölgesindeki yaşlı sağlığı nüfusunun 2017 yılı içinde hizmetlere erişim durumunun saptanması	İSM hekimi BÜ	11-18 Aralık 2018	İSM böl- gesi	Tüm Aile Hekimlerinden yaşlı sağlığı nüfusu ve son bir yıldaki hizmet kullanımlarına ait verilerin alınması, tanınması, analiz edilmesi	Yok	*Bölgedeki yaşlı sağlığı nüfusunun ve son bir yıldaki hizmet kullanımının saptanması ve bir rapor haline getirilmesi *Bir önceki yılın sonuçlarıyla karşılaştırılması *Ulaşılması gereken %50'lik hedefe ulaşıp ulaşılmadığının değerlendirilmesi

20	Yeşiltepe İSM bölgesindeki yaşlı nüfusunun 2017 yılı içindeki yaşam kalitesinin saptanması	İSM hekimi GD	11-25 Aralık 2018	İSM bölgesi	Yaşlılarda yaşam kalitesiyle ilgili olarak bir önceki araştırmada kullanılan ölçek üzerinden bölgede ikinci bir kesitsel araştırma yapılması	Ulaşım, telefon kirası vb. masraf. 200 TL	*Bölgedeki yaşlılarda yaşam kalitesi düzeyinin yeniden belirlenmesi *Ulaşılması gereken hedefe (%20'lik artış) ulaşıp ulaşılmadığının değerlendirilmesi
----	--	------------------	-------------------------	-------------	--	--	--

Tablo 5.3 Yeşilova İSM Bölgesinde Hepatit A salgınının müdahale eylem planı

Eylem (Ne)	Sorumlu (Kim)	Tarih (Ne Zaman)	Yer (Nerede)	Yöntem (Nasıl)	Maliyet	Beklenen Sonuç (Niçin)
1 Yeşilova İSM bölgesinde Hep-A salgınına yönelik amaç ve hedeflerle ilgili TSM personelini bilgilendirme ve planlama toplantısı	İSM Müdürü BK	08.01. 2018	TSM toplantı salonu	Hep-A salgınına yönelik bilgilendirme sunumu ve eylem planı hakkında karışıklı görüş alışverişinde bulunulması (Üniversite ve Müdürlükten uzman katılımı)	Çay pasta ikramı (50 TL)	*İSM personelinin farkındalığının artırılması *Salgına müdahale ekibinin oluşturulması *Eylem planına son halinin verilmesi *Hedeflerle ve gerekli malzemelerle ilgili sorumluların belirlenmesi
2 Yeşilova İSM bölgesinde Hep-A salgınına müdahale ve fiyasyon çalışması	İSM Müdürü BK	09.01. 2018 - 12.01. 2018	Yeşilova İSM bölgesinde yeni vakaların görüldüğü mahalleler	*Bölgedeki tüm olguların yerinde görülmesi, veri toplanması *Kesin ve şüpheli olguların saptanması, tedavi ve sevklerin planlanması *Su-gıda denetimi	Araç benzin ve günlük giderler (500 TL)	*Hastaların tedavisi *Kaynağın belirlenmesi *Risk altındaki kişilerin belirlenmesi ve gerekli ise aşı ve Ig uygulamaları *Bulaş yollarına yönelik önlemler alınması *Su-gıda örneklerinin alınması, lab. iletimi *Suda klor ölçümleri

3	Yeşilova İSM bölgesindeki Hep-A salgını için aile hekimlerinin bilgilendirilmesi ve ASM/İSM hizmetlerinin entegrasyon ve koordinasyonunu sağlanması	İSM hekimleri İP NY FY	15.01. 2018 17.01. 2018 19.01. 2018	İSM toplantı salonu	Hep-A salgınına yönelik yönelik bilgilendirme sunumu ve eylem planı hakkında karşılıklı görüş alışverişinde bulunulması (Üniversite ve Mürürlükten uzman katılımı)	Çay pasta ikramı (150 TL)	*Aile hekimlerinin farkındalığının artırılması *Eylem planı hakkında bilgi verilmesi *ASM/İSM hizmetlerinin entegrasyon ve koordinasyonunu sağlanması
4	Bulaşıcı hastalık ve salgınlara yönelik olarak İSM/ASM hizmetlerini entegre etmek	İSM Başkanı BK	Ocak-Mart 2018	İSM bölgesi	İSM/ASM hekimleriyle bulaşıcı hastalıklara yönelik sürveyans ve fiyasyonla ilgili haftalık, aylık toplantılar ve rapor hazırlanması	Ulaşım Kırtasiye Toplantı ikramı 250 TL	*Aile hekimlerinin ve İSM personelinin entegrasyonla ilgili farkındalığı *ASM/İSM çalışmalarının entegre olması *Bulaşıcı hast.bild. düzgün ve hızlı olması *Vaka takibi, tanı ve ted. işbirliği

5	Hep-A salgınına yol açan olumsuz çevre koşullarını düzeltmek	İSM Müdürü BK İSM hekimi İP	Ocak-Nisan 2018	İSM bölgesi	*Belediye ve kaymakamlık (tarım, milli eğitim müdürlüğü) ile ortak çalışmalar *Su şebekeleri, klorlama konusunda fiziksel koşullarda düzeltme	Kurum dışı	*Şebeke sularında klor düzeyinin yükseltilmesi *Açıkta gıda satışı denetimleri, örnek alımı *Su şebeke sistemi düzeltilmesi *Su satış istasyonları denetimi *Okullarda denetim
6	Halk eğitimi	İSM hekimi GD	Şubat Mayıs 2018	İSM bölgesi	*Belediye, kaymakamlık ile ortak çalışma *Eğitim toplantıları *Broşür, afiş haz. *Aile hekimlerinin eğitimlerde yer alması	Ulaşım, broşür afiş basımı (500 TL)	*Toplumun Hep-A ve bulaşma yolları konusunda, hijyen, el yıkama bilgisi kazanması *Aile hekimlerinin kendilerine olan başvurularda fırsat eğitimleri yapması *Bekleme salonlarında afiş, broşür bulundurulması

7	Okullarda öğrenci eğitimi	İSM hekimi ME	Şubat- Mayıs 2018	İSM bölgesi ortak çalışma *Eğitim toplantıları *Broşür, afiş dağıtımı	*Milli eğitim müdürlüğü ile	Ulaşım (250 TL)	*Okul öğrencilerinin ve öğretmenlerin Hep-A hastalığı ve bulaşma yolları konusunda bilgi kazanması
8	Değerlendirme Toplantıları	İSM Müdürü BK	Ocak- Mayıs 2018	İSM toplantı salonu	Aylık toplantılarla değerlendirme	Ulaşım Kirtasiye Toplantı 500 TL	*Hep-A salgınına müdahale değerlendirilmiştir. *ASM/İSM entegrasyon çalışmalarının değerlendirilmesi, eksiklerin saptanması

Bir eylem planındaki amaca ulaşmak için seçilecek en uygun yolları, planları, etkinlikleri belirlemek için bu konuda yayınlanmış literatüre ulaşmak ve/veya alanındaki uzmanlara da danışmak gerekir. Eylemler, yoğun medya kampanyası, çevresel düzenleme, kişisel girişim, bağışıklama kampanyasının başlaması, tıbbi tedavi sağlanması şeklinde de olabilir. Uygulamaya geçmeden önce eylemlerin programa nasıl uyarlanacağı veya diğer bölgelerde uygulandığı şekli ile mi alınacağına dikkatli bir şekilde karar verilmelidir. Uygulamanın zamanlaması ve sıklığı toplumun ve sağlık hizmet gereksinimlerine göre değişecek esneklikte olmalıdır.

5.4 Kaynaklar ve Bütçenin Belirlenmesi

Girişim programı için uygun kaynaklar sağlanmalı ve programın uygulanması için korunmalıdır. Programın amaçlarına ulaşması için gereken özel eğitimleri de kapsayan tüm personel harcamalarını içeren uygun kaynak mutlaka önceden bulunmalıdır. Birçok program multidisipliner bir ekibe gereksinim duyduğu için, çekirdek veya destek ekibi olarak çalıştırılacak kişilere ihtiyaç duyulabilir. Ekip üyeleri farklı kurum veya kuruluşlara bağlı olabilirler. Roller ve sorumluluk alanları tüm ekip elemanları için dikkatli bir şekilde tanımlanmalı ve tüm personel başlangıçta bu konuda bilgilendirilmelidir. Kaynaklar, olası insangücü veya rol değişikliklerine izin vermelidir. Malzeme (demirbaş, eğitim malzemeleri vb) ve araçlar (ölçekler, sfingomanometre, enjektör, soğutucu gereçleri vb) programın uygulanması için baştan planlanmalıdır. Binaları veya kurumları yeni hizmetlere uygun hale getirmek için fiziksel değişiklik yapmak gerekebilir. Program boyunca tüm harcamaları karşılayacak şekilde detaylı bir bütçe hazırlanmalıdır. Bütçe tahsisatları yıllık yapıldığı için tahsisatlar bir önceki yıldan planlanmalı, mal ve hizmet satın almalar (ihaleler) bütçede mutlaka dikkate alınmalıdır (Turaman, 2012:112). Ancak kamusal bütçe planları eldeki malzemeleri veya kamu personelinin maaşlarını içermemelidir. Bütçe hesabında esas dikkate alınması gereken miktar kamu çalışanlarının maaşları dışındaki ekstra harcamalar için gereksinim duyulacak paradır.

5.5 TOYS Planlama ve Uygulamasında Yönetime Katılımın Sağlanması

TOYS yönetiminde çalışanların yönetime katılımı çok önemlidir. Yönetime katılma insanın bir "eşya" gibi yönetilmesiyle "insan" olarak yönetilmesi arasındaki karşıtlığı (geleneksel yaklaşımla davranışçı yaklaşım arasındaki farklılık) en iyi dengeleyen yöntemlerden birisidir (Fişek, 2005:239). Bu nedenle sağlık çalışanlarının tüm planlama ve uygulama aşamalarında görüşlerinin alınması ve yönetime katılmalarının

özellikle sağlanması gerekmektedir. Bu aynı zamanda çok önemli bir motivasyon kaynağıdır.

Yönetime katılma, bir kurumun çalışanlarının kurum politikası ve yönetimi konusundaki kararlara söz ya da oy ile katılmalarının, birlikte karar alma mekanizmalarının sağlanması ve sorunların çözümü için düşünceleriyle katkıda bulunmaları sürecidir (Başar 2017; Fişek 2005:237). Bu doğrultuda sağlıkta yönetime katılma sağlık ekibi üyelerinin çalıştıkları yerde hedef saptama, birlikte karar verme, çözüm önerisi geliştirme, işi zenginleştirme ve uygulama yapma gibi olanakların sağlanması anlamına gelmektedir. Yönetime katılma “doğrudan” veya “dolaylı” bir şekilde olabilir. Aşağıda katılım türleriyle ilgili en sık rastlanan uygulamalara uygun örnekler verilmiştir:

Doğrudan Yönetime Katılma Türleri

Doğrudan yönetime katılma ancak yöneticinin yeni bir bakış açısına sahip olmasıyla sağlanabilir. Bu yeni bakış açısında yönetici eski geleneksel uygulamaları unutup, işyerinde yeni ve tam katılımcı bir yöntemi uygulamalıdır. Burada öncelikle çalışanları dinleyen ve onların isteklerine kulak veren bir yönetici olması gerekmektedir (Howard, 1990).

Doğrudan yönetime katılmada en çok kullanılan ve en etkili katılım yöntemi “yetki devri”dir (delegasyon). Yetki devri sağlık çalışanlarının yöneticinin sorumluluğu altındaki işleri üstlenmeleri demektir. Yetki devri, çalışanların hem motive olmalarını sağlar hem de kapasite ve yeteneklerini artırdığı için personelin işine daha çok odaklanmasına yol açar. Bu nedenle çok önemlidir. Yetki devrinin bir önemli yan çıktısı ise kurumun gelişimi, değişen koşullara uyumu, araştırma, planlama vb. şeyler için üst düzey yöneticiye önemli bir zaman kalmasını sağlamasıdır. Bu nedenle TOYS yönetiminde ekip lideri mutlaka personele yetki devri yapmalıdır. Yetki devri, işlerin bir angarya şeklinde çalışanların üstüne yıkılması demek değildir. Tam tersine büyük bir özenle ve dikkatle yapılmalıdır. Yönetici devredeceği işleri, uygun personelle konuşarak ve bir müddet kendi kontrolü altında yapılmasını sağlayarak ve gözleyerek devreder. Yetki devri yöneticinin sorumluluğunu azaltmaz, bu nedenle yönetici yetki sonrası dönemi yakından kontrol etmeli ve dikkatli olmalıdır.

Doğrudan yönetime katılmada kullanılan diğer yöntemler aşağıda kısaca verilmiştir:

İşin geliştirilmesi/zenginleştirilmesi: Çalışanlar çalıştıkları iş ortamının yeniden düzenlenmesinde, kullandıkları aletlerin yerlerinin değişmesinde, odanın düzeninde,

ekip oluşturulmasında ve daha da önemlisi yapılan işin içeriğinin değiştirilmesinde söz sahibidirler.

Kalite çemberleri: Toplam Kalite Yönetimi (TKY) yaklaşımı tarafından geliştirilmiştir. Çalışanlar öncelikle belli ekiplere/gruplara ayrılır ve daha sonra işlerinin sonuçlarını sürekli ve aktif olarak izler, sorunları belirler, çözüm önerileri geliştirir ve diğer çalışanlara da yol gösterirler. Takım çalışması uygulamaları da bu başlıkta ele alınır (Yılmaz, 2003:70).

Dolaylı Olarak Yönetime Katılım Türleri

Dolaylı katılım en çok görülen yönetime katılma türüdür. Alt kademeler tarafından seçilmiş temsilcilerin yönetime katılmasıdır. Yaygın olarak görülmesinin nedeni daha kolay ve uygulanabilir olması ve doğrudan yönetime katılmanın uygulamada daha zor olmasıdır.

En çok görülen dolaylı katılım örnekleri:

İşyeri Temsilciliği /Sendika Temsilciliği: Yönetici işçilik veya yukarıdan aşağıya sendikalar eliyle örgütlenme) (Fişek, 2005:237).

İşletme Konseyleri/İşyeri Komiteleri: Ortak komite veya aşağıdan yukarıya işçiler eliyle örgütlenme) (Fişek, 2005:237).

Birlikte Kararlaştırma: Çalışan temsilcilerinden oluşan çalışma kurulları tarafından uygulanır. Üst düzey yönetim kurullarında çalışan temsilcilerinin bulunması ve kurumun amaç ve hedeflerinin çalışanlarla birlikte belirlenmesidir.

Yönetime Katılmanın Yararları

Bir işi geliştirme veya eksiklerini giderme konusunu en iyi o işi yapan personel bilir. Dolayısıyla işleyişte yaşanan sorunların da en iyi o sorunu bizzat yaşayanların bilecekleri açıktır. Dolayısıyla bu kaynaklardan gelecek bilgiler ve öneriler varsa sorunların çözümünde oldukça yardımcı olacaktır. Bu bağlamda yönetime katılımın yararları şöyle özetlenebilir (Fişek 2005; Başar 2017):

Kararlara katılan, onlara kendinden bir şeyler veren kişi, bu kararları daha iyi benimser, gerçekleştirilmeleri için daha içten, daha çok çaba gösterir.

- a) Topluca alınan, katılmalı kararlar, sadece yöneticiler tarafından alınan kararlardan genellikle daha üstündür.

- b) Karara katılan çalışanlar, kararın dayandığı gerekçeleri daha iyi anladıkları için onları uygularken daha bilinçli davranırlar. Uygulama güçlüklerinin bir bölümü bu yolla giderilmiş olur.
- c) Katılma, çalışanların saygınlık, güvenlik, yaratıcı gücünü ortaya koyma gibi temel gereksinimlerini karşılar, onların girişim güçlerini, tüm olarak kişiliklerini geliştirir.
- d) Yönetime hizmet üretenlerin katılması meslek grupları arasında yetki tartışmasını azaltacak, sorunların çözümüne tüm çalışanların katkılarını sağlayacaktır. Böyle bir katılım aynı zamanda iş huzurunu sağlayacak, bir başka yanıyla da işyeri düzeyinde engellenen hakların alınmasını da sağlayabilecektir.
- e) Katılımcı yönetim kendiliğinden bir hizmet içi eğitim mekanizması oluşturarak çalışanların kendilerini geliştirmelerini sağlar.
- f) Çalışanların yönetime katılımı kurum içi olağan bir haberleşme sisteminin oluşmasını ve çalışanların ilk elden örgüt kararlarına ulaşmalarını sağlayacaktır.

Yönetime Katılımı Engelleyen Etmenler

- a) Aşırı merkeziyetçi ve otoriter yönetim biçimi
- b) Yönetimde ve yönetilenlerde bilgisizlik, benimseme sorunu ve olumlu uygulama örneklerinin olmaması
- c) Çalışanların ve yöneticilerin düşük sosyal-kültürel yapısı

5.6 TOYS İçin Sağlık Personelinin Motivasyonunun Sağlanması

Motivasyon (güdülenme) bir kişinin belirli bir davranışı yapmaya istekli olmasını veya iş performansının artmasını sağlayan enerji ve duygu durumunu ifade eder. Motivasyon, kişiyi geliştirmek, işi geliştirmek (katılım) ve sosyal ilişkileri geliştirmek olmak üzere üç başlık altında incelenebilir. Bu başlıklar aslında birbirleriyle iç içe geçmiş durumdadır. Kişiyi geliştirme uygulamaları aynı zamanda işi de geliştirebilir ve sosyal ilişkileri de güçlendirebilir.

Kişiyi Geliştirme Uygulamaları

Kişiden işle ilgili görüşler almak: Çalışanlar görüşlerine önem verildiğini gördüklerinde motive olurlar. Bu nedenle yönetici mutlaka çalışanlardan belli aralıklarla sözlü ve yazılı görüşler almalıdır. Örneğin:

“Senden bölgemizdeki kanser taramaları konusunda fikir almak istiyorum. Bana bu konuda görüşlerini, sorunları ve çözüm önerileri 1-2 sayfalık bir rapor halinde yazıp getirebilir misin?”

Çalışanın getirdiği raporu okumak ve mutlaka düzeltip, yeni taslaklar vermek gerekir.

“Çok güzel olmuş, çok beğendim. Bazı önerilerim oldu. Bunları gözden geçirip bana tekrar getirebilir misin?”

Çalışana eğitim vermek: Eğitim çoğunlukla motivasyonu artıran bir girişimdir. Özellikle kurum dışında veya farklı kentlerde yapılan eğitimler hem kişiyi geliştirir ve hem de tatil ve dinlenme olanağı verir. Bu tip eğitim organizasyonlarını mutlaka planlamak ve eşit bir şekilde dağıtmak gerekir.

Çalışana statü vermek: Çalışanların içinde bulunduğu statüyü mutlaka geliştirmek gerekir. Örneğin bir hemşirenin belli eğitim programları sonunda hasta takibinde veya koruyucu hizmetler danışmanlığında aktif olarak kullanılması ve o işin sorumlusu olarak tanıtılması statü kazanımına bir örnektir.

Yapıcı/olumlu geri bildirimde bulunmak: Özellikle herkesin içinde övmek ve yapılanlara teşekkür etmek önemli bir motivasyon kaynağıdır. Geri bildirimler her zaman yapıcı olmalıdır. Eleştirel dahi olsa kırıcı olmamaya özen gösterilmelidir. Olumsuz geri bildirimler herkesin içinde yapılmamalıdır.

Çalışanı ödüllendirmek (maddi, manevi): Çalışanlara mesai saati içinde küçük izinler vermek, bürokratik sorunlarının çözümünde kolaylıklar göstermek manevi ödüllendirmeye iyi bir örnektir.

Yetki devri yaparak (delegasyon) yönetime katmak: Yetki devri yaparken yapılan işin tanımı, nasıl olduğu, standartlarının ne olduğu, standartlara ulaşmak için neyin değiştirilmesi gerektiği, ne kadar zamanı olduğu ve sizden ne gibi bir destek alabileceği mutlaka belirtilmelidir. Bu konu yönetime katılım bölümünde de ele alınmıştır.

İş Geliştirme Uygulamaları

İşin zenginleştirilmesi ve işle ilgili yenilikler getirilmesi buna iyi bir örnektir. Çalışanların yaptıkları işin başka ek işlerle zenginleştirilmesidir. Bir tıbbi sekreterin sağlık eğitimlerinde görev alması veya bir hemşirenin kronik hasta izleminde sağlıklı yaşam tarzı ve risk değerlendirmeleri yapması buna örnektir. Örneğin 1983 yılında çıkarılan kanunla ebe-hemşire ve pratisyen hekimlere eğitim verdikten sonra RİA uygulama yetkisi vermek, bu grubu daha da motive etmiştir. Bu tip örnekleri çoğaltmak gerekmektedir. Türkiye’de ebe ve hemşireler, kapasitelerinin çok altında kullanılmaktadır. Özellikle hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde çok önemli olan sağlıklı yaşam biçimi danışmanlığı ya da eğitimlerinde daha fazla yetki verilmelidir.

Bir diğer işi zenginleştirme yöntemi iş yerinde yeni çalışma grupları oluşturmak ve belli aralıklarla bu grupları harmanlamaktır. Genellikle sağlık yönetiminde “konu temelli” ekipler oluşturulur. Örneğin bulaşıcı hastalıklar grubu, çevre sağlığı grubu, kanser tarama programları grubu vb. Bu uygulama ekip çalışmasını ve belli konularda uzmanlaşmayı sağlar. Ancak ekip üyeleri belli hedeflere ulaşıldıktan sonra (genellikle 1-2 yıl) kısmen değiştirilmelidir (tamamen değil).

Sosyal İlişkileri Geliştirme Uygulamaları

Çalışanların motivasyonunda sosyal ilişkilerin yeri büyüktür. TOYS yönetiminde sağlık çalışanlarına arkadaşça yaklaşım, küçük de olsa haftalık veya aylık sosyal toplantılar son derece önemlidir. Bu nedenle mutlaka çalışanlarla ortak yemek, spor etkinlikleri yapmak, birlikte konser, tiyatro vb. kültürel etkinliklere gitmeye zaman ayrılmalıdır. İşyerinde sosyal etkinlikler için ayrı bir yer düzenlenmelidir. Mutfak, dinlenme odası bu anlamda büyük önem taşır. Mesai saatleri içinde belli saatlerde çay-kahve molası vermek, işyeri arkadaşlarıyla sohbet olanağı yaratmak önemli bir motivasyon kaynağıdır.

5.7 TOYS İçin Sektörler Arası İşbirliğinin Sağlanması

TOYS kapsamında sunulacak sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine yönelik olarak planlanması ve sağlanması gerekir. Toplumun her kesimine ulaşabilmek için de sağlık ekibinin mutlaka diğer sektörlerle işbirliği yapması gerekmektedir. Örneğin çevre sağlığı hizmetleri açısından hem belediye hem de Çevre İl Müdürlüğüyle; okul sağlığı hizmetleri açısından Milli Eğitim Müdürlüğü ve Kaymakamlıkla; halk eğitimleri açısından Üniversitelerle ve Yerel Yönetimle, tüm çalışmalarda ek olarak

valilik ve medyayla işbirliği önemlidir (Hoşgeçin, 1994).

İlk kez Temel Sağlık Hizmetleri bildirgesinde (WHO, 1978) ayrıntılı olarak yer verilen Sektörler Arası İşbirliği kavramı, 1979 yılında DSÖ tarafından "Herkes Sağlık" hedeflerine ulaşmak için odaklanılması gereken önemli bir eylem olarak tanımlanmıştır (Gunatilleke, 1984). Daha sonra DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından "Sağlık 21" hedeflerinde 2020 yılına kadar tüm Avrupada ulaşılması gereken önemli bir hedef olarak tanımlanmıştır.

Şekil 5-2'de sağlık sektörünün ana bileşen olarak tanımlandığı bir yapı içinde hükümete bağlı bakanlık ve kuruluşlarla, hükümet dışı kuruluşları içeren geniş bir yelpazede sektörler arası işbirliği yapısı tanımlanmaktadır.

Şekil 5.2 Sektörler Arası İşbirliği



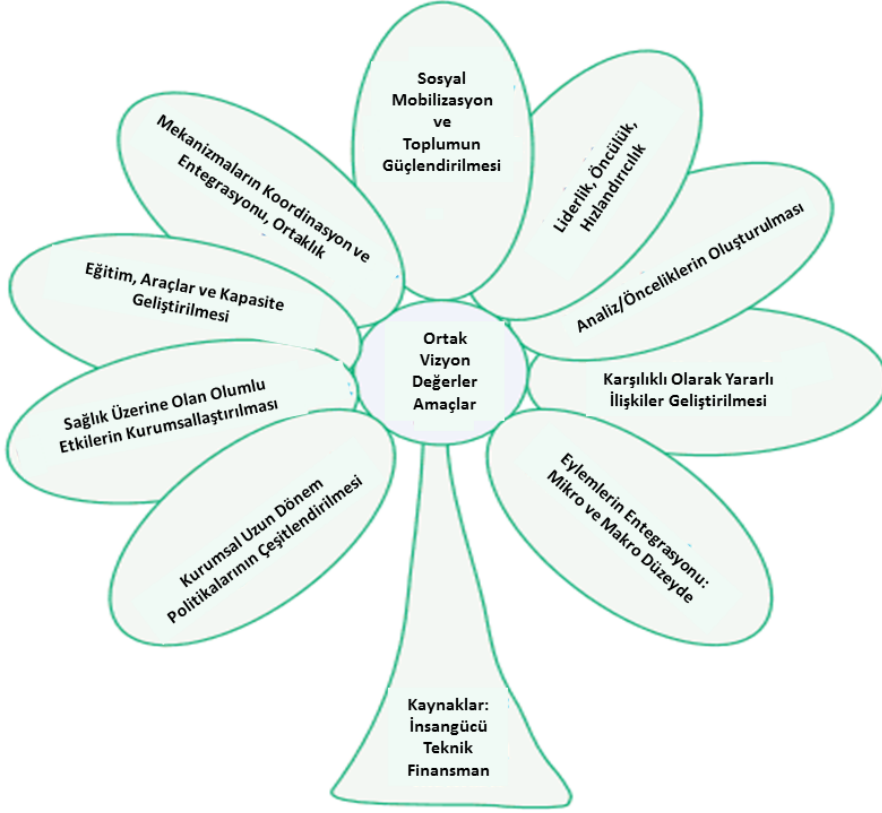
Sağlıkta sektörler arası işbirliği, sağlık sektörünün herkese sağlık hizmeti hedefi doğrultusunda sağlık dışında kalan diğer tüm sosyal, ekonomik sektörlerle ve bu sektörlerin sağlığı ilgilendiren uygulamalarını içerecek şekilde, geniş bir boyutta ve koordinasyonla aktivite göstermesi demektir (Gunatilleke, 1984). Bir başka deyişle, sektörler arası işbirliği, sağlık sektörünün tek başına erişebileceğinden daha etkili, verimli veya sürdürülebilir bir yolla, sağlık sektörünün bir bölümüyle başka

bir sektörün bir bölümü arasında, sağlık verilerine erişmek için oluşturulan eylem için tanımlanan ilişkidir (National Centre for Health Promotion, 1995). Kısacası sağlık için sektörler arası işbirliği, sağlığın belirleyicileri üzerine sağlık dışındaki sektörlerin sağlık sektörünün desteği ile sorumluluk almasıdır (WHO, 2008). Sektörler arası işbirliği Alma Ata'dan sonra 1997 Halifax (Kanada) toplantısında ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Halifax Sağlık için Sektörler Arası Eylem Konferansı'na göre etkili bir sektörler arası eylemin koşulları şunlardır (WHO, 1997):

- a) Amaçlara ulaşmak için bir arada çalışmanın önemini kavramış olma
- b) Çalışma çevrelerinde eylem için fırsat yaratma,
- c) Eylem için kapasite geliştirme,
- d) Eyleme geçmek için ilişki geliştirme,
- e) Tüm taraflar için eylemi tatmin edici düzeyde planlama, yürütme ve değerlendirme,
- f) Sürdürülebilir çıktılara ulaşma.

Sektörler Arası Eylem, Halifax toplantısında bir ağaç modeline benzetilmiştir (Şekil 5-3). Buna göre sektörler arası eylem hedeflerine ulaşmak için sosyal bir mobilizasyon, koordinasyon, entegrasyon, liderlik, kurumsallaşma, eğitim gibi önemli aktiviteler gerekmektedir.

Şekil 5.3 Sektörler Arası Eylem (Halifax Modeli)



Kaynak: WHO (1997)

Sağlıkta Sektörler Arası Eylemi Başlatma Adımları

Sağlıkta sektörler arası eylemi başlatma ve başarıya ulaşmada atılması gereken 3 önemli adım vardır (Gunatilleke, 1984):

- a) İşbirliği Yapılabilecek Sektörlerin Ayrıntılı Değerlendirilmesi: Sektörler arası eylemi destekleyebilecek olan olası kurumları, işbirliği yapılabilecek sektörleri, ilgili mevzuatı ve araçları tanımlama aşamasıdır (Cassels, 1997). Bu aşamada ayrıca diğer sektörlerin (belediye, okullar vb) eylemlerini izlemek ve diğer sektörlerin ortaya koyduğu fırsatlara karşı duyarlı olmak gerekmektedir.
- b) İşbirliği Yapılabilecek Sektörlerle Biraraya Gelme: Diğer sektörlerle bir araya gelmede üç genel yaklaşım bulunmaktadır (Gunatilleke 1984, Castells 1997, Hoşgeçin 1994):

- **Konu yaklaşımı:** TOYS önceliklerine büyük etkisi olan konuları tanımlayın (örneğin kalp-damar hastalıkları, kanserler, obezite vb)
- **Sektör yaklaşımı:** Sağlığı en fazla etkileyebilecek ve ciddi TOYS kazanımlarına dönüşebilecek politikası olan sektörleri tanımlayın (örneğin ilk ve orta öğretim okul müdürlükleri, Tarım ve Orman Bakanlığı uygulamaları vb).
- **Zaman yaklaşımı:** Konuları, politikaları veya sektörel ortaklıkları sağlığa erken etkisine veya katılan tüm paydaşların erken başarısına göre yani hızlı etki etme durumuna göre seçin (örneğin belediyelerle işbirliği vb).
- c) Sektörler Arası Eylemi Güçlendirmek İçin Öncü Olmak: Diğer sektörlerin politika, program ve girişimlerinde temsilci olun. Diğer sektörleri tercihen politika geliştirme sürecinin en erken evrelerinde davet edin ve diğer sektörlerin gereksinimi olan uzmanlığı sağlayın (tütünle mücadele, göç vb) (Intersectoral Action for Health, 2011). Ayrıca sektörler arası işbirliğinin kalıcı hale getirilmesi için düzenli mekanizmalar oluşturun.

Sektörler Arası İşbirliği Örnekleri

a) Köylere Güvenli Su Projesi:

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir Valiliği, kaymakamlıklar, muhtarlıklar, belediyeler ve Türkiye Elektrik Kurumunun işbirliği ile 2004-2006 yılları arasında toplam 619 köyün (toplam nüfus 536.000) su depolarına otomatik klorlama cihazı ve cihazlar için depoya elektrik hattı çekilmesi ve sorumlu kişilerin eğitimi sağlanmıştır. Güvenli içme suyu kullanma konusunda çok sektörlü çalışmanın ve işbirliğinin güzel bir örneğidir (Kıdak, 2005).

b) Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri:

Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (EAB), üniversitelerle yapılabilecek güzel bir işbirliği örneğidir. İl düzeyinde valilikler ve rektörlükler arasında imzalanan protokoller çerçevesinde seçilmiş ilçelerde sağlık hizmetlerinin sunumu Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler arasında işbirliği içinde gerçekleştirilmiştir. Günümüzde bu çalışmalar daha çok mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi etkinliklerini içermektedir (Kılıç, 2006).

c) Tütünle mücadele:

Türkiye’de Tütünle Mücadelede Programı kapsamında, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Üniversiteler, Uzmanlık Dernekleri, Medya, Milli Eğitim Bakanlığı, DSÖ, İçişleri Bakanlığı, YÖK, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu gibi çok sayıda kurumla işbirliği yapılmış ve DSÖ tarafından örnek gösterilen başarılı sonuçlara ulaşılmıştır. Tablo 5.4’te Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planından bir örnek yer almaktadır.

Tablo 5.4 Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018)

A1. Bilgilendirme ve Bilinçlendirme								
İNİSYATİF 1: Tütün ürünleri kullanımının zararları konusunda öğrenci, öğretmen ve velilerin bilgilendirilmesi, farkındalık oluşturulması, olumlu tutum ve davranış gelişmelerinin sağlanması								
Faaliyet	Sorumlu ve İş Birliği Yapılacak Kurum /Kuruluş	Süreç Göstergesi	Hedefler					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
1.2.6. Genç Gönüllüler Platformuna bireysel ve kurumsal üyelik sayısının artırılarak gençlerin gönüllülük faaliyetlerine aktif olarak katılmalarının sağlanması	<ul style="list-style-type: none">❖ Gençlik ve Spor Bakanlığı❖ Sağlık Bakanlığı❖ Milli Eğitim Bakanlığı❖ Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı❖ Diyanet İşleri Başkanlığı❖ İçişleri Bakanlığı❖ Üniversiteler❖ Kültür ve Turizm Bakanlığı❖ Yerel Yönetimler❖ Spor Federasyonları	<ul style="list-style-type: none">❖ Genç Gönüllüler Platformuna üye olan gönüllülerde ve yayınlanan ilanlarda artış miktarı	<ul style="list-style-type: none">❖ Genç Gönüllülerde ilave 10.000 kişi❖ İlave 300 ilan	<ul style="list-style-type: none">❖ Genç Gönüllülerde ilave 10.000 kişi❖ İlave 300 ilan	<ul style="list-style-type: none">❖ Genç Gönüllülerde ilave 10.000 kişi❖ İlave 300 ilan	<ul style="list-style-type: none">❖ Genç Gönüllülerde ilave 10.000 kişi❖ İlave 300 ilan	<ul style="list-style-type: none">❖ Genç Gönüllülerde ilave 10.000 kişi❖ İlave 300 ilan	<ul style="list-style-type: none">❖ Genç Gönüllülerde ilave 10.000 kişi❖ İlave 300 ilan

Kaynak: TC Cumhurbaşkanlığı (2018)

d) Erken Yaşta Evliliklerin Önlenmesi:

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü, Milli Eğitim Müdürlüğü, Acarlar Belediyesi, Kaymakamlık, Türkiye İş Kurumu vb. kurumların işbirliğiyle Aydın İncirliova Acarlar Beldesinde genç kızların erken yaşta evliliğini önleme konusunda önemli bir sektörler arası işbirliği çalışması yapılmış, genç kızların, ailelerin eğitimleri ve iş bulmaları sağlanmış ve başarılı sonuçlar alınmıştır (Beşer, 2010).

Sektörler Arası İşbirliğinin Avantajları

- a) Herkese sağlık hizmeti verilmesini kolaylaştırır. Özellikle ulaşılabilirliği (ekonomik, sosyal, kültürel, coğrafi vb) artırır.
- b) Ek insan gücü, finansman ve kaynak sağlar
- c) Sinerji yaratır
- d) Motivasyonu artırır
- e) Verimliliği artırır

Sektörler Arası İşbirliğinin Önündeki Engeller

- a) Bürokrasi, katı hiyerarşik örgütlenme, yasal sorunlar
- b) Demokrasi eksikliği, katılımı ve işbirliğini engelleyen otoriter yapı
- c) Yetersiz, zayıf yöneticiler, vizyon ve stratejik bakış eksikliği
- d) Kültürel engeller (din, inançlar, gelenekler vb)

Sektörler arası işbirliği için en kritik durumlardan biri sürekliliğin sağlanmasıdır. İşbirliğinde kesintiler başarı oranını azaltır.

5.8 TOYS Uygulamasında Koordinasyonun Sağlanması

Türk Dil Kurumu, koordinasyonu “bir sistemde uyumlu bir sonuç elde etmek üzere uygun bir iş birliği halinde çalışma, uyum içinde cereyan etme, eşgüdüm” olarak tanımlamıştır (TDK, 2018). Eren ise koordinasyonun örgüt için önemine vurgu yaparak, her görevlinin kendi görevini en uygun zamanda yapılmasını sağlamak ve bu sayede kaynak israfını önlemek olarak tanımlamıştır (Eren, 2000:58). Yönetim sürecini sistemli bir şekilde inceleyerek özel ve kamu yönetimlerine yol gösterici bir yönetim anlayışı ortaya koyan Henri Fayol’un tanımıyla ise koordinasyon, yönetimin en önemli ve fonksiyonel özelliklerinden biri olup çalışmayı kolaylaştırmak ve başarıyı sağlamak için bir organizasyonun bütün faaliyetlerinin ahenkli bir şekilde yürütülmesidir (Ergun 2015; Tortop 1999). Dolayısıyla koordinasyon bir organizasyondaki madde ve insan kaynaklarının, bilgi ve becerilerin birleştirilmesi ve bu yolla kurumsal amaçların gerçekleştirilmesi için yapılan tüm faaliyetleri içine alır ve faaliyet grupları ile amaçlar ve araçlar arasında bir uyum sağlama çabasıdır. Tüm bu tanımlar ışığında koordinasyon, bir yönetim içinde değişik bölümler ve

birimlerde çalışanların birbirinden haberdar olması; hangi işin kim tarafından, ne zaman yapılacağıının bilinmesi; bu sayede iş verimliliğinin, zaman kaybının önüne geçilmesi ve aynı zamanda uyum içinde çalışılması olarak tanımlanabilir. Koordinasyon eksikliği günümüz sağlık kurumları için çok önemli bir sorundur.

Koordinasyonun Bileşenleri

- a) **Ahenk:** İhtiyaç duyulan personel, malzeme ve yönetim usullerinin birbiriyle uyumlu miktar ve şartlarda bir araya getirilmesidir (Tortop, 1999).
- b) **İşbirliği:** Hizmetlerin yürütülmesindeki uzmanlaşma sonucunda ortaya çıkan farklı görev alanlarında çalışanların birbirleriyle işbirliği içinde çalıştırılmasıdır.
- c) **Motivasyon:** Kurumun amaçlarına ulaşması için personelde arzu ve isteğin bulunmasıdır (Tortop, 1999).

Koordinasyonun Amaçları

- a) Sağlık yönetiminde koordinasyonu sağlamaktaki amaç kaynakların (insan-gücü malzeme, para, bina, zaman) gereksiz kullanımına engel olmak, sağlık hizmetlerinde maliyeti düşürüp yararlılığı yükseltmektir. Bu aynı zamanda kurumun örgütlenme yapısında da bir sadeleştirme gerektirir.
- b) Etkili görev dağılımı yapmak.
- c) Sağlam iletişim kanalları kurmak.

Koordinasyon eksikliğinde yönetici ve çalışanlar arasında bir uyum eksikliği olacak ve hedeflenen amaca ulaşmada aksaklıklar çıkacaktır. Aynı şekilde grup içinde de çatışmalar olacaktır. Koordinasyon kurumların bugünü ve geleceği için çok önemlidir. Yönetici koordinasyonu sağlamak için özel bir çaba göstermelidir.

Koordinasyon eksikliğinde geri dönüşü olmayan kayıplar ortaya çıkabilir. Hiyerarşik ve üstten alta doğru bir koordinasyondan çok demokratik ve katılımcı, yatay bir koordinasyon benimsenmelidir.

Kaynaklar

- Başar P (2017) Katılımcı Yönetimin İş Doyumu Üzerine Etkisi: Akademik Personel Üzerinde Bir Araştırma. JEBPIR, Journal of Economics Business Politics and International Relations 3(1):1-34.
- Beşer E (2010) Sektörler Arası İşbirliğinde Yeni Yaklaşımlar. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, 21 Ekim 2010, İzmir, s:216-218.
- Cassels A (1997) A Guide to Sector-Wide Approaches for Health development. WHO/ARA/97.12.
- Eren N (2000) Sağlık Yönetimine Giriş. Somgür Yayıncılık, Ankara, 2000.
- Ergun T (2015) Kamu Yönetimi, Kuram, Siyasa, Uygulama. TODAİE yayınları, Ankara, 2015.
- Fişek K (2005) Yönetim. Paragraf Yayınevi, Ankara, 2005.
- Goodwin N, Gruen R, Iles V (2010) Managing Health Services. Open University Press, USA, 2010.
- Gunatilleke G (ed). Intersectoral linkages and health development. Case studies in India, Jamaica, Norway, Sri Lanka and Thailand. WHO Pub. No:83, Geneva, 1984.
- Hoşgeçin K (1994) Sağlık Alanında Sektörler Arası İşbirliği. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1994.
- Howard R (1990) Values Make the Company: An Interview with Robert Haas. Harvard Business review, September-October 1990.
- Intersectoral Action on Health (2011) A path for policy-makers to implement an effective and sustainable action on health, World Health Organization, The WHO Centre for Health Development, Kobe, 2011.
- Kıdak L, Sevgi İ, Hızal SA, Ertuğrul B, Uçan H, Emek M (2005) İzmir İlinde Suyla Bulaşan Hastalıkların Önlenmesi Amacıyla Sektörlerarası İşbirliğini Sağlayarak Toplam 619 Köyün 2004-2006 Yılları Arasında Güvenli Suya Ulaşma Oranını Artırma Projesi. 3. TSH Sempozyumu Kitapçığı, 5-6 Mayıs 2005, Manisa, s: 81.
- Kılıç B, Aksakoğlu G (2006) Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (1964-2005). Toplum Hekimliği Bülteni, 25(3):7-14.
- Meseri R, Ünal B (2008) Hastalık Kontrol Programları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 17(4):57-61.
- National Centre for Health Promotion (1995) Working together: Intersectoral action for health. Department of Public Health and Community Medicine, University of Sydney, Australia, 1995.
- Report of a Conference on Intersectoral Action For Health A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century. 20-23 April 1997. Halifax, Nova Scotia, Canada.
- Tortop N, İşbir EG, Aykaç B (1999) Yönetim Bilimi. Yargı yayınevi, 3. Baskı, Ankara, 1999.
- Türk Dil Kurumu (2018) TC Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Ankara.
- http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat&kategoriget=terim&kelimeget=koordinasyon&hngget=md
- İnternet Erişim Tarihi: 29 Kasım 2018
- TC Cumhurbaşkanlığı, Başbakanlık, TBMM (2018) Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023, 30 Mayıs 2018, Ankara.
- Turaman C (2012) Sağlık Değerlendirme Metodu. Detay Yayıncılık, Ankara, 2012.

WHO (1978) Alma-Ata 1978, Primary Health Care. Health for All series no:1, Geneva, Switzerland, 1978.

WHO (1997) Intersectoral Action For Health. WHO/PPE/PAC/97.6. Report of the International Conference. 20-23 April 1997, Halifax, Canada, 1997.

Yılmaz M (2003) Kalite Yönetim Sistemlerinin Evrimi ve Toplam Kalite Yönetiminin Banknot Matbaası Genel Müdürlüğünde Uygulanabilirliği. Uzmanlık Yeterlilik Tezi, TC Merkez Bankası, Ankara, 2003.

6 PROGRAM DEĞERLENDİRME, SÜRVEYANS ve VERİ KAYNAKLARI

Belgin Ünal, Gönül Dinç, Bülent Kılıç, İbrahim Padır

Program değerlendirme (evaluation) aşaması halk sağlığı etkinliklerini ya da sağlık programlarını geliştiren sistematik bir yaklaşımdır. Prensip olarak uygulanan her sağlık programının değerlendirilmesi gerekir. Değerlendirmenin amacı, girişim programı sonucu ne elde edildiği ve programın devam etmesi ya da değiştirilmesi konusunda gereksinim duyulan bilgiyi sağlamaktır. Değerlendirme sağlık yöneticilerine ve topluma programın etkinliği, kaynakların doğru ve verimli biçimde kullanılıp kullanılmadığı bilgisini sağlar. Bu nedenle TOYS programı planlanırken programın değerlendirmesinin ne şekilde yürütüleceği konusunda da önceden planlama yapılmalıdır. Değerlendirme yöntemi planlanırken bazı temel ilkelere dikkat edilmelidir. Bunlar yararlılık, yapılabirlik, dürüstlük ve doğruluk başlıkları altında toplanabilir:

- a) Yararlılık, program hakkında karar vereceklerin ya da programdan etkilenenlerin gereksinim duyacakları sonuçlara ait bilgilerin sunulmasıdır. Örneğin koroner kalp hastalığına bağlı ölümleri azaltmak amacıyla yapılan bir programın sonunda karar verici konumdaki kişi ya da kişiler ne gibi etkinliklerin yapıldığından çok programın kaç tane ölümü önlediğini bilmek isteyeceklerdir. Yararlılık bize bunu verecek olan değerlendirme biçimidir.
- b) Yapılabirlik ilkesi değerlendirme yönteminin gerçekçi, mantıklı, dikkatli ve yalın olmasına karşılık gelir.
- c) Dürüstlük ilkesi, değerlendirmenin yasal ve etik kurallar çerçevesinde ve tarafsız olarak yapılması anlamına gelir.
- d) Doğruluk ilkesi ise değerlendirmenin teknik olarak doğru bilgileri ortaya çıkarmasını ve açıklamasını kapsar.

6.1 Program Değerlendirmenin Basamakları

Etkin program değerlendirme için CDC (Centers for Disease Control and Prevention/ Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezi) tarafından basit bir akış önerilmektedir. Değerlendirme temel olarak altı basamakta yapılmaktadır ve bu basamaklar Şekil 6.1'de gösterilmiştir.

Şekil 6.1 Program Değerlendirme Basamakları



Kaynak: CDC (2011)

1) Tarafların Bir Araya Gelmesi: Değerlendirme sürecini planlamak amacıyla, programın tarafları yani temel kullanıcıları ve programdan etkilenen ya da içinde olan kişiler bir araya gelmelidir.

2) Programın Tanımlanması (Mantık Modeli/Logic Model): Değerlendirilecek programdan beklenen etkiler, programın aşamaları, içerik, etkinlikler ve program mantık modelinin (logic model) oluşturulmasıdır. Program mantık modeli, programın tanımlanması, hedeflenen sonuca ulaşmak için oluşturulan tüm süreçlerin bir mantık zinciri içinde özetlenmesidir. Mantık düzgün ve dikkatli bir akıl yürütmeye dayanan bağımsız bir yaklaşımdır. Amacı dayanaklarla varılmak istenen sonucun

olabildiğince güçlü bir şekilde ortaya konmasıdır (Taşdelen, 2015:3). Dolayısıyla bir programın mantık modeli, program sürecinin düzgün bir akıl yürütmeye değerlendirilmesi demektir. Model ayrıca programın oluşmasında gerekli altyapısal özellikleri de dikkate alır. Mantıksal modellerle temel olarak programın girdileri, girişimleri (süreç), kısa, orta erimde ortaya çıkacak "ara sonuçları" ve uzun erimde ortaya çıkacak "sonuçları" (çıktılar) özetlenir. Bazı TOYS uygulamalarına ilişkin yurt içi ve yurt dışından örnek program mantık modelleri Şekil 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6 ve 6.7'de gösterilmiştir.

3)Değerlendirme Yönteminin Belirlenmesi: Değerlendirmenin amacı, beklenen yararları, yanıtlanması beklenen soruları, yöntemleri belirlenmeli ve bu konuda taraflar arasında uzlaşma sağlanmalıdır.

4)Güvenilir Kanıtların Toplanması: Değerlendirmede kullanılacak kanıtların nasıl elde edileceğine karar verilmelidir. Bazen niteliksel bir veri yeterli olabilirken bazen deneysel bir araştırma verisi gerekli olabilir.

5)Sonuçların Yorumlanması: Elde edilen sonuçların hangi standartlara göre değerlendirilip, analiz edileceği ve nasıl yorumlanacağı saptanmalıdır.

6)Sonuçların Paylaşılması: Sonuçlar düzenlenmeli, geri bildirimde bulunulmalı ve paylaşılmalıdır.

Program Değerlendirme ile Program İzlemenin Farklılıkları

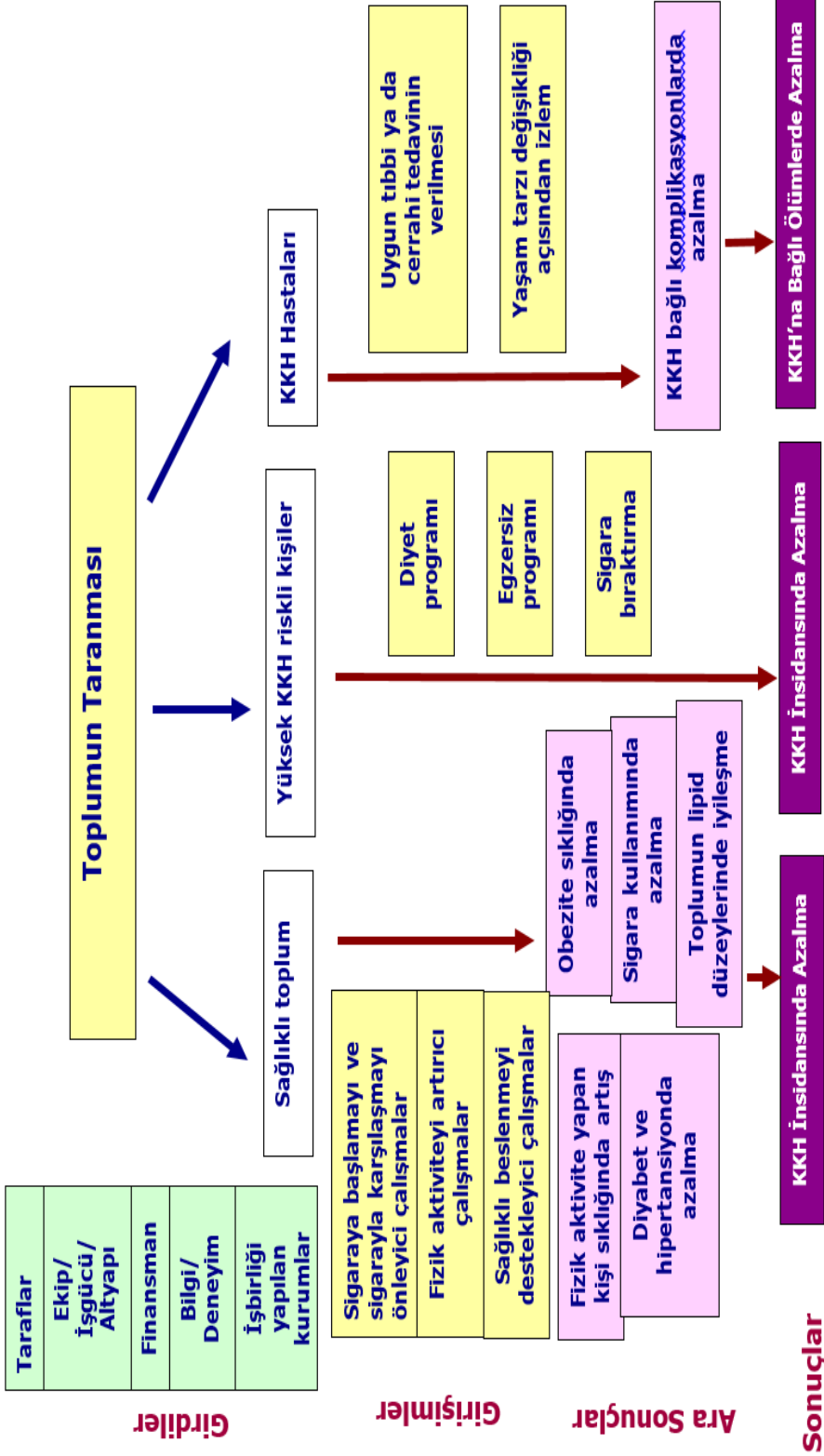
Program Değerlendirme (evaluation), Program İzleme (monitoring-monitörizasyon) ile karıştırılmamalıdır. Program izleme planlanan etkinliklerin planlandığı gibi yürüyüp yürümediğinin toplanan veriler üzerinden sık aralarla denetlenmesidir (Abramson, 1999:26-30). Dolayısıyla izlemenin sürekli yapılması gerekir.

Program değerlendirme ise daha ayrıntılı bir aşamadır ve girişim programı sonunda ne elde edilebildiği ve programın devam etmesi ya da değiştirilmesi konusunda gerekli bilgiyi sağlar. Program değerlendirmesinin aşağıdaki sorulara yanıt vermesi gerekir:

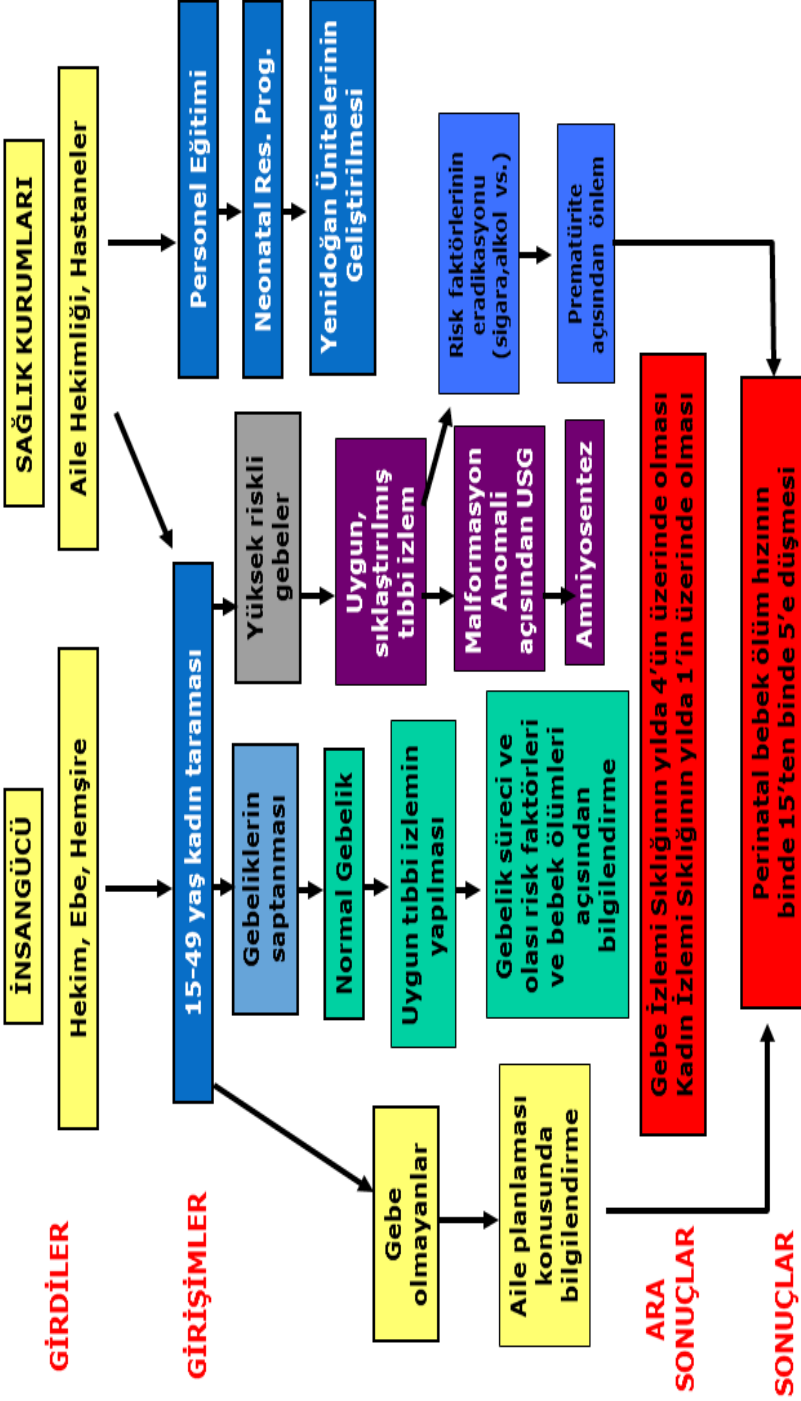
- a) Amaçlara ne kadar ulaşıldı?
- b) Amaçlara uygun etkinlikler ne ölçüde yapıldı?
- c) Donanım, ekipman, personel vb. uygun muydu?

Kısacası değerlendirmede, daha fazla sayıda veri ve değişik parametreler ele alındığından izlemeye göre daha kapsamlıdır. İzleme tüm program boyunca, kısa aralıklarla devam ederken değerlendirme daha az sıklıkta yapılır. Örneğin, izleme günlük, haftalık veya aylık verilerin incelenmesiyle yapılırken, değerlendirme yıllık olarak veya girişim programının sonunda yapılmalıdır.

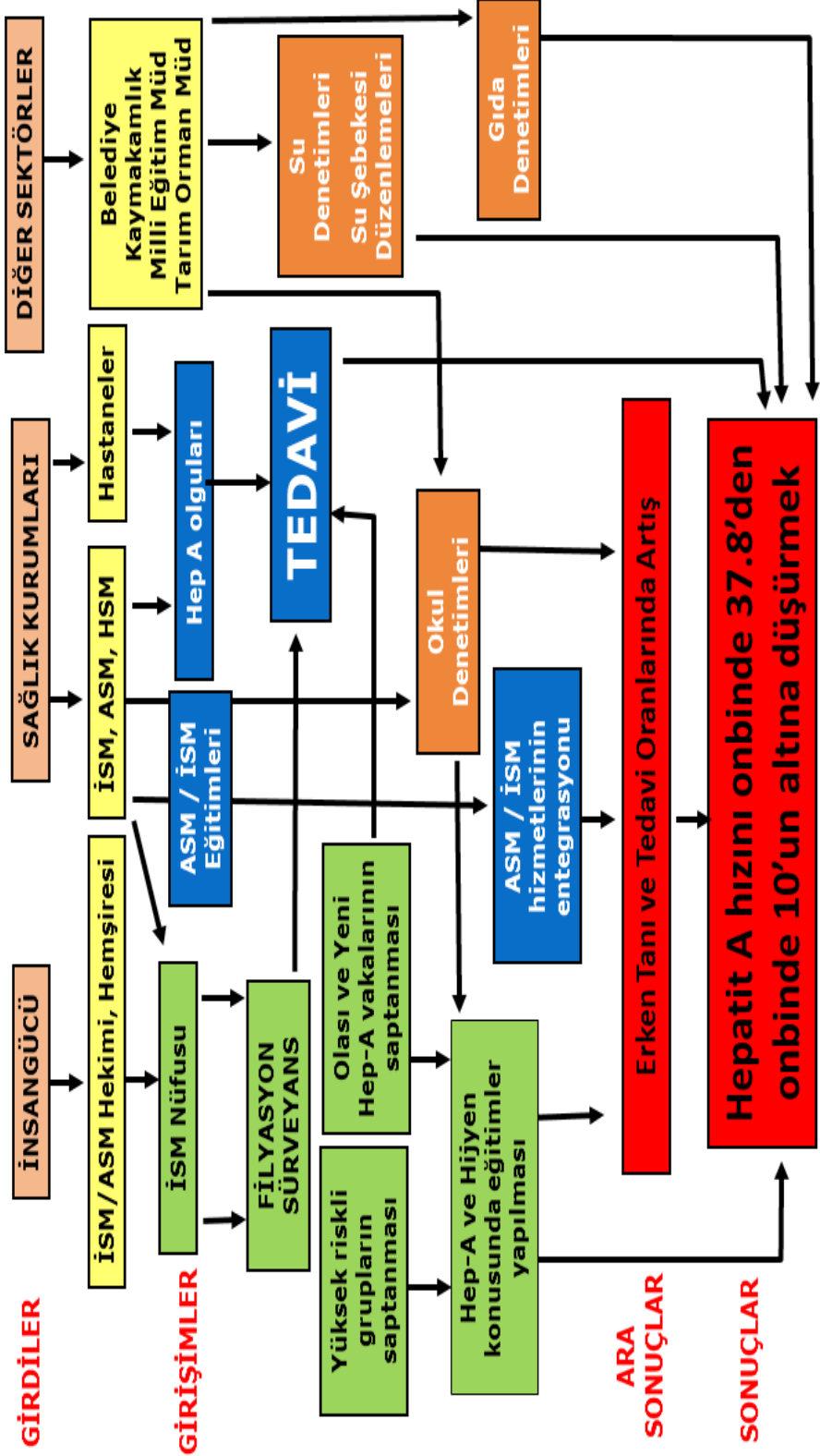
Şekil 6.2 Koroner Kalp Hastalığını Önlemeye Yönelik Program Mantık Modeli (Logic Model) Balçova'nın Kalbi Projesi



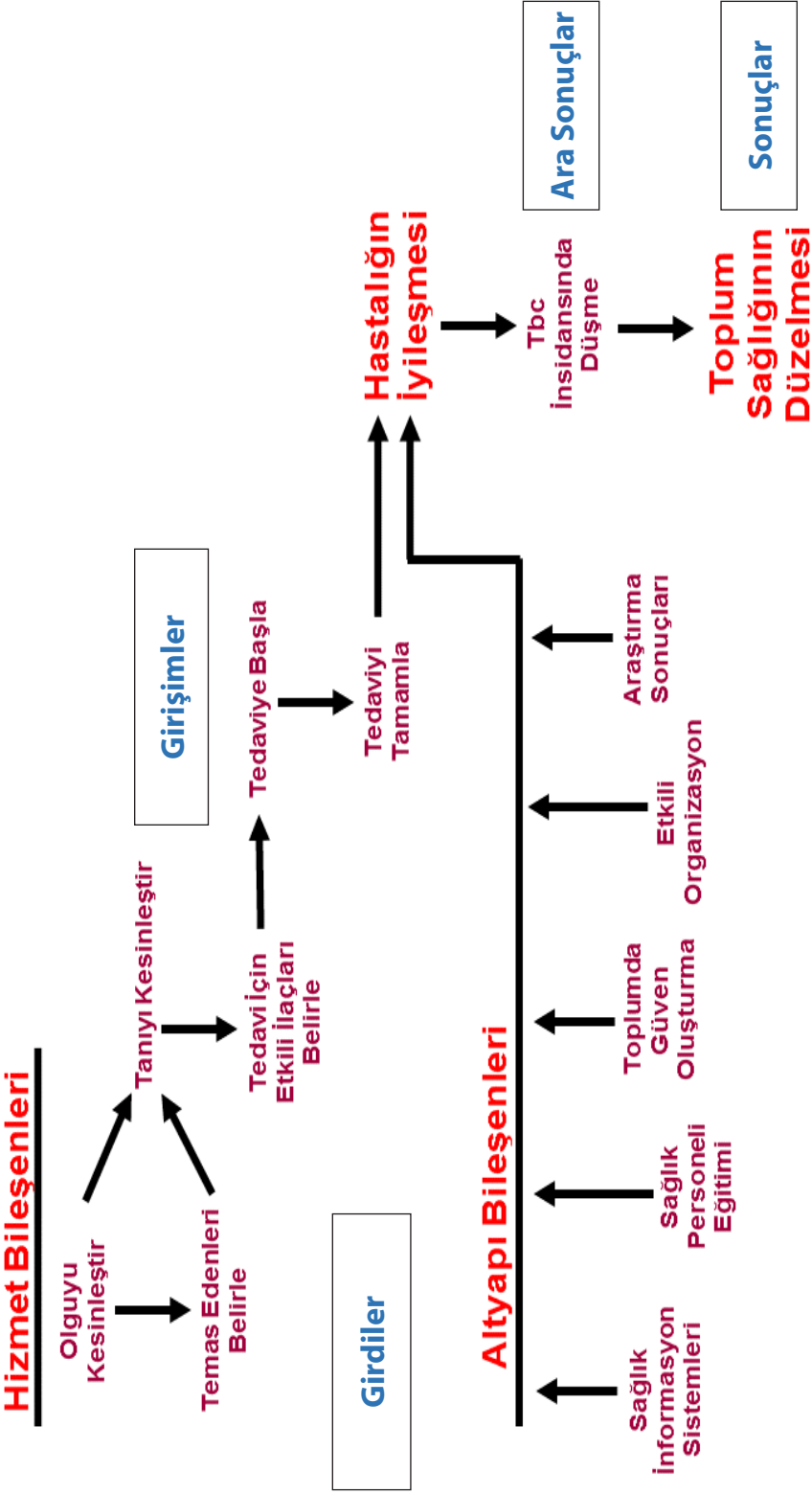
Şekil 6.3 Perinatal Bebek Ölümlerini Önlemeye Yönelik Bir Program Mantık Modeli (Logic Model)



Şekil 6.4 Hepatit-A Salgın Kontrolü Program Mantık Modeli (Logic Model)



Şekil 6.5 Tüberküloz Kontrolü Program Mantık Modeli (Logic Model)

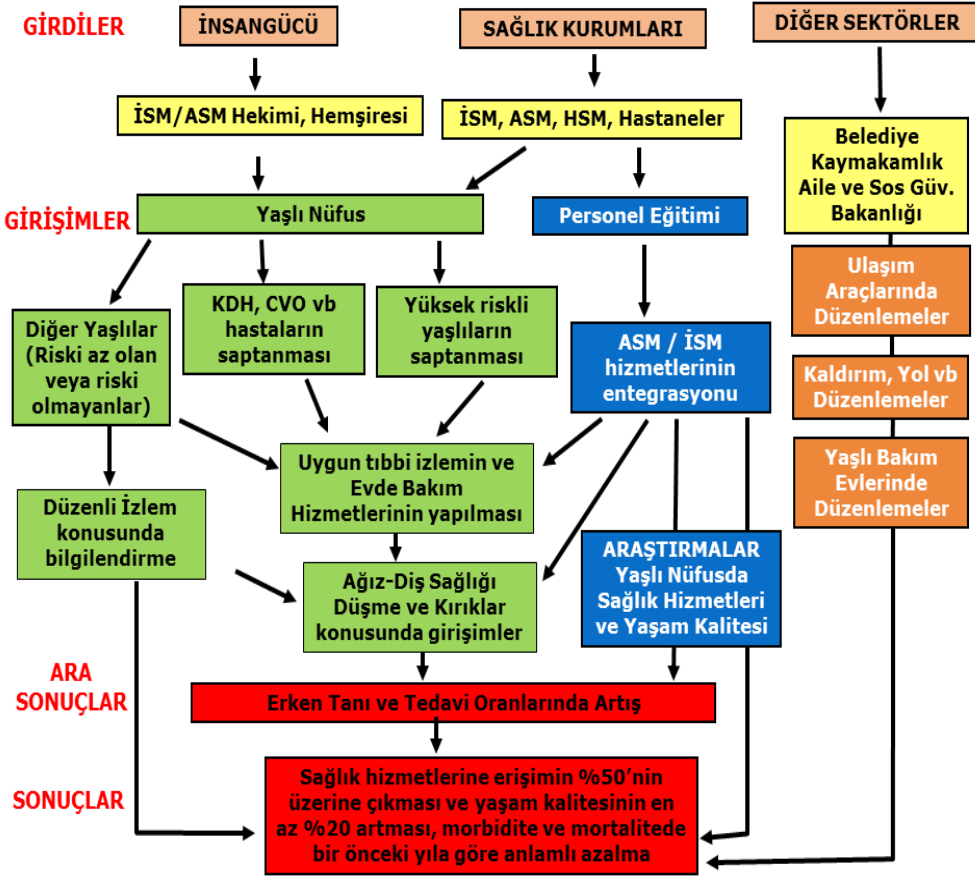


Kaynak: CDC (1999)

Şekil 6.6 Fiziksel Aktiviteyi Artırma Program Mantık Modeli (Logic Model)



Şekil 6.7 Yaşlı Sağlığı Hizmetlerine Erişim Kısıtlılığı ve Yaşam Kalitesi Düşüklüğüne Yönelik Program Mantık Modeli (Logic Model)



6.2 Değerlendirme Ölçütleri

TOYS hizmeti program değerlendirmesi aşağıdaki başlıkları kapsamalıdır (Abramson, 1999:199):

a) Uygunluk

Değerlendirme için toplanan bilgi, TOYS programının sağlık sorunun çözümünde uygun ve yeterli olup olmadığı konusunda bilgi sağlamalıdır. Ayrıca programın politik kararlar açısından uygunluğu da dikkate alınmalıdır (Bardach, 2009:34) Değerlendirme sonucunda programın devam edip etmeyeceği konusunda TOYS ekibi karar alır.

b) Etkinlik

Girişim programının değerlendirilmesi “yapısal değerlendirme”, süreç değerlendirmesi” ve “sonuç değerlendirmesi” olmak üzere 3 ana başlık altında ele alınabilir.

i) Yapısal Değerlendirme: Program kapsamında yürütülmesi planlanan etkinlikler için gerekli personel, fiziksel donanım, araç-gereçlerin sağlanıp sağlanmadığı ile ilgili bilgileri içermektedir. Ayrıca, planlanan etkinlikler için sorumluluk verilen sağlık personelinin sorumluluk alma düzeyi de değerlendirilmelidir.

ii) Süreç Değerlendirmesi: Programın planlama aşamasında oluşturulan ölçütlere göre yürüyüp yürümediğini ele alınır. Örneğin; girişim protokolünde belirtilen ölçümlerin (kilo ve boy ölçümü gibi) yapılıp yapılmadığı, emzirmeyi özendirme gruplarına katılımının olup olmadığı, kısacası etkinliklerin planlandığı gibi yürütülüp yürütülmediği ile ilgili bilgilere bakılır.

iii) Sonuç Değerlendirmesi: Program kapsamında hedeflenen amaçlara ne düzeyde ulaşıldığı ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesine dayanmaktadır. Sonuç değerlendirmesi, programın etkinliği olarak da düşünülebilir. Örneğin malnutrisyon konusunda yürütülen bir programın sonuç değerlendirmesinde toplumda malnutrisyon sıklığındaki değişim, anne sütü alan çocukların oranındaki artış veya ek gıdaya uygun dönemde başlayan çocukların oranındaki artış gibi amaçlara ulaşıp ulaşılmadığına bakılabilir. Sonuç değerlendirmesi kapsamında programın toplumun sağlığı üzerinde istenmeyen bir yan etkiye yol açıp açmadığı da değerlendirilmelidir.

c) Verimlilik

Elde edilen sonuçlar, girdi ile (işgücü, zaman, donanım vb) karşılaştırılarak girişim programının maliyet etkililiği (cost effectiveness) değerlendirilebilir (Bardach, 2009:27).

d) Doyum

Toplum ve sağlık ekibinin süreç ve çıktılar yönünden doyumunu değerlendirilir.

e) Değişken Etki

Değerlendirmenin daha az bilinen bir komponenti de programın yüksek-düşük eğitim düzeyi, kır-kent, yaşlı-genç olma gibi toplumun değişik kesimlerinde farklı etkilerinin olup olmadığının incelenmesidir. Farklı populasyon alt gruplarında hizmet sunumu ve kullanımının yapısı farklılık gösterebilir ve programın etkinliği açısından bunun bilinmesi önemlidir.

6.3 Değerlendirme Çeşitleri

Sağlık sorununun çözümüne yönelik uygulanan girişimin etkinliğinin değerlendirmesinde, girişim uygulanan toplumun girişim öncesi ve girişim sonrasına ait verilerinin değerlendirildiği “program gözden geçirilmesi yöntemi” veya girişim uygulanan topluma/gruba ait verilerin diğer toplum /grup verileri ile karşılaştırıldığı “deneysel program değerlendirmesi” yaklaşımlarından birisi kullanılabilir (Abramson, 1999:26).

Program Gözden Geçirme

Program gözden geçirmede (program review) toplumun girişim öncesi ve girişim sonrasına ait verileri karşılaştırılır. Örneğin malnutrisyon konusunda yürütülen bir TOYS programının etkinliği değerlendirilirken, girişim öncesi ve girişim sonrasında belli yaş gruplarındaki malnutrisyonlu çocuk sıklığı karşılaştırılabilir. Karşılaştırma yalnızca sonuç verileri açısından değil, yapısal ve süreç göstergeleri açısından da yapılabilir. Örneğin; yapısal değerlendirme açısından, girişim öncesi ve girişim sonrası bölgede sağlık kurumlarında çalışan ebe sayıları, sağlık kurumlarında malnutrisyon izlemi açısından kullanılan tartı aleti, laboratuvar olanakları vb. konusundaki verilerin değerlendirilmesi; süreç değerlendirmesi açısından girişim öncesi ve sonrası dönemde çocuk izlemlerinin niceliksel veya niteliksel olarak karşılaştırılması örnek olarak söylenebilir. Tablo 6.1’de koroner kalp hastalığını önlemeye yönelik bir programın değerlendirmesinde kullanılabilecek yapısal, süreç ve sonuç parametreleri bir örnek olarak verilmiştir.

Tablo 6.1 Koroner Kalp Hastalığını (KKH) Önlemeye Yönelik Bir Programın Değerlendirmesinde Kullanılabilecek Yapısal, Süreç ve Sonuç Parametreleri

Yapısal Parametreler	Süreç Parametreleri	Ara Sonuç/ Sonuç
Sigara bırakma polikliniğinde çalışacak personelin belirlenmesi	Bu konuda personele yapılan hizmet içi eğitim sayısı	Sağlık personelinin bilgi düzeyi
Sigara bırakma polikliniğinin açılması	Sigara bırakma polikliniğine başvuru sayısı	Sigara kullanma prevalansı
Sigara danışma hattının kurulması	Danışma hattına yapılan başvuru sayısı	Sigara kullanma prevalansı
KKH konusunda birinci basamakta çalışan personelin belirlenmesi	KKH konusunda birinci basamakta çalışan personelin eğitimi, denetimi	KKH konusunda birinci basamakta çalışan personel sayısındaki değişim
Birinci basamakta diyet programlarının başlatılması	Diyet programına katılan kişi sayısı	Obezite prevalansı
Birinci basamakta KKH açısından yüksek riskli kişilerde egzersiz programının oluşturulması	Egzersiz programına katılan kişi sayısı	Obezite prevalansı Hipertansiyon prevalansı KKH'ya bağlı ölüm hızı
Birinci basamakta KKH açısından yüksek riskli kişilerin danışmanlık ve izlem programının oluşturulması	Birinci basamakta KKH açısından yüksek riskli kişilerin izlem sayıları	Yıllık KKH ve hipertansiyon insidansı, Doymuş yağ, esmer ekmek, tuzlu gıda tüketen kişi oranı

Ancak girişim programının uygulandığı bölgedeki yapısal, süreç veya sonuç değerlendirmesi ile ilgili verilerdeki değişim, girişim dışında başka faktörlere de bağlı olabilir. Özellikle girişimin etkinliği, girişimden sonraki uzun bir dönemde değerlendirilecekse girişim dışındaki diğer faktörler de sonuç verilerinde iyileşmeye yol açabilir. Özellikle toplum tabanlı yapılan hastalık kontrol programlarının sonuçları, değerlendirme açısından daha büyük önem taşır. Toplumda meydana gelen riskli

davranış değişikliklerinin bu nedenle çok dikkatle değerlendirilmesi gerekir. Bu alanda önde gelen TOYS düzeyinde hastalık kontrol programlarına Finlandiya'daki Kuzey Karelia ve Avrupadaki CINDI programları örnek verilebilir (Meseri, 2008).

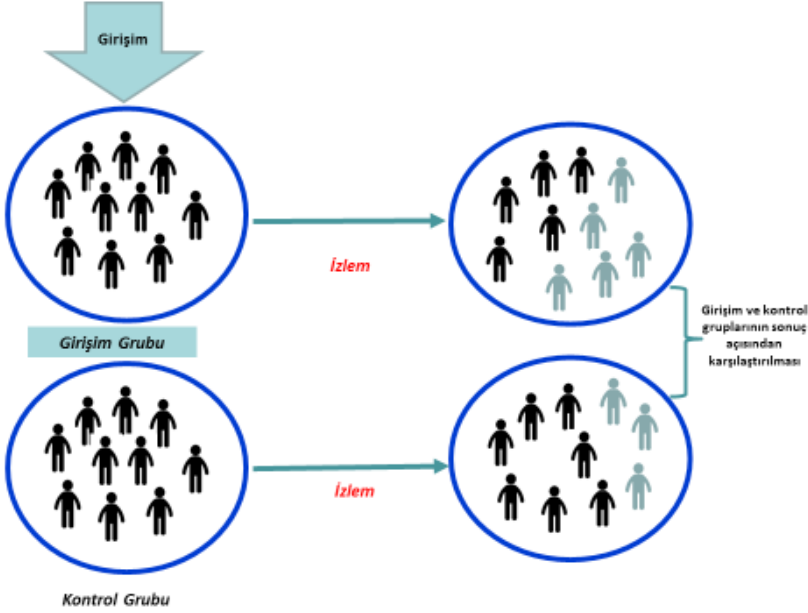
DeneySEL Program Değerlendirmesi

Bu tip değerlendirmede girişim veya deney grubuna ait verilerle, girişim yapılmayan bir kontrol grubunun verileri karşılaştırılır. Program değerlendirmesinin bu şekilde yapılması planlanıyorsa, girişim ve kontrol gruplarının benzer olması ve rastgele yöntemle belirlenmesi ile taraf tutma olasılığı azalacaktır.

TOYS içinde deneysel program değerlendirmesi için İsrail'de yapılan CHAD programı (1970-1994) iyi bir örnektir. KDH risk faktörlerinin kontrolünü amaçlayan program sonunda elde edilen sonuçlar bir kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve hipertansiyon ve sigara kullanımının kontrolü açısından yapılan deneysel girişim programı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili bulunmuştur (Abramson, 1994).

Bu tip programların değerlendirilmesinde dikkat edilmesi gereken en önemli nokta TOYS programının toplum tabanlı olması nedeniyle girişim ve kontrol gruplarının seçiminin de bireysel düzeyde değil, toplum düzeyinde yapılması gerektiğidir. Ancak toplum düzeyinde yapılan girişimlerde rasgele yerleştirme pek mümkün olamamaktadır. Bu nedenle girişim yapılan toplum, benzer özellikleri olan ancak girişimin uygulanmadığı bir başka toplumla karşılaştırılarak değerlendirme yapılabilir. Bu tip çalışmalara yarı deneysel (quasi experimental) çalışmalar denir (Abramson, 1999). Şekil 6.8'de deneysel program değerlendirme şematik olarak gösterilmiştir.

Şekil 6.8 Deneysel Program Değerlendirme Şeması



Değerlendirme İçin Hedef Toplum Belirlenmesi

Hedef toplumun seçimi, kullanılacak olan değerlendirme tipine göre değişir. Deneysel program değerlendirmesi yapılacaksa hedef toplum girişimin erken evrelerinde kararlaştırılır ve hem girişim hem de kontrol toplumlarının başlangıç ve girişim sonu ayrıntılı verileri toplanır. Program gözden geçirmesi yapılacaksa toplumda girişimden önce ve sonra olmak üzere veri toplanıp karşılaştırma yapılmalıdır. Eğer girişim başlangıcında tüm toplum yerine seçilen bir örnek üzerinde ayrıntılı inceleme yapılmışsa program sonunda da bu grup değerlendirilmelidir. Yaşla tanımlanan (örn 0–5 yaş gibi) özgün bir gruba veya gebelik gibi özellikli bir gruba yönelik bir program tasarlandığında girişimin başında ve sonunda toplumu temsil edecek şekilde seçilecek çocuk grupları ve gebe kadınlar üzerinde veri toplanmalıdır. Bu konuda İsrail’de yapılan 0-2 yaş çocuklarda yaralanmaların azaltılması çalışması iyi bir örnek olarak verilebilir. Kudüs’de yapılan TOYS çalışması sonucu program değerlendirildiğinde yaralanmaların 0-5 ay çocuklarda %73, 2 yaşın sonunda ise %48 azaldığı kanıtlanmıştır (Gofin, 1995). Ancak girişimin uzun dönem etkilerini izlemek amaçlanıyorsa, aynı gruplar uzun dönem izlenmelidir.

Değerlendirme Araçları

Değerlendirmede yüz yüze görüşme, anket, doğrudan gözlem, odak grup görüşmeleri gibi niteliksel yöntemler kullanılabilir. Bu yöntemlerin geçerliliği alanda kullanmadan önce mutlaka denenmelidir. TOYS'un sorunun ayrıntılı değerlendirme aşamasında elde edilen bilgiler de çıktıların değerlendirilmesinde kullanılabilir. Sürveyans sistemleri TOYS programının değerlendirmesi ve izlenmesinde önemli bir veri kaynağı olarak kullanılabilir.

Değerlendirme Ölçütleri

TOYS programının değerlendirmesinde elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilmelidir. Bu değerlendirmenin sonucunda girişim öncesi ve sonrası sonuç değişkenleri ve risk faktörleri açısından hız farkları, hız oranları, mutlak risk azalması yorumlanarak girişim programının etkinliğine karar verilebilir. Analizlerde olası karıştırıcı faktörler düşünülüyorsa çok değişkenli analiz yöntemleri kullanılmalıdır. Değerlendirme, toplumda belirli sağlık sorunu/sorunlarının yeniden değerlendirilmesinde temel olarak alınmalı ve programın devamına karar vermeye öncülük etmelidir.

6.4 Sürveyans: TOYS Programı Değerlendirme ve İzleme İçin Önemli Bir Araç

Sürveyans, sağlık sorunlarıyla ilgili verilerin düzenli olarak toplanması, bu verilerin analiz edilerek değerlendirilmesi ve ilgili birimlere dağıtılması işlemlerinin tümü olarak tanımlanmaktadır (Abramson, 1999:29).

Tanımlar ve Temel Kavramlar

Aktif Sürveyans: Sağlık sorunları ile ilgili olarak rutin sağlık hizmetlerine ek olarak personel istihdam edilerek veya ek kaynak ayrılarak doğrudan bilgi toplanan sistemler aktif sürveyans olarak tanımlanır. Aktif sürveyansta bilgiler daha geçerlidir ve zamanında elde edilebilir ancak daha pahalı sistemlerdir. Aktif sürveyans, eradikasyon veya eliminasyonu hedeflenen hastalıklar, erken saptanması istenen hastalıklar ve erken farkına varılması istenen salgın etkenleri için uygulanabilir.

Pasif Sürveyans: Pasif sürveyansta rutin sağlık hizmetleri kapsamında sağlık kurumlarından bildirim yapılır, sistemin maliyeti düşüktür ve yetersiz bildirim önlenirse kapsayıcılığı yüksektir. Pasif sürveyans, toplum sağlığı düzeyini

değerlendirmede önemli bilgiler sağlar. Pasif sürveyans sistemlerinde veri kalitesinin düşüklüğü ve bildirimlerin zamanında yapılamaması sorun olabilir.

Rutin Sağlık Bilgi Sistemi: Halk sağlığı çalışanları, hastaneler ve kliniklerden rutin hizmetlerin sunumu sırasında yapılan bildirimlerden oluşan pasif sistemdir.

Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemi: Halk sağlığı veya klinik hizmetler konusunda finansal, lojistik veya diğer idari süreçlerle ilgili rutin raporlardan oluşan pasif sistemdir.

Kategorik Sürveyans: Bir girişim programıyla ilgili olarak bir ya da daha fazla hastalık/davranışa odaklanan aktif veya pasif sistemlerdir. Bu sistemler program yöneticileri için oldukça bilgi vericidir. Ancak, personelin aynı hasta için birden fazla form doldurması gerekeceğinden yaygın şekilde uygulanması mümkün olmayabilir. Ayrıca, belli bir hastalık veya hastalık grubuna odaklanılacağından sürveyans sisteminin toplumsal düzeyde öncelikli sağlık sorunlarını kapsama olasılığı düşük olacaktır.

Entegre Sürveyans: Aktif ve pasif bildirim yöntemlerini birlikte kullanarak birden fazla hastalık/davranışla ilgili bilgi veren sistemlerdir. Sağlık kurumu tabanlı bildirim sistemleri örnek olarak verilebilir.

Entegre Hastalık Sürveyansı ve Yanıt: Entegre hastalık sürveyansı ve yanıt stratejisi, sağlık sisteminin her düzeyinde hastalıkla ilgili epidemiyolojik ve laboratuvar verisinin ilişkilendirilerek toplandığı, bereberinde salgın araştırması, temaslı izlemi, halk sağlığı girişimleri gibi yanıt verisinin de kapsandığı sistemlerdir. Bulaşıcı hastalıklar konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün rehberliğinde Afrika ülkelerinde uygulanmaktadır.

Sendromik Sürveyans: Vaka tanımlarının klinik veya laboratuvar tanısı yerine hastalığın klinik özelliklerine dayalı olduğu, aktif veya pasif sistemlerdir (kolera yerine ishallerin sayısı, kızamık yerine döküntülü hasta sayısının bildirimi gibi). Ucuz sistemlerdir ve laboratuvar doğrulaması gerektirmez. Ancak seçiciliği/özgüllüğü düşüktür, aynı klinik görünüme neden olan hastalıklardan bazıları diğerleri tarafından gizlenebilir.

Laboratuvara Dayalı Sürveyans: Vaka tanımlarının laboratuvar tanısına dayalı olduğu sistemlerdir.

Sentinel Sürveyans: Bu sistemde veri sadece seçilmiş sağlık kurumlarından toplanır. Bu kurumlar olgu tanımına uyan hastaların bildirimini yapar, elde edilen veriler

toplumdaki eğilimler konusunda bilgi vermektedir. Doğru bir şekilde uygulanırsa, düşük maliyetle halk sağlığı sorunlarının izlenmesi ve araştırılması için önemli bilgiler sağlar. Özel çalışan hekimlerin influenza bildirim veya seçilmiş laboratuvarların çocuklarda santral sinir sistemi enfeksiyonları bildirim sentinel sürveyansa örnek olarak verilebilir. Yaygın sağlık sorunları için uygundur, vakalar bildirim için seçilmiş birimlere başvuramayabileceğinden nadir görülen sağlık sorunları için uygun değildir.

Periyodik Toplum Tabanlı Araştırmalar (Survey): Belli bir hastalık ya da yaralanma ile ilişkili risk faktörlerinin yaygınlığının izlendiği toplum tabanlı tekrarlayan tanımlayıcı araştırmalardır. Toplum tabanlı araştırmalara örnek olarak beş yılda bir yapılan nüfus ve sağlık araştırmaları (TNSA), hane halkı araştırmaları, ABD’de yürütülen davranışsal risk faktörleri sürveyans sistemi (Behavioral risk factor surveillance system-BRFSS) verilebilir. Toplum tabanlı girişimlerin çoğunun amacı risk faktörlerini azaltarak sağlığı korumaktır. Periyodik toplum tabanlı kesitsel araştırmalar girişimlerin toplumsal düzeydeki etkisi konusunda doğrudan bilgi verir (Abramson, 1999:16). Hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda uygulanabilir. Toplum tabanlı araştırmaların standart protokollerle, karşılaştırılabilir örnek gruplarında, standart anketler kullanılarak yürütülmesi, anketör denetiminin yapılması ve cevaplama oranının yüksek tutulması önemlidir. Bu çalışmalar periyodik yapıldığı için sonuçlar zaman içinde ölüm ya da göç sonucu oluşan populasyon yapısı değişikliklerine hassastır. Zaman içinde eğilimlerin değerlendirmesinde bu konu dikkate alınmalıdır.

Ülkeler, gelişmişlik düzeylerine, dolayısıyla ayırabildikleri kaynak düzeyine göre farklı sürveyans sistemleri kullanmaktadır. Örneğin; gıda kaynaklı bulaşıcı hastalıklar için kaynak gereksinimi en azdan en fazlaya doğru sürveyans sistemleri şu şekilde sıralanabilir: Sendromik sürveyans, laboratuvara dayalı sürveyans, entegre gıda zinciri sürveyansı.

Sürveyansın Amacı Nedir?

Sürveyansın amacı, toplumun sağlık düzeyi ve gereksinimlerindeki değişiklikleri sürekli olarak tanımlamak ve değişiklikleri izlemek, sağlık sisteminde “eylem için bilgi” üretmektir. Toplum sağlığı konusunda farklı amaçlar ve eylemler farklı bilgiyi gerektirir. Dolayısı ile bir sağlık sorununun çözümü konusunda uygulanacak girişimin tipi, ne zaman ve hangi sıklıkla uygulanacağı, girişimin izlenmesinde ve değerlendirmesinde hangi bilgilere, ne zaman ve hangi sıklıkla gereksinim duyulduğu, sürveyans sisteminin tipini belirler.

Örneğin, amaç SARS gibi akut bulaşıcı hastalıkların epidemilerini önlemek ise bulaşı önleme konusunda acil önlemler alınması gerekir. Bu nedenle klinik ve laboratuvarlardan erken uyarı bilgisi sağlayan bir sürveyans sistemine gereksinim vardır. Buna karşın kronik hastalıklar veya sağlıkla ilgili davranışlar daha yavaş değişmektedir. Bu nedenle kronik hastalık veya sigara konusunda yürütülecek girişimlerin etkinliğini değerlendirmede yılda bir veya daha az sıklıkla bilgiye gereksinim vardır. Amaç tüberküloz kontrol programının toplumsal düzeyde etkisini değerlendirmek ise beş yılda bir yürütülecek sağlık araştırmaları bilgi kaynağı olabilir (Nsubuga, 2002 ve 2006). Sürveyansta amaç, eylem, sistem ve elde edilen veri çeşidi Tablo 6.2’de verilmiştir.

Tablo 6.2 Sürveyansta Amaç, Eylem, Sistem ve Elde Edilen Veri

Amaç	Eylem	Sistem	Veri
Salgının farkına varılması	Salgına yanıt	Aktif sürveyans	Erken uyarı bilgisi
Girişim programının izlenmesi	Program izleme	Sağlık bilgi sistemi	Program göstergeleri
Politika değişikliğinin etkisini izleme	Sağlık politikası izleme	Sağlık bilgi sistemi	Sağlık göstergeleri
Sağlık sisteminin izlenmesi	Seçilmiş göstergelerin izlenmesi	Sağlık bilgi ve yönetim sistemi	Yönetimsel veri

Kaynak: Nsubuga (2002)

TOYS'ta Sürveyans Verilerinin Kullanımı

Sürveyans, halk sağlığı sistemlerinin temel fonksiyonlarından biri olarak tanımlanmaktadır. Sürveyans sistemleri politika ve program birimleri ile ilişkilendirildiğinde, halk sağlığı/TOYS girişimlerinin etkinliği konusunda ek kaynak gerektirmeksizin önemli bilgiler vermekte, böylece bu girişimlerin başarı şansını artırmaktadır. Bu işlevi yerine getirebilmek için sürveyans sistemlerinin kalitesi ve etkinliği sağlanmalı, ayrıca sürveyanstan elde edilen bilgilere dayalı ulusal ve yerel düzeyde eylemler gerçekleştirilmelidir. Bunun için özellikle yerel düzeyde sağlık yöneticilerinin sürveyans verisini nasıl kullanacakları konusunda eğitimi ve saha epidemiyolojisinin güçlendirilmesi önem taşımaktadır.

Sürveyans sistemleri, TOYS programının başta “izleme ve değerlendirme” olmak üzere tüm aşamaları için bilgi sağlar. Bu amaçla TOYS programını değerlendirmeye yönelik sürveyans sistemleri oluşturulabilir veya var olan sürveyans sistemlerinde amaca uygun değişiklikler yapılabilir. Sürveyans, sağlık yöneticilerine olası en düşük maliyetle, zamanında ve doğru bilgi sağladığında ve sağlıkla ilgili eylemlerle sonuçlandığında amacına ulaşır. Sürveyans verilerinin kullanımı, uygulanacak halk sağlığı girişimlerine göre acil, yıllık, arşiv amaçlı şeklinde sınıflanabilir (bakınız Tablo 6.3).

Tablo 6.3 Sürveyans Verilerinin Kullanımı

Özellik	İşlev
Erken farkına varma	Salgınlar Yeni ortaya çıkan sağlık sorunları Sağlık uygulamalarındaki değişiklikler Risk altındaki nüfusun dağılımındaki değişiklikler
Periyodik dağıtım	Maliyeti de içeren sağlık sorununun önemi Kontrol faaliyetlerini değerlendirme Risk faktörlerini belirleme Planlama için bilgi sağlama Risk faktörlerini izleme Sağlık uygulamalarındaki değişiklikleri izleme Hastalık ve yaralanmaların yaygınlığı ve yayılımını belgeleme
Veri depolama	Hastalıkların doğal seyrini tanımlama Epidemiyolojik ve laboratuvar araştırmalarına veri sağlama Öncül verileri doğrulama Öncelikli araştırma konularının belirlenmesi Hastalık ve yaralanmaların yaygınlığı ve yayılımını belgeleme

Kaynak: Thacker (1998)

Bir sürveyans sisteminde planlama, yürütme ve sistemin izleme ve değerlendirmesi olarak üç aşama tanımlanmaktadır (CDC, 2001).

Sürveyans Sistemlerinin Planlanması

Sürveyans sistemi, planlanan girişime uygun olarak planlanmalıdır. Planlama ekibinde kimlerin yer alacağı ve rolleri başlangıçta tanımlanmalıdır. Bu ekipte çalışma grupları, koordinatör ve yönlendirme komitesi yer almaktadır. Örneğin; üst düzey karar vericiler, spesifik hastalık programlarından program yöneticileri, halk sağlığı ya da patoloji laboratuvarlarından temsilciler, tıp veya halk sağlığı eğitimi kurumlarından temsilciler, sürveyans halkasının orta ve ikinci basamaklarından temsilciler, özel sağlık sektöründen temsilciler, gıda güvenliği, su kalitesi izleme ekibi, hastalık sürveyans ve müdahale sistemlerinin uygulanmasına katılan paydaşlar, sivil toplum örgütü temsilcileri, planlanan eylemleri desteklemek için kaynak seferberliğine katkıda bulunacak potansiyel bağışçılar ve diğer hükümet sektörleri (veterinerlik, tarım, vb) sürveyans komitesinde yer alabilir. Sürveyans planlamasının adımları sürveyans amaçlarının belirlenmesi, sürveyans uygulamalarının tanımlanması ve gerekli kaynakların tanımlanması şeklinde tanımlanabilir.

a) Sürveyans Amaçlarının Belirlenmesi: Sürveyans amaçları belirlenmeden önce sürveyansa neden gereksinim duyulduğu, amaçlara ulaşmak için sürveyans olanaklarının yeterli olup olmadığı, öncelikli hedeflerin neler olduğu konusunda kavramsal bir çerçeve oluşturulmalıdır. Sürveyansın amaçları belirlenirken şunlara dikkat edilmelidir:

Amaçlar mutlaka özgül (spesifik), ölçülebilir, ulaşılabilir, gerçekçi ve zaman sınırlı olmalıdır. Örneğin “Türkiye’de koroner kalp hastalığı sıklığının tahmin edilmesi” yerine “Türkiye’de gelecek 5 yıl için spesifik kontrol önlemlerinin saptanması amacıyla koroner kalp hastalığı prevalansı ve insidansının belirlenmesi” daha uygun bir sürveyans amacıdır.

b) Sürveyansın Uygulanabilirliği ve Sürdürülebilirliği: Sürveyans sistemleri planlanırken dikkate alınması gereken bir diğer konu sürveyansın uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliğidir. Planlama aşamasında konuyla ilgili politik kararlılık, yasal durum, sosyal değerler, halkın algısı, sürveyans için mevcut kaynaklar ve ekonomik etkiler göz önüne alınarak sürveyans sisteminden amaçlara yönelik bilgi elde edilip edilemeyeceği değerlendirilmelidir.

c) Sürveyans Uygulamalarının Tanımlanması: Planlama aşamasından sonraki adım, amaçlara nasıl ulaşılabileceği konusunda sürveyans sürecinin tanımlanmasıdır. Süreçte bildirim, veri toplanması ve doğrulanması, veri analizi, yanıt ve geri bildirim yer almaktadır. Uluslararası ve ulusal düzeyde standardizasyon için bu etkinliklerin ayrıntılı bir şekilde tanımlanması gerekmektedir.

Sürveyans sistemi planlanırken sürveyans altındaki toplumun tüm toplum mu yoksa tanımlanmış yüksek riskli gruplar mı olacağı belirlenmelidir. Vaka tanımlarında basit, anlaşılabilir, açık tanı ölçütleri kullanılmalıdır. Duyarlılık ya da seçicilik için kabul edilebilir düzeylere göre tanı ölçütleri belirlenmelidir.

Sürveyans sistemi, halk sağlığı eylemleri için gerekli bilgiyi sağlamalı, gereksiz bilgi toplanmamalıdır. Bunun için planlama aşamasında hastalığın önlenmesi ve kontrolü konusunda gereksinim duyulan bilgiler listelenmelidir. Bu bilgiler programın değerlendirilmesinde kullanılacak olan yapısal, süreç ve sonuçlara ait parametreleri içermelidir (bakınız Tablo 6.1).

Sürveyans sisteminde farklı sağlık kurumlarında verileri kimin toplayacağı, bildirim ve kaydın nasıl yapılacağı planlanmalıdır. Bildirim, posta, faks veya elektronik bilgi sistemi/e-mail yolu ile yapılabilir. Bildirim sisteminin veri gizliliğini sağlayacak şekilde yapılması önemlidir.

Sağlık personeli tarafından bildirim kabul edilebilirliğini etkileyen bazı faktörler söz konusudur. Bunlar, sağlık personelinin vaka tanımları ve bildirim akışları konusunda bilgisi, bildirim sürecinin basitliği, yeterli form stoku, bildirimle ilişkin ücret ödenmesi, hastalık ve sürveyans sistemi konusunda önemin anlaşılması, risk algılaması ve düzenli geri bildirim varlığı gibi sağlık personelinin motivasyonunu etkileyen faktörlerdir.

d) Veri Toplanması ve Doğrulması: Yerel, bölgesel, merkezi ve uluslararası düzey gibi farklı düzeylerde kim, ne zaman, hangi veriyi toplayacak; sistem aktif mi yoksa pasif mi olacak şeklinde tanımlamalar yapılmalıdır. Bu amaçla roller ve sorumlulukların tanımlandığı akış diyagramlarının hazırlanması yararlı olur.

Farklı kurum ve düzeylerde sağlık verisi toplandığında verilerin birey düzeyinde birleştirilmesi için rehberler ve standartların planlama aşamasında tanımlanması

çok önemlidir. Veri birleştirme konusunda da hangi verinin, hangi sıklıkla birleştirileceği ve raporlanacağı tanımlanmalıdır.

Sürveyans planlanırken gereksinim duyulan bilgiyi sağlamak için nasıl bir analiz stratejisi kullanılacağı belirlenmelidir. Analizin hangi sıklıkla, kim tarafından ve nasıl yapılacağı tanımlanmalıdır. Analiz sonucunda elde edilmek istenen sağlık göstergeleri tanımlayıcı ve analitik boyutu ile tanımlanmalı, yorumlamaya olanak sağlayacak eşikler, hedefler, eyleme odaklı göstergeler belirlenmelidir. Veri analizinde, hataları azaltmak ve veri kalitesini artırmak için otomatik veri analizi araçlarının kullanılması önerilir.

Sürveyans sistemleri planlanırken halk sağlığı yanıtı yani hastalık kontrolü açısından kim, nasıl ve ne sorularına yanıt veren protokoller hazırlanmalıdır. Verinin gönderilmesi ve geri bildirimim kime, ne zaman ve nasıl yapılacağı da planlanmalıdır. Bunun en azından hastalık kontrolüyle ilgili yapılacak girişimlerden sorumlu olanlara ve sürveyans sistemine katılanlara yapılması gerekmektedir. Geri bildirim rapor, epidemiyolojik bülten, web sitesi vs aracılığı ile yapılabilir.

Sürveyans amaçları ve uygulamaları planlandıktan sonra personel, çalıştaylar, toplantılar, hizmetiçi eğitim, laboratuvar ve bilişim araçları gibi sürveyans sisteminin maliyetini oluşturan unsurlar tanımlanarak maliyet değerlendirmesi yapılmalıdır.

Sürveyans Sisteminin İzlenmesi (Monitörizasyon) ve Değerlendirilmesi

Sürveyans sistemi popülasyonda, fizik veya sosyal çevrede yaşanabilecek değerikliklere göre yeniden düzenlenebilir. Sürveyans sistemleri görüldüğü üzere tıpkı TOYS sürecindeki gibi bir döngüden oluşmaktadır: sağlıkla ilgili olayların bildirim yapılr, veriler sürveyans merkezinde toplanır, analiz edilip yorumlanarak bilgiye dönüştürülür, bu bilgiye dayalı olarak yapılan geri bildirim ve tavsiyelere göre sürveyans sistemi yeniden planlanarak döngüye devam edilir.

Sürveyans sistemlerinin izlenmesi ve değerlendirmesi, sürveyans etkinliklerinin uygunluğunun, etkililiğinin ve etkilerinin, sürveyans sisteminin amaçları doğrultusunda düzenli olarak analiz edilmesidir. Sürveyans sistemlerinin değerlendirmesinde özel araştırmalar yapılabilir, izlemede ise verilerin mümkün olduğunca sürveyans sistemi aracılığıyla toplanması ve raporlanması önerilmektedir (CDC, 2001).

Sürveyans sistemlerinin izleme ve değerlendirmesinde anketler ve soru formları, vaka çalışmaları, doğrudan gözlem, rutin olarak toplanan verilerin rutin ve dönemsel analizi gibi nicel veri toplama yöntemleri yanısıra sürveyans toplantıları ve çalışmaları, belge inceleme, odak grup görüşmeleri, derinlemesine görüşmeler, güçlü ve zayıf noktalar ile fırsat ve tehditlerin analizi (GZOT/SWOT analizi) gibi nitel veri toplama yöntemleri kullanılabilir.

6.5 Ülkemizdeki İkincil Veri Kaynakları

Farklı amaçlar için farklı kurum ya da kişilerce toplanmış olan verilerin analiziyle oluşturulmuş bilgiler ikincil veri kaynağı olarak adlandırılır. TOYS programının değerlendirmesinde ikincil veri kaynakları da kullanılabilir.

Genel Nüfus Sayımları ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

Ülkemizde nüfusa ait bilgiler 2000 yılına kadar genel nüfus sayımları ile 2010 yılından itibaren ise Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) nüfus sayımı ile elde edilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti'nde ilk nüfus sayımı 1927 yılında gerçekleştirilmiş, daha sonraki nüfus sayımları 1935 ile 1990 yılları arasında düzenli olarak sonu 0 ve 5 ile biten yıllarda uygulanmıştır. 1990 yılından sonra ise nüfus sayımlarının sonu 0 ile biten yıllarda uygulanması belirlenmiş ve bu kapsamda 2000 yılında ondördüncü Genel Nüfus Sayımı gerçekleştirilmiştir. Genel nüfus sayımları geleneksel yöntemle yani tek günde de facto tabanlı sayım şeklinde yürütülmüştür. Bu nedenle 2000 yılı öncesindeki nüfus sayımları, kişiler sayım günü bulunduğu yerde sayıldığı için sürekli ikamet edilen yer bilgisini içermemektedir. Ek olarak genel nüfus sayımlarında elde edilen bilgiler sayım günü derlenen bilgilerle sınırlı kalmıştır. Yerleşim yerleri nüfus bilgilerinin güncel olarak tutulması ve nüfus hareketlerinin düzenli olarak izlenebilmesi amacıyla 2007 yılından itibaren ADNKS ile nüfus sayımı yapılmaya başlanmıştır (TÜİK, 2014). Bu sistem ile mevcut idari kayıtların adrese dayalı olarak geliştirilmesi hedeflenmiştir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi çalışması kapsamında öncelikle ülke genelindeki tüm adres bilgilerinin kaydedildiği "Ulusal Adres Veri Tabanı (UAVT)" oluşturulmuştur. Daha sonra Türkiye'de ikamet eden T.C. vatandaşlarının ikamet adresleri Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) veri tabanındaki T.C. kimlik numarası ile Türkiye'de ikamet eden yabancı uyruklu kişilerin ikamet adresleri ise pasaport numarası ile eşleştirilerek sistem kurulmuştur. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'nde, ülkemiz sınırları içinde yaşayan hanehalklarındaki kişiler, hanehalkı teşkil etmeyen kurumsal yerlerde kalan kişiler, göçebeler, evsizler

ile Türkiye’de ikamet eden yabancı uyruklu kişiler kapsamıştır. Yurtdışında ikamet eden Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları ise kapsama dahil edilmemiştir. ADNKS nüfus sayımları, nüfusun büyüklüğü, yaş, cinsiyet yapısı, doğum, ölüm, evlenme, boşanma, göç, okullaşma gibi nüfus istatistikleri konusunda bilgi vermektedir.

ADNKS çalışmaları 31 Aralık 2007 tarihinde tamamlanmış ve sonuçları 21 Ocak 2008 tarihinde kamuoyuna açıklanmıştır. Genel nüfus sayımı ve ADNKS Nüfus Sayımı Sonuçlarına dayalı nüfus bilgileri Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) resmi web sitesinde “temel istatistikler” başlığı altında yer alan “nüfus ve demografi” bölümünde yayınlanmaktadır (TÜİK, 2018a).

TÜİK web sitesinde “veri tabanları” başlığı altında yer alan ADNKS ve Genel Nüfus Sayımı (1965 ve sonrası için geçerlidir) veri tabanlarına ulaşılarak dinamik sorgulama da yapılabilmektedir (TÜİK, 2018c).

Ölüm Kayıtları, Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS)

Ülkemizde ölüm istatistikleri 1931 yılından itibaren TÜİK (2005 yılı öncesinde Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından derlenmeye başlanmıştır. İstatistikler, 1949 yılı sonuna kadar nüfusu en fazla olan 25 il merkezini, 1950-1956 yılları arasında bütün il merkezlerini, 1957- 2008 yılları arasında ise il ve ilçe merkezlerini kapsayacak şekilde yayımlanmaya başlamıştır. Ölüm istatistiklerinin kapsayıcılığının ülke geneline yaygınlaştırılması amacıyla 1982 yılından itibaren bucak ve köylerden bilgi toplanmasına çalışılmış, ancak bu alanlardan çok eksik veri gelmesi nedeniyle yayımlanamamıştır. Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) 2009 yılından itibaren, il ve ilçe merkezleri ile hekimi olan tüm yerleşim yerlerinde, hekimler tarafından görülen ölüm vakalarını kapsamaktadır. Ülkemizde 2009 yılından önce, il ve ilçe merkezlerinde meydana gelen ölümler için ölüm fişi düzenleniyor, ölüm nedeni Uluslararası Hastalık Sınıflaması 8’e (UHS-8) göre yapıyordu. 2009 yılından itibaren uluslararası standartlara uygun bir ölüm belgesi ile veriler toplanmaya başlanmıştır. Ölüm belgesindeki ölüme sebebiyet veren ve ölümlerle ilgili tüm hastalıklar UHS-10’a göre TÜİK Bölge Müdürlüklerinde kodlanmakta ve ölümün altta yatan nedeni tespit edilmektedir. ÖBS’nin veri kaynağı hastaneler, aile sağlığı merkezleri, belediye tabiplikleri, adli tıp kurumları ile diğer sağlık kuruluşlarıdır. Derlenen değişkenler ise ölüm nedeni, daimi ikametgah, cinsiyet ve yaş grubudur.

ÖBS’nden elde edilen ölüm istatistikleri TÜİK resmi web sitesinde “konularına göre istatistikler/ Sağlık ve Sosyal Koruma” başlığı altında yer alan “Ölüm Nedeni

İstatistikleri” bölümündedir (TÜİK, 2018b). TÜİK web sitesinde “veri tabanları” başlığı altında yer alan Ölüm İstatistikleri veri tabanlarına ulaşarak dinamik sorgulama da yapılabilmektedir (TÜİK, 2018c). Ülkemizde 2009 yılından sonra kullanılmaya başlayan yeni ölüm belgesinde anne ve bebek ölümlerinin tespitine yönelik bölümler bulunmaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından yine 2009 yılında bu ölümler hakkında daha doğru ve ayrıntılı bilgi toplanması amacıyla ayrı aktif sürveyans sistemleri geliştirilmiştir. Anne ölümleri veri sistemi kapsamında, 12-50 yaş arasındaki kadınlarda gebelik, doğum ve doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen ölümler; bebek ölümlerini izlemi sisteminde ise 0-365 gün içerisinde gerçekleşen ölümler hakkında bilgi toplanmaktadır. Her iki sistemde de İl Sağlık Müdürlükleri ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü düzeyinde inceleme komisyonları oluşturulmuştur. Ölümün gerçekleştiği yere göre hastane araştırması ya da sözel otopsi uygulaması ile temel, ara ve son ölüm nedenleri ve ölümün gerçekleşmesine etki eden bireysel, sosyo-ekonomik, kültürel ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili faktörler araştırılmaktadır. Daha sonra elde edilen tüm bilgiler oluşturulan komisyonlarda değerlendirilerek ölüm nedenleri tespit edilmekte ve etkileyen faktörler sınıflandırılmaktadır.

e-Sağlık Uygulamaları

Türkiye’de e-Sağlık uygulamaları ile sağlık hizmeti sunan tüm merkezlerde standartlara göre sağlık verisi toplamak, toplanan verilerden raporlar üretmek, elektronik sağlık kayıtlarını oluşturmak, Bakanlık, merkez ve bağlı kuruluşlarının bilgi ve rapor ihtiyaçlarını karşılamak, toplanan verilerin bilgiye dönüştürülerek sağlık hizmet sunum sürecine katılabilmesini sağlamak amaçlanmaktadır. Türkiye’de e-Sağlık uygulamaları, 2010 yılında tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçişle birlikte ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır. e-Sağlık uygulamalarını Sağlık.NET, Halk Sağlığı Bilgi Sistemi (HSBS), Kamu Hastaneleri Bilgi Sistemi, e-Radyoloji, Karar Destek Sistemi (KDS), Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) ve e-Nabız oluşturmaktadır. Bu uygulamalara Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü web sayfasından ulaşılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Sağlık.Net, sağlık kurumları tarafından kayıt altına alınan sağlık verilerinin toplanmasına ve ilgili kişiler ve kurumlar tarafından görülmesine olanak vermektedir. Sağlık.NET iki ana bölümden oluşmaktadır: Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS). Sağlık.NET kapsamında veri toplama sürecindeki aşamalar sırasıyla Ulusal Veri Sözlüğü (UVS), Gönderim Paketleri, Minimum Sağlık Veri

Setleri (MSVS) ve Veri Elemanlarıdır. UVS ile toplanması istenen veriler ve toplanma yöntemleri tanımlanmıştır. Gönderim paketleri vatandaş kayıt, hasta özlük, HIV, tetkik sonuç, muayene, yatan hasta, ölüm gönderim paketleri şeklinde sınıflanmıştır. Sağlık verisi toplamak için oluşturulmuş formlar ise MSVS'yi oluşturmaktadır. Bunlar genel MSVS'ler ve tanıya bağlı özel MSVS'ler olmak üzere 2 gruptur. Genel MSVS'ler, reçeteler (muayene sonucu ortaya çıkan), tetkikler (tomografi ve röntgenler hariç), izlemler (gebe, bebek ve çocuk), aşılar, ağız ve diş sağlığı, kan bağıışı başlıkları altında yer alır. Tanıya bağlı özel MSVS'ler ise kanser, obezite, diyabet, diyaliz, verem, kuduz, paraziter hastalıklar, kronik hastalıklar, tetkikler (tomografi ve röntgenler hariç), intihar girişimi, madde bağıımlılığı, organ nakli, kök hücre nakli, zehirlenme ve madde bağıımlılığı ve tütün kullanımınıdır. Veri elemanları, MSVS'leri içeriğini oluşturulmasında kullanılır. Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) ise ulusal sağlık bilgi sisteminde bulunan kodlama ve sınıflandırma standartlarının yer aldığı bir referans sunucusudur. HSBS kapsamında, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yürütölen sağlık programları için gerekli olan bilginin sağlanması, oluşturulacak program bazlı modöller yapının Sağlık.NET ile bilgi alış verışı, TSM'lerin yönetim süreçlerinde bilgi sistemlerinin kullanılması, sistemin kendi özgünü KDS'sini oluşturmak amaçlanmıştır (Hülür, 2014).

e-Nabız, farklı sağlık kurumlarında vatandaşlara ait muayene, tetkik ve tedavi bilgilerine kendilerinin ve yetki verdikleri sağlık çalışanlarının ulaşılabilmesine olanak sağlayan kişisel sağlık kayıt sistemidir (<https://enabiz.gov.tr/>).

e-Radyoloji (teletıp) kapsamında farklı sağlık kurumlarında yapılan radyolojik tetkik talep sonuçlarının paylaşılması ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve gereksiz tekrarlayan çekimlerin önlenmesi amaçlanmıştır.

KDS kapsamında ise Bakanlık birimleri ve Taşra teşkilatının bölgesel düzeyde sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti sunumuna ilişkin raporlar alınmakta; kurum ve hekimlerin sundukları hizmetlerle ilgili raporları görmeleri sağlanmaktadır. Bu kapsamda ayrıca kişilerin kendi elektronik sağlık kayıtlarına erişimleri de sağlanmaktadır

(<https://kds.sagliknet.saglik.gov.tr/analytics/saw.dll?bieehome&startPage=1>).

HSBS, Kamu Hastaneleri Bilgi Sistemi, e-Radyoloji, KDS, ESK ve e-Nabız oluşturmaktadır. Bu uygulamalara Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü web sayfasından ulaşılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), vatandaşların Sağlık Bakanlığına bağılı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerine Alo 182'yi arayarak canlı operatörlerden, web üzerinden ya da MHRS mobil uygulamasından kendilerine

istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir sistemdir (<https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas>).

Türkiye Sağlık İstatistikleri

Sağlık İstatistikleri alanında kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmaktadır. Bu veriler 1956-1994 arasındaki dönemde belli dönemler için birarada ele alınarak, 1995 yılından itibaren ise yıllık olarak yayımlanmıştır.

Tüm Sağlık İstatistik Yıllıklarına Sağlık Bakanlığı'nın web sayfalarından erişilebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllıkları, temelde Sağlık Bakanlığı ve TÜİK verilerini, ek olarak ulusal araştırmalardan elde edilen verileri kullanmaktadır. Örneğin, Sağlık İstatistik Yıllığı 2015'in veri kaynaklarını TÜİK, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, TÜİK Türkiye Sağlık Araştırmaları, Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2000, Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013, Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü verileri oluşturmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014; Sağlık Bakanlığı 2013; Sağlık Bakanlığı 2010).

Sağlık İstatistik Yıllığı 2015 raporunda veriler:

Genel Demografik Göstergeler,

Mortalite (doğumda beklenen yaşam süresi, bebeklik ve çocukluk dönemi ölüm hızları, anne ölüm oranı, ölüm nedenlerinin dağılımı),

Morbidite (AIDS, kızamık, sıtma tüberküloz vaka sayıları, kanser insidansı, en sık görülen kanser türleri, hastane yatışları, yaşanan sağlık sorunları),

Risk Faktörleri (tütün, alkol, şişmanlık, bazı besin ve içeceklerin tüketimi, anne sütü uygulamaları, sebze ve meyve tüketimi, yaşam kalitesi),

Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Korunması (aşılama, doğum öncesi, doğum, doğum sonrası bakım, bebek ve lohusa izlemleri),

Sağlık Hizmeti Verilen Kurumlar ve Altyapıları (hastane yatağı, yoğun bakım yatağı, yenidoğan yoğun bakım yatağı, ameliyathane hizmetleri altyapısı vs),

Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı,

Sağlıkta İnsan Kaynakları, Sağlık Ekonomisi ve Finansmanı başlıkları altında sunulmuştur.

Periyodik Araştırmalar

Türkiye Sağlık Araştırması: TÜİK tarafından 2008, 2010, 2012 ve 2014 yıllarında yürütölmüştür. ADNKS örnekleme çerçevesinden Türkiye toplam, kırsal tahmini verebilecek düzeyde seçilmiş 7.910-14.400 hane arasında değişen örnek gruplarında anket yöntemiyle veri toplanmıştır. 0-6 ve 7-14 yaş grubundaki çocuklarda görölen rahatsızlıklar, çocukların anket tarihinden önceki 6 ay süresince geçirdikleri hastalık ve kazalara ait bilgiler ile aldıkları hizmet türlerine ilişkin bilgiler; 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin genel sağlık durumu, kronik hastalıkları, günlük aktivitelerini yürütmedeki fonksiyonel yeterlilikleri, kişisel bakım, sağlık hizmetleri kullanımı, ilaç kullanımı, yapılan aşılar ve ölçümler ile boy ve kilo değerleri, sigara ve alkol kullanımı ile ilgili bilgiler elde edilmektedir (TÜİK, 2014).

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması: Türkiye’de hastalıkların ve yaralanmaların getirdiği yükleri hesaplamak ve yakın gelecek için hastalık yüğü eğilimini göstermek amacı ile ilki 2004 yılında (Ünüvar, 2007) ikincisi 2013 yılında olmak üzere iki kez Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması gerçekleştirilmiştir. İkinci çalışmanın sonuçları rapor şeklinde henüz yayınlanmamış, ancak elektronik olarak paylaşılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA): Türkiye’de nüfus konusunda öлке çapında yürütölen ilk saha araştırması 1963 yılında, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı Hıfzıssıhha Okulu tarafından, Milli Eğitim Bakanlığı ve ‘Population Council’ ile işbirliği yapılarak gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların saptanmasına ağırlık verilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün (HÜNEE) 1967 yılında kurulmasının ardından ilki 1968 yılında olmak üzere ve daha sonra her beş yılda bir düzenli olarak öлке çapında toplam 10 kez saha araştırması yürütölmüştür. Bu araştırmalar, Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Programı (Demographic and Health Surveys-The DHS Program) standartlarında tasarlanmıştır. En son yürütölen TNSA 2013 ADNKS örnekleme çerçevesinden Türkiye toplam, kırsal ve 12 NUTS bölgesi, 7 büyük metropol tahmini verebilecek düzeyde seçilmiş 14496 hanehalkı örnek grubunda anket yöntemiyle ve antropometrik ölçümlerin alınması şeklinde veri toplanmıştır. TNSA’lar, doğurganlık ve doğurganlık tercihleri, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, düşükler ve ölü doğumlar, doğum öncesi ve sonrası bakım, erken yaş ölümler, aşılanma, emzirme, beslenme yetersizliği-beslenme bozukluğu konularında bilgi sağlamaktadır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2013 ve 2018).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010: TBSA 2010 ile ülkemizde toplumun beslenme, bilgi tutum ve alışkanlıkları ile fiziksel aktivite düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır. TBSA 2010, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi işbirliğinde yürütülmüştür. ADNKS örneklem çerçevesinden Türkiye toplam, kır-kent ve 12 NUTS bölgesi tahmini verebilecek düzeyde seçilmiş 19056 hanehalkı örnek grubunda anket yöntemiyle ve antropometrik ölçümlerin alınması şeklinde veri toplanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Genel beslenme özellikleri, besin tüketim sıklığı, enerji ve besin öğelerinin tüketim durumu ve miktarı, besin destekleri kullanım durumu, fiziksel aktivite durumu ve antropometrik ölçümleri konusunda 0-5 Yaş ve 6-11 yaş çocuklar ile ve 15 yaş ve üzeri kişiler için ayrı olmak üzere bilgi vermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Türkiye’de Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (TKrHRF): TKrHRF çalışması, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri konusunda sürekli veri toplanmasına model olması amacıyla gerçekleştirilen kesitsel bir araştırmadır (Onat, 2005). Ülkemizde ilk defa uygulanan bir tasarım ile yürütülmüştür. Türkiye’deki tüm aile hekimlerine kayıtlı nüfustan örnek seçilmiş ve aile hekimleri tarafından Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) veriler kaydedilmiştir. AHBS örneklem çerçevesinden seçilmiş 20898 15 yaş ve üzeri kişi ile aile hekimleri yüzyüze görüşmüş, fiziksel muayene, antropometrik ölçümler yanısıra solunum fonksiyon testi ve biyokimyasal tetkikler de yapılmıştır. Araştırmanın sonuçları, sigara, alkol, kan basıncı ve hipertansiyon, diyabet, kan kolesterol düzeyi ve hiperlipidemi, obezite, metabolik sendrom, beslenme, fiziksel aktivite, kalp ve damar hastalıkları, kronik solunum yolu hastalıkları, diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar, kazalar, ruh sağlığı sorunları-kısa anketi, yaşam kalitesi, önleyici hizmetler ve yaşam biçimi değişikliği önerileri, kronik hastalıkların birinci basamakta yönetimi, mortalite ve nedenleri başlıkları altında sunulmuştur (Ünal ve Ergör 2013).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA): Türkiye’de 15 ve üzeri yaştaki yetişkinlerde tütün ve tütün mamullerinin kullanımı, sigara dumanına maruz kalma durumu, tütün ve tütün kullanımını bırakma eğilimi, kişilerin medya ve sağlık uyarıları konusundaki tutum ve algıları ile ilgili bilgileri elde etmek amacı ile 2008 yılında 11200 hanede, 2012 yılında ise 11536 hanede KYTA yürütülmüştür (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP): İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Sağlık Bakanlığı'nın işbirliği ile 1997-1998 döneminde TURDEP-1, 2010 yılında ise TURDEP-2 çalışması gerçekleştirilmiştir. Çalışmalarda 20 yaş üzeri yaklaşık 25000 kişiye ulaşılmıştır. TURDEP-I ve TURDEP-II çalışmaları Türkiye geneli ve bölgesel düzey için diyabet (yeni ve bilinen), bozulmuş glukoz toleransı, obezite, hipertansiyon prevalansı ve belirleyicileri konusunda bilgi vermektedir (Satman, 2011).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEK-HARF): Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yürütülen TEK-HARF çalışması, 1990 yılında ulusal düzeyde seçilen 3687 kişide kesitsel çalışma olarak başlatılmış, sonrasında 1994/95, 1997/98, 2000 ve 2001/2002 dönemlerinde örnek grubunun takibi şeklinde yürütülmüştür. Tarama dönemlerinde izlemde kayıplar nedeniyle 1022 kişi daha örnek grubuna eklenmiştir. Çalışma Türkiye'de kalp hastalığı prevalansı, yeni koroner olaylar, kalp hastalığına bağlı ölüm hızı ile hipertansiyon, sigara, alkol içimi, obezite, metabolik sendrom, diyabet, fiziksel inaktivite gibi koroner kalp hastalığı risk faktörlerinin sıklığı ve koroner kalp hastalığı riskleri konusunda bilgi vermektedir (Onat, 2005).

Kaynaklar

- Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Schein M, Naveh P (1994) The CHAD Program for the control of cardiovascular risk factors in a Jerusalem community: A 24 year retrospect. *Israel Journal of Medical Sciences* 30: 108-119.
- Abramson JH (1999) *Survey Methods in Community Medicine*. Chapter 5. The objectives of evaluative studies & Chapter 31. Programme trials. Churchill Livingstone. 4th Ed., 1999.
- Adams EJ, Cavill N, Sherar LB (2017) Evaluation of the implementation of an intervention to improve the street environment and promote walking for transport in deprived neighbourhoods. Adams et al. *BMC Public Health* (2017) 17:655.
- Bardach E, Patashnik E (2009) *A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving*. 5th ed. CQ Press, USA, 2016.
- CDC (1999) Framework for program evaluation in public health. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR* 1999; 48 (No. RR-11).
- CDC (2001) Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems: Recommendations from the Guidelines Working Group. Centers for Disease Control and Prevention, *MMWR*, July 27, 50 (RR13):1-35.
- CDC (2011) Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA.

- Ergör G, Soysal A, Sözmen K, Ünal B, Uçku R, Kılıç B, Günay T, Ergör A, Demiral Y, Saatlı G, Meseri R, Baydur H, Simşek H, Budak R, Arık H, Karakuş N (2012) Balcova heart study: rationale and methodology of the Turkish cohort. *Int J Public Health*. 2012 Jun;57(3):535-42.
- Gofin R, De Leon D, Knishkowsky B, Palti H (1995) Injury prevention programs in primary care: process evaluation and surveillance. *Injury Prevention* 1:35-39.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (2014) 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Yayın No: NEE-HÜ.14.01, Ankara, 2014.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (2018) HÜNEE/ Araştırmalar/ Ülke Çapında Beş Yılda Bir Yapılan Nüfus Araştırmaları, TNSA (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/nufus_arastirmalari_shtml) Erişim 28.11.2018)
- Hülür Ü (2014) e-Sağlık Uygulamaları. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü <http://www.slideserve.com/malik-harper/e-sa-l-k-uygulamalar>
- Erişim tarihi:03.01.2019.
- Meseri R, Ünal B (2008) Hastalık Kontrol Programları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 17:4;57-61.
- Nsubuga P, Eseko N, Tadesse W, Ndayimirije N, Stella C, McNabb S (2002) Structure and Performance of Infectious Disease Surveillance and Response, United Republic of Tanzania, 1998. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (3): 196–203.
- Nsubuga P, White ME, Thacker SB et al. (2006) Public Health Surveillance: A Tool for Targeting and Monitoring Interventions. (in) Jamison DT, Breman JG, Measham AR et al (Eds) *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edition. Disease Control Priorities Project. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; New York: Oxford University Press. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11770/>)
- Onat A (Ed) (2005) TEKHARF Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı. ARGOS iletişim. İstanbul.
- Sağlık Bakanlığı (2013) Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü.
- İnternet erişim adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uhyt.shtml>
- Sağlık Bakanlığı (2014) Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara. (http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf)
- Sağlık Bakanlığı (2018) Sağlık İstatistik Yıllıkları
İnternet erişim adresi: http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/829_DB_21_saglik-istatistik-yilliklari,
İnternet erişim adresi: http://www.sagem.gov.tr/daireler/saglik_istatistikleri/yayinlar.aspx
- Sağlık Bakanlığı (2019) Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü e-sağlık verileri.
İnternet erişim adresi: (<http://www.e-saglik.gov.tr/>).Erişim tarihi:03.01.2019.
- Satman İ (2011) Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-I ve TURDEP-II) 47. Ulusal Diyabet Kongresi. 11-15 Mayıs 2011, Antalya. (http://diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel_arastirmalar/turdep_1_turdep_2.pdf)

- Taşdelen İ (2015) Batı Mantiğının Doğuşu. Mantiğın Gelişimi içinde, 1. Ünite, D Grünberg (ed). Açık Öğretim Fakültesi Yayın No:1408, 5. Baskı, Eskişehir.
- Thacker SB, Stroup DF (1998) Public Health Surveillance. In Applied Epidemiology: Theory to Practice, R. C. Brownson and D. B. Petitti (Eds), 105–35. New York: Oxford University Press.
- TÜİK (2014) Türkiye Sağlık Araştırması 2008, 2010, 2012, 2014 <https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/index.zul> (Erişim tarihi: 27.11.2018)
- TÜİK (2018a) Temel istatistikler/Nüfus ve demografi (<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>)
- TÜİK (2018b) Konularına göre istatistikler/ Sağlık ve Sosyal Koruma/ Ölüm Nedeni İstatistikleri (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>)
- TÜİK (2018c) Veri tabanları /Ölüm İstatistikleri (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=114&locale=tr>)
Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>)
Genel nüfus sayımları (<https://biruni.tuik.gov.tr/nufusmenuapp/menu.zul>)
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014) Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No:948, Ankara. (http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf) (Erişim:28.11.2018)
- Ünal B, Ergör G (eds) (2013) Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı: Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara. (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khfrfat.pdf>) (Erişim tarihi:28.11.2018)
- Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N (eds) (2007) Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı (RSHMB) Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü: Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması 2004. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701, Ankara, 2007. (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/166>)
- WHO (2006) Communicable Disease Surveillance and Response Systems: Guide to monitoring and evaluating, WHO/CDS/EPR/LYO/2006.2, World Health Organization.

Neyin değiştiğini değil, neyin değişmediğini anladığımızda cevabı da bulmuş olunuz.

David Rothkopf

7 TOYS ve SAĞLIK ETKİ DEĞERLENDİRMESİ

Belgin Ünal

7.1 Sağlık Etki Değerlendirmesi Tanımı

TOYS sürecinin temel amacı yaratıcı ve etkin girişimlerle toplumsal düzeyde yaşanan önemli sağlık sorunlarının nedenlerini ortadan kaldırmaktır. Bu hedefe ulaşmak için insanların yaşayış biçimlerini değer değiştirmeye yönelik çevre ya da sosyal politika değer değişlikleri yapılır. İnsanların içinde buldukları biyolojik, fiziksel ya da sosyal yaşam alanlarına yapılan her yeni girişimin sağlık üzerine etkisi olabilir.

Sağlık Etki değerlendirmesi (SED) tanım olarak, bir politika, program veya projenin toplumun sağlığı üzerine, özellikle de kırılgan ve dezavantajlı gruplar üzerine olası sağlık etkilerini sistematik olarak değerlendiren, dağılımını inceleyen yöntem ve araçların bütünüdür (WHO, 1999). SED, bu etkilerin toplum yararına yönetilmesi için uygun eylemlerin neler olabileceği konusunda öneriler getirmeyi amaçlar. Bir başka söyleyişle; politika değer değişikliği ya da eylemden kaynaklanabilecek olumsuz etkileri önlemek/ azaltmak ya da olumlu etkileri artırmak için SED, politika değer değişikliği tasarımı aşamasındayken yapılmalıdır. Dolayısıyla SED, ulusal veya yerel düzeyde politika ve program değer değişlikleri uygulanan TOYS girişimlerinden önce ele alınması gereken bir yöntem olarak değerlendirilmelidir.

SED, toplum sağlığının sadece sağlık hizmetleriyle belirlenmediği aynı zamanda ekonomik, sosyal, psikolojik ve çevresel etkenlerinin de olduğu görüşüne dayanır. Tablo 7.1'de görüldüğu gibi sağlığın belirleyicileri bireysel özelliklerden sosyo kültürel çevreye kadar geniş bir yelpazede ele alınmaktadır. Dolayısıyla önerilen her türlü politika, düzenleme ya da değer değişikliğin sağlık etkisi değerlendirilmelidir. Örneğin bir bölgeye fabrika, konut, eğlence merkezi ya da alışveriş merkezi yapılması gibi projeler, kentsel dönüşüm projeleri, ulaşım projeleri, entegre ulaşım stratejisi ya da evde kullanılan yakıt katma değer vergisi konması gibi politika değer değişlikleri sağlık etkisi değerlendirilmesi gereken uygulamalardır. DSÖ özellikle ekonomik ve sosyal politikalar konusunda SED yapılmasını önermektedir (Tablo 7.1).

Tablo 7.1 Sağlık Etki Değerlendirmesi Yapılması Önerilen Öncelikli Alanlar

- Ekonomik politika
- Sosyal politika
- İnşaat sektörü
- Alkol fiyatlandırması ve satışı
- Vergilendirme politikası
- İstihdam ve işgücü arzı politikaları
- Tarım politikaları
- Nakliyat
- Dolgu alanlarda toksik kimyasalların etkileri
- Hava kalitesi emisyonları
- Elektromanyetik alanlar
- Atık yönetimi
- Ticaret
- AB politika ve direktifleri
- Tüketici politikası

Kaynak: DSÖ (2003)

Sağlık etki değerlendirmesinin altında yatan ilkeler kısaca aşağıdaki gibi özetlenebilir (WHO, 1999).

- a)** Demokrasi – Kişilerin kendi yaşamlarını etkileyebilecek politika, program, projelerin oluşturulması ve uygulanması aşamalarına katılmaya hakları vardır. Değişik düzeylerde toplumun SED aşamalarına katılması sağlanmalıdır.
- b)** Eşitlik – SED, önerilen değişikliğin, tüm toplum ve özellikle kırılgan grupların (yaş, cinsiyet, etnik özellikler ve sosyoekonomik durum açısından) üzerine olası etkilerini değerlendirir.
- c)** Sürdürülebilir Gelişme – Gelişmenin gelecek kuşakların kaynaklarını şu anki kuşakların gereksinimleri için feda etmemek ilkesi doğrultusunda politika ya

da programın kısa ve uzun dönem etkileriyle açık ve dolaylı etkilerini belirler.

- d) Kanıtların etik kullanımı – Kanıtların şeffaf ve titiz bir şekilde değerlendirilip yorumlanması için var olan en iyi nitel ve nicel kanıtlar kullanılır. Kanıta dayalı öneriler üretilir.

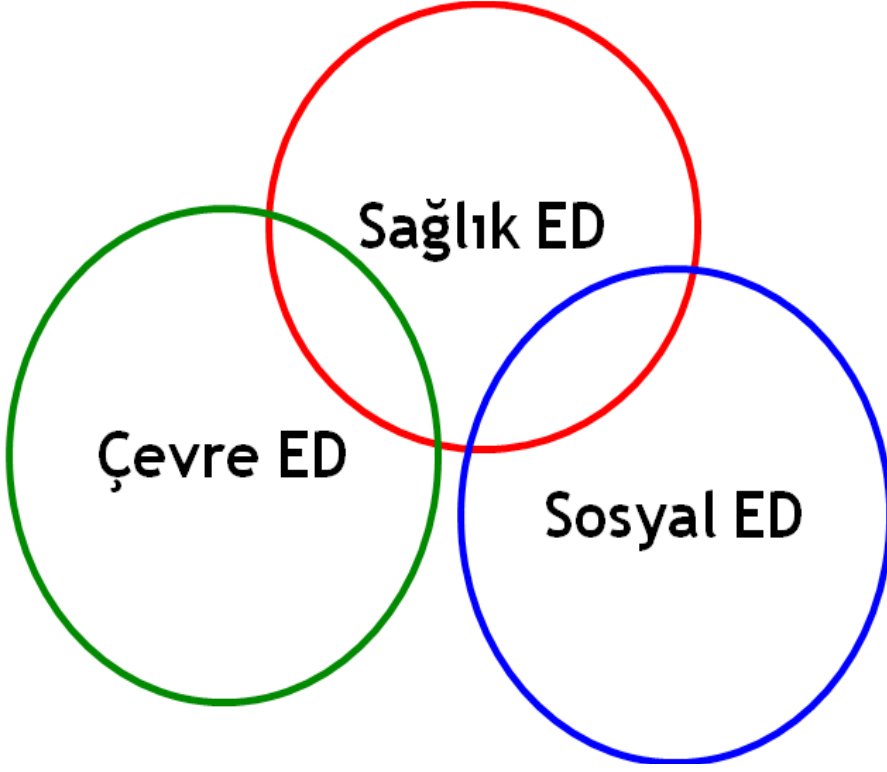
Sağlık etki değerlendirmesinde önerilen değişikliğin duyarlı gruplar üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesine yani 'sağlıkta eşitliğin' değerlendirilmesi kavramına özellikle önem verilmektedir. İngiltere ve İskoçya'da sağlıkta eşitliğin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilen rehberler bulunmaktadır (Povall 2013; NHS 2015). Avrupa Birliği ülkeleri için de sağlık politikalarının etkilerinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere ortak bir rehber geliştirilmiştir (Abrahams, 2004).

Sağlık etki değerlendirmesi kavramı çoklukla program değerlendirme kavramıyla karıştırılmaktadır. Program değerlendirme, yapılan bir girişimin etkisini değerlendirmek amacıyla programın uygulanmasından sonra yapılır. Ancak SED, program önerildiği sırada yapılır. Amacı ise programın olası sonuçlarını öngörmek, olumlu etkilerini çoğaltmak, olumsuz etkilerini ise azaltmak amacıyla karar vericiler ve taraflar için öneriler üretmektir. SED nitel ve nicel yöntemlerle elde edilmiş kanıtları karar verme sürecine entegre eden multidisipliner bir süreçtir. SED kanıta dayalı, iyi bilgilendirilmiş ve daha şeffaf bir karar alma süreci yaratır.

7.2 Sağlık Etki Değerlendirme Teknikleri

Etki değerlendirme kavramı uzunca bir süredir bilinmektedir. Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED), bir projenin çevresel; sosyal etki değerlendirmesi ise sosyal etkilerinin incelendiği etki değerlendirme süreçleri olarak tanımlanmaktadır. Entegre Etki Değerlendirmesi ise çevre, sosyal ve sağlık etki değerlendirmesini kapsamaktadır. Stratejik Etki Değerlendirmesi daha geniş bir dönemi kapsayan sektörel değerlendirmeleri kapsamaktadır. ÇED diğerlerine göre daha yaygın olan ve çoğu ülkede eksikliklerine rağmen uygulanmakta olan değerlendirme şeklidir ancak SED görece yeni bir kavramdır. SED tanımı ve kapsamından dolayı çevresel ve sosyal boyutları da bir miktar içermektedir. Şekil 7.1'de sağlık, sosyal ve çevresel etki değerlendirmelerinin ilişkisi verilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü SED'i, ÇED ve stratejik etki değerlendirmesi gibi geliştirmeye ve yaygınlaştırmaya çalışmaktadır. SED Kanada, Avustralya ve İngiltere'de yaygın kullanılan bir etki değerlendirme sürecidir.

Şekil 7.1 Sağlık, Sosyal ve Çevresel Etki Değerlendirmelerinin İlişkisi



7.3 Sağlık Etki Değerlendirmesini Kim Yapar?

SED yerel, bölgesel, ulusal, uluslararası düzeylerde ele alınabilir ve sağlık yöneticileri, planlamacılar, yerel yönetimler ya da özel sektör tarafından yaptırılır. SED'î sağlık çalışanları, halk sağlıkçılar, sosyal çalışmacılar, şehir plancıları gibi farklı bilgi ve becerilere sahip kişiler ya da ekipler yapabilir. SED ile ilgili kurslar değişik kurumlar tarafından verilmektedir.

7.4 Sağlık Etki Değerlendirme Basamakları

Sağlık etki değerlendirmesi altı basamaktan oluşur (Kemm 2007; Harris 2007). Tablo 7.2'de listelenen basamaklar ilerleyen sayfalarda biraz daha ayrıntılı açıklanacaktır.

Tablo 7.2 Sağlık Etki Değerlendirme Basamakları

1. Önerinin sağlık etkisinin değerlendirilmesine gerek olup olmadığına karar verilen tarama aşaması (Screening)
2. Sağlık etki değerlendirmesinin yanıtlaması gereken soruların ve değerlendirilmenin nasıl yapılacağına belirlendiği kapsam belirleme aşaması (Scoping)
3. Olası sağlık etkilerinin ve hangi yollarla ortaya çıkacağına belirlendiği değer biçme/etki kestirimi aşaması (Appraisal)
4. Her seçenek için iyi sağlık sonuçlarının nasıl artırılıp istenmeyen sonuçların ve eşitsizliklerin azaltılabileceği ile ilgili öneriler oluşturulması (Raporlama, Reporting)
5. Karar vericileri SED sonuçları ile bilgilendirerek desteklemek/etkilemek (Supporting or influencing decision-makers)
6. SED raporunda belirtilen sonuçların gerçekleşip gerçekleşmediğinin izlemi ve değerlendirmesi (Monitoring and Evaluation)

Kaynaklar: Kemm (2007) ve Harris (2007)

Tarama

Sağlık etki değerlendirmesine gerek olup olmadığının belirlendiği aşamadır. Tarama aşaması karar vericiler, tasarıyı getirenler, tasarının hayata geçmesinden etkilenecek toplum veya temsilcileri ile anahtar kişilerden oluşan bir grup tarafından yapılmalıdır. Tarama sırasında tasarı hızla incelenir sağlık üzerine etkisinin olup olmayacağı değerlendirilir. Eldeki olanaklar göz önüne alınarak kapsamlı bir SED yapılıp yapılmayacağına karar verilir. Tarama aşamasında politika ya da kararın sağlığı etkilemesi olası mı? Yakın bir dönemde karar alınacak mı? Karar vericilerin kararı etkilenebilir mi? soruları yanıtlanır. Eğer sorulardan birine bile yanıt "hayır" ise kapsamlı SED'e başlanmamalıdır. Soruların hepsine yanıt olumluysa ayrıntılı bir SED'e başlanabilir (Kemm, 2007).

Kapsam Belirleme

SED'in yönteminin belirlenmesi ve planlanması aşamasıdır. Tasarının büyüklüğü, olası sağlık etkilerinin büyüklüğü, tasarımın değiştirilebilme potansiyeli, politik/toplumsal ilgi, eldeki kaynaklar göz önünde bulundurularak SED'in boyutuna karar verilebilir. Tasarı küçük boyutlu (bir mahalleye park yapılması gibi) ve beklenen olumsuz sağlık etkisi sınırlı ise SED'in boyutu küçük tutulabilir. Ancak kentin etrafına çevre yolu yapımı gibi daha geniş bir proje için kapsamlı bir SED yapılmalıdır.

Kapsam belirleme aşaması SED konusunda eğitimli kişilerce yürütülür. Hangi sağlık etkilerinin inceleneceğine karar verilir, bunun için iş planı yapılır ve veri toplanır. İş planı yapılırken Tablo 7.3'deki sorular yanıtlanmalıdır.

Tablo 7.3 Kapsam Belirlemede Yanıtlanması Gereken Sorular

- Önerilen politika nedir?
- Önerinin çıktıları neler?
- Karar vericiler kimler? Taraflar kimler?
- Karar vericilerin beklentileri neler?
- Karar için ne kadar süre var? Rapor ne zamana kadar hazır olmalı?
- SED hangi özel sağlık etkilerine odaklanmalı?
- SED'in amacı ve hedefleri neler?
- Sağlığın hangi tanımı kullanılacak?
- Tarama sonucunda önerinin başka hangi boyutları daha fazla araştırılmalıdır?
- Coğrafi sınırlar? Zaman dilimi?
- Maddi olanaklar
- Sağlık etkileri için temel nedensel yollar nasıldır?
- Ne tür kanıtlar kullanılacak? Kanıtlar için veri kaynakları nelerdir?
- SED'de eşitsizlikler nasıl ele alınacak?
- Tarafların ve toplumun katılımı nasıl sağlanacak?
- Sonuçlar topluma ve karar vericilere nasıl duyurulacak?

Risk Değerlendirmesi

Risk değerlendirme aşamasında toplum tanımlanır ve toplumun proje başlangıcındaki durumu belirlenir. Bunun için toplumun özelliklerinin tanımlanması (nüfus büyüklüğü, yaş, cinsiyet dağılımı vb), etkilenmesi olası nüfusun tanımlanması (çocuklar, yaşlı nüfus, ölüm nedenleri, morbidite verileri, sağlık ve hastalık kavramlarının nasıl algılandığı), sağlık davranışları ve belirleyicileri (diyet, sigara kullanımı, fiziksel aktivite, alkol kullanımı), çevresel özellikler (ulaşım, hava, su, toprak, atık özellikleri), diğer (barınma, iş, sosyoekonomik özellikler, sosyal destek, hizmetlere ulaşım) gibi bilgilere gereksinim vardır.

SED sırasında hem niteliksel hem de niceliksel yöntemlerle elde edilmiş birincil ve ikincil verilerden yararlanılabilir. Birincil veri, kişilerden anket ya da ölçüm yöntemleri kullanılarak amaçlı toplanan veridir. İkincil veriler ise rutin istatistikler ya da yayınlanmış araştırmaların sonuçlarına dayalı olarak elde edilen verilerdir. Üç açılı yaklaşım-değerlendirme (triangulation) adı da verilen yöntemse farklı veri toplama yöntemleri kullanılarak elde edilen sonuçların tutarlılığının incelenmesidir. Örneğin literatürü gözden geçirme yoluyla elde edilen sonuçlarla, anahtar kişilerle yapılan derinlemesine görüşmeler ve doğrudan kişilerden anket yapılarak elde edilen sonuçların birlikte değerlendirilmesi üç açılı yaklaşımdır.

Risk değerlendirmesi aşamasında tasarının olası sağlık etkileri (morbidite, yeti yitimi veya mortalite) için riskler ve riskin büyüklüğü sistematik olarak var olan kaynaklar araştırılarak değerlendirilir. Risk değerlendirmesi sırasında yanıtlanması gereken sorular Tablo 7.4'te sunulmuştur.

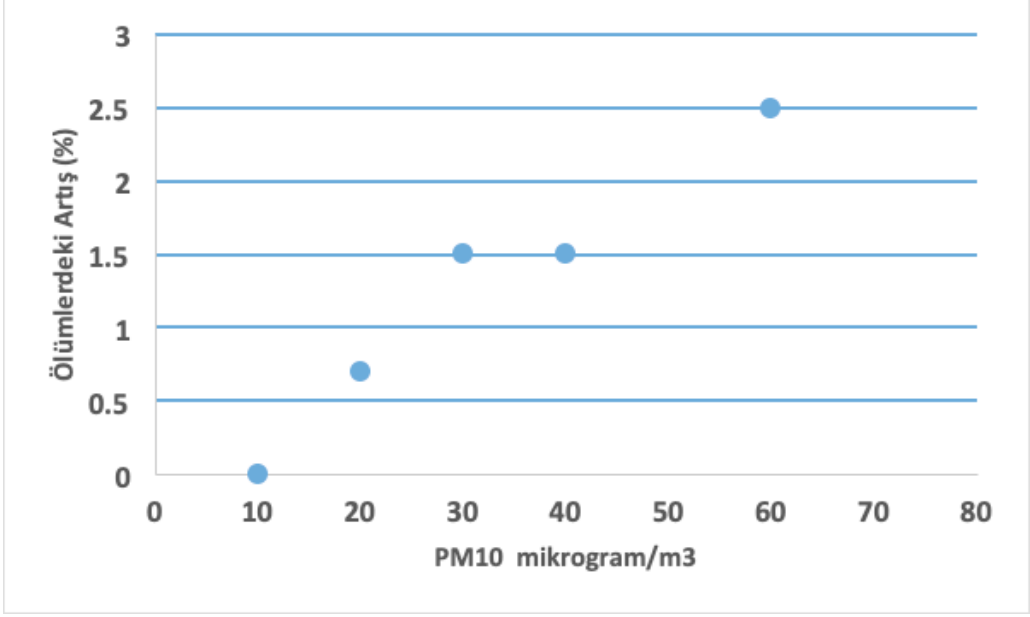
Tablo 7.4 Risk Değerlendirme Aşamasında Yanıtlanması Gereken Sorular

- Zararlı ve yararlı faktörlerin yapısı ve boyutuna karar verme
- Bu faktörlerden kimler etkilenecek? Etkilenecek kişi sayısı nedir?
- Bu kişiler nasıl etkilenecek?
- Olumsuz faktörler- nasıl yok edilebilir?/mümkün olan en alt düzeye indirilebilir mi?
- Olumlu faktörler mümkün olan en üst düzeye çıkarma
- Literatür tarama
- Etkilenim ve sağlık verilerini birleştirme
- Bazal/başlangıç düzeyi
- Etkinin yönü
- İstatistiksel önemlilik
- Etkinin ortaya çıkma süresi (lag time)
- Etkinin süresi (yapım- operasyon fazları)
- Diğer etkilerle etkileşim potansiyeli?

Kaynak: Kemm (2007)

Değişik çalışmaların sonuçları eleştirel değerlendirmeden geçirilerek tablolar halinde özetlenir. Özellikle doz yanıt ilişkisine dair sonuçlar önemlidir ve bu alanda doz yanıt ilişkisini gösteren grafikler hazırlanabilir. Şekil 7.2'de Partikül Madde (PM) 10 artışı ile ölüm yüzdelerindeki artış arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Şekil 7.2 Partikül Madde Artışıyla Ölümlerdeki Artış Yüzdesi Arasındaki İlişki



Kaynak: Schwartz (2004)

Şekil 7.2'de havadaki partikül yoğunluğundaki değişimle partikül yoğunluğunun 15 mikrogram/m³ olduğu gündekine göre ölüm riskindeki değişimi gösteren bir grafik sunulmuştur. Görüldüğü gibi partikül miktarı arttıkça ölüm riski artmaktadır. Partikül miktarı mikrogram/m³ olduğunda ölüm riskinde %1.5'lik; partikül miktarı 60 mikrogram/m³ a çıktığında ise %2.5lik artış görülmektedir (Schwartz, 2004).

SED risk değerlendirmesi aşamasında literatüre sistematik olarak bakmak gerekir. Başvurulabilecek bilgi kaynakları Tablo 7.5'te sunulmuştur.

Tablo 7.5 Sağlık Etki Değerlendirmesi Konusunda Başvurulabilecek Bilgi Kaynakları

Sağlık Etki Değerlendirmesi Yöntemi

- HIA Connect – <http://www.hiaconnect.edu.au/>
- Health Impact Assessment (HIA) Community Wiki – www.healthimpac-tassessment.info/
- World Health Organisation – <http://www.who.int/hia/en/>
- International Health Impact Assessment Consortium – <http://www.ihia.org.uk/>
- International Association for Impact Assessment – <http://www.iaia.org/>

Sistemantik Derlemeler

- Cochrane Centre – <http://www.cochrane.org/index0.htm>
- Campbell Collaboration – <http://www.campbellcollaboration.org/>
- Health Development Agency (HDA) – <http://www.hdaonline.org.uk/html/research/evidencebase.html>
- Health Evidence Network – <http://www.euro.who.int/HEN>
- Medical Research Council – www.msoc-mrc.gla.ac.uk
- University of York, Centre for Reviews and Dissemination – <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>
- WHO – <http://www.who.int/en/> WHO Europe – <http://www.who.dk/>

Literatür

- Pubmed – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>
- Medline – <http://medline.cos.com/>
- BMJ Journals online – <http://www.bmjournals.com/>
- Google Scholar – <http://scholar.google.com/>
- Ovid ve CINAHL gibi veri tabanları

Nedensellik Ağı Oluşturulması

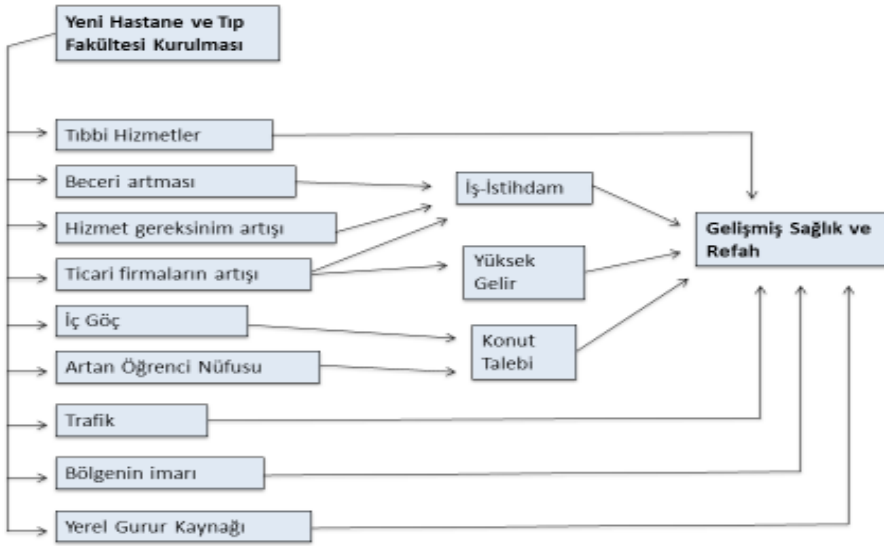
Sağlık etki değerlendirmesi yapılan tasarı ve olası sağlık etkileri ile ilgili neden-sonuç ilişkilerini ve etkileşimleri gösteren bir ağ hazırlanmalıdır. Nedensellik ağı, sorunun doğal gidişini yansıtmalı sağlık etkisini artıran ya da azaltan belirleyicileri içermelidir. Konu sunulurken grafik ya da şemalar karar vericilerin konuyu anlamasını kolaylaştırır ve görüşlerini etkiler. Şekil 7.3 ve 7.4'te örnek nedensellik ağları sunulmuştur (Kemm, 2007). Ayrıca birincil ve ikincil veriler kullanılarak modeller oluşturulabilir ve tasarımın gelecekteki sağlık etkileri tahmin edilebilir. Modeller yardımıyla farklı senaryolar kurgulanarak farklı seçeneklerin sonuçları incelenebilir.

Şekil 7.3 Kentin Dışında Bir Süpermarket İnşasının SED'i için Oluşturulan Nedensellik Ağı



Kaynak: Kemm (2007)

Şekil 7.4 Kente Tıp Fakültesi Hastanesi Kurulmasının SED’i için Oluşturulan Nedensellik Ağı



Kaynak: Kemm (2007)

Raporlama

SED sürecini ve ulaşılan sonuçları içeren kapsamlı bir rapor hazırlanır. Rapor, sağlık etkilerinin büyüklüğüne ve ciddiyetine bağlı olarak farklı öneriler içerebilir. Örneğin bazı tasarıların hayata geçirilmemesi gerekebilir. Bazı tasarılar da ise zararı en aza indirmek veya yararı en yüksek düzeye çıkarmak için ek stratejiler uygulanması gerekebilir. Raporda risk değerlendirmesinin önemli etkileri ve yapılması gerekenlerin yer aldığı anlaşılır, kısa bir özet yer almalı ve karar vericilere iyi tanımlanmış, açık ve anlaşılır mesajlar verilmelidir.

Rapor hazırlanırken literatür özetlenerek var olan kanıtlar anlaşılır şekilde sunulmalıdır. Özellikle doz-yanıt ilişkisini gösteren veri ve grafikler konunun anlaşılmasında çok yararlı olur.

Raporun Karar Vericilerle Paylaşılması

Sağlık etki değerlendirmesi raporu hazırlandıktan sonra karar vericilere, tasarı sahiplerine, halka, bilimsel topluluklara ve öneren kişilere duyurulmalıdır.

İzleme ve Değerlendirme

Sağlık etki değerlendirmesi raporu politika kararının etkisinin izlenmesi önerisi içermelidir. İzleme, veriye dayalı, daha önce tanımlanan ve risk değerlendirmede kullanılan göstergeler üzerinden yapılmalıdır. SED raporunda öngörülen sağlık sonuçlarının gerçekleşip gerçekleşmediğini izlemek için zaman aralıkları ve veri sağlayıcıları tanımlanmış olmalıdır.

7.5 Sağlık Etki Değerlendirmesine Toplum Katılımı

Toplum katılımı, SED'in temel değerlerinden biridir. DSÖ'nün Avrupa Bölgesi SED konsensus raporunda kişilerin kendilerini etkilemesi olası bir tasarı konusunda görüşlerinin alınması en temel hak olarak görülmektedir (WHO, 1999).

Toplumun SED sürecine katılımı değişik şekillerde sağlanabilir. Örneğin;

1. Tasarı konusunda bilgilendirilerek
2. Tasarıya taraf olan ve karşı olan argümanlar konusunda bilgilendirilerek
3. Tasarıyı destekleyen ya da karşı olan argümanlarını belirterek katılabilirler
4. Karar alma sırasında toplumun argümanları dikkate alınabilir
5. Karar alınması aşamasında taraf olabilirler ya da
6. Karar verebilirler

7.6 Farklı Tarafların Görüşlerinin Alınması

SED sırasında sadece bir sektörün değil tüm toplumun görüşleri dikkate alınmalıdır. Bunun için birebir görüşme, posta yoluyla anket uygulanması ya da SED izleme komitesi üyeliğine katma gibi değişik yöntemler kullanılabilir.

Birebir görüşme (yüz yüze ya da telefonla), odak grup görüşmeleri, toplantılar, dernek, hasta grubu, spor klübü gibi var olan gruplarla toplantılar, sokak araştırmaları, posta anketleri doğrudan görüş toplama yöntemleridir. Topluma hizmet götüren kişiler (aile hekimi, ebe, sosyal hizmet uzmanı), toplum liderleri, yaşlılar, toplum sözcüleri, demokratik olarak seçilmiş toplum temsilcilerinden görüş alınması ise dolaylı görüş toplama yöntemleridir. Sağlık etki değerlendirmesi İngiltere, Avustralya, Kanada,

Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerin bazılarında yasal zorunluluk bazılarında gönüllülük temelinde uygulanmaktadır (Abrahams 2004). Ülkemizde “Sağlıklı Kentler Hareketi”yle birlikte kavram olarak tartışılmaya başlanmıştır ancak yaygınlaşmamıştır. SED, halk sağlığı çalışanlarının bilgi ve becerilerini kullanarak yürütücü olarak görev alabileceği bir alan olarak görünmektedir.

Kaynaklar

- Abrahams D, den Broeder L, Doyle C, et al. (2004) EPHIA - European Policy Health Impact Assessment: A Guide. Brussels: European Commission. https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf Erişim tarihi: 06.05.2017
- Dünya Sağlık Örgütü (2003) Avrupa Ülkelerinde sağlık etki değerlendirmesi ve hükümet politika düzenlemeleri: Tutum Raporu, 2003.
- Harris P, Harris-Roxas B, Harris E, Kemp L (2007) Health Impact Assessment: A Practical Guide, Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE). Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW. Australia
- Kemm J (2007) More than a statement of the crushingly obvious: A critical guide to HIA, West Midlands Public Health Observatory, Birmingham. UK
- NHS (2015) Key issues to consider during HIIA scoping workshops, NHS Health Scotland. <http://www.healthscotland.scot/tools-and-resources/health-inequalities-impact-assessment/what-is-an-hiia> Erişim tarihi: 06.01.2019
- Schwartz J (2004) The effects of particulate air pollution on daily deaths: a multi city case crossover analysis, Occupational and Environmental Medicine, 61:956-961.
- Povall SL, Haigh FA, Abrahams D, Scott-Samuel A (2013) Health equity impact assessment. Health Promotion International, doi: 10.1093/heapro/dat012 -Website: <http://bit.ly/W0dijn>
- WHO (1999) European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe. Gothenburg Consensus Paper, 1999.

8 SONUÇ

Bülent Kılıç

İsrail’de 1970’lerden beri Hadassah Üniversitesi önderliğinde yürütülmekte olan TOYS yaklaşımı yaklaşık 50 yıllık bir deneyime sahip olmuş ve bu alanda birçok yayınlı bunu kanıtlamış durumdadır (Abramson 1994; Epstein 2002; Gofin 1995, 1996, 2004 ve 2011). Türkiye’de Kudüs Hadassah Üniversitesi ile işbirliği içinde başlayan TOYS eğitimleri 2000’li yılların başında gerçekleştirilmiş ve Dokuz Eylül Üniversitesi, Marmara Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı çalışanlarına yönelik olarak 3 uluslararası kurs düzenlenmiştir (Gofin, 2004). Bu kurslarla temeli atılan TOYS eğitimleri zamanla Dokuz Eylül Üniversitesinin Halk Sağlığı Anabilim Dalında rutin bir uygulama şekline dönüşmüştür (Kılıç, 2018). 2005 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçilmesi Türkiye sağlık politikasının TOYS yaklaşımını büyük oranda kaybetmesine yol açmıştır (Kılıç, 2013). Öte yandan Türkiye toplumunun demografik dönüşümü ve toplumun giderek yaşlanmasının yanı sıra son zamanlardaki sosyal-ekonomik koşulların da zorlaşmasıyla birlikte TOYS yaklaşımının önemi daha da artmış durumdadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha da güçlendirilmesi için TOYS yaklaşımının hızla yaygınlaştırılması gerekmektedir. Ancak bu alanda ülkemizde halen önemli engeller bulunmaktadır.

8.1 TOYS ve Engeller

TOYS hizmetleri yönetiminde sağlık yöneticisi çok sayıda engelle karşılaşabilir:

- a) En sık rastlanan engel, kaynakların kısıtlı olması veya yetersizliği sorunudur. Bu durum yapılacak girişimlerde her zaman ciddi bir sorun çıkartma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle eldeki olanakların dışında ek bütçe gerektirecek tüm uygulamalar daha dikkatli planlanmalıdır (Gofin, 2011).
- b) İkinci sık rastlanan engel insan gücünün niceliksel veya niteliksel yetersizliğidir. Elimizde yeterli insan gücü olmayabilir veya TOYS girişiminde çalışabilecek geniş bir ekip olsa bile sağlık çalışanlarının farklı öncelik alanları

olabilir. Ayrıca sağlık personeli yonetim veya TOYS konusunda eğitim almış olsalar bile TOYS ilkelerini yeterince benimsememişlerse uygulamalar oldukça yavaş yuruyebilir (Rhyne, 1998).

- c) Uçuncu sorun motivasyon eksikliğidir. Sağlık personelinin motivasyonunun duşukluğu Turkiye'de cok sık rastlanan yonetsel sorunlardan birisidir. Bu nedenle motivasyonu artiracak (çalışanı geliştirme veya işi geliştirme vb) ek uygulamalar gerekli olabilir.
- d) Ulkemizdeki sağlık kayıtlarının sorunları da her zaman cok onemli bir engeldir. Yanlış ve/veya eksik kayıtlar sağlık sorunlarının belirlenmesinde ve girişimlerin izlenmesinde ciddi sorunlar yaratabilir. Son yıllarda bilgisayar donanımı açasından guclendirilmiş olmasına rağmen kayıt sorunu devam etmektedir. Ayrıca sevk zincirinin uygulanmaması ve hastane kayıtlarıyla birinci basamak kayıtlarının entegrasyon sorunları onemli bir engeldir.
- e) Turkiye sağlık sisteminin orgutlenmesindeki en onemli sorun ise aşırı merkeziyetçi yapı ve koordinasyon eksikliğidir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığının genel politika ve uygulama ilkelerini belirlemesi ancak uygulamada yerel sağlık yoneticilerinin daha fazla insiyatif kullanmaları gerekmektedir. Cunku her bolgenin oncelikli sağlık sorunu farklı olabilir. Ayrıca son yıllarda surekli değiştirilen orgutlenme şemaları ve oluşturulan yeni birimler artık daha kalıcı bir hale getirilmelidir. Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatları arasındaki koordinasyon eksiklikleri bu aşamada dikkati cekmektedir. Özellikle merkez birimlerde aynı gorevi ustlenen Genel Mudurlukler arasında onemli uyumsuzluklar vardır (HASUDER, 2011). Bu konuda 663 ve 694 s KHK'ler olumlu/olumsuz pek cok sayıda değişim getirmiştir.
- f) Birinci basamak sağlık personelinin çalışma koşullarının giderek ağırlaşması ve birinci basamakta sağlık insangucu planlama, eğitim ve istihdam politikalarındaki yetersizlikler bu sorunları daha da ağırlaştırmaktadır.
- g) Son olarak özellikle kentsel bolgelerde karmaşık sosyo-ekonomik sorunlar, gecekondu bolgeleri, özellikle yurt dışından hızlı goç ve yoksulluk gibi faktörler topluma ulaşmayı etkileyebileceğinden, hedef toplumun/nufusun belirlenmesinde onemli bir sorun yaratabilir.

Ancak tum bu engellere karşın yoneticinin hızlı davranması ve bir yerden başlaması gerekmektedir. Toplumı tanımlamaya çalışmak fazla zaman almamalı, gerektiğinde uygulamaya ve sorun çözmeye yonelik hedef gruplar (okul çağı cocukları, sigara

bağımlıları, yaşlılar vb) üzerinden TOYS ekipleri oluşturup hemen çalışmaya başlamalıdır. Birinci elden toplanan sağlık kayıtlarının eksik olduğu durumlarda ikincil kayıtlar dikkate alınmalı, örneğin hastane kayıtları, TÜİK istatistikleri ve TNSA verileri mutlaka değerlendirilmelidir.

8.2 TOYS ve Kazanımlar

TOYS hizmetleri yönetiminin 3 temel bileşeni birinci basamak, belirlenmiş bir nüfus ve çözülmesi gereken öncelikli sağlık sorunudur (Nutting, 1987; Gofin, 2011). Bu bileşenler bizlere aynı zamanda önemli stratejik kazanımlar sunmaktadır. Bunların başında ülkenin sağlık sisteminin güçlendirilmesi ve eşitsizliklerin azaltılması yönünde bir fırsat oluşturmaktadır. Ayrıca şu dört alanda sağlık personeli de önemli bir kazanım elde etmektedir (Nutting, 1987):

- a) Birincisi, sağlık çalışanları özellikle doktorlar kendilerine başvuran hastaların haricinde ve muayene odalarının dışında kalanlara yani toplumun bütününe ve sosyal değişkenlere odaklanmayı öğrenmektedirler.
- b) İkincisi, halk sağlığı çalışanları özellikle İSM/TSM çalışanları hedef nüfusların hızlı ve pratik bir şekilde nasıl belirleneceğini öğrenmektedirler.
- c) Üçüncüsü, sağlık kayıtlarının dikkatli tutulması sağlanmakta, sürveyans ve epidemiyoloji gibi konularda tüm sağlık personeli eğitilmiş olmaktadır.
- d) Dördüncüsü ve en önemlisi TOYS yaklaşımı sağlık yöneticisine önemli bir liderlik vasfı kazandırmaktadır. Bu liderlik yaklaşımı toplum katılımıyla birlikte olduğunda çok stratejik bir kazanım olmaktadır.

8.3 TOYS ve Gelecek

TOYS alanındaki gelişmeler kuşkusuz yaşlanan nüfus, çevre sorunları, sağlık finansmanı ve gelişen yeni sağlık teknolojileri üzerinden şekillenecektir. TOYS ve gelecek yıllardaki olası gelişmeler şöyle özetlenebilir:

a) Güçlü Bir Birinci Basamak ve Toplumla Entegre Hastaneler: Sağlık sistemlerindeki değişimler ülkelerde daha güçlü bir birinci basamak olmasıyla sonuçlanacak, hastaneler artık toplumla daha fazla ilgilenmek zorunda kalacaktır (Gofin, 2011:62). Klasik hastanecilik anlayışı değişecek, toplumla ve birinci basamakla bütünleşen, sağlığı koruyan ve geliştiren yaşlı dostu yeni sağlık sistemleri gelişecektir.

b) Yeni Halk Sağlığı (New Public Health) Yaklaşımı: Yeni halk sağlığı yaklaşımı hem bireyin hem de toplumun sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesine yönelik bütünleştirici bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır (Tulchinsky, 2010). Bu yaklaşım TOYS içinde de büyük önem kazanacaktır. Yeni halk sağlığında eski anlayışı genişletmeye çalışan, yani toplumun sağlığına ek olarak bireyin sağlığını da ön plana çıkartacak bir anlayış vardır. Dolayısıyla yeni halk sağlığı politikalarında özellikle sağlığı geliştirme çalışmaları önem kazanacaktır. Ayrıca yeni halk sağlığı politikaları klasik birincil, ikincil, üçüncül koruma anlayışının yanı sıra sağlık sistemlerinin iyileştirilmesini de içerecek, dolayısıyla primordial korumanın önemi artacaktır.

c) Hassas Tıp (Precision Medicine) ve Hassas Halk Sağlığı (Precision Public Health) Yaklaşımı: 21. yüzyıl sağlık politikalarında ön plana çıkan hassas tıp yaklaşımı artık hassas halk sağlığı dönemini de başlatmıştır. Hassas halk sağlığı yaklaşımı gerçekte hassas önleme (precision prevention) üzerine dayanmaktadır. Bu alandaki yaklaşımlar iki boyutludur. Birincisi hastalığı, patojeni, maruziyeti, davranışları ve duyarlılığı ölçmek için daha doğru yöntemler kullanılmasına yani doğrudan halk sağlığı yöntemlerine dayanmaktadır. Bunlar nüfusun daha iyi değerlendirilmesi, hastalığın önlenmesine yönelik politikaların ve hedeflenen programların geliştirilmesi çalışmalarını kapsamaktadır. İkinci uygulama ise kişiselleştirilmiş tıp alanında genomics teknolojileri kullanılarak yapılan koruyucu sağlık uygulamalarıdır. Örneğin BRCA gen mutasyonu ile meme kanseri ilişkisi, Lynch sendromu ile kolorektal kanser ilişkisi ve ailesel hiperkolesterolemi taramaları buna örnektir. Bu alandaki diğer bir örnek ise yüksek etkili ve daha az yan etkili aşuların geliştirilmesi için kullanılan gen teknolojileridir (Kılıç, 2019; Khoury, 2015 ve 2016).

d) Multidisipliner ve Entegre Halk Sağlığı Yaklaşımı: Bu yeni dönem halk sağlığı ile tıbbın diğer dalları (dahili, cerrahi, temel tıp) ve sosyal bilimler (sosyoloji, antropoloji, ekonomi, politika vb) arasındaki bağı güçlendirmek için ortak bir stratejinin geliştirilmesini gerektirmektedir (Gostin, 2011). Özellikle hassas tıp uygulamaları için oluşturulacak girişimler ve politikaların kanıta dayalı olması için halk sağlığı alanına ve TOYS yaklaşımına büyük bir gereksinim vardır (Kılıç, 2019). Uygulanacak politikaların başarılı olması için nüfus temelli bir bakış açısının gerekliliği, verilerin değerlendirilebilmesi için iyi bir epidemiyoloji bilgisinin gerektiği açıktır. Günümüz dünyasının önemli sorunlarından birisi birçok hekimin halk sağlığı kavramlarını uygulamalarında kullanmasına rağmen bunun farkında olmamasıdır. Oysa hasta-hekim karşılaşmasında sağlığın sosyal belirleyicilerini bilmek hastalık nedenlerini saptamada son derece yararlıdır. Hekimin sağlık davranış modelleri hakkında bilgi

sahibi olması; yaşam tarzı değişikliği ve tedavi konusunda danışmanlık yaparken bu bilgiler önemli ipuçları sağlamaktadır. Epidemiyoloji ve kanıta dayalı tıp uygulamaları verimli araştırma, doğru tanı ve araştırma yoluyla üretilen yeni bilgilerin yönetimi ve yorumlanması için gereklidir.

8.4 TOYS ile ilgili Uluslararası Literatür

2000 yılı ve sonrasında uluslararası alanda yayınlanan makale ve dokümanlara bakıldığında TOYS alanında yayınlandığı saptanan 33 makalenin çoğunluğunun ABD kaynaklı olduğu görülmektedir. Daha sonra İspanya, İngiltere, İsrail ve G. Afrika gelmektedir. Makalelerin % 39'u tanımlayıcı, % 33'ü derleme ve % 27'si araştırma şeklindedir. Araştırmaların yarısı kalitatif yarısı kantitatif yöntemlerle yapılmıştır ayrıca 1 adet de girişimsel çalışma vardır (Kılıç, 2018). 2000 yılı ve sonrası yayınlanan TOYS alanındaki dokümanların konularına göre dağılımına bakıldığında dokümanların %37'sinin proje sonuçları, %31'inin tıp eğitimi uygulamaları, %16'sının sağlık sistemine uyarlama ve %16'sının ise konuyu tanımlayıcı derlemeler olduğu görülmektedir. TOYS alanında yayınlanan makale sayısının son derece az olması oldukça ilginçtir. Bu nedenle gerek birinci basamak çalışanlarının gerekse halk sağlığı çalışanlarının bu alanda daha fazla yayın yapmalarına gereksinim olduğu açıktır.

Tıp eğitimi konulu olan makalelerin tıp fakültesi öğrencilerinin alan uygulamalarını, halk sağlığı eğitimlerini, aile hekimliği müfredatlarını ve birinci basamak sağlık çalışanlarını kapsadığı görülmüştür. ABD'de Dartmouth Üniversitesi Tıp Fakültesinde müfredata TOYS uygulamasının eklenmesiyle beraber tıp öğrencilerinin yıllık olarak gerçekleştirdiği TOYS proje sayısı 50 civarında gerçekleşmiş ve öğrenciler tarafından son derece olumlu geri bildirimler yapılmıştır (Bonafede, 2009). Bu tip uygulamaların Türkiye'deki tıp fakültelerinde de yapılması gerekmektedir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki TOYS uygulamaları bu alanda başarılı bir örnek olarak gösterilebilir. Bu kapsamda intern doktorlar TOYS kursları içinde yılda yaklaşık 30 kadar proje üretmektedir (Kılıç, 2018). 2019-2020 eğitim döneminden başlayarak intern doktorların sunacağı proje sayısı yıllık 60'a çıkartılacaktır.

Sağlık sistemi/sağlık reformu tartışmaları da literatürde öne çıkan bir diğer tema olarak dikkati çekmektedir. Sağlık sistemleri ve sağlık reformlarında dokümanlarda en çok tartışılan ülkeler ABD, İngiltere, İspanya ve İsrail'dir. Özellikle İspanya Katalonya'da 1993 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatına TOYS eğitiminin eklenmesi ve aile hekimleri tarafından TOYS'un rutin bir yaklaşım haline getirilmesi ülkemiz aile hekimliği sistemi için de dikkate alınması gereken başarılı bir örnektir (Gofin,

2008). Dokümanlarda ayrıca kırsal sağlık hizmetleri, okul sağlığı, sağlığı geliştirme ve coğrafi bilgi sistemleri gibi konular da dikkati çekmektedir (Kılıç, 2018).

Saptanan makalelerin çoğunluğu tanımlayıcı ve derleme iken araştırma sayısının sadece 9 adet olması bu alanda yapılan araştırma sayısının çok yetersiz olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmaların konuları Kalp Damar Hastalıklarından bebek ölümlerinin azaltılmasına, göçmenlerin sorunlarından kazaların önlenmesine kadar çok geniş bir yelpazeyi içermektedir.

Dokümanlarda öne çıkan temaların bu çerçevede eğitim (mezuniyet öncesi tıp eğitimi/aile hekimliği uzmanlık eğitimi) ve birinci basamak sağlık hizmetleri yönetimi ağırlıklı olması beklenen bir bulgudur. Bu bulgular daha önce yapılan sistematik bir derleme ile de uyumludur (Gavagan; 2008).

8.5 Sonuç

Sağlık sistemleri giderek daha popüler bir çalışma alanı olmakta ve tüm uluslararası kuruluşlar, başta DSÖ olmak üzere bu alana giderek artan bir önem vermektedirler. Diğer yandan tüm dünyada nüfus giderek artmakta ve yaşlanmaktadır. Bunun getirdiği hastalık yükü artışı ve küresel iklim değişikliği ile beraber giden çevre sağlığı sorunları büyük önem kazanmaktadır. Hastane odaklı, aşırı parçalanmış sağlık sistemi artık yerini entegre, birinci basamak sağlık hizmeti ağırlıklı ve toplum yönelimli halk sağlığı yaklaşımlarına bırakmaktadır. Bu durumda TOYS yaklaşımı ve yönetimi Türkiye için büyük önem kazanmaktadır. Çünkü TOYS yaklaşımı sayesinde:

- a) Aile hekimliğinin coğrafi bölgeler temelinde örgütlenmesi olmasa da nüfus grupları ve risk grupları üzerinden toplum ve hesaplamalarda kullanılacak nüfus paydaları belirlenebilecektir.
- b) İSM/TSM'lerle ASM'lerinin birbirlerini tamamlar tarzda, bir ekip bütünlüğünde çalışması sağlanabilecek ve halk sağlığı hizmetleri ile aile hekimliği hizmetleri birbirine entegre edilebilecektir.

Öte yandan çeşitli ülkelerin TOYS bölge yönetimi ile ilgili yaşadığı deneyimlerin ve uygulamaların pek çok farklılıklar içerdiği görülmektedir. Ancak birçok çalışmada modelin uygun şekilde uygulanması halinde toplumun genel sağlık durumunun iyileştirilebileceği anlaşılmaktadır. Ayrıca TOYS bölge yönetiminin özellikle sağlık sistemiyle ve sağlık politikasıyla yakından ilişkili olduğu görülmüştür (Maeseneer, 2018). Bu durum sağlık alanında politika yapımcıların ve sağlık yöneticilerinin dikkatine sunulmalıdır.

Kaynaklar

- Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Schein M, Naveh P (1994) The CHAD Program for the control of cardiovascular risk factors in a Jerusalem community: A 24 year retrospect. *Israel Journal of Medical Sciences* 30: 108-119.
- Bonafede K, Reed VA, Pipas CF (2009) Self directed community health assessment projects in a required family medicine clerkship: an effective way to teach community oriented primary care. *Family Medicine*, vol:41, No:10:701-707.
- Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y (2002) The Jerusalem Experience: Three decades of service, research, and training in Community Oriented Primary Care. *American J of Public Health*, 2002, vol:92, No:11:1717-1721.
- Gavagan T (2008) A systematic review of COPC: Evidence for effectiveness. *J of Healthcare for the Poor and Underserved*, 2008(19)3:963-980.
- Gofin R, De Leon D, Knishkowsky B, Palti H (1995) Injury prevention programs in primary care: process evaluation and surveillance. *Injury Prevention* 1:35-39.
- Gofin R, Adler B, Palti H (1996) Time trends of child development in a Jerusalem community. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 1996, 10:197-206.
- Gofin J, Gofin R (2004) Community Oriented Primary Care (COPC): features of practice and training. *Turkish J of Public Health*, vol:2, No:2:92-98.
- Gofin J, Foz G (2008) Training and application of Community Oriented Primary Care through family medicine in Catalonia, Spain. *International Family Medicine*, vol:40, No:3:196-201.
- Gofin J, Gofin R (2011) *Essentials of global community health*. APHA press, Essential Public Health, Jones&Bartlett Learning, Sudbury, MA, USA.
- Gostin L, Jacobson PD, Record KL, Hardcastle LE (2011) Restoring health to health reform: Integrating Medicine and Public Health to advance the populations well-being. *University of Pennsylvania Law Review*, 2011, Vol. 159: 1777-1823.
- HASUDER (2011) 663 sayılı KHK hakkında rapor.
<http://hasuder.org.tr/anasayfa/jupgrade/index.php/guncel/48-guncel/470-hasuder-q663-sayl-khkq-raporu>. İnternet Erişim Tarihi: 30 Ağustos 2013.
- Khoury MJ (2015) From Precision Medicine to Precision Public Health: Challenges and Opportunities. CDC Office of Public Health Genomics, NCI Division of Cancer Control and Population Sciences.
- Khoury MJ, Iademarco MF, Riley WT (2016) Precision Public Health for the Era of Precision Medicine, *Am J Prev Med* 2016;50(3):398-401.
- Kılıç B (2013) Sağlıkta dönüşüm programının evrensel kapsayıcılık ve eşitlik iddiaları üzerine bir eleştirisi. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, sayı:28, Sonbahar(2013), s:10-15.
- Kılıç B, Emlı E, Kuru K, Bahadır H, Ünal B (2018) Bölge Sağlık Yönetimi İçin Güçlü Bir Model Önerisi: Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri Yönetimi. 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 13-17 Kasım 2018, Antalya, Kongre Bildiri Özetleri Kitabı, Sözlü Bildiri, s:124-9.
- Kılıç B (2019) Değişen Dünyada 21. yy Sağlık Politikaları. Piyal B, editör. 21. yy.da Halk Sağlığı: Değişen Dünya, Değişen Sorunlar. *Türkiye Klinikleri*, 2019, pp:21-28.

Maeseneer J (2018) Aile Hekimliği ve Birinci Basamak, Çeviri Editörü: Mehmet Akman, TAHEV Yayın No:6, İstanbul

Nutting PA (ed) (1987) Community Oriented Primary Care: From principle to practice. US Department of HHS, HRSA Pub. No: HRS-A-PE 86-1, Washington DC, USA.

Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H (1998) Community oriented primary care: health care for the 21st century. APHA press

Tulchinsky TH, Varavikova EA (2010) What is the “New Public Health”? Public Health Reviews, 2010, Vol. 32, No 1, 25-53.

9 TOYS YÖNETİMİ İÇİN ÖRNEK UYGULAMA

Bülent Kılıç, Belgin Ünal

BATIKENT İLİ YEŞİLVADI İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BÖLGESİNDE TOYS UYGULAMASI

9.1 TOYS Döngüsü 1. Aşama: Toplum Tanıma

Tarih Şeridi (Zaman Dilimi)

- M.Ö. 530 yılı: Bölgede ilk yerleşim yerlerinin oluşması (İonyalılar-Romalılar).
- 1080’li yıllarda Anadolu Selçuklu devleti dönemi
- 1308 Beylikler dönemi (Yeşil Vadi Beyliği)
- 1390 Osmanlı Hakimiyeti
- 1919 Yunan İşgali
- 1922 Yunan işgalinin sonlandırılması
- 1923 Mübadele: Bölgedeki Rumların Yunanistan’a gönderilmesi, Balkanlardaki ve adalardaki Müslüman halkların bölgeye yerleştirilmesi
- 1925 Muhtarlık kurulması
- 1971 Belediye kurulması
- 1980 Sağlık ocağı açılması
- 1983 Kaymakamlık kurulması ve ilçe olması
- 1991 Devlet hastanesi açılması
- 2007 Aile Sağlığı Merkezi açılması
- 2013 Toplum Sağlığı Merkezi açılması
- 2017 İlçe Sağlık Müdürlüğü kurulması

Coğrafi durum

- İl merkezi olan Batıkent'in 32 km kuzeyinde kendi adını taşıyan yarımadanın merkezinde yer alıyor. Kuzeyinde Yeşil Deniz, güneyinde Yeşilhisar, doğusunda Sarıvadi, batısında ise Telliöğlü ilçeleri bulunmaktadır. 728 km² yüzölçümüne sahip ve denizden yüksekliği 50 metredir (bakınız Tablo 9.1 ve Şekil 9.1).
- Akdeniz ikliminin hakim olduğu Yeşilvadi'de yıllık sıcaklık ortalaması 16,8°, nemlilikse % 61 civarında. Makilik alanlar, çam ormanları, zeytin, çınar, kavak ve meyve ağaçları bulunmakta, ilçe merkezi fazla yüksek olmayan tepeler arasında yer almaktadır.

Tablo 9.1 Yeşilvadi Kesitsel Haritası

	A-SAHİL KESİMİ	B-MERKEZ KESİM	C-KÖYLER BÖLGESİ
NÜFUS	Yazlıkçılar	Yerli halk,	Çiftçiler,
	Emekliler	Yeşilvadi ve Batıkent'te	Köylüler
	Üniversite	çalışanlar	Nüfus az,
	Öğrencileri	Üniversite Öğrencileri	Dışa göç veriyor
EKONOMİ	Askeri Lojmanlar		
	Turizm, hizmet sektörü,	Hizmet sektörü,	Tarım ve hayvancılık, seracılık,
	balıkçılık, balık üretimi	esnaf-zanaat,	balık üretimi,
	zeytinyağı üretimi.	oto-sanayii,	zeytinyağı üretimi, Yerli turizm
	Askeri tesisler,	organize sanayi bölgesi,	
	Teknopark, üniversite, zeytinyağı tesisleri,	alışveriş merkezi,	
Atık su arıtma tesisleri	çarşı- turistik dükkanlar,		
	kireç fabrikası		

SOSYAL YAPI	Yüksek SED	Orta/Yüksek SED	Orta/düşük SED
	Yazlık siteler, turistik işletmeler, küçük iskele ve limanlar, özel huzurevleri	Okullar, yurtlar, kamu binaları, Yapı kooperatif bölgesi	Sağlık, eğitim, ulaşım, altyapı sorunları
COĞRAFI YAPI	Deniz Kıyısı	Basamaklı yükselen tepeler arasında	Çoğunlukla engebeli ve ormanlık arazi, güneyde koyların olduğu bakir sahil kesimi
	Denize dik kayalıklar, küçük çakıllı-kumlu plajlar, koylar	nispeten düz, eski yerleşim yerleri ve sokaklardan oluşan ilçe merkezi	

Sosyoekonomik durum

- Bu bölgeye hızlı göç ve son yıllarda spekülâtif amaçlı arsa/arazi satın alınması sonucu tarıma elverişli imara açık ve kapalı bol miktarda boş araziler vardır. Emlak sektörü oldukça gelişkindir. Sanayi açısından ise ilçe genelinde küçük işletmeler vardır. Büyük sanayi kuruluşu yoktur. Mevcut üretim yerleri aşağıda listelenmiştir:
 - 15 adet zeytinyağ sıkım tesisi,
 - 11 adet denizde kafes balıkçılığı yapan işletme,
 - 4 adet un değirmeni,
 - 3 adet mandıra,
 - 1 adet deniz ürünleri işleme tesisi,
 - 1 adet yumurta pastörizasyon tesisi,
 - 1 adet et mamul işleme tesisi,
 - 1 adet mezbaha,
 - 1 adet kireç fabrikası.
 - Yarımada'daki zirai mahsullerin toplanma merkezi ve iç ticaretin kesişme noktası

- Çiftçi %50.4, işçi %10.2, esnaf-zanaatkar %12, memur %10.5, diğer %16.9
- Etnisite ağırlıklı olarak Türkler (öz. Türkmenler), azınlık olarak Balkanlardan gelmiş Bulgar, Boşnak, Arnavut müslüman halklar
- Yarımada'da tarım alanlarının ilçelere göre dağılımında en fazla tarımsal üretim (mısır, yonca), sebze (enginar, bamyacı), süs bitkileri (seracılık) ve zeytin alanları

Şekil 9.1 Yeşilvadi Kesitsel Haritası



	KÖYLER	MERKEZ	SAHİL
COĞRAFYA	Engabeli Alan Ormanlık Alan Tarım Alanları Seralar, Bağlar	Az Engabeli Alan Eski Kent Yerleşimi Deniz Seviyesine Yakın	Deniz Seviyesinde Küçük Köyler Kayalıklar Küçük Adalar
NÜFUS	Köylü, Çiftçi Küçük Tarım Üreticisi Müstakil Ev Sahipleri	Yerli Halk Esnaf Üniversite Öğrencileri	Yazlık Sahipleri Askeri Lojmanlar Üniversite Öğrencileri
EKONOMİ	Tarım, Seracılık Hayvancılık Zeytinyağı, Şarap	Günübirlik Turizm Küçük İşletmeler (Mandıra, Oto Sanayi)	Turizm, Kafeterya, Lokantalar Hizmet Sektörü
SOSYO EKONOMİK DÜZEY	Orta-Düşük SED	Orta-Yüksek SED	Yüksek SED

Yeşilvadi Sağlık Kurumları

- Yeşilvadi Devlet Hastanesi
- İlçe Sağlık Müdürlüğü
- 8 ASM (19 birim)
- 28 Eczane
- 1 Özel Diş Polikliniği
- 1 Özel Diyaliz Merkezi

Tablo 9.2 Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdürlüğü Çalışanları

Unvan	Kişi Sayısı
Doktor	8
Diş Hekimi	1
Hemşire	3
Ebe	9
Sağlık Memuru	3
Çevre Sağlığı Teknisyeni	4
Veri Hazırlama Memuru	1
Laboratuvar Teknisyeni	-
Şoför	2
Diyetisyen	1 (görevlendirme)
Tıbbi Sekreter	1
Memur	1
Hizmetli	1
TOPLAM	35

Tablo 9.3 Yeşilvadi İlçesinde Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı Başına Düşen Nüfus

	Yeşilvadi	Sağlık Bakanlığı Verileri*
Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus	2976	3267
Aile Sağlığı Elemanı Başına Düşen Nüfus	2976	3267

*Kaynak: Başara (2018)

Tablo 9.4 Yeşilvadi Nüfusu

Kaynak	sayı
TÜİK verileri (2017)*	64 895
KDS verileri (2017)	56 559
Aile Hekimine Kayıtlı Nüfus	60 741

*Kaynak: TÜİK (2018)

Tablo 9.5 Yeşilvadi Nüfusun Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

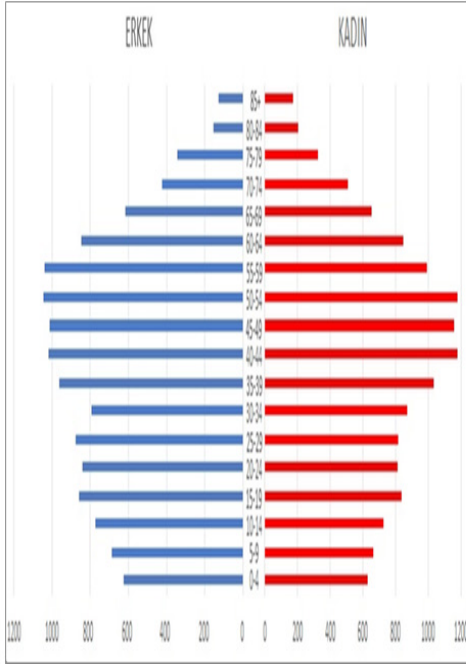
YAŞ GRUBU	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
0-4	1275	2.25	1228	2.17	2503	4.43
5-9	1151	2.04	1407	2.49	2558	4.52
10-14	1545	2.73	1436	2.54	2981	5.27
15-19	1716	3.03	1675	2.96	3391	6.00
20-24	1878	3.32	1768	3.13	3646	6.45
25-29	1973	3.49	1774	3.14	3747	6.62
30-34	1890	3.34	1730	3.06	3620	6.40
35-39	2021	3.57	2137	3.78	4158	7.35
40-44	1972	3.49	2116	3.74	4088	7.23
45-49	2065	3.65	2112	3.73	4177	7.39
50-54	2156	3.81	2207	3.90	4363	7.71
55-59	2163	3.82	2066	3.65	4229	7.48
60-64	1806	3.19	1796	3.18	3602	6.37
65-69	1572	2.78	1644	2.91	3216	5.69
70-74	1212	2.14	1160	2.05	2372	4.19
75-79	826	1.46	807	1.43	1633	2.89
80-84	538	0.95	612	1.08	1150	2.03
85-89	314	0.56	545	0.96	859	1.52
TOPLAM	28339	50.11	28220	49.89	56559	100.0

Tablo 9.6 Yeşilvadi Nüfusunun Bazı Özelliklerinin Türkiye Nüfusu ile Karşılaştırılması

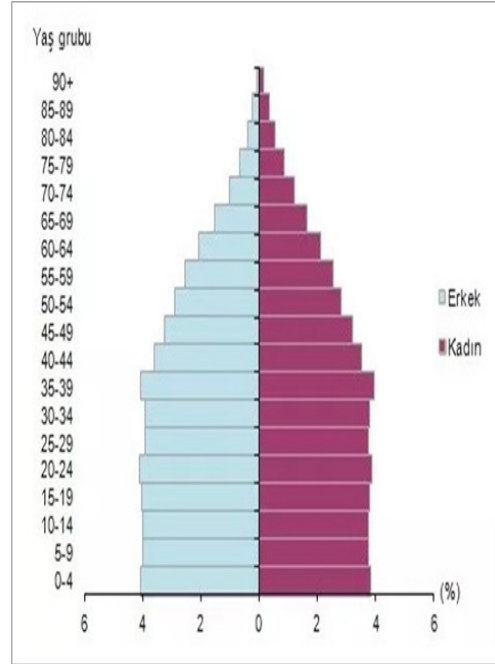
GÖSTERGE	SAYI	%	Türkiye Nüfusu Yüzdesi
TOPLAM NÜFUS	56559	100.0	100.0
ERKEK Nüfus	28339	50.11	50.2
KADIN Nüfus	28220	49.89	49.8
0 Yaş	271	0.47	1.6
0-4 Yaş	2503	4.86	4.43
0-14 Yaş	8042	14.21	24.3
15-49 Yaş Kadın	13312	23.53	26.4
50-64 Yaş	12194	21.55	14.6
65+ Yaş	9230	16.31	8.0

Kaynak: TÜİK (2018)

Şekil 9.2 Yeşilvadi 2017 Yılı Nüfus Piramidi (KDS ve TÜİK verilerine göre)



KDS verisi



TÜİK verisi

Tablo 9.7 Yeşilvadi Nüfusunun Yıllara Göre Öğrenim Durumu ve Batıkentle Karşılaştırması

Öğrenim durumu	Yeşilvadi 2000		Yeşilvadi 2016		Batıkent 2016	
	n	%	n	%	n	%
Okuma Yazma Bilmeyen	1207	6.6	471	0.9	62403	1.8
Sadece Okuma Yazma Bilen	1839	10.1	1801	3.4	146762	4.3
İlkokul	7895	48.7	12489	23.9	842175	24.8
İlköğretim	-	-	4532	8.7	425484	12.5
Ortaokul	2145	16.2	5982	11.4	406458	12.0
Lise	1860	10.2	13599	26.0	826910	24.3
Yüksekokul/Fakülte	746	4.1	11204	21.4	608212	17.9
Yüksek Lisans	-	-	1079	2.1	46448	1.4
Doktora	-	-	490	0.9	13164	0.4
Bilinmeyen	501	3.1	617	1.2	20487	0.6
Toplam	16193	100.0	52264	100.0	3398503	100.0

Tablo 9.8 Yeşilvadi Doğum ve Ölüm Verileri

Gösterge	Sayı
Canlı Doğum Sayısı	730
Ölü Doğum Sayısı	6
Toplam Ölüm Sayısı	153
Ölen Toplam Bebek Sayısı	4
0-6 Günlük Ölen	3
7-27 Günlük Ölen	0
28-364 Günlük Ölen	1
1-4 Yaş Ölüm Sayısı	0
65 Yaş ve Üzeri Ölüm Sayısı	141
Anne Ölüm Sayısı	0
Bilinen Son Gebe Sayısı	294
Bilinen Son Bebek Sayısı	568

Tablo 9.9 Yeşilvadi İlçesi ve Türkiye Kıyaslamalı Ölüm Hızları (2017 ve 2000)

Ölüm Hızları (binde)	Yeşilvadi 2017 (2000)	Türkiye (2017)	Ölüm Hızları (binde)	Yeşilvadi 2017 (2000)	Türkiye (2017)
Kaba Ölüm Hızı	2.7 (7.4)	5.7*	Bebek Ölüm Hızı	5.5 (23.4)	13**
Yaşa Özel Ölüm Hızları			Neonatal Ölüm Hızları	4.1	7**
0-4 Yaş	0.4 (3.9)	15**	Erken Neonatal Ölüm Hızı	4.1	-
65+ Yaş	15.2 (69.8)	-	Geç Neonatal Ölüm Hızı	0 (11.7)	-
Ölü Doğum Hızı	8.1	9**	Postneonatal Ölüm Hızı	1.36 (11.7)	6**
Anne Ölüm Oranı (yüzbinde)	0	14.6***	Perinatal Ölüm Hızı	12.2(17.2)	11**

Kaynaklar: *TÜİK (2018)

** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (2014)

*** Başara (2018)

Tablo 9.10 Yeşilvadi İlçesi Bebek Ölüm Nedenleri

Ölüm Nedeni	sayı
Rh uyumsuzluğu	1
Asfiksi	1
Ağır konjenital anomali	1
Kardiyak, venöz anomali	1
Toplam	4

Tablo 9.11 Yeşilvadi İlçesi 65 Yaş Üstü Ölüm Nedenleri

Ölüm Nedeni*	sayı
Serebrovasküler hastalık	6
Konjestif kalp yetmezliği	2
Akciğer ödemi	2
Kronik böbrek yetmezliği	2
Akut miyokard enfarktüsü	2
Pnömoni	2
Kolon kanseri	2
Akciğer kanseri	2
Mide kanseri	2
Safra kesesi kanseri	1
Pulmoner emboli	1
Hipotansiyon	1
Toplam	25

*Kayıtlardan ulaşılabilen ölüm nedenleri (Tüm ölümlerin %16'sı)

Tablo 9.12 Yeşilvadi İlçesi ve Türkiye Doğum Hızları (2017)

	Yeşilvadi	Türkiye*
Kaba Doğum Hızı (binde)	7.95	16.1
Genel Doğurganlık Hızı (binde)	32.47	60.7

*Kaynak: Başara (2018)

Tablo 9.13 Yeşilvadi İlçesi ve Türkiye Doğumların Yapıldığı Yerler (2017)

Doğumların Yapıldığı Yer	Sayı	%	Türkiye (%)
Hastanede Canlı Doğum	730	100	98.0*
Evde Sağlık Personeli Yardımı ile	0	0	0.2*
Evde Sağlık Personeli Yardımı Olmadan	0	0	1.8*

*Kaynak: Başara (2018)

Tablo 9.14 Yeşilvadi İlçesi ve Türkiye Doğumların Şekli (2017)

Doğum Şekli	Sayı	%	Türkiye* (%)
Vajinal Doğum	364	49.4	47.0
Sezaryen Doğum	372	50.5	53.0
Toplam Canlı Doğum Yapan Kadın	730	100.0	100.0

*Kaynak: Başara (2018)

Tablo 9.15 Yeşilvadi İlçesi Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Sayısı (2017)

Bebek Özelliği	sayı
Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Sayısı	14
Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Sayısı / Toplam CDS	14/730 (1.9)
Prematür Bebek*	-

*Prematür Bebek saptanmamıştır

Tablo 9.16 Yeşilvadi İlçesi Yaş Gruplarına Göre Doğum ve Düşük Hızları (2017)

Yaş Grupları	Doğum Sayısı	Doğum Hızı*	Düşük Sayısı	Düşük Hızı*
<17	4	3.9	-	-
18-24	180	73.8	9	3.7
25-29	238	134.1	15	8.4
30-34	184	106.3	8	4.6
35-39	105	49.1	8	3.7
40-44	23	10.8	4	1.9
45-49	2	0.9	-	-
Toplam	1.9**		44	0.11**
Doğurganlık Hızı				
Türkiye***	2.3**		-	0.14**

*Binde

**Kadın Başına

*** Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (2014)

Tablo 9.17 Yeşilvadi İlçesi ve Türkiye Ortalama İzlem Sayıları (2017)

Ortalama İzlem Sayısı	Yeşilvadi	Türkiye*
Bebek Başına Ortalama İzlem Sayısı	9.8	8.4
Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı	5.8	3.0
Çocuk Başına Ortalama İzlem Sayısı	1.0	2.1

Kaynak: Başara (2017)

Tablo 9.18 Yeşilvadi İlçesi Aylara Göre İzlenen Bebek İzlem Sayıları ve Oranları (2017)

Aylar	İzlenen Bebek Sayısı	İzlenmesi Gereken Bebek Sayısı	İzlenen Bebek Oranı
Ocak	490	511	%96
Şubat	475	498	%95
Mart	469	494	%95
Nisan	468	504	%93
Mayıs	464	501	%93
Haziran	472	515	%92
Temmuz	411	453	%91
Ağustos	399	450	%89
Eylül	423	493	%85
Ekim	411	498	%89
Kasım	390	502	%78
Aralık	474	513	%92

**Türkiye İzlenen Bebek Oranı %94 (Kaynak: Başara, 2018)*

Tablo 9.19 Yeşilvadi İlçesi Yenidoğan Taramaları (2017)

Tarama Programı	Alınan Kan Sayısı	%*
Tiroit Hormonu Eksikliği	585	80
Biyotidiaz Eksikliği	593	81
Kistik Fibrozis	578	79
Fenil Ketonüri	935	128
Toplam Taranan Bebek Sayısı	582	80

**Hedef: Canlı Doğum sayısı 730*

Tablo 9.20 Yeşilvadi İlçesi Yenidoğan Aşıları (2017)

	Yapılan Aşı Sayısı	Kurumun Hedefi	%	Türkiye %*
OPV-I	539	544	99.0	**
OPV-II	437	439	99.5	**
BCG	513	516	99.4	93.0
DaBT-IPA-Hib-I	505	510	99.0	**
DaBT-IPA-Hib-II	515	520	99.0	**
DaBT-IPA-Hib-III	537	541	99.2	96.0
DaBT-IPA-Hib-R	537	539	99.6	**
KPA-I	504	510	98.8	**
KPA-II	514	520	98.8	**
KPA-III	536	544	98.5	96.0
KPA-R	551	554	99.4	**
HBV-I	415	418	99.2	**
HBV-II	493	494	99.8	**
HBV-III	493	498	99.0	96.0
KKK-I	551	554	99.4	96.0
HAV-I	537	539	99.8	**
Su Çiçeği	550	554	99.2	**

*Kaynak: Başara (2018)

**Veri yok

Tablo 9.21 Yeşilvadi İlçesi İlkokul Çağındaki Aşıların Yapılma Durumu (2017)

	İlkokulda Yapılan Aşı Sayısı	Önceki Yıl Yapılan Aşı Sayısı	Okul Çocuğu Sayısı	Aşı %	Aşı Reddi Sayısı	Red %
KKK (1. Sınıf)	385	155	599	90.1	42	7.0
DaBT-IPA (1. Sınıf)	499	11	599	85.1	64	10.7
Td (8. Sınıf)	457	1	571	80.2	81	14.2

Tablo 9.22 Yeşilvadi İlçesi Gebe Tetanoz Aşıları (2017)

Tetanoz Aşı Durumu	Gebe sayısı	%
Td1	255	94
Td2	243	89
d3, d4, d5	172	63
Toplam Gebe sayısı	272	100

Tablo 9.23 Yeşilvadi İlçesi Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık Sayıları ve Hızları (2017)

Hastalık Adı	Olgu Sayısı	Morbidite Hızı (Onbinde)	Türkiye (Onbinde)
Kuduz Kuşukulu Temaslar	563	99.5	**
Suçiçeği	28	34.8	**
Tüberküloz	8	1.4	1.5*
Brucellozis	3	0.5	**
Sifilis	2	0.3	**
Kızamık	1	1.2	0.01*
Lyme (C)	1	0.1	**
Kalaazar (C)	1	0.1	**

*Kaynak: Başara (2018)

**Veri Yok

Tablo 9.24 Yeşilvadi İlçesinde 15-49 Y Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı (2017)

	Yeşilvadi		Türkiye*
	Sayı	%	%
Etkili Yöntem Kullananlar			
RIA	2660	17.9	16.8
Hap	973	6.0	15.8
Kondom	922	6.0	4.6
Tüp Ligasyonu	1787	12.0	9.4
Vazektomi	30	0.2	**
Enjeksiyon	94	0.6	**
İmplant	6	0.04	**
Diğer	76	0.51	**
Toplam Etkili Yöntem	6010	40.5	47.4
Etkisiz Yöntem Kullananlar			
Geri Çekme	3518	23.7	25.5
Takvim	68	0.4	0.3
Diğer (Fital/Emzirme vb.)	372	2.5	**
Toplam Etkisiz Yöntem	3958	26.7	26.5
Toplam 15-49 Yaş Kadın	14820	100.0	100.0

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüpleri Enstitüsü (2014)

**Veri yok

Tablo 9.25 Yeşilvadi İlçesinde 15-49 Y Kadınlarda İzlenme Durumu (2017)

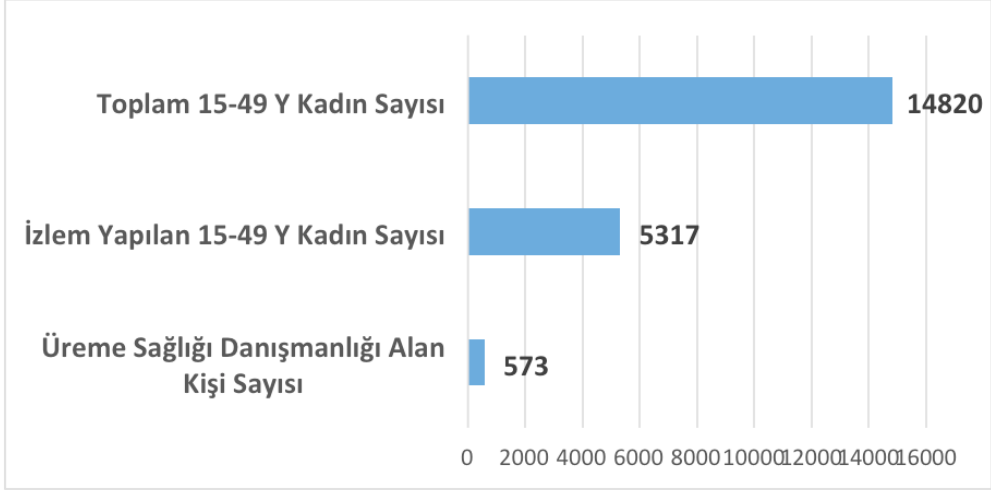
	Sayı	%
Toplam Ulaşılan/İzlenen Kadın	5317	35.8
İzlenmeyen/Ulaşılamayan Kadın	9503	64.2
Korunmayan 15-49 Yaş Kadın	*	*
Toplam 15-49 Yaş Evli Kadın	*	*
Toplam 15-49 Yaş Bekar Kadın	*	*
Toplam 15-49 Yaş Kadın	14820	100.0

*Veri yok

Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün Birimleri ve Yaptıkları Çalışmalar Çocuk, Ergen, Kadın Üreme Sağlığı (ÇEKÜS)

- 2 ebe çalışıyor.
- Çarşamba günleri danışmanlık hizmeti veriliyor. 2017 yılında toplam danışmanlık poliklinik sayısı 690 idi.
- Okul taramaları, sağlık eğitimleri yapıyor.

Şekil 9.3 Yeşilvadi İSM ÇEKÜS Birimi Üreme Sağlığı Danışmanlığı Çalışmaları (2017)



KETEM

Serviks kanseri;

- Hedef nüfus 30-65 yaş kadınlardır.
- Tarama 5 yılda bir tekrarlanıyor.
- Smear yapılıyor, alınan örnekler İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderiliyor, oradan da Ankara'ya gidiyor
- Örnek alındıktan sonra sonuç için hastalar 1 ay sonra çağrılıyor.
- HPV DNA+ veya smear + geldiğinde hastalar devlet hastanesi, üniversite hastanesine yönlendiriliyor.

- Orta risklilerde 1 yıl sonra smear tekrarlanıyor.
- Sonuç negatifse 5 yıl sonra tekrar çağrılıyor.
- Veri tabanı HSBYS olarak kullanılıyor.
- Hedef nüfus 15,190 olup ayda 125 tarama yapılması hedefleniyor.
- 2017 yılında 1264 kişi taranmıştır, bunlardan 38 tanesinde pozitif sonuç çıkmış olup 28'i sevk edilmiştir.

Kolorektal kanser;

- 50-70 yaş erkek ve kadınlar 2 yılda bir taranmaktadır.
- Başvuranlara numunenin nasıl alınacağı anlatılarak kit verilmekte hastaların getirmesi istenmektedir.
- Gaitada gizli kan pozitif gelenler gastroenteroloji doktoruna yönlendirilmektedir.
- Negatif gelenler ise 2 yıl sonra tekrar çağrılmaktadır.
- Hedef nüfus 16,524 olup her ay yaklaşık 225 tarama yapılması hedeflenmektedir.
- 2017 yılında 1852 tarama yapılmış olup bunların 19'u pozitif gelmiştir.

Meme Ca;

- Mamografi hizmeti verilememektedir.
- 40-70 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir mamografi öneriliyor.
- Hedef yaş grubundaki kadınlar mamografi çekilen hastanelere yönlendirilmektedir.
- Her ay 70-80 tane mamografi yönlendirilmesi yapılması hedeflemektedir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi

- Halkı bilgilendiren eğitimler verme, broşürler dağıtma, boy-kilo-bel çevresi-şeker ölçümleri yapılması,
- Alaca Sağlık Evi'nde fiziksel egzersiz ve beslenme konusunda ayda bir eğitim,
- 5 okulda 3 yıldır devam eden okullarda sağlıklı beslenmenin değerlendirilmesi projesi,
- Hijyen-sağlıklı beslenme eğitimleri, okul eğitimleri bulunmaktadır.

Obezite Danışma Birimi

- Haftada 2 gün diyetisyen hizmeti verilmektedir.
- 2016 Kasım ayından bu yana hizmet vermektedir.
- Toplamda 574 yeni hasta ve 1200 kontrol hastası başvurmuştur.
- 61 DM, 44 HT, 7 KOAH, 47 tiroid fonksiyon bozukluğu, 16 KAH tanısı konulmuştur.
- Başvuranların %64'ünün BKİ'si 30 ve üzerinde, %27'sinin 25-30 arasındadır.
- Başvuranların yaklaşık %90'ı kadındır.

Halk Eğitimleri

- Mart ayı içerisinde, 69 seans eğitim yapılmıştır ve bu eğitimlere 872 kişi katılmıştır.
- Eğitimler önemli gün ve haftalara göre, "Sağlıklı Yaşam" aracının ilçeye geleceği güne göre planlanmaktadır.

Çevre Sağlığı Birimi

- Şebeke suyundan numune alınması: Son bir yılda 99 tane şebeke suyu kontrol numunesi, 22 tane detaylı inceleme için denetim numunesi alınmıştır.
- Deniz suyundan numune alınması: 12 adet alım noktasından (6 tanesi mavi bayraklı) 132 tane numune alınmıştır.
- Günlük klor ölçümü: 1973 klor ölçümü yapılmıştır.
- Havuz suyu numune alınması: 10 tane havuz var (kışın 2 havuz), sadece denetleme yapılmaktadır. Havuz suyu numune alımını özel anlaşmalı laboratuvarlar yapmaktadır. Her ay sonuçları ilçe sağlık müdürlüğüne gönderilmektedir.
- Diyaliz suyu numune alımı: 2 kurum ve ev diyalizleri vardır.

Alınan numunelerin hepsinin sonucu normal gelmiştir.

Tütün Denetimleri

- Yeşilvadi'de toplam 1578 işletme mevcut.
- Ayda 345 işletmenin denetim için gezilmesi gerekiyor.
- 2017 yılı içerisinde 3456 denetim yapılmıştır, 28 tanesine ceza kesilmiştir.
- 1400-8750 TL arası ceza kesilmekte ve yılda 4 defa ceza alan işletmeye 10 gün kapatma cezası verilmektedir.

Eczane Denetleme Birimi

- 1 eczacı çalışıyor
- Yeşilvadi'de toplam 28 eczane mevcut. Yılda 2 defa denetim yapılıyor.
- Denetimde zorunlu ilaçların eczanede bulunup bulunmadığına, eczanelerin standartlara uygun olup olmadığına, yeşil-kırmızı ilaçların ve antibiyotiklerin satışının stoklarla uyuşup uyuşmadığına vb. bir çok ölçüte bakılıyor.

Eğitim Şubesi Faaliyetleri:

- Halk eğitim faaliyetleri
- Hizmet içi eğitim verilmesi faaliyetleri

Halk Eğitimlerinde İşlenen Konular:

- Emzirme haftası
- Menopoz, osteoporoz
- İntiharın önlenmesi
- Organ bağıışı
- Ulusal Fenilketonüri günü
- Akılcı ilaç eğitimi
- Belli gün ve haftalarda eğitim (AIDS, verem...)
- Kırım Kongo kanamalı ateşi

- Kızılay haftası
- Dünya Talasemi günü, vs

Hizmet İçi Eğitim:

- KDS eylem planı
- Flor uygulamaları,vs

Aile Hekimliği Faaliyetleri:

- Aile hekimliğine yeni kayıt ve yer değiştirme işlemleri
- Aile hekimlerinin denetimlerinin yapılması
- Aile hekimleri performans puanlarına itirazlarının değerlendirilmesi

İSM'de Takip Edilen ve Lojistik Destek Sağlanan Programlar

- Hemoglinopati tarama programı,
- D vitamini yetersizliğinin önlenmesi ve kemik sağlığının korunması programı,
- Gebe demir destek programı,
- Emzirmenin korunması, özendirilmesi, desteklenmesi ile demir yetersizliği anemisinin önlenmesi ve kontrolü programı,
- Yenidoğan işitme tarama programı,
- Gebe-bebek tespit tarama ve izlem hizmetleri programı,
- Neonatal tarama programları
- Laboratuvar hizmetleri ASM'ler tarafından verilmekte ve alınan örnekler Batıkent Halk Sağlığı Laboratuvarı'na gönderilmekte
- Evlilik öncesi danışmanlık hizmeti ASM'ler tarafından verilmekte
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
- Koruyucu hizmetler (florlama vb.)
- Okul eğitimleri
- Özel muayenehane denetimleri

Hukuk Şubesi Faaliyetleri:

- Devlet memurları kanununu uyarınca gerçekleşen işlemler
- Aile hekimliği mevzuatı uyarınca gerçekleşen işlemler
- Disiplin yönetmeliği uyarınca gerçekleşen işlemler
- Adli yönden yapılan işlemler

9.2 TOYS Döngüsü 2. Aşama: Öncelikli Sağlık Sorunları

YEŞİLVADI İLÇESİNE AİT SAĞLIK SORUNLARI LİSTESİ

İSM Yönetsel Sorunlar

İSM çalışmasını düzenleyen mevzuatın henüz tamamlanmamış olması,
İSM'nin yaşadığı bütçe sorunları

İSM Fiziksel Sorunlar

İSM kurum binalarının ve fiziki şartlarının yetersiz olması,

İSM Personel Sorunları

Personel (8 hekim, 3 hemşire, 9 ebe) sayı yetersizliği,
Personel Motivasyon düşüklüğü,
İSM personelinde sağlıklı yaşam stili davranış eksiklikleri,
Yaz aylarında nüfus artışıyla artan sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanamamasıdır.
Geçici görevlendirmeler sık sık yapılmaktadır.

İSM Veri-kayıt Sorunları

Nüfus verilerinin tutarsızlığı,
Farklı veri tabanlarının tutarsızlığı,
ÖBS girişindeki hatalar ve eksikliklerin olması, ölüm kayıtlarının eksik olması
Kronik hastalık kayıtlarının eksik olması / ulaşılamaması,
Yaşa özel doğurganlık verisine ulaşılamaması,

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi Sorunları

Görev tanımının belirsizliği

Yaşlı bakım hizmetlerinin olmaması

Diş polikliniği olmaması

BOH alanındaki koruyucu sağlık hizmetlerinin somutlaştırılma ihtiyacı vardır.

Obezite Danışma Birimi Sorunları

Obezite danışma biriminin önleyici hizmetlerinin yetersiz kalması,

Kontrol ve takiplere hastaların gelmemesi,

Başarı kriterinin net olmaması,

Halkın farkındalığının az olması,

KETEM Sorunları

Fiziki şartların yeterince iyi olmaması,

Tıbbi donanım eksikliği (Mamografinin çekilememesi)'dir.

KETEM konusunda halkın bilgisinin ve farkındalığının yetersiz olması,

Hedef nüfusun tamamına tarama yapılamamasıdır.

ÇEKÜS Sorunları

ÇEKÜS 15-49 yaş kadın izleminin yetersiz olması,

Yenidoğan taramalarının tam yapılamaması

ÇEKÜS Ergen sağlığı ile ilgili çalışma yapılmaması,

Adölesan gebelikler (4 gebe) olması,

Perinatal ölüm hızı yüksekliği (binde %12.2)

Sezaryen doğum oranlarının yüksekliği (%50.5)

Hedef nüfusun tamamı izlenemiyor (%60)

Bulaşıcı Hastalıklar Sorunları

İlkokul çağı çocuklarda aşı reddi oranının yüksek olması (%10),

1.sınıf KKK aşısı oranlarında düşüklük(%90) olması,

1.sınıf DaBT-IPA aşısı düşüklüğü (%85),

Kuduz şüpheli temas yüksekliği (onbinde 99.5)

Su çiçeği morbiditesinde yüksekliği (onbinde 34.8)

Çevre Sağlığı Sorunları

Çevre sağlığı biriminin yetkisinin kısıtlı olması, idari yaptırım yetkisi olmaması, fabrika, sanayi bölgesi, mezarlıklar, manyetik alan, baz istasyonları ile ilgili yürütülen çalışmaların yetersiz olması

Toplumsal Sorunlar

Halk eğitimlerine halkın ilgi ve katılımının düşük olması,

Halkın İSM ve birimleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmamasıdır

Toplumsal cinsiyet sorunları

Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdürlüğü bölgesinde belirlenen ve yukarda verilen 40'dan fazla sorun, ilçe sağlık müdürlüğü ekibi tarafından gözden geçirilip en önemli 10 tanesi karma puanlama yöntemiyle 7 değişken açısından puanlanmıştır (bakınız Tablo-9.26).

Puanlama sonucunda Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdürlüğü bölgesinde en yüksek puanı ilköğretim çocuklarında görülen aşı reddi sorunu almış, ikinci sırada suçiçeği salgını, üçüncü sırada yenidoğan taramaları eksikliği gelmiştir.

Tablo 9.26 Yeşilvadi İlçesi Öncelikli Sağlık Sorunları Puanlama Tablosu (2017)

Sorunlar	Sorunun sıklığı	Sorunun ciddiyeti	Girişimin etkinliği	Girişimin uygulana- bilirliği	Toplumun ilgisi	Sağlık personelin ilgisi	Ulusal politikaya uygunluğu	Toplam puan
Aşı Reddinde Yükseklik	3	3	5	4	3	4	4	26
Suçiçeği Salgını	3	2	5	5	2	3	4	24
Yenidoğan Taramaları Eksik	3	4	4	4	2	3	4	24
Personel Sayı Yetersizliği	4	4	3	3	1	5	3	23
Farklı Veri Tabanlarının Tutarsızlığı	4	2	4	4	1	4	3	22
15-49 Yaş Kadın İzlemlerinin Yetersiz Olması	4	4	3	4	1	3	2	21
Adölesan Gebelikler Yaşlı Bakım	3	4	3	3	2	3	3	21
Hizmetlerinin Olmaması	3	4	3	3	3	2	3	21
Kronik Hastalık Kayıtlarının Eksik Olması	4	3	3	3	1	3	3	20
Kuduz Kuşkuğu Temaslar Ölüm Kayıtları	4	2	3	3	3	2	3	20
Eksikliği	3	2	4	4	1	3	3	20

9.3 TOYS Döngüsü 3. Aşama: Sorunun Ayrıntılı Tanımlanması

AŞI ve AŞI REDDİ KONUSUNDA LİTERATÜR BİLGİLERİ

Tanımlar

- *Bağışıklık*

Vücudun hastalık yapıcı mikroorganizmalara karşı gösterdiği direnç

- *Doğal bağışıklık*

Doğuştan itibaren bulunan, vücut yüzeyi, vücut salgıları, bazı hücreler

- *Kazanılmış bağışıklık*

3 şekilde oluşur: Hastalığı geçirmekle, aktif bağışıklama ve pasif bağışıklama ile

- *Aktif Bağışıklama*

Aşı yapmaktır. Aşı bir hastalığa karşı spesifik koruma sağlamak amacıyla hazırlanmış immüno-biyolojik materyaldir. Etkisi hemen başlamaz ancak uzun sürelidir.

Aşı İçeriği

- Etken ya da antijeni
- Adjuvanlar
- Stabilize ediciler
- Preservatörler(koruyucular)
- Taşıyıcı sıvı
- Üretim süreci kalıntıları

Tablo 9.27 Aşı Çeşitleri

CANLI AŞILAR	İNAKTİVE (ÖLÜ) AŞILAR	TOKSOİD AŞILAR	POLİSAKKARİT AŞILAR	REKOMBİNANT AŞILAR
BCG	Boğmaca	Tetanoz	Pnömonokok	Hepatit B
Şarbon	Tifo	Difteri	Meningokok	HPV
KKK	Kolera		H. İnfluenza B	
Su Çiçeği	İnfluenza			
OPV	IPV			
Rotavirüs	Kuduz			
Sarı humma	Hepatit A			

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2018) ve TÜSEB (2019)

Adjuvan:

- Aşıdaki antijene karşı gelişen immün yanıtı arttırmayı sağlayan maddelerdir.
- Hafif lokal ve sistemik reaksiyonlara yol açabilirler.
 - a) Kimyasal kaynaklı: Alüminyum hidroksit jel, B hücre yanıtını artırır.
 - b) Bitkisel kaynaklı: Gamma inülin,
 - c) Bakteriyel kökenli: Lipopolisakkarid, lipid A ve muramyl peptid içerir.

Stabilize Ediciler (Sabitleyiciler)

- Aşıdaki proteinlerin ve karbonhidratların çevre koşullarından bozulmaması için,
- Antijen miktarının çok küçük olduğu durumlarda dolgu maddesi oluşturmak için kullanılır.
- Kullanılan maddeler
- Şekerler: Sükroz, laktoz
- Amino asitler: Glisin, monosodyum glutamat
- Proteinler: İnsan serum albumini, jelatin
- Bazı tuzlar: Mg, NaCl

Preservatörler (Koruyucular)

- İmalat sırasında ya da kullanım sırasında karışabilecek patojenleri yok etmeye yöneliktir.
- En sık kullanılanı thimerosal isimli cıvalı bir bileşiktir.
- Hakkında çok tartışmalar olmakla birlikte bilimsel olarak bilinen bir yan etkisi bulunmamaktadır.

Taşıyıcı Sıvı

- Ayrı ya da birlikte olabilir.
- Steril su, serum fizyolojik, doku kültür sıvısıdır.

Üretim Süreci Kalıntıları

- Antibiyotikler
Özellikle viral aşuların üretimi sırasında bulaşmayı önlemek için kullanılır.
En sık kullanılanları neomisin, streptomisin, polimiksin B'dir.
- Duyarlılaştırıcı maddeler
- Bakteri ve hücre kalıntıları

Örnek Aşı İçerikleri

- **Engerix-B** : Maya hücresinden rekombinant DNA teknolojisi HbsAg partikülleri, Alüminyum hidroksit-jel, thimerosal
- **Genhevac-B** : Chinese Hamster ovary hücresi rekombinant HbsAg, Alüminyum hidroksit, Formaldehit, Polisorbat 80
- **BCG**:Gliserin, asparajin, sitrik asit, potasyum fosfat, magnezyum sülfat, demir amonyum sitrat, laktoz
- **KKK**:Vitaminler, aminoasitler, sukroz, sodyum fosfat, glutamat, rekombinant insan albümini, neomisin, sorbitol, hidrolize jelatin, civciv embriyo hücre kültürü
- **DaBT**:Formaldehit, glutaraldehit, alüminyum hidroksit, polysorbat 80
- **Hepatit B**: Alüminyum hidroksit, maya proteini, fosfat nötrleyiciler, Pnömonokok Casamino asitleri, maya, amonyum sülfat, polisorbat 80, süksinat nötrleyici, alüminyum fosfat
- **Alüminyum**: Aşının etkinliğini ve aşuya vücudun verdiği yanıtı artırır.
Uzun süredir aşılar da güvenle kullanılmaktadır.
- **Formaldehit**:Aşının kontamine olmasını engellemek amacıyla, virüs ve bakterilerin öldürülmesi için kullanılır.Aşı üretimi son aşamaya geldiğinde aşidan uzaklaştırılır.Aşı içerisinde az miktarda kalsa bile bu oran, FDA'nın besinlerle alınabilecek formaldehit üst sınırının oldukça altındadır.
- **Glutamat**: Aşının, fiziksel etkenlere karşı dayanıklılık kazanması için kullanılır.

Besinlerin tadını arttırmak birçok hazır gıdanın içinde de bulunur.

Thimerosal:

- Aşı karşıtları tarafından en çok itiraz edilen cıva içeren madde
- Vücuttan hızla atılan etil cıvaya metabolize olmaktadır
- Çoklu dozlu flakon aşılarla eklenen tiomersalin vücutta birikmediği gösterilmiştir

Otizm İddiası:

- Andrew Wakefield adlı bir doktor, 1998 yılında yaptığı açıklamada KKK aşısının sindirim sistemi sorunlarına ve otizme neden olduğu iddiasını ortaya atmış, bu durumdan da thimerosal sorumlu tutmuştur. Konuyla ilgili çalışması Lancet'te yayımlanmıştır. Ancak çalışmanın eksik yanları bulunmaktadır. Ayda 50.000 kişinin aşılandığı İngiltere'de sadece 12 çocuk üzerinde araştırma yapılmıştır, kontrol grubu mevcut değildir.
- Ayrıca 2004 yılında Sunday Times muhabiri Brian Deer'in ortaya çıkardığı kayıtlara göre Wakefield'in aşı üreticilerine dava açan gruplardan maddi yardımlar aldığı saptanmıştır ve 2010 yılında Lancet makaleyi yayından çektiğini açıklamıştır. Birleşik Krallık Tıp Konseyi 24 Mayıs 2010 tarihinde Wakefield'in "Doktor" unvanının geri alındığını açıklamıştır.
- Bu çalışmanın sonuçlarını geçersiz kılan başka bir bulgu da, Danimarka'da yapılan ve 1991-1998 yıllarında doğmuş olan 500.000 çocuğu kapsayan bir çalışmada, thimerosal içermeyen aşı uygulanmış çocuklarda otizm insidansında azalma olmadığının gösterilmesi olmuştur

Aşıların Piyasaya Sürülme Süreci

- Laboratuvar
- Denek hayvanlarında güvenilirlik ve etkililik çalışmaları
- Faz 1: 20-100 gönüllü: ciddi yan etkiler var mı
- Faz 2: Yüzlerce gönüllü, 3 yıla varan sürede, uygun dozun ayarlanması
- Faz 3: Binlerce gönüllü, piyasadaki bir başka aşıyla kıyaslama, kontrollü deneyler, lisans başvurusu
- Faz 4: Piyasaya sürülmesi ve takibi

Yeni aşı gelişimi karmaşık, zaman alıcı (15-20 yıl) ve masraflı (her aşı için >500 milyon

Ş) bir süreçtir. Bağışıklama hizmetlerinde temel amaç; toplumda, özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile korunulabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçmektir. Temel hedefin aşısız çocuk bırakmamak olduğu unutulmamalıdır.

Tablo 9.28 Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimi (2017)

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	ilköğretim 1. sınıf	ilköğretim 8. sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT - İPA - Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT - İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2019)

Türkiye’de Genişletilmiş Bağışıklama Programının Hedefleri

- Her bir antijen için etkinliği korunmuş aşı ile ülke genelinde %95 aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak,
- 12–23 aylık bebeklerin %90’ını tam aşıllı hale getirmek,
- Beş yaş altı (0–59 aylık) aşısız ya da eksiknaşılı çocukları tespit edip aşılama,
- Okul çağı çocuklarının rapel aşılarını tamamlamak,
- Saptanan tüm gebelere uygun tetanoz, difteri aşısı dozunu uygulamak, (**Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon**)
- Ülkenin poliomyelitten arındırılmış durumunu sürdürmek (**Polio**)

Eradikasyon Programı)

- Anne ve yenidoğan tetanozunu elimine etmek,
- 2010 yılına kadar yerli kızamık virüsünü elimine etmek (***Kızamık Eliminasyon Programı)***
- Kızamıkçık ve konjenital rubella sendromunu kontrol altına almak,
- Difteri, boğmaca, hepatit B, tüberküloz, kabakulak hastalıkları kontrol altına almak (***Hepatit B Kontrol Programı)***
- Aşı güvenliğini sağlamak,
- Kayıt bildirim sistemini güçlendirmek,
- Toplumun katılımını sağlamak olarak belirlenmiştir.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında takip edilen hastalıklara özel hastalık kontrol programları da yer almaktadır:

- Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon
- Polio Eradikasyon Programı
- Kızamık Eliminasyon Programı
- Hepatit B Kontrol Programı

Diğer Hastalık Kontrol Programları:

- Difteri (Difteri hastalığının kontrolü için saha rehberi kapsamında yürütülmektedir)
- Boğmaca (Boğmaca hastalığının kontrolü için saha rehberi kapsamında yürütülmektedir)
- Kızamıkçık ve konjenital rubella sendromu, kabakulak
- Hemofilus influenza tip b
- Tüberküloz (Verem Savaş Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir).

AŞI REDDİ KONUSUNDA HUKUKSAL METİNLER

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

Madde 18: Herkesin düşünce, vicdan ve din özgürlüğüne hakkı vardır. Bu hak, din veya topluca, açık olarak ya da özel biçimde öğrenim, uygulama, ibadet ve dinsel törenlerle açığa vurma özgürlüğünü içerir

MADDE 25: Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır.

Madde 29: Herkesin, kişiliğinin serbestçe ve tam gelişmesine olanak veren topluma karşı ödevleri vardır. Herkes haklarını kullanırken ve özgürlüklerinden yararlanırken, başkalarının hak ve özgürlüklerinin tanınması ve bunlara saygı gösterilmesinin sağlanması ve demokratik bir toplumda genel ahlak ve kamu düzeniyle genel refahın gereklerinin karşılanması amacıyla yalnız yasayla belirlenmiş sınırlamalara bağlı olur.

Çocuk Hakları Evrensel Bildirgesi

2. ilkesi: Çocuklar özel olarak korunmalı, yasa ve gerekli kurumların yardımı ile fiziksel, zihinsel, ahlaki, ruhsal ve toplumsal olarak sağlıklı, normal koşullar altında, özgür ve onurunun zedelenmeyecek şekilde yetişmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla çıkarılacak yasalarda çocuğun en yüksek çıkarları gözetilmelidir.

Madde 3: Çocukları ilgilendiren bütün faaliyetlerde, çocuğun yararı temel düşüncedir. Taraf Devletler çocuğun esenliği için gerekli bakım, korumayı sağlamayı üstlenirler ve bu amaçla tüm uygun yasal ve idari önlemleri alırlar.

Madde 9: Ana-babası tarafından çocuğun kötü muameleye maruz bırakılması ya da ihmâl edilmesi durumlarında ayrılık kararı verilebilir.

Madde 12: Görüşlerini oluşturma yeteneğine sahip çocuğun kendini ilgilendiren her konuda görüşlerini serbestçe ifade etme hakkı vardır

Madde 19: Bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken suiistimal, ihmal ve kötü muameleye karşı korunması için yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemler alınmalıdır.

Madde 24: Çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkı. Hiçbir çocuğun bu tür tıbbi bakım hizmetlerinden yararlanma hakkından yoksun bırakılması

Bütün çocuklara gerekli tıbbi yardımın ve tıbbi bakımın; temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine 3nem verilerek sağlanması

Madde 36: Taraf Devletler, esenliğine herhangi bir biçimde zarar verebilecek başka her t3rl3 s3m3r3ye karşı 3ocuğu korurlar.

Avrupa İnsan Hakları S3zleşmesi

“Herkes 3zel ve aile hayatına, konutuna ve yazışmasına saygı g3sterilmesi hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanılmasına bir kamu makamının m3dahalesi, ancak m3dahalenin yasayla 3ng3r3lm3ř ve demokratik bir toplumda ulusal g3venlik, kamu g3venliği, 3lkenin ekonomik refahı, d3zenin korunması, su3 işlenmesinin 3nlenmesi, sağlığın veya ahlakın veya başkalarının hak ve 3zg3rl3klerinin korunması i3in gerekli bir tedbir olması durumunda s3z konusu olabilir.”

Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması S3zleşmesi:

Madde 5: “Sağlık alanında herhangi bir m3dahale, ilgili kişinin bu m3dahaleye 3zg3rce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, 3nceden, m3dahalenin amacı ve niteliği ile sonu3ları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir.”

Madde 6: Yasal olarak bir m3dahaleye muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir k333ęe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile m3dahalede bulunulabilir

T.C. Anayasası

12. 13. ve17/II. maddesi: “Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve h3rriyetlere sahiptir. Temel hak ve h3rriyetler, kişinin topluma, ailesine ve diğer kişilere karşı 3dev ve sorumluluklarını da ihtiva eder.”

“Temel hak ve h3rriyetler, 3zlerine dokunulmaksızın yalnızca Anayasanın ilgili maddelerinde belirtilen sebeplere bağlı olarak ve ancak kanunla sınırlanabilir. Bu sınırlamalar, Anayasanın s3z3ne ve ruhuna, demokratik toplum d3zeninin ve l3ik Cumhuriyetin gereklerine ve 3l33l3l3k ilkesine aykırı olamaz.”

“Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin v3cut b3t3nl3đ3ne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.”

Madde 12: Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir. Temel hak ve hürriyetler, kişinin topluma, ailesine ve diğer kişilere karşı ödev ve sorumluluklarını da ihtiva eder.

Madde 13: Temel hak ve hürriyetler, özlerine dokunulmaksızın yalnızca Anayasanın ilgili maddelerinde belirtilen sebeplere bağlı olarak ve ancak kanunla sınırlanabilir. Bu sınırlamalar, Anayasanın sözüne ve ruhuna, demokratik toplum düzeninin ve lâik Cumhuriyetin gereklerine ve ölçülülük ilkesine aykırı olamaz

Madde 17: Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.

Madde 42: Her çocuk, korunma ve bakımdan yararlanma, yüksek yararına açıkça aykırı olmadıkça, ana ve babasıyla kişisel ve doğrudan ilişki kurma ve sürdürme hakkına sahiptir. Devlet, her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır

Madde 56: Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Çocuk Koruma Kanunu

Bu Kanunun uygulanmasında, çocuğun haklarının korunması amacıyla;

- a) Çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının güvence altına alınması,
- b) Çocuğun yarar ve esenliğinin gözetilmesi, ilkeleri gözetilir.

Tababet Ve Şuabatı San´atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

70. maddesi: "Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar.

Hasta Hakları Yönetmeliği

24/1. ve 26. maddesi: "Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır." "Kanuni temsilcinin muvafakatının

gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır.”

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

57. ve 72. Maddesi: “ Kolera, veba (Bübön veya zatüre şekli), lekeli humma, kara humma (hummayi tiroidi) daimi surette basil çıkaran mikrop hamilleri dahi – paratifoit humması veya her nevi gıda maddeleri tesemmümatı, çiçek, difteri (Kuşpalazı)-bütün tevkiatı dahi - sari beyin humması (İltihabı sahayai dimağii şevkii müstevli), uyku hastalığı (İltihabı dimağii sari), dizanteri (Basilli ve amipli), lohusa humması (Hummai nifası) ruam, kızıl, şarbon, felci tıfli (İltihabı nuhai kuddamii sincabii haddi tıfli), kızamık, cüzam (Miskin), hummai racia ve malta humması hastalıklarından biri zuhur ederse vak’ayı haber vermeye mecburdurlar.”

“57’nci maddede zikredilen hastalıklardan biri zuhur ettiği veya zuhurundan şüphelenildiği takdirde hastalar, hasta olduğundan şüphe edilenler öncelikle tecrit edilip müşahede altına alınacak ve sonra hastalara veya hastalığa maruz kalanlara serum ve aşı uygulanacaktır.”

Madde 88 :Türkiye dahilinde her fert çiçek aşısı ile mürekkeren aşılamağa mecburdur

Madde 165 : On yaşından aşağı çocuğun babası, anası veya öksüz olanlarda sair hısımları tarafından hayat ve sıhhati ve ahlakını tehlikeye maruz bırakacak fena muameleye, teşviklere veya cebre duçar olduğu takdirde bunların belediye veya Devlet müesseselerine kabul edilmek üzere nezdinde bulunduğu kimselerden ayrılması caizdir.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011)

26. Madde:

“(1) Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulmuştur.

(2) Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) Halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek.

b) Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek, bu hususta gerekli düzenlemeleri yapmak.

c) Bulaşıcı, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, sürveyans, inceleme, araştırma, bağışıklama ve kontrol çalışmaları yapmak, bununla ilgili verilerin toplanmasını sağlamak, belirlenen hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlenmesini sağlamak, değerlendirmek, gerekli önlemleri almak, bu konuda politika ve düzenlemelerin oluşturulması için Bakanlığa teklifte bulunmak.”

“Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi

GBP hedefleri:

“ 0 yaş grubundaki bebeklerin %95 ve üzerini Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio ve Hemofilus İnfluenza Tip B gibi hastalıklara karşı bağışıklamak.”

“ 1 yaş grubundaki bebeklerin %95 ve üzerini kızamık, kabakulak ve kızamıkçık gibi hastalıklara karşı bağışıklamak”

“ 0 yaş grubundaki bebeklerin %95 ve üzerini Tüberküloza karşı bağışıklamak.”

Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi (2009)

Dönemin Sağlık Bakanı konuyla ilgili şu açıklamaları yapmıştır:

“Aşılama sonrası gelişen istenmeyen etki, ebeveynleri çocuklarının daha sonraki aşılarını yaptırmak konusunda tereddüte sevk edebilmektedir. Çocuklar, aşı ile korunmaları mümkün iken; böylesi davranış eğilimleri sonucunda, hastalıklara yakalanabilir, ciddi şekilde hastalanabilir ve hatta hayatlarını kaybedebilirler. Bu arada, başka nedenlere bağlı olup aşıya bağlı bir yan etki şeklinde algılanabilen durumlarla da yaygın şekilde karşılaşılabilir. Bu nedenle, Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) sürveyansı, halkın bağışıklama programına olan güveninin korunması açısından da önem taşımaktadır.”

“Kimseyi icbar edemeyiz (zorlayamayız). Bu konuda vatandaşım kendi isteğine bağlı olarak böyle bir yolu tercih ederse, eyvallah. Ama etmiyorsa, ‘Muhakkak yaptırmanız gerekir’ diye böyle bir kampanyanın sürdürülmesi doğru değildir, yanlıştır. Bu konuda eğer ebeveyn kalkıp da ‘Ben bunu istiyorum’ diyorsa olmalıdır. Çünkü otoriteler de değişik kanaatler belirtiyor. Kimisi ‘Olmalıdır’ kimisi

‘Olmamalıdır’ diyor. Öyle ise yapacağımız şey, siyasi irade olarak bunu isteğe bağlı hale getirmektir. Yarın bunun faturasını siyasi iradeye kesmesin. Cebren (zorla) bu iş olmaz, isteğe bağlı olur.’

(4 Kasım 2009 CNN Türk Açıklaması)

YARGITAY 2. Hukuk Dairesi 04.05.2015

“Ana babanın çocuklarla ilgili karar alırken onların menfaatlerini ve üstün yararlarını göz önünde tutmaları asıldır. Buna aykırı bir tutum haklı görülmez. Küçüğe yapılacak müdahalenin amacı, niteliği ve sonuçlarıyla yapılmaması halinde ortaya çıkabilecek sonuçlar konusunda aydınlatıldıkları halde ana ve babanın haklı bir sebep göstermeksizin müdahaleye karşı çıkmaları durumunda çocuğun üstün yararı esas alınarak müdahalenin gerekli olup olmadığına karar verilmelidir.”

“Somut olayda çocuğa uygulanacak aşının, gelecekteki hastalıklardan çocuğu birey olarak korumak ve toplum sağlığı açısından gerekli olan Sağlık Bakanlığınca belirlenen “genişletilmiş bağışıklık programı” uyarınca yapılması zorunlu aşılarından olduğu görülmektedir. Böyle bir durumda çocuğun yasal temsilcileri uygulanacak aşı ile ilgili olarak aydınlatıldıkları halde, hiçbir haklı gerekçe ileri sürmeksizin buna rıza göstermiyorlarsa çocuğun menfaatine aykırı olan bu tavra hukuki sonuç bağlanamaz. Diğer bir ifadeyle ana ve babanın rıza göstermemeleri çocuğun üstün yararına açıkça aykırı ise rıza aranmaz”

Anayasa Mahkemesi Kasım – 2015

“Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi’nin toplum yararını üstün tutarak zorunlu aşı uygulamasını yasal düzenleme olması koşulu ile Sözleşmenin 8. maddesine uygun bulunduğunu,

1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanununda yer alan hükümlerin zorunlu görülen bütün çocukluk çağı aşılarına yeterli, öngörülebilir bir yasal dayanak oluşturmadığını, Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna, bağışıklama konusunda verilen görev ve yetkilerin temel hakları sınırlandırabilecek bir kanuni düzenleme olarak dikkate alınmayacağını belirtmektedir.”

Türk Tabipler Birliği Bildirisi

AYM'nin gerekçeli kararı sonrasında;

"Çocuk Hakları Sözleşmesi uyarınca anne babalar, idari kurumlar ve mahkemeler dahil ilgili bütün kurum ve kişilerin hukuken yapmaya yetkili olduğu eylem ve işlemlerinde "çocuğun üstün yararını" korumakla yükümlü olduğu, esası "yükümlülük" olan yetki kullanımının da hukuki denetime tabi olacağı,

Çocukluk dönemi aşularının yapılmasının, yalnızca çocuklarımızın tek tek üstün yararının korunması için değil, bütün çocukların ve giderek toplumun sağlığının korunması için zorunlu bir uygulama olduğu,

Sağlık alanında çocuğun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin özerk, objektif, liyakata göre oluşturulmuş bilimsel kurumların kararlarına ve nesnel bilimsel bilgilere göre belirlenip yürütülmesinin toplumdaki güven duygusunu pekiştireceği,

Çocuklarımızın sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için ihtiyaç duydukları ve duyacakları sağlık hizmetlerinin kanunlarda "saymakla" tüketilemeyeceği, dikkate alınarak, çocukluk çağı aşulari da dahil olmak üzere çocuklarımızın gereksinim duydukları sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri için Çocuk Hakları Sözleşmesi, Çocuk Koruma Kanunu ve Umumi Hıfzıssıhha Kanunu hükümlerinin birlikte düşünülerek gerekli düzenlemelerin yapılması yönündeki düşüncelerimizi başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere ilgililerin ve halkımızın bilgisine sunarız."

T.C. SAĞLIK BAKANLIğI Basın Açıklaması (30.12.2015)

Medyada "Zorunlu Aşı Bilmecesi" "Aşı Davasına Nokta" başlıkları ile yayınlanan haberlere ilişkin olarak aşığıdaki açıklamanın yapılmasına gerek duyulmuştur.

Aşılama bireyin sağlığı ile birlikte tüm toplumun da sağlığını koruyan önleyici bir sağlık tedbidir. Dünyada ve ülkemizde, aşılama çalışmaları ile hastalıkların kontrolünde büyük başarılar kazanılmıştır. Daha önce büyük salgınlar ve ölümlere yol açan çiçek hastalığı 1977 yılından itibaren tamamen yok edilmiştir. Hastalık etkeni yok edildiğinden çiçek aşısı uygulamalarına ihtiyaç kalmamış ve aşılama durdurulmuştur. Başarılı aşılama çalışmamız sayesinde Ülkemizde 17 yıldır çocuk felci vakası görülmemektedir. Ayrıca yeni doğan tetanosu 2009 yılında elimine edilmiş, kızamık vaka sayılarında da önemli düşüşler sağlanmışır.

Aşı uygulaması ile ilgili olarak Anayasa Mahkemesi 11 Kasım 2015 tarihinde bir karar

almıştır. Söz konusu kararda; zorunlu aşı uygulamalarına ilişkin müdahalelerin özel hayata saygı hakkını ihlal etmemekle birlikte, Anayasa'nın 17. maddesinde güvence altına alınan maddi ve manevi varlığın korunması ve geliştirilmesi hakkının ihlal edildiğine oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Anayasa Mahkemesinin söz konusu kararı çerçevesinde Bakanlığımız tarafından konuyla ilgili mevzuat çalışması başlatılmıştır. Kamuoyunun bilgisine sunulur.”

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Basın Açıklaması (04.05.2018)

Türkiye’de 23.642 ailenin çocuklarına aşı vurdurmayı reddettiğini belirten Sağlık Bakanlığı, gündemlerinde aşığı zorunlu hale getirmek gibi bir uygulamanın bulunmadığını açıkladı.

Aşı Reddi Konusunda Tereddütün Bileşenleri

Bağlamsal etkiler;

Tarihi, sosyo-kültürel, çevresel, sağlık sistemi/kurumsal, ekonomik ya da politik etmenler

- a. İletişim ve medya
- b. Etkili liderler, aşılama ya da karşıt lobiler
- c. Din, kültür, toplumsal cinsiyet, sosyo-ekonomik etmenler
- d. Siyaset, politikalar
- e. Coğrafi engeller
- f. İlaç endüstrisine ilişkin algılar

Bireysel ya da grup etkileri;

Aşıya ilişkin kişisel algı ya da sosyal akran çevrelerinin etkileri

- a. Kişisel ailevi ya da toplumsal aşı deneyimleri
- b. Sağlık ve korunma konusundaki inançlar ve tutumlar
- c. Bilgi ve farkındalık
- d. Sağlık sistemine ve sağlık sunucularına güven
- e. Risk/yarar (sezgisel/deneyimsel)
- f. Bağışıklamanın sosyal bir norm olması/ gereksiz zararlı algılanması

Doğrudan aşıyla ilişkili etmenler

- a. Risk/yarar (epidemiolojik ve bilimsel kanıtlar)
- b. Yeni bir aşının ya da var olan bir aşının yeni formülünün sunulması
- c. Uygulama biçimi
- d. Aşı programının tasarımı/sunum biçimi (rutin/kampanya)
- e. Aşı takvimi
- f. Aşı ya da aşılama için gerekli malzemenin güvenilirliği
- g. Maliyetler
- h. Sağlık çalışanlarının tavsiye, bilgi ve tutumlarının güc

Tablo 9. 29 Aşı ile Önlenebilir Hastalıkların Bulaştırıcılığı ve Önlenmesi için Gerekli Aşılama Kapsayıcılık Düzeyi

Hastalık	Bir hastanın hastalık bulaştırabileceği kişi sayısı	Toplum Bağışıklığı için/ salgını önlemek için Ulaşılması gereken en az bağışıklık düzeyi (%)*
Difteri	6-7	85*
Kızamık	12-18	83-94
Kabakulak	4-7	75-86
Boğmaca	12-17	92-94
Çocuk Felci	5-7	80-86
Kızamıkçık	6-7	83-85
Su Çiçeği	5-7	80-85

Kaynak: HASUDER (2014)

Tablo 9.30 Türkiye 2003 ve 2010 Yıllarında Ulaşılan Aşılama Kapsayıcılık Düzeyleri*

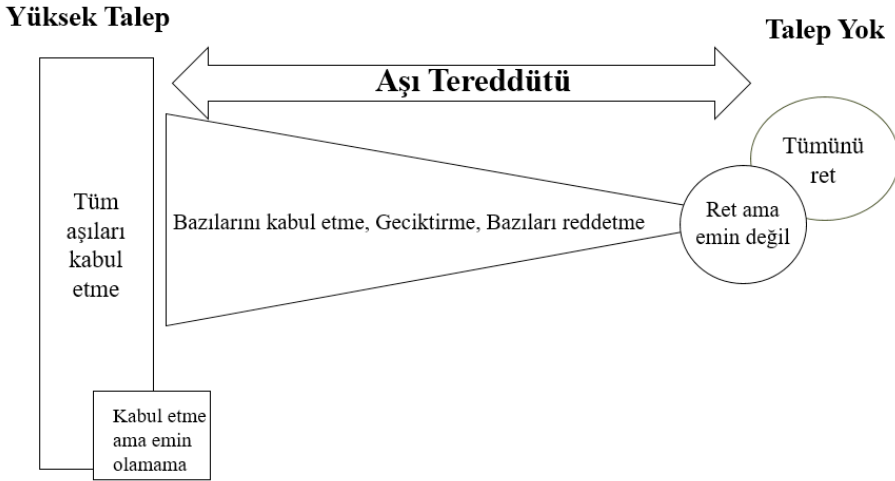
	2003 yılı aşı kapsamı(%)	2010 yılı aşı kapsamı(%)
KKK	75	97
Tüberküloz	76	97
Hepatit B	68	96

*Her aşının bağışıklıkla sonuçlanmadığı göz önünde bulundurulduğunda aşılama yüzdeleri bu rakamlardan daha yüksek olmalıdır.

Aşılama programlarının temel amacı aşılanan her hastalık için %95'lik bir orana ulaşmaktır.

- Afganistan, Pakistan, Nijerya, Hindistan'da aşılama oranları %70–80
- İtalya'da kızamık aşılama oranları 2015'de %85
- Avrupa'da kızamık aşılama oranları %88
- 2017 verilerine göre difteri, tetanoz, boğmaca aşısı ile bağışıklanma oranı Avrupa'da %92; Amerika'da %91
- Amerika'da kızamık aşısı ile bağışıklanma oranı ilk doz için %92 iken, iki doz aşı için %54'tür. (2012-ilk doz aşı >%95 (Bozkurt 2018).

Şekil 9.4 Tüm Aşıların Kabul Edilmesi İle Tüm Aşıların Reddi Arasındaki Süreç



Kaynak: MacDonald (2015)

- Smith ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmış bir çalışmaya göre 24-35 aylık çocuk sahibi Amerikalı ebeveynlerin %25.8'i çocuklarına aşılarının yapılmasını geciktirmiş; %8.2'si çocuklarına aşı yapılmasını reddetmiş; %5.8'i hem aşılarının yapılmasını geciktirmiş hem de aşı yapılmasını reddetmiştir.
- Çalışma aşılamaı geciktiren veya aşılamaı karşı çıkan ebeveynlerin çoğunluğunun aşıların yararları konusunda şüpheleri olduğunu vurgulamaktadır (Amerikan Pediatri Akademisi, 2011). 6 ay-6 yaş arası çocukların ebeveynlerinin %13'ü alternatif aşı şeması uygulamakta; %53'ü belirli aşıları reddetmekte, %55'i bazı aşıların yapılmasını geciktirmekte, %17'si tüm aşıları reddetmektedir.
- Amerikan Pediatri Akademisi'nin 2013 yılında yaptığı bir değerlendirmede ebeveynlerin %74'ünün aşığı reddettiğı ya da geciktirdiğı gözlemlenmiştir.
- Dünya sağık örgütünün 2017 yılı raporuna göre halen yaklaşık 1,5 milyon kişi aşı ile önlenbilir hastalıklardan ölmektedir.

Dünyada Durum, Uygulanan Politikalar: (Walkinshaw, 2011; Dube, 2013; Chirico, 2018)

- Global aşı Eylem Planı-WHO 2012 (2011-2020)
- Aşılama kapsamındaki hedefleri karşılamak için rutin aşılamaı güçlendirmesi,
- Aşıyla önlenbilir hastalıkların ilk kilometre taşı olarak çocuk felci ortadan kaldırılması ile hızlandırılması,
- Yeni ve gelişmiş aşıların tanıtılması
- Yeni aşı ve teknolojilerin üretilmesi için araştırma ve geliştirmenin teşvik edilmesidir.

Avustralya

- Zorunlu değil.
- Aşı yaptıranlara ödenek veriliyor.
- 2014'te 7 yaş altı aşılama % 97 hedef mevcut.

İrlanda

- Zorunlu değil, isteğe bağı.

Slovenya

- 9 hastalık için zorunlu aşı programı var.
- Zorunlu olan aşılarda %95 hedef mevcut.
- HPV gibi zorunlu olmayanlarda %50 hedef mevcut.

Pakistan

- Aşılanmayı reddeden mahkemeye çıkarılıyor.

İngiltere

- Aşıları düzenleyen bir kanun yok.

Amerika

- Zorunlu,

Reddedenler sosyal çocuk kurumlarına bildiriliyor

Fransa

- Daha önce 3 aşı zorunlu iken 2017 yılında 8 aşı zorunlu olarak belirlendi.
- Halkın %41 i aşılarla güvenmiyor ,90'larda bu oran %10 idi.
- Aşı karşıtlığı oranı 2005'te 8.5%, 2010'da 38.2% idi.
- Aşı yaptırmamak çocuk ihmali olarak görülüyor.

İtalya

- Zorunlu olarak belirlenen 2017'de 12 aşı mevcut,
- Kızamık vakaları 3 kat artmış.
- Aşı reddi oranlarında artış mevcut.

İspanya ve Almanya

- Zorunlu değil

Aşılama Programları (Dube 2013; Briss 2012)

- Farklı ülkelerde veya hatta aynı ülkenin farklı yargı bölgelerinde benimsenen programlar arasındaki farklılıkların, bireylerin belirli aşıların veya aşı programlarına ilişkin olumsuz algısını arttırabilir.

Zorunluluk

- Aşılamanın zorunlu hale getirilmesi her zaman tartışmalı,
- ABD’de zorunlu hale getirilmesi aşı karşıtlığını arttırmıştır.
- Aşığı teşvik etmek için, özellikle eğitim ve bilgiye dayanan birçok kamu sağlığı müdahalesi, aşı alımını arttırmakta başarılı olmamıştır.
- ABD’de yapılan bir çalışmaya göre, 6 eyaletten 9 müdahale programı değerlendirilmiş, kapsayıcılık %1-% 8.4 artmış.
- Sadece bilgilendirme yeterli değil.

Müdahalelerin Etkinliği

Amerikada yapılan bir çalışmada 19 ayrı çalışma değerlendirilmiş. Buna göre aşı kapsayıcılık oranlarını artırma yolunda aşağıdaki girişimler etkili olmaktadır (Odene 2015):

Telefonla kısa mesaj: %37 oranında etkili

Hekimler ve sağlık çalışanları için yazılım %21 oranında etkili

Hedef websitesi ve portallar %21 oranında etkili

Akıllı telefon uygulamaları %5 oranında etkili

Youtube videoları %5 oranında etkili

Facebook %5 oranında etkili

Email ile iletişim %5 oranında etkili

Sosyal medya kullanımının arttırdığını kanıtlayan bir çalışma ise yoktur.

Aşıyla ilgili yapılan araştırmalarda ilk sırada gelen ana tema 1955-60 yılları arasında aşının yararları iken, 2001-12 yılları arasında aşının riskleri olmuştur. Medya ve popüler kültürün aşı yaptırmaya üzerine etkisi 1955-60 yılları arasında hiç ele alınmazken, 2001-12 yılları arasında %8 oranında gündeme gelmiştir (Berezin, 2016).

Aşı Reddine Etkili Olan Faktörler:

Din: Dini inanış, Aşı içeriğindeki bazı bileşiklerin haram olarak düşünülmesi

Etik: Bireysel hak ve özgürlük, toplumsal yararın çatışması

Medya ve iletişim:

- Yanlış kişisel deneyimlerin abartılması, paylaşılması
- İletişim, medyadaki yanlış yönlendirici bilgilerin fazlalığı
- Aşı reddine politik destek etkili liderler, medya ünlülerin destekleri
- Aşı karşıtı lobilerin pohpohlanması, göz önüne çıkarılması

Bilgi, Farkındalık:

- Aşının önleyici önemi-Doğal bağışıklığı uygun bulma
- Risk algısı - Aşı ile önlenebilen hastalığın tehlikesine inanmama

Bilimsel Çalışmalar

- Yetersiz, niteliksiz, yanlış yönlendirici çalışmalar
- Aşı konusundaki olumlu bilimsel yayınların ciddiye alınmayıp güvensiz çalışmaların göz önünde olması, bilimsel sahtekarlık
- Yetersiz sağlık okuryazarlığı

Yanlış Kişisel Deneyimlerin Abartılması

- Çocukların risk altında olduğuna inanmama
- Çocuklar üzerinde araştırma yapıldığına inanılması
- Prospektüsteki kontrendikasyonlardan korkulması
- Sağlık otoritelerinden gerekli bilgilendirmelerin yapılmaması

Devlet

- Veri kayıtlarının olmaması

Sağlık Çalışanları

- Sağlık çalışanlarının aşının önemi konusundaki yetersiz bilgisi
- Sağlık çalışanlarının kişilere yetersiz bilgi vermesi/ bilgi vermemesi

Güvensizlik, Yargısal Boşluk

- Devlet eliyle yapılan uygulamalara güvenmeme
- Sağlık sistemine / devlete güvensizlik
- İlaç firmalarına güvensizlik-pazarlama
- Devletin ilaç firmalarıyla anlaşma yaptığı düşüncesi
- İçerik şüpheleri- zararlı koruyucular
- Aşıların işe yaramadığına inanma

Tablo 9.31 Yeşilvadi İSM Aşı Red Oranlarının İlkokullara Göre Dağılımı (2017)

OKUL	RED SAYISI	OKUL	RED SAYISI
ÖZEL A İLKOKULU	20	JN İLKOKULU	-
ÖZEL A ORTAOKULU	9	EG ORTAOKULU	-
B ORTAOKULU	9	KORU OVA İLKOKULU	-
C İLKOKULU	9	ÖZ İLKOKULU	-
D BİLİM İLKOKULU	7	UZ ORTAOKULU	-
ÖZEL E KÖYÜ KOLEJİ	6	İM ORTAOKULU	-
ÖZEL F İLKOKULU	3	AKK İLKOKULU	-
ZEYTİN ORTAOKULU	2	BAL İLKOKULU	-
ÖZSU ORTAOKULU	2	29 EKİM İLKOKULU	-
K ORTAOKULU	1	N İLKOKULU	-
Z İLKOKULU	1	AKK ORTAOKULU	-
PMC İLKOKULU	1	BAL ORTAOKULU	-
U İLKOKULU	1	29 EKİM ORTAOKULU	-
ŞEHİT K İLKOKULU	1	M ORTAOKULU	-
ATATÜRK İLKOKULU	1	S ORTAOKULU	-
İ İLKOKULU	1	T ORTAOKULU	-
İBRA İLKOKULU	1	V ORTAOKULU	-
TOPLAM		75 RED	

Aşı reddi ile ilgili yapılan ayrıntılı inceleme sonucunda oluşturulan nedensellik ağı altta Şekil 9.5'te verilmiştir:

Şekil 9.5 Aşı Reddi Yüksekliğini Etkileyen Etmenler İçin Nedensellik Ağı



9.4 TOYS Döngüsü 4. Aşama: Planlama

AMAÇ

Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdürlüğü bölgesinde Temmuz 2018-Temmuz 2020 tarihleri arasındaki 2 yıllık süreçte aşı reddi sayısını en az %50 azaltmak

Hedef 1: Aşı reddi nedenlerinin ayrıntılı değerlendirilmesi ve raporlanması

ETKİNLİKLER:

1. Aşırı reddeden kişilere ulaşıp gönüllü olanlarla ile odak grup görüşmesi yapılması
2. Görüşme sonrası tematik içerik analizi yapılarak çıkan sonuçların eğitim ve konferans planlamalarında kullanılması
3. İlkokul ve Ortaokul öğrenci velilerinin bilgi ve farkındalık düzeyini ölçen kesitsel araştırmanın planlanması
4. İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlüğü, Belediye, Kaymakamlık ve diğer politik kurumlara sunulmak üzere araştırma sonuçlarından da yararlanarak rapor hazırlanması ve brifing verilmesi

Hedef 2: Eylem planının ilgili kurumlarla paylaşılması, gerekli izinlerin alınması

ETKİNLİKLER:

1. İlçe Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ile toplantı yapılması, eylem planının paylaşılması, gerekli izinlerin alınması
2. İl Sağlık Müdürlüğüne eylem planı ile ilgili bilgi verilip gerekli izinlerin alınması, ön ve son raporların paylaşılması
3. Belediye ve Kaymakamlık ile görüşülüp ilçede yapılacak etkinliklerle ilgili gerekli izinlerin alınması, iş birliği talep edilmesi
4. İl Sağlık Müdürlüğünden bütçe talebi

Hedef 3: Sosyal medya ve yerel iletişim araçlarını kullanarak toplumun ilgi, bilgi düzeyini arttırmak ve toplumda farkındalık oluşturmak

ETKİNLİKLER:

1. Web sitesi oluşturulması: Literatür kaynaklı bilgi paylaşımı ve halkın sorularına yanıt verilmesi
2. Facebook/twitter/instagram hesapları oluşturulması: Aşının önemine yönelik paylaşımların sosyal ortamda arttırılması
3. Yerel televizyon, radyo ve gazetelerde aşının önemine yönelik haber paylaşımlarının sağlanması

Hedef 4: Toplumunu temsil eden kurumların ve ünlülerin desteği alınarak toplumun aşının yararlarına yönelik bilgi düzeyini arttırmak ve toplumda farkındalık oluşturmak

ETKİNLİKLER:

1. Muhtarlar, STK, dernekler, müftülük ve meslek odaları ile iletişime geçilerek konunun gündeme getirilmesi, eylem planına eklenmesi, broşür dağıtılması
2. Yeşilvadi'de yaşayan ünlülerle görüşme, sosyal medyada görüntü ve fotoğraflarla gönüllü olanların kampanyalara destek ve katılımlarının sağlanması

Hedef 5: Milletvekilleri, siyasi partiler, diğer politik kurumlarda farkındalık oluşturmak, yasal düzenlemelerin yapılmasını sağlamak, toplumun bilgi düzeyini arttırmak

ETKİNLİKLER:

1. STK, dernekler, meslek odaları aracılığı ile milletvekilleri ve politik kurumlarla bağlantı kurulması, hazırlanan raporun sunulması, brifing verilmesi böylece daha üst siyasi birimlere ulaşıp ulusal platformda yasal müdahalelerin geliştirilmesini sağlamak
2. Milletvekillerinin konuşmacı olarak yer aldığı programların yerel televizyon ve radyolarda yer alması
3. Milletvekillerinin yapılacak olan eğitim programlarına katılımının sağlanması

Hedef 6: Sosyal etkinlikler düzenleyerek aşının önemine yönelik toplumun ilgi, bilgi düzeyini arttırmak ve toplumda farkındalık oluşturmak

ETKİNLİKLER:

1. Hukuk, Etik, Halk Sağlığı, Enfeksiyon ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları gibi alanlarda konusunda uzman katılımcılarla velilere 'Okullarda Aşı Günleri' isimli eğitimlerin verilmesi
2. Aşı olmayı destekleyen tişört, şapka bastırıp Yeşilvadi'de bulunan esnaf ve kafe çalışanlarına dağıtılması
3. Çocuklara yönelik uçurtma şenliği

Hedef 7: Sağlık çalışanlarının aşı reddinin önlenmesine yönelik bilgi ve farkındalık düzeyinin artırılması ve işbirliğinin sağlanması

ETKİNLİKLER:

1. İSM, ASM çalışanlarına 1 Enfeksiyon Hastalıkları uzmanı ve DEÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı, 1 Çocuk Hastalıkları Uzmanı eşliğinde toplantılar düzenlenerek aşı ve 'Aşı Reddedenlere Yaklaşım' konusunda eğitimlerin verilmesi
2. Sağlık çalışanları tarafından velilere aşının yararları konusunda eğitim verilmesi, eğitim sırasında sosyal medya iletişiminin planlanması
3. Aile hekimlerinin yenidoğan bebeklerin ilk izleminde uygulanacak aşı programının yararları yönelik ebeveynlere ayrıntılı bilgi vermesinin sağlanması,
4. ASM ve hastanelere herhangi bir nedenle başvuran çocuklara üzerinde aşı ile ilgili resimlerin yer aldığı broşür ve balon verilmesinin sağlanması

Hedef 8: Öğretmenlerin aşı reddinin önlenmesine yönelik bilgi ve farkındalık düzeyinin artırılması

ETKİNLİKLER:

1. İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alarak öğretmenlere aşının önemi, içeriği, uygulanan aşılar, aşı reddeden kişilere yaklaşım konularına yönelik eğitim verilmesi
2. Öğretmenler tarafından çocuklara aşının önemi ile ilgili interaktif eğitim verilmesi
3. Aşı ihtiyacı olan ve gönüllü öğretmenlerin planlanmış aşı programlarına katılması ve öğrenciler ile birlikte aşılınması

Tablo 9.32 Hedef 1: Aşı Reddi Nedenlerinin Ayrıntılı Değerlendirilmesi ve Raporlanması

Eylem	Sorumlu Kişiler	Tarih	Yer	Yöntem	Maliyet	Beklenen sonuç
1	Aşığı reddeden kişilere ulaşıp gönüllü olanlarla odak grup görüşmesi yapılması	Sorumlu: 02.07.18 03.07.18 04.07.18 Dr. Hanım Kumbul Yardımcılar: Dr. Nurcan Durukan Dr. M Taş	Yeşilvadi İSM	Odak grup görüşmesi (8-10 kişilik gruplar, 3 oturum)	100 TL	Hedef kitlede aşı reddi nedenlerinin belirlenmesi, planlamaya bu nedenlerin dahil edilmesi
2	Görüşme sonrası tematik içerik analizi yapılarak çıkan sonuçların eğitim ve konferans planlamalarında kullanılması	Sorumlu: 05.07.18 15.07.18 Dr. Hanım Kumbul Yardımcılar: Dr. Nurcan Durukan Dr. M Taş	DEU Halk Sağlığı Ana-bilim Dalı	Tematik içerik analizi	50TL	Araştırma sonuçlarının planlanan konferans ve eğitimlerde kullanılması
3	İlkokul ve ortaokul öğrenci velilerinin bilgi ve farkındalık düzeyini ölçen kesitsel araştırmanın yapılması	Sorumlu: 18.07.18 01.09.18 Dr. Ali Erkin Kahraman Yardımcılar: Dr. M Taş Dr. Abidin Demirbağ Dr. Hanım Kumbul Dr. Ezgi Emli Dr. Nurcan Durukan	Yeşilvadi ilkokul ve ortaokulları	Kesitsel Araştırma	200 TL (Anket, yol, yiyecek-içecek)	İlkokul ve Ortaokul öğrenci velilerinin bilgi ve farkındalık düzeyinin ölçülmesi, eğitimlerin ve konferansların bu bilgi çerçevesinde planlanması
4	İl SM, İlçe SM, Belediye, Kaymakamlık ve diğer politik kurumlara sunulmak üzere araştırma sonuçlarından da yararlanarak rapor hazırlanması ve brifing verilmesi	Sorumlu: 30.08.18-30.09.18 Dr. Ali Erkin Kahraman Yardımcılar: Dr. M Taş Dr. Abidin Demirbağ Dr. Hanım Kumbul Dr. Ezgi Emli	İl Sağlık Müd. Yeşilvadi İlçe Sağlık Müd. Yeşilvadi Belediyesi Kaymakamlık	Raporlama ve sunum	500 TL (yol, yiyecek, içecek, diğer)	İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlüğü, Belediye ve Kaymakamlığın konuya ilgisini çekmek ve çalışma başındaki durumu ortaya koymak

Tablo 9. 33 Hedef 2: Eylem Planının İlgili Kurumlarla Paylaşılması, Gerekli İzinlerin Alınması

Eylem	Sorumlu Kişiler	Tarih	Yer	Yöntem	Maliyet	Beklenen sonuç
1 İlçe Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ile toplantı yapılması, eylem planının paylaşılması, gerekli izinlerin alınması	Sorumlu: Dr. Hanım Kumbul Yardımcılar: Dr. Ezgi Emli Dr. Nurcan Durukan	07.10.18-17.10.18	İl Sağlık Müdürlüğü Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdürlüğü Yeşilvadi Belediyesi Kaymakamlık	Rapor, sunum, izin yazıları	100 TL (yol, yiyecek, içecek, diğer)	İlçe Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ile eylem planının paylaşılması, gerekli izinlerin alınması
2 İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlüğüne eylem planı ile ilgili bilgi verilip gerekli izinlerin alınması, bütçe talebi, ön ve son raporların paylaşılması	Sorumlu: Dr. Ali Erkin Kahraman Yardımcılar: Dr. Mehmet Taş Dr. Abidin Demirbağ	10.10.18-20.10.18	İl Sağlık Müdürlüğü	Rapor paylaşımı, izin yazıları	100 TL (yol, yiyecek, içecek, diğer)	Gerekli izinlerin alınması Bütçenin sağlanması Raporlar ile konunun net olarak ortaya konulması
3 Belediye ve Kaymakamlık ile görüşülüp ilçede yapılacak etkinliklerle ilgili gerekli izinlerin alınması, iş birliği talep edilmesi	Sorumlu: Dr. Ali Erkin Kahraman Yardımcılar: Dr. Mehmet Taş Dr. Abidin Demirbağ Dr. Hanım Kumbul Dr. Ezgi Emli	12.10.18-22.10.18	Yeşilvadi Belediyesi Kaymakamlık	Görüşme, İzin yazısı	100 TL (yol, yiyecek, içecek, diğer)	Gerekli izinlerin alınması, Belediye ve Kaymakamlık ile iş birliği

Tablo 9.34 Hedef 3: Sosyal Medya ve Yerel İletişim Araçlarını Kullanarak Toplumun İlgililiği, Bilgi Düzeyini Arttırmak Ve Toplumda Farkındalık Oluşturmak

Eylem	Sorumlu Kişiler	Tarih	Yer	Yöntem	Maliyet	Beklenen sonuç
1 Web sitesi oluşturulması Literatür kaynaklı bilgi paylaşımı ve halkın sorunlarına yanıt verilmesi	Sorumlu: Dr. Abidin Demirbağ Yard.Jar Dr. Ali Erkin Kahraman Dr. M Taş Dr. Hanım Kumbul Dr. E Emli Dr. Nurcan Durukan	23.10.18- 23.11.18	Yazılım şirketi ve DEU Halk Sağlığı Ana-bilim dalı	Web sitesi tasarımı	1500 TL	Web sitesinin oluşturulması/takibi, gelen sorulara yanıtların verilmesi
2 Facebook/ twitter/ instagram hesapları oluşturulması: Aşının önemi-ne yönelik paylaşımların sosyal ortamda artırılması	Sorumlu: Dr. Ali Erkin Kahraman Yard.Jar Dr. M Taş Dr. Abidin Demirbağ Dr. Hanım Kumbul Dr. E Emli	23.10.18- 23.11.18	DEU Halk Sağlığı Ana-bilim Dalı	Sosyal medya hesapları açılması	50 TL	Sosyal medya hesaplarının açılarak aşıyla ilgili bilgi paylaşımların yapılması
3 Yerel televizyon, radyo ve gazetelerde aşının önemine yönelik haber paylaşımlarının sağlanması	Sorumlu: Dr. Öykü Turunç Yard.Jar Dr. Ezgi Emli Dr. M Taş	30.10.18- 30.11.18	Yeşilvadi Belediyesi Ege TV, Radyo 35, Yeşilvadi Egemen Gazetesi DEU Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Röportaj	50 TL (yol)	Projenin tüm ilçeye ve ile duyurulması

Tablo 9.35 Hedef 4: Toplumunu Temsil Eden Kurumların Ve Ünlülerin Desteği Alınarak Toplumun Aşının Yararlarına Yönelik Bilgi Düzeyini Arttırmak Ve Toplumda Farkındalık oluşturmak

Eylem	Sorumlu Kişiler	Tarih	Yer	Yöntem	Maliyet	Beklenen sonuç
1 Muhtarlar, STK, dernekler ve meslek odaları ile iletişime geçilerek konunun gündeme getirilmesi, eylem planına eklenmesi, broşür dağıtılması	Sorumlu: Dr. Nurcan Durukan Yard.lar: Dr. Ali Erkin Kahraman Dr. M Taş Dr. Abidin Demirbağ Dr. Hanım Kumbul Dr. Ezgi Emli	01.12.18-02.01.19	Muhtarlık, STK, Dernekler, Me271slek odaları	Sunum, Rapor	200 TL (yol, yiyecek içecek)	Aşı konusunda bilgi düzeyinin artırılması
2 Yeşilvadi'de yaşayan ünlülerle görüşme, sosyal medyada görüntü ve fotoğraflarla gönüllü olanların kampanyalara destek ve katılımlarının sağlanması	Sorumlu: Dr. Mehmet Taş Yard.lar: Dr. Ali Erkin Kahraman	03.01.2019- projenin sonuna kadar	Yeşilvadi ilçesi	Röportaj, sosyal medya	1000 TL (yol, yiyecek içecek)	Aşı konusunda bilgi düzeyinin artırılması

Tablo 9.36 Hedef 5: Milletvekilleri, Siyasi Partiler, Diğer Politik Kurumlarda Farkındalık Oluşturmak, Yasal Düzenlemelerin Yapılmasını Sağlamak, Toplumun Bilgi Düzeyini Arttırmak

Eylem	Sorumlu Kişiler	Tarih	Yer	Yöntem	Maliyet	Beklenen sonuç
1	STK, dernekler, meslek odaları aracılığı ile milletvekilleri ve politik kurumlarla bağlantı kurulması, hazırlanan raporun sunulması, brifing verilmesi böylece daha üst siyasi birimlere ulaşıp ulusal platformda yasal müdahalelerin geliştirilmesini sağlamak	Sorumlu: 04.01.19-04.02.19 Dr Öykü Turunç Yard. lar: Dr. Mehmet Taş Dr. Abidin Demirbağ Dr. Hanım Kumbul Dr. Ezgi Emli Dr. Nurcan Durukan	TBMM	Görüşme sunum, rapor	1000 TL Yol, giyecek yiyecek içecek, barınma	Proje başarısı için gerekli yasal düzenleme-lerin yapılması
2	Milletvekillerinin konuşmacı olarak yer aldığı programların yerel televizyon ve radyolarda yer alması	Sorumlu: 14.02.19- projenin sonuna kadar Dr. Ezgi Emli	Ulusal kanallar, Ege TV, Radyo 35, Yeşilvadi Egemen Gazetesi	TV, radyo, gazetede röportaj	500TL	Aşının önemi konusunda toplumun bilgi düzeyinin artması
3	Milletvekillerinin yapılacak olan eğitim programlarına katılımının sağlanması	Sorumlu: 01-03.2019- projenin sonuna kadar Dr. Ali Erkin Kahraman	Okullar	Sunum	50 TL	Aşının önemi konusunda toplumun bilgi düzeyinin artması

Tablo 9.37 Hedef 6: Sosyal Etkinlikler Düzenleyerek Aşının Önemine Yönelik Toplumun İlgisi, Bilgi Düzeyini Arttırmak Ve Toplumda Farkındalık Oluşturmak

Eylem	Sorumlu Kişiler	Tarih	Yer	Yöntem	Maliyet	Beklenen sonuç	
1	Hukuk, Etik, Halk Sağlığı, Enfeksiyon ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları gibi alanlarda konusunda uzman katılımcılarla velilere 'Okullarda Aşı Günleri' isimli eğitimlerin verilmesi	Sorumlu: Dr. M. Taş Yard.ilar: Dr. Ali Erkin Kahraman Dr. Abidin Demirbağ Dr. Hanım Kumbul Dr. Ezgi Emlı Dr. Nurcan Durukan	01.03.19 dan itibaren ayda bir	Okullar	Sunum	1000 TL (yol, yiyecek içecek)	Aşının önemi konusunda öğretmenlerin öğrencilerin, velilerin bilgi düzeyinin artması
2	Aşı olmayı destekleyen tişört, şapka bastırıp Yeşilvadi'de bulunan esnaf, kahve, kafe çalışanlarına dağıtılması	Sorumlu: Dr. Abidin Demirbağ Yard.ilar: Dr. Hanım Kumbul Dr. Nurcan Durukan	01.04.19 dan itibaren	Yeşilvadi ilçesi	Dağıtım	1000 TL (baskı ücreti, yol)	Aşı konusunda görsel araçlarla halkın ilgi ve dikkatini çekmek

Tablo 9.38 Hedef 7: Sağlık Çalışanlarının Aşı Reddinin Önlenmesine Yönelik Bilgi Ve Farkındalık Düzeyinin Arttırılması Ve İşbirliğinin Sağlanması

Eylem	Sorumlu Kişiler	Tarih	Yer	Yöntem	Maliyet	Beklenen sonuç	
1	İSM, ASM çalışanlarına Enf. Hast., DEÜ Halk Sağlığı AD Başkanı, Çocuk Hast. Uz. eşliğinde 'Aşı Reddedenlere Yaklaşım' konusunda eğitimlerin verilmesi	Sorumlu: Dr. M. Taş Yardımcılar Dr. Abidin Demirbağ Dr. Hanım Kumbul	01.04.2019'dan itibaren ayda bir	Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdür-lüğü	Ayda bir yapılacak eğitim programları ile İSM ve ASM çalışanlarına eğitim verilmesi	100 TL	İSM ve ASM çalışanlarının eğitici eğitimlerini alması ve motivasyonlarının artırılması
2	Sağlık çalışanları tarafından velilere aşının yararları konusunda eğitim verilmesi, eğitim sırasında sosyal medya iletişiminin planlanması	Sorumlu: Dr. Abidin Demirbağ Yard.lar: Dr. Hanım Kumbul Dr. Ezgi Emli Dr. Nurcan Durukan	01.04.2019'dan itibaren ayda bir	Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdürlüğü ASM'ler	Yeşilvadi İSM ve ASM'lerde sağlık personelinin velileri eğitmesi ve sosyal medya iletişim ağının kurulması	100 TL	Velilerin aşı hakkında bilgi ve farkındalıkla artırılması oluşturulan sosyal medya ağı paylaşımları ile konunun güncel tutulması
3	Aile hek.nin yd bebeklerin ilk izleminde uygulanacak aşı prog.nin ebeveynlere ayrıntılı bilgi vermesinin sağlanması	Sorumlu: Dr. Abidin Demirbağ Dr. Hanım Kumbul Dr. Ezgi Emli Dr. Nurcan Durukan	01.05.19-01.06.19	Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdürlüğü ASM'ler	Yeşilvadi İSM ve ASM'lerde bebek izleminde ebeveynlere bilgi verilmesi	50TL	Ebeveynlerin aşı programı hakkında bilgilendirilmesi ve aşı hakkındaki kuşku-ların ortadan kaldırılması
	ASM ve hastanelere herhangi bir nedenle başvuran çocuklara üzerinde aşı ile ilgili resimlerin yer aldığı broşür sağlanması	Sorumlu: Dr. Abidin Demirbağ Yard.lar: Dr. Hanım Kumbul Dr. Ezgi Emli	02.06.19	Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdür-lüğü ASM'ler	Broşür ve balon dağıtımını konusun-da çalışanları yönlendirme	1000 TL (Broşür bastırılması, balon masrafları)	Çocuklara eğlenceli yöntemlerle aşı sevgisi aşılamak, renkli broşürlerle velileri ve çocukları aşı olmaya teşvik etmek

Tablo 9.39 Hedef 8: Öğretmenlerin Aşı Reddinin Önlenmesine Yönelik Bilgi Ve Farkındalık Düzeyinin Arttırılması

Eylem	Sorumlu Kişiler	Tarih	Yer	Yöntem	Maliyet	Beklenen sonuç
1 İlçe Milli Eğitim Müd.den izin alarak öğretmenlere ve okul yöneticilerine aşının önemi, içeriği, uygulanan aşilar, aşı reddeden kişilere yaklaşım konularına yönelik eğitim verilmesi	Sorumlu: Dr. Hanım Kumbul Yard.lar Dr. Ezgi Emli Dr. Nurcan Durukan Dr. Ali Erkin Kahraman	01.11.2018 01.02.2019	Yeşilvadi İlçe Sağlık Müdürlüğü	3 aylık süre içerisinde Yeşilvadi bölgesindeki okullardaki öğretmenlere aşı ile ilgili eğitimlerin verilmesi	100 TL	Öğretmenlerin ve okul yöneticilerinin aşı ile ilgili eğitim alması ve aşı ile ilgili bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının arttırılması
2 Öğretmenler tarafından çocuklara aşının önemi ile ilgili interaktif eğitim verilmesi	Sorumlu: Dr. Hanım Kumbul Yard.lar: Dr. Ezgi Emli Dr. Nurcan Durukan Dr. Ali Erkin Kahraman	01.02.2019 01.06.2019 01.10.2019 01.06.2020	Okullar	Eğitim alan öğretmenlerin bir süreç olarak öğrencilere aşı hakkında bilgiler vermesi	50TL	Öğrencilerin öğretmenleri aracılığıyla aşı hakkında bilgi almalarının sağlanması ve aşıya olan güvenlerinin arttırılması

9.5 TOYS Döngüsü 5. Aşama: Program Değerlendirme ve İzleme

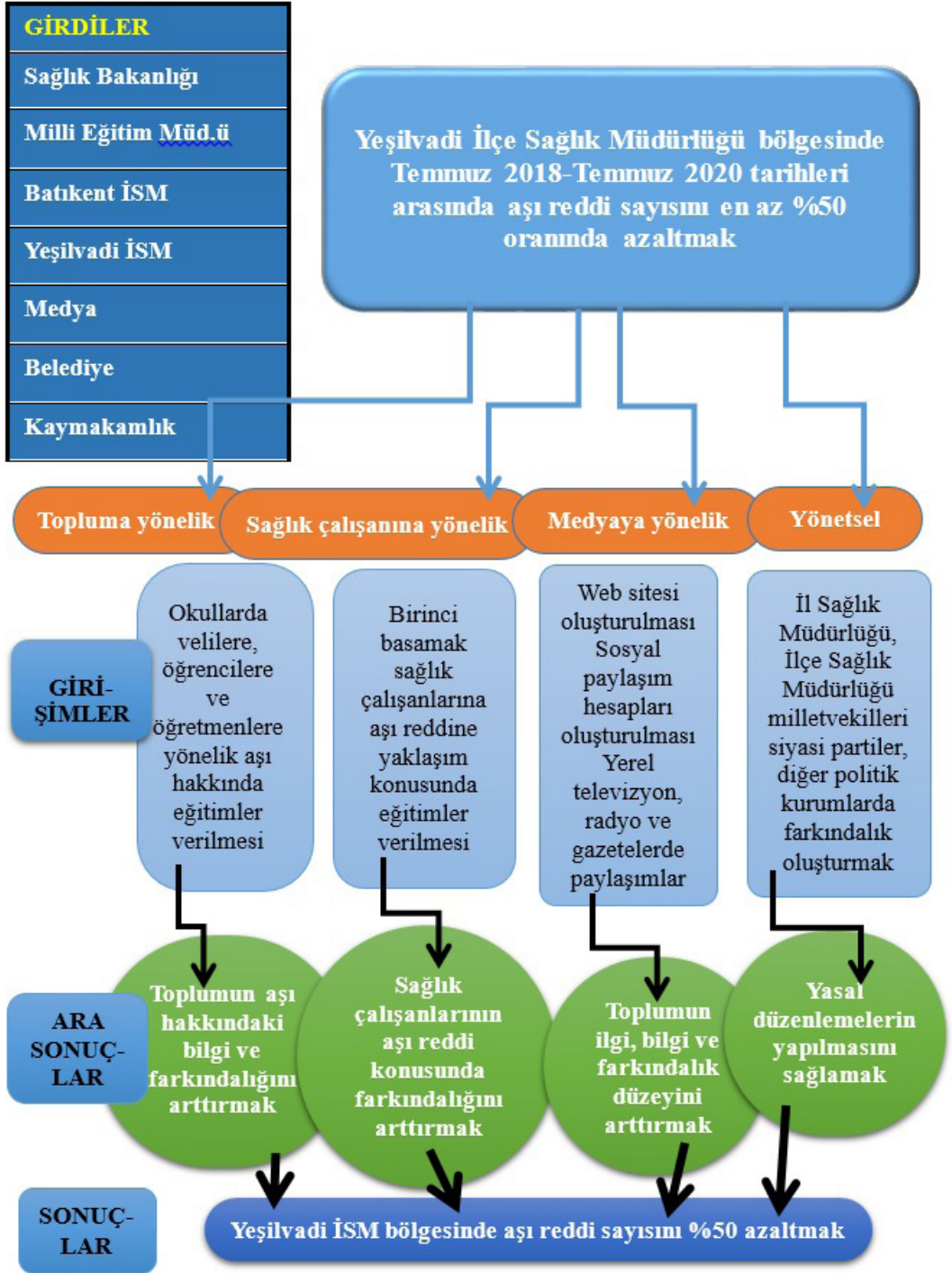
Yeşilvadi İSM Bölgesindeki aşı redlerini en az %50 azaltmak amacıyla yapılan uygulamaların değerlendirilmesinde yöntem olarak niteliksel bir çalışma kullanılmıştır. Bu amaçla uygulama başladıktan sonra ilk altı ay içinde 0-23 ay bebeklik çağı aşılarını reddeden 6 ve ilkokul birinci sınıf okul aşılarını reddeden 6 aileye ulaşılmış ve aşı reddiyle ilgili düşünceleri öğrenilmiştir. Ayrıca hizmet sunucuları olarak 3 aile hekimi, 3 pediatri uzmanı ve aşılama hizmetinde görev alan 3 hemşire ile görüşülmüştür. Ayrıca iki tane okul aşı uygulaması ve iki tane de ASM aşı uygulaması gözlemlenmiştir. Ek olarak aşı reddiyle ilgili literatür üzerinden ulaşılabilen tüm dokümanların analizi yapılmıştır.

Değerlendirme aşamaları altta sırasıyla verilmiştir:

1) Tarafların Bir Araya Gelmesi: Değerlendirme sürecini planlamak amacıyla, uygulama öncesinde ve sırasında Yeşilvadi İSM ekibi ve bölgedeki diğer sağlık çalışanlarının (aile hekimleri, uzman hekimler) bir araya gelmesi sağlanmıştır. Ayrıca Kaymakamlık, MEB, Belediye ve İl SM ekibi temsilcilerinin de toplantıya katılımı sağlanmıştır. Uygulama Temmuz 2020 tarihinde bittiğinde ekibin tekrar toplanması sağlanacaktır.

2) Programın Tanımlanması (Mantık Modeli/Logic Model): Daha sonra Program Mantık Modeli oluşturulmuştur. Programın girdileri olarak Yeşilvadi İlçe SM ekibi, Batıkent İl SM ekibi, Milli Eğitim Müdürlüğü yöneticileri, uzman doktorlar, Belediye, Kaymakamlık ve Medya çalışanları mevcuttur. Etkinlikler sağlık çalışanına, ailelere, topluma, politikacılara ve medyaya yönelik olarak planlanmıştır. Kısa/orta erimde ortaya çıkacak "ara sonuçları" ve uzun erimde ortaya çıkacak sonuçları/çıktıları modelde özetlenmiştir. Program mantık modeli Şekil 9.6'da gösterilmiştir.

Şekil 9.6 Yeşilvadi İSM Aşı Reddi Yüksekliği Program Mantık Modeli



3)Değerlendirme Yönteminin Belirlenmesi: Değerlendirme yöntemi olarak bir takvim yılında yapılan aşı oranlarının ve aşı reddi yapan ailelerin tüm ailelere olan oranının (yüzdesel değerler) kullanılmasına karar verilmiştir. Bu amaçla özellikle 2018 ve 2019 yılı aşı oranları ve aşı reddi oranları kullanılacaktır. Daha sonra Ocak-Haziran 2020 dönemi aşı oranları ve aşı reddi yapan aile oranı değerlendirilecektir. Ayrıca 2020 yılında sağlık personeli, aileler ve okul çalışanlarında (öğretmenler-müdürler) bilgi ve farkındalık düzeyi ölçülecektir. Son olarak yasal düzenlemelerle ilgili gelişmeler doküman analiziyle 2020 yılında program bitiminde tekrar değerlendirilecektir.

4)Güvenilir Kanıtların Toplanması: Değerlendirmede kullanılacak kanıtlar niteliksel ve niceliksel olarak toplanacaktır. Niteliksel çalışmada ailelerin ve sağlık çalışanlarının görüşleri ve hangi temaları içerdiği saptanacak, doküman analizleri yapılacak; niceliksel veriler ise AHBS, KDS ve İlçe SM verilerinden elde edilecektir.

5)Sonuçların Yorumlanması: Elde edilen sonuçlar 2020 yıl ortası itibarıyla programın bitişiyle birlikte 2019 takvim yılına ait Batıkent ili, Türkiye ulusal verileri ve DSÖ Avrupa Bölgesi verilerine göre değerlendirilip, analiz edilecektir.

6)Sonuçların Paylaşılması: Sonuçlar 2019 yılı sonunda ara sonuçlar olarak ve 2020 yılı Temmuz ayında program sonuçları olarak öncelikle sağlık çalışanlarıyla paylaşılacaktır. Daha sonra sektörler arası işbirliği toplantıları düzenlenerek başta Milli Eğitim olmak üzere ilgili diğer sektörlerle paylaşılacaktır.

Kaynaklar

Başara BB, Güler C, Çağlar İ ve ark. (2017) TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 1083; Ankara, 2017.

Başara BB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA, Kulalı B, Uzun SB, Birge KB, Pekerçi A, Yentür GK, Kıcıman Ö, Aydoğan KD (2018) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 1106; Ankara, 2018.

Berezin M, Eads A (2016) Risk is for the rich? Childhood vaccination resistance and a Culture of Health, Social Science & Medicine, Volume 165,2016, Pages 233-245,

Briss P, Shefer A, Rodewald L (2002) Improving vaccine coverage in communities and healthcare system. American Journal of Preventive Medicine, 2002 (23)1:70-71.

Bozkurt HB (2018) Aşı reddine genel bir bakış ve literatürün gözden geçirilmesi. Kafkas J Med Sci 2018; 8(1):71-76

Chirico F (2018) The new Italian mandatory vaccine Law as a health policy instrument against the anti-vaccination movement. Ann Ig. 2018 May-Jun;30(3):251-256.

doi: 10.7416/ai.2018.2217.

Dube E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger JA (2013) Vaccine hesitancy. *Human Vaccin Immunother* 2013(9)1763–1773.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (2014) 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Yayın No: NEE-HÜ.14.01, Ankara, 2014.

HASUDER (2014) Genişletilmiş Bağışıklama Programıyla İlgili Görüş, Ekim 2014, Ankara.

MacDonald NE & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015) Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-416.

Odone A, Ferrari A, Spagnoli F, Visciarelli S, Shefer A, Pasquarella C, Signorelli C (2015) Effectiveness of interventions that apply new media to improve vaccine uptake and vaccine coverage. *Human Vaccin Immunother*, 2015;11(1):72-82.

Sağlık Bakanlığı (2018) TC Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı

<https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/41-asi-turleri.html>

Erişilme Tarihi: 20 Aralık 2018

Sağlık Bakanlığı (2019) TC Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

<https://www.saglik.gov.tr/TR,21088/sagliga-asilanin.html>

Erişilme Tarihi: 20 Ocak 2019

TÜİK (2018) Temel istatistikler/Nüfus ve demografi <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>

Erişilme Tarihi: 20 Ocak 2019

TÜSEB (2019) Aşı Türleri. E-Kütüphane.

<https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/a-t-rleria-tarih-esia-allerjenleri-a-program-ve-raporlar>

Erişilme Tarihi: 20 Mart 2019

Walkinshaw E (2011) Mandatory vaccinations: The international landscape. *Canadian Medical Association Journal*, 2011;183(16):e1167-e1168.

Dizin

A

- Abramson 2
AÇSAP 51
ADNKS 164, 165, 169, 170
Ağız-Diş Sağlığı 57, 68, 69, 108, 119
AHBS 166, 170
AIDS 76, 168, 215
Aile Hekimliği 5-8, 16, 42, 57, 83, 166, 170, 188, 192, 193, 216, 217
Aile Planlaması 38, 40, 49, 51, 56, 58, 105, 169, 211
Aile Sağlığı Merkezi 5, 6, 58, 165, 196
Alma Ata 2, 3, 71
Amaç 11, 12, 65, 71, 91, 98, 104-110, 126, 128, 133, 137, 138, 143, 158-161, 243
Ana Ölüm Oranı 37
Ana Ölüm Hızı 38
Aristoteles 79
Astana 3
Aşı Reddi 58, 210, 218, 220-256
Atak Hızı 33
Primer Atak Hızı 33
Sekonder Atak Hızı 33
Ayrıntılı Değerlendirme 11, 79, 86, 156

B

- Bebek Başına Ortalama İzlem 41
Bebek İzlemleri 56, 58, 62, 67
Bebek Ölüm Hızı 36, 37, 48, 54, 56, 58, 146, 204
Bebek Ölümleri 64, 96, 107, 111-114, 146, 166, 203
Belediyeler 21, 25, 74, 75, 104, 107, 109-113, 120, 124, 131, 134, 135, 136, 165, 196, 243, 246, 254

- Beyin Fırtınası 56
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 1-8, 14-16, 19, 42, 49, 50, 56, 83, 91, 96, 153, 170, 188-193
Birincil Koruma 89, 91, 105, 191
Birincil Veri 180, 184
Birlikte Kararlaştırma 128
BOH 43, 51, 57, 58, 61, 158, 170, 213, 218, 231
Bölge Sağlık Yönetimi 1, 135, 193
Bölge Tabanlı 7-8
BRFSS 43, 158
Bulaşıcı Hastalıklar 33, 49, 50, 58, 59, 110, 123, 131, 157-159, 210, 218
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar 43, 51, 57, 58, 61, 158, 170, 213, 218, 231
Bütçe 13, 55, 94, 110, 126, 188, 217, 243, 247
Bütünsellik 3, 5, 6

C-Ç

- CDC 43, 98, 101, 142
CINDI 154
Cinsiyete Özel Ölüm Hızı 35
Cochran Kitaplığı 91, 100, 183
Coğrafi Bilgi Sistemleri 193
Community Based 6
Community Diagnosis 7
Community Oriented 1, 3, 6, 276, 277
COPC 1, 11, 275, 276
COPH 6, 276
CVO (SVO) 45, 46, 61, 108, 119, 205
Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) 176, 177
Çevresel Etkileşim 21, 22, 24, 80, 92, 104, 126, 174, 176, 177, 234

Çevre Sağlığı 2, 5, 22, 41, 51, 59, 131,
193, 214, 219, 229

Çocuk Kadın Oranı 40

D

DALE 44

DALY 43-47

Davranışçı Yaklaşım 13, 126

Delegasyon 127, 130

Derinlemesine Görüşme 21, 42, 75, 86,
87, 164, 180

DFLY 44

DHS 169

Disability Weight 44

Diyabet 47, 80, 167

Diyabet ve Obezite Birimi 52

Doğruluk 141, 142

Doğum Hızları 38

Evli Kadınlara Özel Doğurganlık Hızı

39

Genel Doğurganlık Hızı 38

Kaba Doğum Hızı 38

Toplam Doğurganlık Hızı 39

Yaşa Özel Doğurganlık Hızı 39

Dokuz Eylül Üniversitesi 15, 57, 188,
192, 279, 281-284

Doküman Analizi 42, 87, 192, 254, 256

Drucker P 14

DSÖ 2, 3, 6, 14, 74, 132, 136, 174, 186,
193

Durum Saptaması 11, 12

Dürüstlük 141, 142

DW 44

E

e-Sağlık 166, 167

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) 166,
170

e-Nabız 166, 167

e-Radyoloji 166, 167

Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) 166, 167

Halk Sağlığı Bilgi Sistemi (HSBS) 166,
167

Kamu Hastaneleri Bilgi Sistemi 166, 167

Karar Destek Sistemi (KDS) 166, 167

MHRS 167

MSVS 166, 167

Sağlık.NET 166, 167

SKRS 167

Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi 166, 167

UVS 166

Egzersiz 49, 61, 80, 88, 91, 94, 153, 213

Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri
135

Einstein A 55

Ekonomik Değerlendirme 9, 19, 23, 43,
65, 70, 80, 94, 100, 174, 175, 198

Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) 166, 167

Entegrasyon 3, 4, 9, 92, 123, 133, 189

Epidemiyoloji 1, 2, 4, 7, 9, 14, 24, 47,
52, 92, 95, 100, 157, 159, 160,
163, 190-192

Erken Yaşta Evlilikler 136

Eşitlik 3, 6, 175

Eşitsizlik 6, 178, 179, 190

Etik 55, 141, 176, 239, 245

Etkililik 61-69, 94, 95, 151, 163, 224

Etkinlik 79, 88, 91, 98, 105-110, 131,
141-143, 151, 243-245

Evaluation 100, 143, 178

Evli Kadınlara Özel Doğurganlık Hızı 39

Evrensel Kapsayıcılık 1, 3

Eylem Planı 98, 104, 105, 110-125, 126, 136, 243-253

F

Fatalite Hızı 33, 43, 64, 90

Fayol H 13, 137

Fizik Aktivite-Egzersiz 49, 61, 80, 88, 91, 94, 153, 213

Forlayn S 141

G

Gebe İzlemleri 38, 40, 49, 56, 60, 81, 82, 96, 155, 166, 167, 207, 216

Genel Doğurganlık Hızı 38, 39, 49, 205

Genel Pratisyen 2, 8, 14, 131

Geri Bildirim 75, 130, 143, 162, 163

Goal 98, 106

Google Maps 20

Google Scholar 183

Grant J 1

GZOT 164

H

Hacettepe Üniversitesi 14, 169, 170

Hadassah Üniversitesi 188

HALE 44

Halifax Modeli 133, 134

Halk Eğitimi 49, 50, 60, 110, 124, 131, 214, 215, 219

Halk Sağlığı 1-7, 14-16, 24, 28, 52, 92-100, 136, 141, 157, 158-163, 177, 190-193

Halk Sağlığı Bilgi Sistemi (HSBS) 156, 157

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 52, 166, 167

Halk Sağlığı Laboratuvarı 216

Halk Sağlığı Uzmanı 14, 15, 28, 61, 73, 96, 99

Halkla İlişkiler 75

Hanlon Yöntemi 64-66

Hart T 1

HASAD 279

Hassas Halk Sağlığı 191

Hassas Tıp 191

Hastalığın Doğal Gidişi 90, 105, 106

Hastalık Yüğü 43-49, 168, 169, 193

DALY 43-47

YLD 43, 44

YLL 43, 44

Hastane 5, 6, 42, 49, 59, 88, 90, 104, 107, 157, 165-168, 185, 189, 190, 193

Kamu Hastaneleri Bilgi Sistemi 166, 167

HASUDER 15

Hawthorne 13

HEALY 44

Hedef 98, 104-110

Hepatit A 59, 84, 106-110, 122-125, 147, 221

Hepatit B 56, 59, 221, 223, 226, 236

Herkese Sağlık 3, 132, 137

Hıfzıssıhha Okulu 14, 169

HIV 76, 167

Hill N 188

Hipertansiyon 56, 61, 87, 153, 154, 170, 171

Hipokrat 19

Hizmetiçi Eğitim 50, 51, 60, 129, 153, 163, 215

HSBS 166, 167

HÜNEE 169

I-I-J

IOM 2

İhale 126

İkincil Koruma 90, 91, 118

İkincil Veri 164, 180, 184

İl SM 20, 32, 49, 52, 135, 136, 189, 190,
254

İlçe SM 5-9, 20, 32, 41, 49-52, 57, 58,
60, 104, 190, 193, 217

İnsan İlişkileri Okulu/Yaklaşımı 13

İnsangücü 6, 42, 49, 55, 189

İnsidans 32, 33, 43, 64, 95, 161

İş Sağlığı Uzmanı 20

İş Sağlığı ve Güvenliği 41, 50, 52, 60
İş Kazaları 60

İşin Geliştirilmesi, Zenginleştirilmesi
131, 189

İşyeri Temsilciliği 131

İşletme Konseyleri 131

K

Kaba Doğum Hızı 31, 38, 49, 205

Kadın Başına Ortalama İzlem (15-49 yaş)
40, 56, 60, 218, 220

Kadın Ölüm Hızı 35

Kadın Sağlığı Hizmetleri 38, 60, 206,
207, 211, 212

Kalite Çemberleri 14, 128

Kamu Hastaneleri Bilgi Sistemi 166, 167

Kanıtı Dayalı Karar Verme 92-102

Birinci Düzey Kanıtlar 95

İkinci Düzey Kanıtlar 95

Kanıtı Dayalı Halk Sağlığı 93, 99

Kanıtı Dayalı Uygulama Basamakları

96

Kanıtı Değerlendirirken Kullanılan

Araçlar ve Süreçler 94

Kanun Hükmünde Kararname 50, 189,
230

Karar Destek Sistemi (KDS) 166, 167,
216, 256

Karelia 154

Kark E&S 2

Katılım 3, 8-11, 13, 14, 22, 58, 70-77,
79, 126-129, 137, 142, 179, 186,
190, 219, 226

Toplum Katılımı 3, 8-11, 22, 58, 70-
77, 87, 142, 179, 186, 190, 219, 226

Yönetime Katılma 13, 14, 79, 126-
129, 137

Katkı 71, 72, 161

Katkı Payları 71, 161

Kavram Haritası 11, 79-85, 88, 102, 184,
185, 242

KDS 166, 167, 216, 256

Kesitsel Çalışmalar 32, 43, 86, 87, 93,
116, 121, 158, 170, 171, 243, 246

Kesitsel Harita 26, 27, 197-199

KETEM 7, 51, 57, 212, 218

KHK 48, 180

Kişi Başına Düşen Bakı Sayısı 5, 41, 42,
49

Kişiyi Geliştirme 129, 130, 189

KKH 61, 80, 90, 91, 141, 145, 152, 153,
161, 171

KOAH 45, 46

Koordinasyon 5, 9, 13, 19, 50, 132, 133,
137, 138, 189

Koroner Kalp Hastalığı 61, 80, 90, 91,
141, 145, 152, 153, 161, 171

Koruma 89-91, 105, 117, 118, 191

Birincil Koruma 89, 91, 105, 191

İkincil Koruma 90, 91, 118
Üçüncül Koruma 90, 91, 117, 191
KÖH 34
Kronik Hastalıklar 61, 67-69, 83, 84,
108, 159, 167, 169, 170, 217, 220,
231
KOAH 46
Kronik Hastalık Kayıtları 81, 206, 208
KYTA 170

L

Laboratuvar İnceleme Oranı 24, 42, 49,
51, 56, 61, 86, 87, 89, 157-161,
216
Halk Sağlığı Laboratuvarı 216
Literatür Taraması 11, 25, 79, 92, 96-99,
181, 183, 185
Gri Literatür 101
Logic Model 142, 145-150, 255

M

Malnutrisyon 87-90, 106, 151, 152
Mantık Modeli 142, 145-150, 255
Mayo E 13
MEDLINE 91, 96, 183
Meta Analiz 94, 97, 100
MHRS 167
Monitörizasyon 143, 163, 178, 186
Motivasyon 13, 58, 127, 129-131, 137,
138, 162, 189, 217
MSVS 166, 167

N

Nedene Özel Orantılı Ölüm Hızı 35, 48
Nedensellik Ağı 11, 79-85, 88, 102, 184,
185, 242

Neonatal Ölüm Hızları 36, 37, 204
Neonatal Tarama Programları 216
Neonatal Tetanoz 225
Nitel Yöntemler 21, 42, 75, 86, 87, 98,
143, 156, 164, 176, 180, 186, 192,
243, 246, 254, 256
Derinlemesine Görüşmeler 21, 42,
75, 86, 87, 164, 180
Doküman Analizi 42, 87, 192, 254
Odak Grup Görüşmeleri 21, 42, 75,
86, 87, 156, 164, 186, 243, 246

Nusret Fişek 1, 14, 15
NUTS Bölgeleri 169, 170
Nüfus Verileri 28-31, 48, 200-203
Doğal Nüfus Artış Hızı 31
Net Nüfus Artış Hızı 31
Nüfus Artış Hızı 28, 31
Nüfus Piramidi 29-30, 46, 192

O-Ö

Obezite 7, 43, 49, 50, 52, 56, 58, 61, 63,
88, 91, 105, 153, 167, 170, 171,
214, 218
Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık
Araştırması 168
Türkiye Beslenme ve Sağlık
Araştırması 170
Objective 98, 106
Odak Grup Görüşmeleri 21, 42, 75, 86,
87, 156, 164, 186, 243, 246
Ödüllendirme 130
Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) 165, 217
Ölü Doğumlar 36, 37, 58, 169, 203
Ölüm Hızları 34, 204
Ana Ölüm Hızı 37, 38
Ana Ölüm Oranı 37, 38
Bebek Ölüm Hızı 36, 37

Cinsiyete Özel Ölüm Hızı 35
Kaba Ölüm Hızı 34
Nedene Özel Orantılı Ölüm Hızı 35
Neonatal Ölüm Hızları 36, 37
Ölü Doğum Hızı 36
Perinatal Ölüm Hızı 37
Yaşa Özel Orantılı Ölüm Hızı 35
Yaşa Özel Ölüm Hızı (YÖÖH) 34
Ölüm Kayıtları 51, 58, 106-114, 165,
217, 220
Ölüm Nedenleri 34, 45, 48, 107, 108,
165, 166, 168, 204, 205
Öncelikli Sağlık Sorununu Belirleme 1,
3, 10, 55-70, 75, 217-220
Hanlon Yöntemi 64
Karma Puanlama Yöntemi 66-69
Öncelikli Sorunlar Listesi 58-61, 217-
220
Vaughan-Morrow Yöntemi 61-63

P-Q

Partikül Madde 182
PEARL 65
Perinatal Ölüm Hızı 37, 146
Pickles W 1
Planlama 11-13, 98, 104-125, 161, 243-
253
Eylem Planı 98, 101, 104-125, 243-
253
Stratejik Planlama 104
Taktik Planlama 104
PM10 182
POCCC 13
Politika 3, 4, 16, 66, 92, 98-100, 104,
108, 136, 179, 191
Kamu Politikası 3, 98-100

Sağlık Politikası 4, 16, 66, 108, 159, 188,
193
Sosyal Politika 136, 175
POSDCORB 13
Precision Medicine 191
Precision Public Health 191
Prevalans 31, 32, 43, 64, 87, 95, 161
Primary Care 1, 5
Primary Care Trust 2
Primary Health Care 2
Primordial Koruma 89-91, 191
Program Değerlendirme 11, 141-156,
254
PubMed 91, 96, 101, 183
QALY 44, 49, 94

R

Raporlama 13, 87, 91, 96, 97, 100, 110,
130, 157, 163, 178, 179, 185, 243
RİA 57, 60, 131, 211
Risk Değerlendirme 94, 131, 180-182,
235
Risk Faktörleri 43, 90, 91, 155
Risk Grupları 6, 28, 31, 38, 49, 193, 231
Riskli Sağlık Davranışları 43, 231, 235
RKÇ 93
Rothkopf D 174

S-Ş

Sağlığı Geliştirme 24, 101, 191, 192
Sağlığı Koruma 4, 89-91, 105, 117, 118,
191
Birincil Koruma 89, 91, 105, 191
İkincil Koruma 90, 91, 118
Üçüncül Koruma 90, 91, 117, 191
Sağlığın Belirleyicileri 23

- Sağlığın Sosyal Belirleyicileri 22, 23, 191
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 23, 131, 214
- Sağlık 6, 22, 23, 43
- Herkese Sağlık 3, 132, 137
- Sağlık-21 Hedefi 132
- Sağlık ve Çevre Etkileşimi 22
- Sağlık Bakanlığı 14, 41, 45, 50, 51, 135, 166-168, 189
- Sağlık Bilgi Sistemi 157, 159, 166, 167
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü 166
- Sağlık Etki Değerlendirmesi (SED) 174-187
- Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) 176, 177
- Entegre Etki Değerlendirmesi 176
- Sosyal Etki Değerlendirmesi 176
- Stratejik Etki Değerlendirmesi 176
- Sağlık Evi 52, 213
- Sağlık İstasyonu 1
- Sağlık Kayıtları 58, 166, 189
- Sağlık Ocağı 74, 188
- Sağlık Politikası 4, 16, 66, 108, 159, 188, 193
- Sağlık Reformları 71, 192
- Sağlık Sistemi 6-8, 19, 79, 86, 157, 159, 189-193
- Sağlık Sorununun Ayrıntılı Değerlendirilmesi 10, 79-93, 221-242
- Sağlıklı Kentler Hareketi 187
- Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) 188
- Sağlıkta Eşitlik 3, 6, 175, 176
- Sağlıkta Eşitsizlik 6, 178, 179, 190
- SAHAM 52
- SARS 159
- SDP 188
- Sektörler Arası İşbirliği 8, 57, 58, 131-137
- Sevk Oranı 41, 42
- Sevk Zinciri 3, 5, 19, 42, 189
- Sınıfsal Konum 21, 23, 75
- SKRS 167
- SMART Kriterleri 105
- Sorumluluk 14, 71, 126, 133, 151, 162, 228-230
- Sosyal Çevre 22, 163
- Sosyal İlişkiler 19, 129, 131
- Sosyal Politika 136, 175
- Statü 23, 130
- Strateji 2, 11, 92, 95, 98, 99, 104, 137, 157, 163, 176, 190, 191
- Stratejik Etki Değerlendirmesi 176
- Stratejik Planlama 98, 104
- STK 22, 73, 74, 244, 249, 250
- Survey 43, 98, 158, 169
- Sürdürülebilir Gelişme/Kalkınma 3, 175
- Sürveyans 49, 52, 89, 94, 98, 156-164
- Aktif Sürveyans 156
- Entegre Sürveyans 157
- Kategorik Sürveyans 157
- Laboratuvara Dayalı Sürveyans 157
- Pasif Sürveyans 156
- Sendromik Sürveyans 157
- Sentinel Sürveyans 157
- SVO 45, 46, 61, 108, 119, 205
- SWOT 164
- T**
- Taktik Planlama 104

Tanımlayıcı Çalışmalar 98, 158, 163, 192
Tarama Programları 7, 49, 90, 108, 131, 216
Tarih Şeridi 26, 196
Taylor FW 13
TBSA 170
Temel Sağlık Hizmetleri 2, 3, 71, 132
TEKHARF 171
TKrHRF 170
TNSA 43, 158, 169, 190
Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) 39, 49, 196
Toplam Kalite Yönetimi (TKY) 14, 128
Toplum 1, 7, 8, 19-21
Toplum Yönelimli 1-4, 6, 14
Toplumsal Bakış Açısı 1, 24, 25
Toplumu Tanımlama 12, 19-21, 26, 196-199
Toplum Hekimliği Enstitüsü 14
Toplum Katılımı 3, 8-11, 22, 58, 70-77, 87, 142, 179, 186, 190, 219, 226
Toplumsal Tanı Çalışması 20, 24, 25, 47
Toplumsal Tanı Bilgi Kaynakları 25
TOYS 1-10, 13, 188-193
TOYS Döngüsü 10
TOYHAS 6, 7
Triangülasyon 180
TSH 2, 3, 71, 132
TSM 5-8, 20, 32, 41, 49-52, 58, 190, 193
TURDEP 171
TÜİK 43, 165, 166, 168, 190
Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 170
Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması 168

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 168, 170
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 43, 158, 169, 190
Türkiye Sağlık Araştırması 43, 169
Türkiye Sağlık İstatistikleri 168
Tütünle Mücadele 136

U-Ü

Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 45, 168
Ulusal Veri Sözlüğü (UVS) 166
Uluslararası Hastalık Sınıflaması 165
Ulaşılabilirlik 3, 6, 9, 105, 137, 161
Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 230, 232, 233
Uygulanabilirlik 65, 66
Uygunluk 150
Uzlaş Konferansları 94, 95
Uzman Panelleri 95, 98
Üç Açılı Değerlendirme/Yaklaşım 180
Üçüncül Koruma 90, 91, 117, 191
Üreme Sağlığı 38
Çocuk Kadın Oranı 40
Doğum Başına Ortalama İzlem 40
Evli Kadınlara Özel Doğurganlık Hızı 39
Genel Doğurganlık Hızı 38
Kaba Doğum Hızı 38
Kadın Başına Ortalama İzlem 40
Toplam Doğurganlık Hızı 39
Yaşa Özel Doğurganlık Hızı 39

V-W

Vaughan ve Morrow Yöntemi 61-63, 66, 178
Verem Savaş Daire Başkanlığı 226
Verem Savaş Dispanseri (VSD) 52

Veri Kaynakları 41, 47, 141, 164, 168,
179
e-Sağlık 166, 167
Birincil Veri Kaynakları 180, 184
İkincil Veri Kaynakları 164, 180, 184
Sağlık Bilgi Sistemi 25, 157, 159, 166,
167
Sağlık Kayıtları 57, 58, 166, 167, 188,
190
Verimlilik 151
WHO 2, 3, 6, 71, 74, 101, 132, 183

Y

Yapılabilirlik 141
Yararlılık 141
Yaşa Özel Doğurganlık Hızı 39
Yaşa Özel Orantılı Ölüm Hızı 35
Yaşa Özel Ölüm Hızı (YÖÖH) 34
Yaşlı Sağlığı Hizmetleri 29, 61, 62, 66-
69, 85, 106-108, 115-120, 150, 218
Yeni Halk Sağlığı 190, 191
Yerel Yönetim 74, 131, 177

Yetki Devri 127, 130
YLD 43, 44
YLL 43, 44
YÖÖH 34
Yönetim 1-15, 58, 75, 76, 92, 98, 126,
128-131, 137, 157, 159, 188-190
Yönetim Döngüsü 11, 12
Yönetimsel Epidemiyoloji 47
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü
168
Yönetime Katılma 13, 14, 79, 126-
129, 137
Yönetici Sorumluluğu 127

Z

Zaman Dilimi 26, 105, 179, 196
Zararlı Etkiler 94, 181, 185

PREFACE

COMMUNITY ORIENTATION OF HEALTH SERVICES (COPC-TOYS) – TURKEY

The future of health medical care lies in addressing the needs of populations through accessible health care and the promotion of the health of communities. New technologies are developing fast and produce new effective diagnostic and treatment products and at the same time drive the ever increasing cost of health care. However, health services in themselves account for only a small proportion in determining health status, while most of it is derived from health behaviors, the social and physical environment and genetics.

A paradigm shift is required that addresses the health of individuals in the context of their families and communities and which not only treats the individual but also addresses the health status of communities. Thus, it is required a community orientation of health services.

This book about TOYS constitute a required and a very useful source for the training of health professionals and health sciences students who are part or eventually will form part of the Health Teams responsible of leading the building and development of the Community Orientation (CO) in Turkey.

The Community Orientation of Health Services is an approach to health care that addresses the health needs of entire populations. Health systems in different countries are recognizing the importance of formulating the principles and methods of population-based health care to promote the health of their communities and to prevent and treat the ills of the population they serve. To face this challenge health professionals, from the practice to the policy levels need to be prepared with the tools that will allow them to provide a community orientation (CO) to care. To this aim it is required to have the support of conceptual and methodological frameworks that could be applied in communities and, provide support to the organization of the practice of CO. According to the specific realities of health systems and communities, adopting the principles and adapting the methods of recognized approaches are a sound basis for CO.

Experiences of implementing CO have already demonstrated feasibility, effectiveness and acceptability by the population. Two salient examples of CO addressing the health needs of populations are Community Oriented Primary Care (COPC) and Community Oriented Public Health (COPH). COPC addresses the practice of Primary Care services for individuals who are sick, at risk or healthy in a defined community while also focusing in the promotion of health of the entire community. In COPH, population health programs are applied at different levels of the health system through promotion and preventive actions and with inter-sectorial cooperation of professionals and organizations working with the same communities. Key components of this orientation are the knowledge, skills and attitudes of health professionals related to the practice of CO. TOYS takes into account the experience acquired in the application of Community Oriented Primary Care COPC principles and methods in different countries and health systems. The effectiveness demonstrated of COPC support and promotes the practice of TOYS. COPC has shown the reduction of communicable and non-communicable diseases, changing unhealthy behaviors, decreasing infant mortality and promoting growth and development of infants and toddlers and facilitating the working of health teams.

One of the examples of the practice of COPC is the development of its practice in Catalonia, Spain. For several years, since 1987 health professionals, mainly family physicians, have participated in COPC workshops. This was initiated by highly motivated family doctors from the Catalan Society of Family and Community Medicine (CAMFIC) who had read the writings of Sidney and Emily Kark, the pioneers in COPC in South Africa, of which various articles were co-authored by us. We trained about 500 from these courses, and a sizeable proportion of them started the practice of COPC in Primary Care Health Centers across the region. Today they amount to more than 100 health centers and a Network of these Health Centers with CO was created as well as a COPC Working Group. Lately CO was adopted as a formal policy by the local government for the whole Region.

Motivated professionals, a reform of the health system and the support of experts throughout the years were the catalyzers for this sustainable development. In Turkey we have been involved through COPC workshops in academic institutions in Izmir and Istanbul. Also we have taught to Ministry of Health professionals from the whole country in Ankara, as part of a Health Policy and Administration course. Turkish graduates from our School in Jerusalem have collaborated in the programming and delivery of these endeavors.

Through our teaching in academic institutions in Schools of Public Health, Schools of Medicine and teaching of family physicians and health professionals from Ministries of Health in different countries and health system settings we have learned about the appeal of the CO with its key principles and values of equality and social justice and its adaptability to urban and rural settings. We have also learned and experienced the obstacles and challenges health professionals encounter when the health system is fragmented and based only on the demand, and where the costs of care cannot be afforded by the population. Universal coverage offers a good opportunity for CO of health services, although it is not enough for its development if the system is resistant to change.

The chapters of this book present a step-by-step approach that guides the reader through a systematic process of addressing the health needs of communities. It details the definition and characterization of the community; the process of identifying their health needs; the selection of the more pressing health conditions in the community through a process of prioritization; the performance of a detailed assessment of the distribution of the selected condition and its determinants in the community; the planning and implementing of the intervention including the surveillance of the health condition and the evaluation of processes and outcomes. The latter provides the information for a reassessment of what is being done and the need for continuation or modifications of the program and the assessment of its sustainability. In that way it opens the process for the incorporation of new programs for additional prioritized conditions.

This book's approach and content shows how TOYS offers a new paradigm for the organization of Health Services through a CO approach. The conceptual framework of this approach of health services is not only useful for the specific practice of TOYS but is valuable as an organized and flexible way to assess the health problems of a community and address them in practice.

This book will be beneficial for students and health professionals by providing a framework for extending the care of individuals to consider also the family and community context to impact the health status of entire populations. The principles and methods and the systematic approach presented in the text by two recognized Turkish public health professionals as well as the example of the practice of TOYS provide the tools for the development of CO in the health services.

The authors of this book are two well-known professionals, with a distinguished career in Public Health in Dokuz Eylül University School of Medicine. Belgin Unal, MD, MPH, PhD was the past Head of the Department of Public Health and Bulent Kilic MD the present Head of the Department of Public Health of the University. They have published extensively and have strong research backgrounds. This book accumulates the experiences already applied by the authors throughout the last 10 years of teaching and training this systematic approach on CO to public health professionals and medical students. This accumulated experience based on the realities of Turkey's communities gives this book the value of describing and analyzing the practical application of the theoretical basis of the CO.

Jaime Gofin, MD, MPH

Emeritus

*School of Public Health and Community
Medicine of Hadassah and Hebrew Uni-
versity of Jerusalem*

Rosa Gofin, MD, MPH

Emerita Professor of Social Medicine

*School of Public Health and Community
Medicine of Hadassah and Hebrew Uni-
versity of Jerusalem*

July 2019

Teşekkür

Bu kitabın hazırlanması sırasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın TOYS eğitimlerinde intern doktorlara danışmanlık yapan ve aşağıda listesi verilen tüm öğretim elemanlarına; Konak, Balçova, Narlıdere, Güzelbahçe ve Gaziemir İlçe Sağlık Müdürlüğü intern eğitim sorumluları Nuray Yücetin, Sinem Doğanay, Seher Demir, Tuba Yılmaz ve Canan Kaynak'a; Urla İlçe Sağlık Müdürü Cenk Benli'ye, kitabın basım öncesi incelemesini yapan HASAD (Halk Sağlığı Araştırmaları Derneği) yayın komisyonu üyeleri Yücel Demiral, Ahmet Can Bilgin ve Ayla Açıkgöz'e; HASAD Yönetim Kurulu üyeleri Gül Ergör, O. Alparslan Ergör ve Ali Aköz'e; TOYS örnek uygulama bölümünün oluşmasında aktif olarak çalışan, literatür tarayan, nedensellik ağını ve program modelini hazırlayan asistanlarımız Öykü Turunç, Nurcan Şentürk Durukan, Abidin Demirbağ, Ali Erkin Kahraman, Mehmet Taş, Hanım Kumbul, Ezgi Emli, Merve Karakayaoğlu Işık, Cem Aydemir, Ali Aköz, Gamze Bayrak, Kübra Yeşil Kuru'ya ve bizlere fikirleriyle ufuk açan ve ilham veren tüm öğrencilerimize/kursiyerlerimize büyük bir teşekkür borçluyuz.

TOYS uygulamalarında danışman olarak görev alan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri:

Reyhan Uçku, Gül Ergör, O. Alparslan Ergör, Yücel Demiral, Türkan Günay, Hatice Şimşek Keskin, Ahmet Soysal.

TOYS uygulamalarında danışman olarak görev alan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan mezun Uzman Doktorlar:

Refik Budak, Hale Arık, Kaan Sözmen, Sinem Doğanay, Özlem Pekel, Deniz Altun, Volkan Damgacı, Ceyda Şahan, Erdem Erkoyun, Murat Aysin, Can Hekimoğlu, Emine Avcı, Duran Ada, Tuba Yılmaz, Dilek Öztoprak, Ali Ceylan, Nur Demirpençe, Hande Bahadır, Ümran Kolukırık, Yasin Sağlam, Burcu Kendirli, Duygu İşlek, Mehmet Gürkan Güzel, Hilal Görgel Kahraman, Duygu Lüleci, Işık Top, Tansel Başsüllü.

TOYS uygulamalarında danışman olarak görev alan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlileri:

Aylin Şimşek, Özden Özilice, Özge Aksoy Kahramanoğlu, Nurcan Şentürk Durukan, Merve Karakayaoğlu Işık, Abidin Demirbağ, Cem Aydemir, Ali Erkin Kahraman, Öykü Turunç, Mehmet Taş, Hasan Koç, Hanım Kumbul, Ali Aköz, Gamze Bayrak, Kübra Yeşil Kuru, Ezgi Emli.

TOYS uygulamalarında danışman olarak görev alan İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Doktorları: Nuray Yücetin, Sinem Doğanay, Seher Demir, Tuba Yılmaz, Canan Kaynak, Cenk Benli.

Editörler:

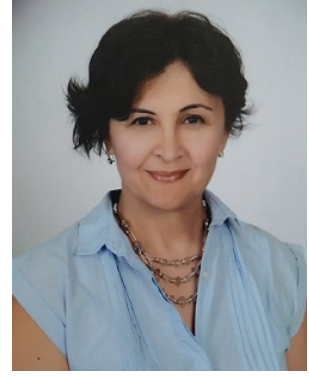
Dr. Bülent KILIÇ

Prof. Dr. Bülent Kılıç 1988 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, tıpta uzmanlık eğitimini 1996 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda tamamlamıştır. İkinci üniversite eğitimi kapsamında Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Sosyoloji lisans programını bitirmiştir. Halen Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. İlgilendiği temel konular sağlık yönetimi, sağlık örgütlenmesi, sağlık politikası, sağlık sistemleri ve sağlık sosyolojisidir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı olan Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığının 1998-2004 yılları arasında üniversite adına yöneticiliğini yapmıştır. 2001 yılında Kudüs Hebrew Üniversitesi Hadassah Halk Sağlığı Okulu öğretim üyeleri Prof. Dr. Jaime Gofin ve Prof. Dr. Rosa Gofin tarafından düzenlenen COPC eğitimine katılmıştır. 2002-2006 yılları arasında yazarlarla birlikte çok sayıda TOYS kursu düzenlemiştir. 2007 yılında Dr. Belgin Ünal'la birlikte Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda intern doktor eğitiminde 4 haftalık TOYS kurslarını başlatmıştır. Son 12 yıl içinde yaklaşık 100 kez düzenlenen kurs programı halen başarıyla sürmektedir. Prof. Dr. Bülent Kılıç 2017 yılından beri aynı zamanda Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı başkanlığı görevini de yürütmektedir.



Dr. Belgin ÜNAL

Prof. Dr. Belgin Ünal 1993 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, 1999 yılında tıpta uzmanlık eğitimini Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda tamamlayarak halk sağlığı uzmanı ünvanını almıştır. Halk Sağlığı alanında yüksek lisans (Hebrew University of Jerusalem) ve doktora (Liverpool Üniversitesi, İngiltere) eğitimlerini 1998 ve 2004 yıllarında tamamlamıştır. Halen Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Dr. Ünal, mezuniyet öncesi ve sonrası programlarda, bulaşıcı olmayan hastalıklar epidemiyolojisi ve kontrolü, modelleme, araştırma ve analiz yöntemleri konularında dersler vermektedir. TOYS uygulamaları halk sağlığının epidemiyoloji, sağlık yönetimi, sağlığı geliştirme konularının bir uygulama alanı olması nedeniyle, Dr. Ünal'ın ilgisini çekmiştir ve 2001 yılından beri mezuniyet öncesi ve sonrası kurslarla bu konudaki bilginin yayılmasına katkıda bulunmaktadır. 2007 yılında Prof. Dr. Bülent Kılıç'la birlikte Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda son sınıf tıp öğrencilerine yönelik olarak 4 haftalık TOYS kurslarını başlatmıştır. 2007-2018 yılları arasında bu eğitimlere katılan yaklaşık 2500 hekim adayının TOYS sertifikası almasına öncülük etmiştir.



Yazarlar:

Dr. Gönül DİNÇ HORASAN

Prof Dr. Gönül Dinç Horasan halen İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda çalışmaktadır. Dr. Dinç Horasan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1990 yılında mezun olmuş, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında halk sağlığı uzmanlık eğitimini almıştır. 1996-2017 yılları arasında Celal Bayar Üniversitesi'nde çalışan Dr. Horasan, 2006 yılında Bristol Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü'nde (Bristol University Primary Health Care Unit) fellow ship olarak çalışmıştır. Dr. Dinç Horasan lisans öncesi ve lisans sonrası eğitim programlarında ağırlıklı olarak epidemiyoloji, biyoistatistik, üreme sağlığı, bulaşıcı olmayan hastalıklar konularında dersler vermekte, toplum tabanlı hastalık kontrol programları ve üreme sağlığı çalışma konularını oluşturmaktadır. Dr. Dinç Horasan 2012-2015 yılları arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Kadın Çalışmaları Araştırma ve Uygulama Merkezinin kurucu müdürlüğünü yapmış, 2012-2017 yılları arasında ise aynı üniversitenin Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları yüksek lisans programının sorumluluğunu yürütmüştür.



Dr. Mestan EMEK

Uz. Dr. Mestan Emek 1993 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, 2000 yılında tıpta uzmanlık eğitimini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda tamamlayarak halk sağlığı uzmanı olmuştur. Halk sağlığı uzmanı olarak Sağlık Bakanlığı'nın değişik kademelerinde çalıştıktan sonra epidemiyoloji alanında yan dal uzmanlık eğitimini Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda 2016 yılında tamamlamıştır. 2016-2018 yıllarında Antalya İl Sağlık Müdürlüğünde epidemiyoloji uzmanı olarak çalışan Dr. Mestan Emek aynı zamanda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün "Saha Epidemiyolojisi" sertifikalı eğitim programında eğitici. Temel ilgi alanları epidemiyoloji, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, salgın incelemeleri ve yönetimidir. Halen Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktor öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.



Dr. İbrahim PADIR

Dr. İbrahim Padır 1987 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, 2006 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans, 2016 yılında aynı bölümde Halk Sağlığı Doktora programını tamamlamıştır. 1988 – 1991 yılları arası Van İl Sağlık Müdür Yardımcılığı, 1998 – 2000 yılları arası İzmir İl Sağlık Müdür Yardımcılığı görevlerini yürütmüştür. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından Hebrew Üniversitesi Hadassah Halk Sağlığı Okulu ile ortak düzenlenen COPC eğitimine katılmış, 2002 yılından itibaren yazarlarla birlikte bazı TOYS kurslarında eğitici olarak görev almıştır. Yürütmüş olduğu idari görevler dışında birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında birçok kongre ve sempozyumda görev almış, araştırma yürütmüş, eğitim vermiştir. 1995 yılından beri İzmir ili Konak İlçe Sağlık Müdürü olarak görev yapmaktadır.



Toplum Yönelimli Sağlık (TOYS) hizmetleri yönetimi, ya da İngilizce literatürde geçen özgün adıyla COPC (Community Oriented Primary Care) kavramı, hasta odaklı ve bireyselleştirilmiş sağlık sorunlarına karşı toplumsal bakış açısıyla oluşturulmuş, sistematik bir bölge sağlık yönetimi sürecidir. TOYS yönetiminin temelinde belirli bir nüfustaki öncelikli sağlık sorunlarının halk sağlığı bakış açısıyla saptanması ve akılcı bir sağlık yönetimiyle hızla çözülmesi vardır. TOYS kavramı epidemiyoloji ve sağlık yönetiminin temel ilkelerini birleştirmektedir.

Bu kitap birinci basamakta sağlık hizmeti sunan İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi, Sağlıklı Hayat Merkezi ve Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına yönelik bir rehber niteliğindedir. Kitap, ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamaktaki dinamiklerine göre, halk sağlığı bakış açısıyla ve kuramsal olmaktan çok uygulamaya yönelik olarak hazırlanmıştır.

TOYS kavramı 2000'li yıllardan bu yana Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Doktora ve Tıpta Uzmanlık Öğrencilerine uygulamalı ders olarak sunulmaktadır. Ayrıca 2007 yılından başlayarak intern doktorların eğitiminde de 4 haftalık bir kurs şeklinde uygulanmaktadır.

Okurlar bu kitapta yaklaşık 20 yıldır süregelen tüm bu çabaların kapsamlı bir aktarımını bulacaktır.



Halk Sağlığı Araştırmaları Derneği (HASAD) Yayınları
Yayın No: 2019/1

Dernek Adresi:
Halk Sağlığı Araştırmaları Derneği (HASAD)
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı - Balçova/İZMİR
Telefon: 0.232.4124001

Kitap Siparişi için e-mail adresi:
hasad.dernek2008@gmail.com



www.ematip.com

Şehremini Mah. Deniz Abdal Cami Sok.
No:4 Fatih / İstanbul

@ematipkitabevi
@ematipkitabevi
@ematipkitabevi

ISSN: 978-605-80443-1-1



9 786058 044319