

Derleme

TÜBERKÜLOZ HASTALIĞININ SOSYAL YÖNÜ VE SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI

The Aspect of Social Dimension of Tuberculosis and Social Work Approach

Doç. Dr. Vedat Işıkhani*

*Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet
Bölümü Öğretim Üyesi

ÖZET

Tüberküloz (TB), daha çok toplumsal ve ekonomik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan bir hastalıktır. TB hastalarının sadece tıbbi teşhis ve tedavilerinin değil aynı zamanda sosyal teşhis ve tedavilerinin de yapılması bu hastalıkla savaşta büyük önem taşımaktadır. Bugün, oldukça zor şartlar altında yaşamlarını sürdürmeye çalışan nüfus grupları (yoksullar, işsizler, evsizler, marjinal gruplar vb.), gerek yaşanan fiziksel ve toplumsal çevre gerekse yetersiz beslenme nedeniyle TB gibi enfeksiyon hastalıklarına yakalanma riskiyle karşı karşıyadır.

Sosyal ve ekonomik koşulların yetersizliği nedeniyle ortaya çıkan TB hastalığının tedavisinde etkili yöntemler geliştirebilmek için "çevresi içinde birey" yaklaşımı doğrultusunda hastalığa etkide bulunan faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu amaçla oluşturulan ekibin içinde sosyal hizmet uzmanları aktif roller üstlenmektedir.

Aşağıdaki çalışmada, TB hastalığının ortaya çıkmasında etkili olan sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik koşullar ve bu koşulların ortadan kaldırılmasında ve/veya etkisinin azaltılmasında sosyal hizmet uzmanının ne gibi çalışmalar yapabileceği tartışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Tüberküloz, Yoksulluk, Sosyo-demografik etmenler, Ekonomik Koşullar, Sosyal Hastalık, Sosyal Hizmet, Sosyal Hizmet Uzmanı.

ABSTRACT

Tuberculosis can be considered as a disease which is caused by social and economical reasons. Not only the medical diagnosis and treatment but also social diagnosis and treatment of patients with TB is important in the struggle against this disease. Today, most of the demographical groups who are trying to survive under difficult conditions (the poor, unemployed, homeless, marginal groups, etc.) are under the risk of TB due to physical and social environment as well as inadequate nutrition.

It is necessary to determine the factors that effect TB in a "person-in-environment" approach in order to develop better ways to treat TB which emerge as a social disease. For this purpose social workers take on important roles in the constituted team.

In this study, social demographical and social economical factors that affect the emergence of TB and the work that can be done by social workers to eliminate and/or to decrease the effects of TB is discussed.

Key Words: Tuberculosis, Poverty, Socio-demographic effects, Economical conditions, Social disease, Social work, Social worker.

1- KONUNUN GÜNCEL DURUMU

Tüberküloz (TB) özellikle vücuda solunum yoluyla giren ve öncelikle akciğerleri etkileyen bulaşıcı bir hastalıktır. Günümüzde TB, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hala önemli bir halk sağlığı sorunu olarak dikkati çekmektedir. 1980'li yılların başında hastalık insidansında azalma görülmüştür. AIDS'in ortaya çıkması, gelişmekte olan ülkelere göçün artması, global olarak turizm hareketlerinin yaygınlaşması, çok ilaca dirençli vakaların görülmesi gibi nedenler gelişmiş ülkelerde de TB'un tam anlamıyla kontrol altına alınmasını güçleştirmiştir (DSÖ Raporu 2002: 1-2; Marth ve Lazarus, 2001: 35-40).

Yirminci yüzyılın son döneminde yapılan çalışmalar, dünyada yaşayan insanların üçte birinin TB basilli ile enfekte olduğunu ve 3 milyondan daha çok kişinin TB nedeni ile öldüğünü göstermiştir. DSÖ'nün yayınladığı "TB Epidemisi" adlı raporda; "içinde

bulduğumuz 20.yüzyılın bu son döneminde TB nedeni ile 30 milyon kişinin öleceği, her saniyede 1 kişinin TB ile enfekte olacağı ve TB'a karşı kullanılan ilaçların yararsız olacağı belirtilmiştir" (DSÖ, 2002: 1-2).

TB mediko-sosyal bir sorundur. Sosyo-ekonomik düzey, beslenme durumu, hastalığın algılanış şekli, sağlık olanaklarına ulaşabilme ve davranış şekilleri gibi faktörler TB'un sıklığını ve prognozunu etkilemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde TB'un tedavisi maliyet açısından ucuz olarak değerlendirilebilir. Doğru tanı ve başarılı bir tedavi hastalığın bulaştırıcılığını azaltmaktadır (Johansson ve diğ., 1996: 178-83).

TB'un toplumun her kesiminde ortaya çıkması, mortalitesinin yüksek olması, salgın bir hastalık olması ve vaka sayısının hızla artması sorunun çözümünü güçleştirmektedir. Ekonomik ve sosyal yönden kayıplara neden olması sorunun boyutlarını daha da arttırmaktadır. Yetersiz beslenme, düzensiz ilaç kullanımı ve diğer enfeksiyon hastalıklarının yaygınlaşması, hastalığın görülme sıklığını arttırmakta ve tedavi süresinin uzamasına neden olmaktadır. Ayrıca TB hasta birey ve sağlık personelinde işgücü, zaman ve enerji kaybına yol açmaktadır. Tüm bu nedenler problemin önemini arttırmaktadır.

Sosyal hizmetin odağı, her nüfus grubunda yer alan bireylerin ihtiyaçlarının karşılanması ve sorunlarının çözülmesi için gerek duyulan

her türlü sosyal desteği harekete geçirmek, toplumsal kaynaklara ulaşılabilirliği sağlamak ve gerektiğinde müracaatçının yararına harekete geçirmektir. Nüfusun hareketliliği, büyük kentlere yapılan göç, kötü beslenme, sağlığa uygun olmayan koşullar, yoksulluk ve işsizlik vb. etmenler TB hastalığına yakalanma riskini arttıran faktörler olarak göze çarpmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları (SHU), sosyal ve ekonomik yetersizlikten dolayı ortaya çıkabilen TB gibi bulaşıcı hastalıklarla müracaatçı sisteminin özelliğine göre, koruyucu-önleyici, tedavi edici- rehabilite edici ve geliştirici-değiştirici müdahalelerde bulunarak bireysel dolaşısıyla toplumsal refaha katkıda bulunur.

Aşağıda dünyada ve Türkiye’de TB hastalığının genel yapısı hakkında kısa bilgiler sunulmaktadır.

2. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE DURUM

TB’un insidansı dünya genelinde artmaktadır. Kısmen yoksulluk ve eşitsizlikten kısmen de AIDS-HIV pandemisinde hastalığın risk faktörleri nedeni ile insidans artmaktadır. Çok ilaca dirençli TB’un aciliyeti TB kontrolünde tehlikenin artmasından kaynaklanmaktadır. TB, her ne kadar alternatif ilaçlar ile tedavi edilebilse de maliyeti pahalıdır ve birçok yoksul ülke bunu üstlenemez. Çok ilaca dirençli TB’un insidansı dünyada düşük olmakla beraber Rusya’daki hapisanelerde ve belli bölgelerde çok

fazla ortaya çıkmaktadır (Grangle ve Zumla, 2002: 78-81).

TB resmi olarak her yıl 1,7 milyona yakın kişinin ölümüne yol açmaktadır. Son zamana kadar yetişkinlerin tüm infectious hastalıklardaki mortalitesi artmıştır. Günümüzde TB’a bağlı yıllık 1 milyon kadar ölüm olmaktadır. TB’a bağlı ölümler AIDS’in neden olduğu ölümlere yetmiştir. TB’a bağlı ölümlerin %30’unda AIDS katkısı vardır. 2002’de TB’a bağlı ölümlerin sayısı 2-3 milyon arasında olmuştur. Dünya genelinde genç erişkinlerdeki 7 ölümden biri ve önlenebilir ölümlerin 1/4’ü TB’a bağlıdır.

TB problemi, yakın gelecekte demografik faktörler, ilaç direnci, HIV, göç, yoksulluk ve marjinalizasyondan dolayı artabilir. Bununla birlikte yeni TB programlarının geliştirilmesi ile TB’un kontrolü sağlanabilirse önemli ilerlemeler de elde edilebilir (Arnadottir, 2001: 563-567).

Dünyada ölüm ve hastalıkların ciddi nedeni değilken TB’un tedavisi ucuz ve etkiliydi. 1993’de bu hastalık Global acil ilan edilecek kadar ciddi boyuta ulaşmıştır. TB özellikle yoksulların hastalığıdır. Vakaların %95’i ve ölümlerin %98’i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. TB kontrolü radikal şekilde yapılmadıkça gelecek için önemli bir tehlike olacaktır. 2000-2020 yılları arasında 1 milyon insanın TB ile infekte olacağı ve 35 milyon kişinin TB’dan öleceği tahmin edilmektedir (Septowitzç,

2001, Grangle ve Zumla, 2002: 78-81).

TB gelişmiş ülkelerde %10-15 oranında azalmıştır. 2020 yılında ise tamamen eradikasyonu hedeflenmiştir. Gelişmekte olan ülkelere ve ülkemizde ise durum çok daha farklıdır. Bu ülkelere TB hastalığı oranlarında hiç değişiklik olmadığı veya önemsenmeyecek oranda azalma olduğu, ayrıca nüfus artışları nedeniyle yeni vakaların sayısında artışlar olduğu tespit edilmiştir.

Ülkemizde ise bu hastalık için etkili ilaçlar ancak 1950'li yıllardan sonra bulunarak tedavide kullanılmaya başlanmıştır. Daha sonra geçen yıllar içerisinde artık tedavisi bulunan bir hastalık olarak büyük ölçüde tedavi edilmiş, toplumun gündeminde de giderek düşmüştür. Hatta TB mikrobuunun tümüyle yeryüzünden silineceği bile hesaplanmıştır. Ancak durum hiç de hesaplandığı gibi gitmemiş, 80'li yılların ortasından sonra TB tüm dünyada ve Türkiye'de yeniden tırmanışa geçmiştir.

Türkiye'de bu yüzyılın başında ciddi bir epidemiy yaşanmıştır. TB ölümleri, bütün ölüm nedenleri içinde birinci sırada yer almaktadır. Bu durum 1950'li yıllara kadar devam etmiştir. 1945 yılında TB ölümleri yüzbinde 262, 1950 yılında yüzbinde 204 idi. Ülkemizde TB'un durumu değerlendirildiğinde, hastalık insidansı açısından başarılı kontrol programı uygulamış ülkeler ile kötü programlar uygulamış ülkeler arasında bir konumu ol-

duğu görülmektedir. Hastalık insidansı Avrupa ülkelerinin çoğunda yüz binde 20'den az iken (Euro TB 1999; Akt. Özkara ve diğ., 2003), Hindistan, Bangladeş, Çin gibi ülkelere yüz binde 100'ün üstünde, hatta yüz binde 200'ün üstündedir.

Verem Savaşı Daire Başkanlığı tarafından DSÖ'ne gönderilen ve DSÖ 1999 raporunda yer alan bilgilerde: Türkiye'nin 1997 yılı nüfusu 62.774.000, yıl içinde tanı konan yeni TB hastalarının sayısı 20.778, insidansı yüz binde 33,1'dir (DSÖ 2000; Akt. Özkara ve diğ., 2003; Özkara, 2004). Yine DSÖ'nün 2002 raporuna göre Türkiye nüfusu 66.668.000'dir ve tanı konulan hasta sayısı 18.038, insidansı yüzbinde 27'dir (DSÖ 2002; Akt. Özkara ve diğ., 2003, Yüce, 2000). Bu rakamların Türkiye'de tüm hastaları içermediği bilinmektedir. Örneğin bazı dispanserlerde SSK'lı hastaların ya da bu hastanelerde tedaviye başlanan hastaların bir kısmı bu rapora girmemiştir. Özel kurumlarda, üniversitelerde, diğer hastanelerde tedavi olan ve Verem Savaş Dispanserleri'nde kaydı olmayan hastalar olabilmektedir. Dispanserlerde kayıtlı olmayan hastaların sayısı konusunda sağlam bilgiler bulunmamaktadır.

Türkiye'de 10 milyon ile 20 milyon arası bir nüfusun enfekte olduğu, yani bu kişilerin vücutlarında henüz hastalık oluşturmamış TB mikrobuunun olduğu hesaplanmaktadır. Bu insanların % 5-10'u yaşamlarının bir döneminde TB hastası olacaklardır.

Düzensiz ve hatalı tedaviler yüzünden ilaca dirençli TB'li hasta sayısının ülkemizde yüksek oluşu önemli bir sorundur (Özkara, 2003).

Artık durdurulduğu düşünülen ve 2010 yılına kadar yeryüzünden temizleneceği varsayılan TB, yeniden dünyamız ve Türkiye için büyük bir tehdit haline gelmiştir (TTB, Raporu 1997: 75). Bugün tüm dünyada 1,5 milyar kişi, yani her dört kişiden biri TB mikrobu ile karşılaşmış olup bu mikrobu taşımaktadır. Türkiye'de de yaklaşık 15 milyon kişi TB mikrobu ile bu şekilde karşılaşmış durumdadır. Bu nüfusun içinden tüm dünyada her yıl yaklaşık 8 milyon kişide, Türkiye'de ise 30,000 kişide TB hastalığının klinik bulguları gelişmektedir.

Görüldüğü gibi TB ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalık, dönem dönem uygulanan politikalarla kısmen kontrol altına alınabilmiştir. Ancak sosyo-ekonomik koşulların yetersizliği ve çevre koşullarının uygunsuzluğu ve göç, nüfus artışı vb. sosyo-demografik etmenler ülkemizdeki TB vakalarını artırmaktadır. Aşağıda sosyo-demografik yapıda meydana gelen değişikliklerin TB hastalığının artmasına nasıl etkide bulunduğu tartışılmaktadır.

3. SOSYO-DEMOĞRAFİK YAPIDA MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

İnsan nüfusunun artışı ve buna paralel olarak artan kentleşme milyonlar-

ca insanı enfeksiyon hastalıkları riskiyle karşı karşıya bırakmıştır. On dokuzuncu yüzyılın başlangıcında dünya nüfusunun %2'den azı kentlerde yaşıyorken 2000 yılında nüfusun yaklaşık %50'sinin kentlerde yaşadığı (ülkemizde bu oran %65 dolayındadır) ve 25 kadar kentin 15 milyon aşan nüfusu olduğu tahmin edilmektedir. TB'un yayılmasında önemli bir faktör de büyük kentlere olan göçtür. Kırsal bölgelerde yaşayan ve TB mikrobu taşıyanlar, bu mikrobu yeni geldikleri bölgede buluşturmaları söz konusudur. Sayıları yetersiz olan tedavi kurumları bu hastaları takip edememekte ve hasta sayısı sürekli artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde artan kentleşme sıklıkla aşırı kalabalık, yetersiz temizlik ve hijyen, temiz içme suyu kaynaklarının yetersizliği ve malnütrisyon gibi faktörler enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır (Çiftçi, 2001: 14-16).

Turizm dışında ekonomik nedenler, savaşlar ve siyasal sorunlar nedeniyle de gerçekleşen göç ve seyahatler enfeksiyon hastalıklarının yayılmasına olanak sağlamaktadır. Günümüzde insanların yanında besinlerin seyahati de önemli boyutlara ulaşmıştır. Küreselleşme nedeniyle artan uluslararası rekabet ülkeleri sağlık harcamalarını azaltmaya iterken bu durumdan özellikle halk sağlığı zarar görmektedir.

Yoksulluk ve TB ilişkisinde etkili olan çeşitli faktörler bulunmaktadır. Cinsi-

yet, yaş ve kalabalık aile faktörü yoksulluğa bağlı TB hastalığını şiddetlendiren değişkenler olarak ön plana çıkmaktadır. TB ile yoksulluk arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ispatayan çok az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda ortak bulgu: kötü yaşam, beslenme ve yaşam koşulları, kalabalık ailede yaşamanın yoksulluğu dolayısıyla TB oluşumunu ve bulaşımını arttıran önemli risk faktörleri olduğudur (Kearney ve diğ., 1993:1142-1143; Hudelson, 1996: 391-400).

Bir çok çalışmada TB hastalığı ağırlıklı olarak 15-44 yaş grubundaki (yılık enfeksiyon hızı ve enfeksiyon prevalansına göre) erkeklerde daha fazla görülmektedir. Cinsiyet sadece fizyolojik bir farklılığı değil aynı zamanda toplumun onlara yüklediği sosyal, kültürel bir farklılığı da ifade etmektedir. Bu haliyle cinsiyet, bazı hastalıkların enfeksiyon hızlarını etkilemektedir. TB ile enfekte olma TB basiliine maruz kalma süresi ile yakından ilişkilidir. Bu faktörler özellikle erkek cinsiyet ile hastalığa yakalanma riskinde artış yönünde değişkenlik gösterir. Erkeklerin kadınlara göre sosyal çevrelerde daha çok bulunması bu durumun en önemli nedenidir.

Yoksulluğun sonucu olan kalabalık ortamlarda yaşama gibi durumlar hastalığın bulaşma riskini arttırmaktadır. Edinburg şehrindeki bir çalışmada balgam yayma testinde TB basili saptanan erkek hastalar incelenmiştir. Bir hastanın, annesi ve 6 kardeşi ile 2 yataklı ve bir odalı evde ya-

şadığı ve 10 yaşın altındaki üç kardeşi de aynı yatağı paylaştığı belirlenmiştir. Ailelerin tüm üyeleri enfekte olmuş ve üçünde de hastalık gelişmiştir. Çok kalabalık ortamlarda yaşama nadirdir. Ancak öğrenci yurdu, huzurevi, otel, cezaevleri, han gibi ortamlar olabilir ve sıklıkla diğer bireylerden farklı olarak kapalı ortamda yaşama basil ile teması kolaylaştırması gibi dezavantajlı koşullar yaratabilir (Hudelson, 1996: 391-392).

4. SOSYO-EKONOMİK KOŞULLAR

Düşük sosyo-ekonomik durum ve hastalık arasındaki ilişki sağlığın önemli belirleyicisi olduğu söylenebilir. Enfeksiyon hastalıkları ile yoksulluk arasında ilişki vardır. Özellikle TB hikayesi ile yoksulluğun fazlalığı birliktelik gösterir. Etkili kemoterapi gibi önceden başlanması ile TB seyrinde bir azalma olur. TB seyrinde diğer bir azalma ise sosyo ekonomik durum ve beslenmenin iyileştirilmesi ve kalabalık ortamların azalması ile birlikte olabilir (Spence ve diğ., 1993: 759-61).

Son 10 yılda az gelişmiş ülke sayısı ikiye katlanmıştır. Ayrıca orta derecede gelişmiş ülkelerin gayri safi milli hasıllarında gerilemeler olmuştur. Dünya nüfusunun dörtte biri günde 1 dolardan daha az gelire sahiptir (Çalışır, 2000: 5-12). Türkiye'de ise nüfusun yaklaşık %2'sinin günde 1 dolardan daha az, %16'sının da günde 1-2 dolar arasında kazanca sahip olduğu belirtilmiştir (Çalışır, 1997: 6;

DSÖ, 2001: 145-146). Yoksulluğun artması anlamına gelen bu durum TB'un yaygınlaşmasına da neden olmaktadır. DSÖ, yoksulluğun TB'a yakalanma olasılığını artıracaklarını ve yetersiz sağlık bakımı almaya yol açacaklarını ve böylece TB'un yayılmasına da yardımcı olacağını belirtmiştir (DSÖ, 2002:1-2).

DSÖ'nün çalışmalarında TB'un, ailelerde çok büyük ekonomik sıkıntılara neden olduğu ortaya koyulmuştur. Bunun nedeni ise TB hastalarının %70'inin 15-54 yaş arasında ve çoğunun da çalışıyor olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Aileyi geçindiren birey, TB hastası olduğunda ailenin yıllık gelirinin %20-30 oranında kaybedildiği, eğer TB hastası aileyi geçindiren kimse ise ve ölürse gelirlerinde 15 yıllık bir kayıp olacağı belirtilmiştir (DSÖ, 2002:1-2).

Ülkemizde TB hastalarıyla yapılan iki araştırma sonucu bizlere bu hastaların sosyo-ekonomik yapısı hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. Çalışır ve diğ., (1997: 635-642)'nin yaptığı çalışmada; sosyal güvenlik açısından hastaların büyük bir kısmının (%37) yeşil kart uygulaması ile sosyal güvence altında olduğu; %19'unun ise hiçbir sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Balbay ve Işıkhan (2005: 8) tarafından ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na ait sanatoryum hastanelerinde yatan toplam 733 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada TB hastalarının sosyo-ekonomik yapısı hakkında önemli sonuçlar elde edilmiştir. Araştırma sonunda,

TB hastalarının büyük bir kısmının; herhangi bir işle uğraşmadığı, ortalama gelirlerinin 0-300 Milyon TL (0-210 \$) olduğu, büyük bir kısmının hane halkının gelirinden yararlandığı, aynı evin 1-4 kişi ile paylaşıldığı, ailenin geçimine katkı veren kişi sayısının 1-3 olduğu, sahip olunan güvenlik sisteminin "Yeşil Kart" olduğu, ekonomik durumlarını kötü, çok kötü olarak değerlendirdikleri, yaşanan kötü çevre koşulları ile TB arasında ilişki olduğuna inandıkları ve yoksulluk ile TB arasında ilişki olduğuna inandıkları belirlenmiştir.

Yetersiz kötü konut koşullarının yarattığı sağlık sorunlarını konu alan bir çalışma, yalnızca evi değil evin bulunduğu çevreyi de dikkate almak zorundadır. DSÖ'ne göre, ev ve ev çevresindeki koşulların burada yaşayanların sağlığı üzerinde doğrudan ya da dolaylı ama sonuçta önemli etkileri bulunmaktadır. Örneğin, aşırı ev içi kalabalığı, ev içi kazalara ve akut solunum yolu enfeksiyonları TB gibi hastalıkların çabuk yayılmasına yol açabilmektedir. Afrika, Asya ve Latin Amerika'da en az 600 milyon kent sakini, yaşamı ve sağlığı tehdit eden evlerde ve mahallelerde yaşamaktadır. Barınakları, bir odaya en az dört kişinin düştüğü derme çatma yapılar, ucuz pansiyonlar, yasa dışı elde edilmiş ya da bölünmüş arazi üzerine inşa edilmiş evlerdir. On milyonlarca evsiz insan bulunmaktadır. Bunlar kamuya açık ya da yarı açık yerlerde, örneğin, kaldırımlarda, otobüs duraklarında, istasyonlarda ya da parklarda yatıp kalmaktadır. Bel-

ki de en az 600 milyon kişinin etkili sağlık hizmetlerine erişim olanağı yoktur. Bu da hastalıkların veya kazaların ekonomik etkisinin daha da ağırlaşması anlamına gelmektedir (DSÖ, 1998: 147-148).

Ülkemizde de konutların dışında yaşayan evsizlerin oranı gün geçtikçe artış göstermektedir. Ankara'da 95 evsiz ile yapılan araştırma sonunda, 95 evsiz içinde 5 evsizin TB hastalığına yakalandığı ve bu hastalığın aile üyelerinin birbirine bulaştırmış olduğu belirlenmiştir (Işıkhan, 2003: 6-8). Evsizler kötü çevre koşulları ve sağlık açısından korunmasız yerlerde (karton evlerde, apartman girişleri, terkedilmiş evler, terminal ve gar vb) yaşamlarını sürdürmeye başladıkça TB gibi hastalıklara yakalanma riskleri de artmaktadır (Işıkhan, 2002: 78).

TB, geleneksel olarak yoksulların hastalığı olarak bilinmektedir. Fakat yoksulluğun birkaç yönden ölçümü zordur. Buna ek olarak, yoksulluğun seviyesi ile sosyal durumun iyiliği arasındaki ilişki görecelidir (Yıldırım ve Balbay, 2003). Toplumda TB hastalığının tedavisinde, hastanın yaşadığı sosyal koşulların yapısı önemlidir. Bu yüzden, TB hastalığı sosyal bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bu sosyal koşullar; yoksulluk, kalabalık ailede yaşamak, dengesiz ve yetersiz beslenme, kötü ve sağlıksız çevre koşullarıdır. Bu yüzden, TB kontrol ve tedavisinde sosyal koşulların da belirlenmesi önem taşımaktadır.

5. TB HASTALIĞI VE SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI

1800'ler boyunca, tıp personeli, sosyal reformcular ve SHU bulaşıcı hastalıkları kontrol etmek için bir dizi kamusal sağlık girişimini hayata geçirdiler. Bu çabaların başarısı; kolera, sarıhumma ve veba gibi hastalıkların oldukça azalması ve nihai kontrolü ile sonuçlanmıştır. TB hastalığının yayılmasını azaltmaya yönelik çabalar ise koruyucu sağlık hizmetleri, havalandırma, barınma ve çalışma şartlarının geliştirilmesi üzerine odaklanmıştır (Mantell, 1984: 207-259).

1950'lere kadar SHU, TB sanatoryumlarında önemli roller üstlendiler. Ancak, etkin anti-tüberküloz ilaçlarının keşfiyle beraber, TB'un ortaya çıkma oranının düzenli olarak azalması, TB sanatoryumlarının kapanmasına neden oldu. 1950'lerin sonlarında, SHU varlığı ve etkinliği azaldı. TB'un tedavisi yatılı ilaçla tedavi rejimlerine dayandığı için burada doktor ve hemşirelerin rolü artmıştır (Andrews ve diğ., 1988: 288-295). Günümüzde, TB'un ve özellikle çok ilaca dirençli TB'un yeniden ortaya çıkışıyla SHU rollerini genişletmek zorunda kalmıştır.

TB'u kontrol etmek kapsamlı bir bakış açısını gerektirmektedir. Müdahaleler, hastalığa yakalanmamış kişileri hastalıktan korurken yakalanmış olanlar arasında TB'un tedavisine yönelmelidir. Sosyal hizmet mesleği, ekolojik bakış açısından yarar-

lanarak, bu kapsamlı çerçeveyi sağlayabilecek bir konumda bulunmaktadır. Sosyal hizmet, kişilerin psiko-sosyal yönleri kadar çevresel şartlarını ve durumlarını da geliştirmeye yönelmiş bir meslektir.

Sosyal hizmetin amacı, "bireyin sahip olduğu çeşitli potansiyelleri ortaya çıkararak güçlü yönlerini belirlemek ve böylelikle bireyleri toplumda daha işlevsel hale getirmektir. Buna ek olarak, bireylerin ihtiyaç ve gereksinimlerinin karşılanması amacıyla toplum içinde mevcut sosyal kurum ve sosyal politikalarda değişim yaratmak için baskı grupları oluşturmaktır (Miley, O'Melia ve DuBois, 1998: 8).

Sanatoryumlarda çalışan SHU, TB hastalığı ile mücadelede tıbbi ekibin bir üyesi olarak, ekip çalışması anlayışı içerisinde TB'lu birey, ailesi ve toplum düzeyinde çeşitli mesleki müdahalelerde bulunur. SHU, TB'lu bireylerle çalışırken hastalığa yol açan psiko-sosyal ve ekonomik faktörlerin saptanması ve hastalık sonucunda ortaya çıkan psikolojik sorunların çözümlenmesinde aktif olarak çalışırlar (Küçükkaraca, 1987: 3).

Sosyal hizmet; tıbbi bakım ve tedavi sisteminin daha insancıl ve daha etkili bir şekilde hizmet vermesine de yardımcı olmaktadır. SHU, tıbbi bakım kurumlarında tedavi etkinliklerinin yanı sıra diğer rolleri de yerine getirir. Bu roller, yönetici, planlayıcı, kaynak geliştirici, eğitmen, savunucu ve araştırmacı olarak sıralanabilir (Duyan, 1996: 4). SHU, mesleğin ka-

bul edilen uzmanlık alanı içinde aynı zamanda bilgili ve yetkin olabilmelidir. Bu bağlamda SHU, sosyal hizmet rollerini yerine getirirken; sosyal inceleme ve değerlendirme ve rapor hazırlamak için gerekli bilgiyi toplama, profesyonel yardım ilişkini kurma ve sürdürme, sözel ve sözel olmayan (verbal and unverbal) davranışları gözleme ve yorumlama ve kişilik kuramı ve teşhisi yöntem bilgisini kullanma, problemlerini çözmek için güven kazanmak için bireyler, aileler ve gruplar ve toplulukları kapsayan müracaatçılarla ilişki kurması gerekmektedir (Duyan, 2003: 21).

SHU, konuyla ilgili faaliyetlerde bulunan gönüllü kurum ve kuruluşlar ile sivil toplum örgütlerinin kendi örgüt çatıları altında birbirlerinden kopuk oluşturdukları hizmet ve politikaların planlanmasında ve hayata geçirilmesinde ve aynı zamanda hasta ailelerinin TB'la mücadele sürecinde psiko-sosyal ve ekonomik yönden desteklenmelerinde aktif rol oynarlar (Danış, Onat ve Danış, 2006: 81).

SHU, ekolojik bakış açısını kullanarak, TB'lu hastaların tüm yaşam ihtiyaçlarına makro, mezzo ve mikro düzeylerde müdahale etmektedir. Makro düzeyde SHU, TB hastalarının sosyal, politik, sosyo-ekonomik ve daha geniş çevresel şartların etkilerini ortaya çıkarır. Bu şartlar kanunların uygulanması, mahkemeler, kamusal destek, bakımevleri ve tıbbi yardım gibi dış sistemleri içerir. TB'lu hastaların ihtiyaçlarına hitap edemediklerinde bu sistemlerde ihtiyaç du-

yulan değişiklikleri savunur. SHU, aç, evsiz, evlerinden çıkarılmış veya sosyal yardımdan uzaklaştırılmış TB hastalarının sorunlarına kalıcı çözümler bulmaya çalışır. Aynı zamanda TB'lu hastaları etkileyen daha geniş politikalar üzerinde de çalışır. SHU, çoğu insanda olduğu gibi, TB hastasının acil ve daha geniş çevresi değişmedikçe bu hastaların tutumlarının da değişime direneceğini bilir (Black ve Bruce, 1998: 62-65).

Mezzo düzeyde ekolojik bakış açısını kullanan SHU, TB hastasının sosyal destek ağlarına ve bireyin bu destek ağlarına nasıl ulaşabileceğine odaklanır. SHU, TB hastası ve ailesiyle beraber çalışarak gerek duyulan sosyal desteği ortaya çıkarma ve onları güçlendirmeye yardım edebilir (Noble ve Hamilton, 1983: 462-466). Mezzo düzeyde diğer müdahaleler; bireyler ile kurumlar ve refah sistemi, sağlık sistemi ve bakımevleri ile iş bulma sistemleri gibi iletişime geçilen sistemler arasındaki hareketlere odaklanır. SHU, sağlık personeline yönelik yaptığı grup eğitimleri de mezzo düzeydeki çalışmalara dahil edilebilir. Bu eğitimde hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişim ve işbirliğinin hastanın iyileşme sürecindeki etkisi ve önemi değerlendirilir. SHU'nun temel rolü, hastaların tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinden daha etkin yararlanmaları konusunda odaklanmaktadır.

Mikro düzeyde müracaatçı sistemleriyle çalışırken, TB'lu hastalara yapılan sosyal hizmet müdahaleleri, has-

taların dayanıklılıkları ve onların mücadeleye etme kapasitelerini artırmaya odaklanır. Noble ve Hamilton (1983: 463) TB hastalarındaki uyumsuzluğu anlamadaki başarının "uyumsuz davranışın bir sebep değil bir sonuç olduğunu anlamakta" yattığını belirtir. SHU uyumsuzluğu bir başarısızlık olarak görmekten ziyade, hastaların onu geçici bir yanlı olarak görmesine ve gelecekte onunla daha etkin olarak başa çıkmasına yardım edebilir. SHU çevrelerinde değişiklikler yapmak –stresi azaltmak ve ilaçla tedavi rejimiyle uyumu artıran daha yapısal ve düzenli bir yaşam biçimi geliştirmek- için TB'lu hastalarla çalışabilir.

Hastanın güçlendirilmesi; hastanın destek sistemlerini geliştirme, kişiler arası ilişkileri etkileme, kurumlar ve sistemlerle daha iyi anlaşma, problem çözme yeteneklerini geliştirme ve devlet desteğinden bağımsız olabilme yeteneklerini geliştirme ve artırma sürecini içermektedir. Ancak, bu destekleri sağlamak için SHU, hastaların yaşam biçimlerini –nerede yaşadıklarını, nasıl TB'a yakalandıklarını ve nasıl mücadele ettiklerini ve kendi çevresinde ve destek ağlarında hangi kaynakların olduğunu bilmelidir. SHU, aynı zamanda TB'lu hastalara sosyal hizmetlerin ve sağlık hizmetlerinin karmaşıklığıyla etkin bir biçimde nasıl başa çıkmaları gerektiğini öğretmek zorundadır (Black ve Bruce, 1998: 62-68).

Görüldüğü gibi SHU'nun çalışmaları oldukça kapsamlıdır. Özetle, **Makro**

düzeyde; SHU, hastanın hastalık durumunu etkileyen dış çevre, sosyo-ekonomik, politik ve sosyal koşulların etkilerini açıklamaya çalışır. SHU, TB'lu hastalara ilişkin sosyal politikalar ve yaşamayla ilgili konulara yönelir. Bu konudaki çalışmalarını da müracaatçısıyla beraber yürütür. **Mezzo düzeyde,** SHU ekolojik perspektifi kullanarak müracaatçıların sosyal destek sistemleri üzerinde odaklaşır. Müracaatçı ile ilgili kurumlar arası işbirliği içinde yapılan görüşmeler mezzo düzeyde yer alır. **Mikro düzeyde** SHU, müracaatçının kapasitesini azaltan ve tehdit eden faktörleri belirler, aynı zamanda müracaatçının güçlü yönlerini belirleyerek baş etme kapasitesini arttırmaya odaklanır (Kulcul, 2005: 85-86).

SHU, enfeksiyon hastalıklarıyla mücadelede kamuoyu oluşturulmasında, gönüllü kişi, kurum ve derneklerin katkı ve katılımlarının planlı ve programlı bir biçimde organize edilmesi ve ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasında, ayrıca bu nüfusun ihtiyaç ve gereksinimlerine uygun hizmet araştırma ve geliştirme etkinliklerinin yürütülmesinde sorumluluk sahibidir (Danış, Onat ve Danış, 2006: 81).

6. SONUÇ

TB hastalığı, son dönemde dünyanın belirli bölgelerinde ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde artış eğilimindedir ve halk sağlığı için önemli bir tehdit oluşturmaktadır. TB, etiolojisinde bireysel nedenler kadar çevresel ve sosyal faktörlerin de etkili ol-

duğu bir hastalıktır. Bu yönüyle TB hastalığı ile savaşımında tıbbi teşhis ve tedavinin yanı sıra sosyal teşhis ve tedavinin de yapılması gerekmektedir. Bu ise hastalığın genel dinamiğini oluşturan yoksulluk kültürü ve bu kültürün kapsamına giren tüm olguların açık bir biçimde tanımlanmasına ve bu doğrultuda yürütülecek mesleki çalışmalara bağlıdır. Ancak böylelikle TB ile etkin bir mücadele sağlanabilecektir.

TB'un ortaya çıkmasında ya da yayılmasında etkili olan/olabilecek sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin belirlenmesi hastalıkla mücadelede önemli bir yer tutmaktadır. Bu amaçla oluşturulan ekibin üyesi olan SHU, çevresi içinde birey ve ekolojik yaklaşımlardan faydalanarak, mikro, mezzo ve makro düzeyde gerek duyulan müdahaleleri bu müracaatçı sistemleri için yerine getirir. SHU, sağlık personeli ve sosyal politikacılar disiplinlerarası yaklaşımla elde edilen bu verileri dikkate alarak çeşitli projeler geliştirebilir.

Sonuç olarak TB hastalarına, onların çevreleriyle etkileşimlerine yönelik bütüncül bir yaklaşımdan yoksun ve kültürel faktörleri ve sosyo-ekonomik problemleri göz önünde tutmaktan uzak müdahaleler her zaman başarısız olacaktır. TB problemi, yakın gelecekte demografik faktörler, ilaç direnci, HIV, göç, yoksulluk ve marjinalizasyondan dolayı artabilir. Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin TB'un gündemde kalmasına nasıl katkıda bulunduğunu belir-

lemeyen araştırmalar yapılabilir. TB'u ortadan kaldırmayı ya da etkisini azaltmayı amaçlayan yeni TB programları geliştirilebilir. TB'un kontrolünde önemli ilerlemeler elde edebilmek için, TB'u ortaya çıkaran ve yayılmasına etkide bulunan sosyal çevrenin ihmal edilmemesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Arnadottir, T. (2001) "Tuberculosis: Trends and the Twenty-first Century". *Scan J Infect Dis*, 33 563-567.
- Andrews, A., Williams, H., ve Kinney, J. (1988) "Three Models of Social Work Intervention with Tuberculosis Patients". *Health and Social Work*, 13 (4) 288-295.
- Balbay, Ö. ve Işıkhan, V. (2005) *Tüberküloz Hastalarının Genel Özellikleri*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara: 8-15 .
- Black, B. Ve Bruce, E.M. (1998) "Treating Tuberculosis: The Essential Role of Social Work", *Social Work in Health Care*, 26 (3) :51-67
- Çalışır, C.H. (1997) "Arsız Kiracı : Tüberküloz". *Tıp Dünyası*, 22, 6.
- Çalışır H, Açık M, Öğretensoy M, Ökten F. (1997), "Tüberkülozlu Olguların Sosyal ve Ekonomik Koşulları", *Solunum Hastalıkları*, 8 (4) 635-641.
- Çalışır, H. (2000) Tüberküloz Epidemiyolojisi ve Tüberküloz Kontrolü, Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi, Tüberküloz Tanı ve Tedavisi Ders Notları, Toraks Derneđi, 5-12.
- Çiftçi, E. (2001) "Yeni Enfeksiyon Hastalıklar ve Gelecek", *Cumhuriyet Bilim Teknik*. 737, 5 Mayıs, 14-18.
- Danış, Z., Onat, Ü., ve Danış, Y.. (2006) "Yoksulluk, Tüberküloz Hastalığı ve Sosyal Hizmet", *Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler, Sosyal Hizmet Sempozyumu'2003*.(Yayına Hazırlayan: Dr. Ümit Onat), H.Ü.Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, Ankara.
- Duyan, V. (1996) *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet)*, Ankara.
- Duyan, V. (2003) "Sosyal Hizmetin İşlev ve Rollerini" *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 14, 2: 21.
- DSÖ. (1998) *Dünya Sağlık Raporu 1998. 21. Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon*. Cenevre, 1998, Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ortak yayını, Ankara, 62-97.
- DSÖ. *Fakirlik ve Sağlık Bülteni*. (2001) Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi'nin Aldığı Tedbirler. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Danimarka Basın Bülteni, 145-148.
- DSÖ Raporu. (2002) *Global Tuberculosis Control*. WHO Report. WHO/CDS/TB. 1-2.
- Grangle, J.M. ve Zumla. A. (2002) "The Global Emergency of Tuberculosis: What is the Cause?". *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 122 (2) 78-81.
- Hudelson, P. (1996) "Gender Differentials in Tuberculosis: the Role of Socio-Economic and Cultural Factors". *Tuber Lung Dis*, 77 (5) 391-400.
- Işıkhan, V. (2002) *Kentlerin Gölgesinde Yaşayan Evsizler*. Ankara: Kardelen Ofset, 76-83.
- Işıkhan, V (2003). "Behice Eren Çocuk ve Gençlik Merkezindeki Evsizlerin

Özellikleri", Yayınlanmamış Araştırma, 6-8.

Johansson E., Diwan V.K., Huong N.D., Ahlberg B.M., (1996) "Staff and Patient Attitudes to Tuberculosis and Compliance with Treatment: An Exploratory Study in a District in Vietnam". *Tuber Lung Dis*, 77 (2) 178-83.

Kearney, M.T., Warklyn, P.D., Teaki, C. (1993) "Tuberculosis and Poverty". *BMJ*, 307, 1142-1143.

Küçükkaraca, N.(1987) "Ankara'da Sekiz Hastanede 550 Vaka ile Yapılan Sosyal Kişisel Çalışma Uygulamasının Genel ve Özel Değerlendirmesi Üzerine Bir Deneme" (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

Kulkul Özer, D. (2005) "Tüberküloz Hastalarının Algıladıkları Hizmetin Kalitesi ve Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 85-86.

Mantell, J.E. (1984) *Social Work and Public Health*. İçinde R.J. Estet (Ed.), *Health Care and the Social Services: Social Work Practice in Health Care*, 207-259, St Louis, Mo: Warren H.Green.

Marth G. ve Lazarus A. (2001) "Tüberkülozun Tanı ve Epidemiyolojisi". *Sendrom*, 10 (13) 35-40.

Noble, D. ve Hamilton, A. (1983) "Coping and Complying: A Challenge in

Health Care". *Social Work*, 28 (6) 462-466.

Miley, K.K., O'Melia, M. ve DuBois, B. (1998) *Generalist Social Work Practice Empowering Approach*, Allyn Bacon, 8-12.

Özkara, Ş., (2004). "Tüberküloz (verem) Hastalığı". www.verem.org.tr.

Özkara, Ş. ve Diğerleri., (2003) *Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı*. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı Yayınları, Ankara.

Sepkowitzç, A.K., (2001) "Tuberculosis Control 21 st Century. Emerging", *Infectious Disease Journal*. Mar-Apr, 7:2.

Spence, D.S.P., Hotchkiss, J., Williams, C.S.D., ve Davies, P.D.O., (1993) "Tuberculosis and poverty", *BMJ*, 307 September, 759-61.

TTB Raporu., (1997) "Tüberküloz Türkiye'yi ve Tüm Dünyayı Tehdit Ediyor". *Toplum ve Hekim*. Mayıs-Haziran, Cilt: 12, Sayı: 79.

Yıldırım Y., ve Balbay, Ö., (2003) 'Tüberküloz ve Yoksulluk Birbirini Tetikleyen İki Büyük Tehlike midir? ' *STED (Sürekli Tıp Eğitim Dergisi)*, Cilt: 12, Sayı: 1.

Yüce A, (2000) "Çoğul İlaça Dirençli Mycobacterium Tuberculosis Sorunu", *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 4, 226-232.

