

ÇAĞDAŞ GÖZ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE ANLAMI

Aysun İdil*

Sağlık günümüzde bile birçok kişiye göre, sadece bir hastalığın olmayışı olarak tanımlanmaktadır. Halbuki sağlık, çağdaş tıp ilkele-ri göz önünde bulundurularak tanımlandığında, sadece bir hastalık veya sakatlığın olmayışı değil bedenen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.

Hastalık ise doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir. Bu tanım biyolojik anlamda doğrudur. Ancak hastalık sadece biyolojik bir süreç değildir. Aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur. Bir toplumda hastalık sayılan bir olgu başka bir toplum için hastalık sayılmayabilir. Örneğin ilkel toplumlarda hastalığın en önemli ölçütü, kişinin kendinden beklenen işi yapamamasıdır. Diğer bir ölçüt de hastalığın yaygınlığıdır. Örneğin bit ya da trahomon çok yaygın olduğu toplumlarda, bu durum bir hastalık olarak kabul edilmeyebilir. Toplumların kültür düzeyi yükseldikçe ve ekonomik gücü yükseldikçe, hasta sayılma eşiği düşer ve biyolojik hastalık tanımına yaklaşır (2).

İnsanoğlu, dünya yüzeyinde yaşamaya başladığından beri, hastalandığı zaman, bu işi kendisinden daha iyi bilen kişilere gereksinim duymuştur. İlkçağlarda hastalıklar doğa üstü güçlere bağlandığı için, başvuru olan kişiler sihirbaz, büyücü ve şamanlar olmuştur.

Zamanla bazı otların bazı hastalıklara iyi geldiği farkedilmiş ve tedavi için bu otlardan çeşitli ilaçlar yapılmıştır. Bu 'herb medicine' nin başlangıcıdır. Sihirbazları ve otlardan ilaç yapan bu kişileri tedavi edici tıbbın ilk üyeleri olarak kabul edebiliriz. Çünkü bu kişiler, hasta-

* A.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doçenti ve Göz Hastalıkları Uzmanı
Geliş Tarihi : Aralık 29, 1993 Kabul Tarihi : Haziran 13, 1994

ları hastalığının iyileşeceğine inandırarak psikolojik yönden rahatlatmış ve bilimsel olmasa da otlar aracılığı ile birtakım farmakolojik maddeleri kullanmışlardır.

Bu dönemden sonra hekimlik usta-çırak ilişkisi ile kazanılan bir meslek olmuş ve sadece tedavi etmek amacını taşıyan bu kişiler, hekim, cerrah ve kehhal (göz hekimi) olarak üç gruba ayrılmışlardır.

Kehhal adını alan göz hekimleri ve yaptıkları tedavilerle ilgili ilk bilgilere Babil kayıtlarında rastlıyoruz. M.Ö. Babil kralı Hammurabi'nin ünlü kanunlarında bir göz kurtaran hekimin, zenginlerden 10, fakirlerden 5, esirlerden 2 gümüş almaya hakkı olduğu yazılıdır. Ayrıca hür bir kişinin ölümüne veya gözünün kaybına sebep olan hekimin eli kesilir, zarara uğrayan kişi esir ise hekim esiri sahibine ödemek zorunda kalırdı. Yine bu devirde, kesifleşmiş lensi vitreusa itme yoluyla, kataraktın tedavi edildiği bilinmektedir. Yine M.Ö. 1550 yılına ait Mısır Papürüslerinde göz hastalıkları ve tedavisi ile ilgili çeşitli kayıtlar mevcuttur (1). Daha sonraki dönemlerde tıbbın diğer dallarında olduğu gibi oftalmolojide de bir takım yenilikler yaşanmıştır. Özellikle XVI ve XVII. yüzyıllarda, bilimsel anatomik çalışmaların başlaması ve teknik alandaki gelişmeler, oftalmolojiye katkıda bulunmuştur. Ancak bu çalışmalar genel tıpta olduğu gibi, oftalmolojide de tedavi ağırlıklıdır.

Günümüzde sağlığın çağdaş tanımından sonra, sağlık hizmetleri de çağdaş boyutlarına ulaşmıştır. Çağdaş sağlık hizmetleri genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan tüm çalışmalarını kapsar. Bu hizmetler :

1. Koruyucu hekimlik hizmetleri
2. Tedavi edici hizmetler
3. Rehabilitasyon hizmetleridir.

Bu üç hizmet çağdaş anlamda bir sağlık hizmetinin verilmesinde, bir bütün olarak sunulması gereken ve kurumlararası işbirliğini gerektiren hizmetlerdir.

Bu hizmetlerin verilmesinde, göz önünde bulundurulması gereken önemli kurallar vardır (2).

*En önemli sağlık sorunları veya hastalıklar, bir toplumda en sık görülen, en çok öldüren, en çok sakat bırakan ve en çok ekonomik kayıp ve işgücü kaybına neden olanlardır.

*Bir kişinin veya toplumun sağlık düzeyini belirleyen, kişinin hastalanmasına veya ölümüne neden olan, biyolojik ve fizik çevre faktörlerini oluşturan veya bunların etkisini koşullayan etkenler, sosyal ve ekonomik etkenlerdir.

*Bir kimsenin hasta oluşu sadece o kişinin sorunu değildir. Ailesinden başlayarak tüm toplumun sorunudur.

Bu ilke ve prensiplerden yola çıkarak, günümüzde sağlık hizmeti bahsedilen tüm hizmetleri bünyesinde bulunduran bir bütün olarak sunulmaktadır. Bu çağdaş yaklaşıma, öncelikle ihtiyacı olan, ancak bu önceliğe karşın, hizmetin gereğini benimsememiş olan gelişmekte olan ülkelerde hizmetin yaygınlaşması amacı ile kurulmuş bir çok uluslararası örgüt mevcuttur. WHO bu örgütlerin en önemlilerinden birisidir.

1948 de WHO kurulduktan sonra, oftalmoloji alanında en ilgi çeken hastalık o dönemde en çok körlüğe yol açtığı belirlenen trahomdur. Daha önce de bahsedildiği gibi, o döneme kadar göz hastalıkları tedavi edici hizmetler ön planda bulundurulurken, sadece göz yakınmaları olan kişilerin başvurduğu ve bunların zamanın olanaklarına göre tedavi edildiği hizmetler olarak algılanmaktaydı. Üstelik göz hastalıkları, tümörler dışında, direkt ölüm nedeni olmadığı için, önlenmesi gereken ivedi bir problem olarak düşünülmemiştir. WHO kurulduktan sonra oftalmoloji ile ilgili ilk çalışmalar trahom üzerinde yoğunlaştı. O dönemde trahom, klinik açıdan oldukça iyi tanımlanmış ve gelişmekte olan ülkelerin hemen hepsinde ve Avrupa'nın güney kısımlarında yüksek derecede endemik olan bir hastalıktı. 1950 li yıllarda WHO, trahom konusunda saha çalışmaları ve laboratuvar araştırmaları planlayarak, trahomun kontrolü için iki uzman komite oluşturdu. 1960 lı yıllarda, gelişmekte olan ülkelere UNICEF ortaklığı ile trahoma karşı kampanyalar yapıldı. Ulusal programlar biçiminde başlatılan bu kampanyalar, antibiyotikler, özellikle tetrakislinlerle intermittent topikal tedavi, sağlık eğitimi ve trikiasis cerrahisine yönelik hizmetleri kapsıyordu. Ulusal trahom kontrol programlarının çoğu kısa sürede başarılı sonuçlar verdi. Ancak bunlar kısa sürede sonuç almayı planlayan monovalan örgütler aracılığı ile başlatıldığı için, başarının devamında hizmetin sürekliliği gerekiyordu. Bu hizmetlerin mevcut sağlık hizmetlerine entegrasyonu (bütünleştirilmesi) genelde problem yarattı.

Bu çalışmalar sırasında, körlüğün diğer sebepleri ve epidemiyolojisi ile ilgili pek çok veri elde edildi. Örneğin görme kaybına yol açan ve en az trahom kadar önemli olan başka sebeplerin olduğu anlaşıldı. Bunun sonucunda 1969 da, WHO üyeleri körlüğe sadece trahom açısından değil de global bir problem olarak bakılması gereğini kabul ettiler.

1972 de, körlükle ilgili verileri toplamak için, sistematik bir kayıt sistemi geliştirildi. Verilerin uluslararası düzeyde kıyaslanabilir olması için, körlük tanımının standardize edilmesi gereği ortaya çıktı. Çünkü daha önce körlükle ilgili çalışmalarda, farklı körlük tanımları kullanılmıştı. Ayrıca pek çok ülkede konu ile ilgili güvenilir veriler yoktu. Başlatılan pilot çalışmalar o dönemde dünyada 10 - 15 milyon kör insan olduğunu ve bunların pek çoğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşadığını gösterdi. 1975 yılında WHO körlüğün temel sebeplerinin önlenmesine yönelik çalışmalar başlattı. Bu sebepler özellikle gelişmekte olan ülkelerde, trahom, katarakt, onkoserkiazis, kseroftalmi, glokom ve oküler travma idi. 7 Nisan 1976 da, Dünya Sağlık Günü «Körlüğün Önlenmesi Tedbirleri»ne vakfedildi. 1978 de «WHO Programme for the Prevention of Blindness» (Dünya Sağlık Örgütü Körlüğün Önlenmesi Programı) oluşturuldu. Bu özellikle gelişmekte olan ülkelerde, görme kaybının temel sebeplerinin kontrolü için, üye ülkeler ile kuruluş arasında teknik kooperasyonu başlatan ilk adımdı (3).

İlk çalışmalar, dünyada körlüğün durumunu ve nedenlerini analiz etmeye yönelikti. 1978 de «Task Force on Data on Blindness» (Körlük Verileri Hakkında Hükümler) farklı toplumlarda körlük prevalanslarının tahmini için yararlı bir epidemiyolojik model oluşturdu. Bu modele göre toplumların gelişmişlik düzeyine göre 3 farklı körlük durumu mevcuttur.

1. Tipik olarak gelişmekte olan ülkeler : Dünyada en az gelişmiş ülkeleri temsil eden bu grupta, temsili körlük prevalansı % 1 dir. Bu ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin olmaması nedeni ile özellikle beslenme bozukluğuna ve çevre sağlığı tedbirlerinin yetersizliğine bağlı bulaşıcı göz hastalıkları yaygındır. Endemik trahom, kseroftalmi veya onkoserkiazis odakları mevcuttur. Ayrıca genelde göz sağlığı hizmetleri, özelde katarakt cerrahisi yetersizdir.

2. Orta derecede gelişmiş ülkeler : Bunlarda temsili körlük oranı % 0,5 dir. Bu ülkelerde bulaşıcı ve beslenme bozukluğuna bağlı göz hastalıkları kontrol altına alınmıştır. Ancak yine de özelde katarakt cerrahisi olmak üzere, göz sağlığı hizmetleri yetersizdir.

3. Gelişmiş ülkeler : Temsili körlük prevalansı % 0,2 dir. Bu ülkelerde körlüğe yol açan nedenler ilk iki gruptan tamamen farklı bir model oluşturmaktadır.

WHO'nun körlüğün önlenmesi ile ilgili programının orta vadeli hedefi, 1989 dan buyana en az 60 ülkede uygulanmakta olan körlüğün önlenmesi çalışmaları konusunda ulusal programlar oluşturmak, uzun vadeli hedefi, körlük orantı % 1 den daha yüksek olmayan toplumlarda, ulusal körlük oranını % 0,5 in altına düşürmektir.

Bahsedilen ulusal programlar hazırlanırken, her ülkenin kendi koşullarını ve olanaklarını göz önünde bulundurması önerilmektedir. Böyle bir programda genel olarak dikkate alınması gereken koşullar şunlardır (4,5).

1. Ulusal bir programın planlanması ve yürütülmesi için ilk adım, ülke hakkındaki genel bilgilerin edinilmesidir. Genel bilgilerin yanısıra, ülkenin genel sağlık ve göz sağlığı durumu ve varolan kaynakları gözden geçirilmelidir. Ulusal sağlık otoriteleri, bu bilgilere dayanarak planlanan ulusal program doğrultusunda davranmalıdırlar.

2. Ulusal programın formülasyonunu içeren planlama fazı problemlerin analizini, uygulanacak politika ve önceliklerin tesbitini, hedeflerin saptanmasını, stratejinin formüle edilmesini ve genel programları (örneğin göz sağlığı hizmetlerinin integrasyonu, etkin spesifik kontrol programları, eğitim, lojistik destek, kaynakların mobilizasyonu, araştırmalar, izleme ve değerlendirme) kapsamalıdır.

3. Ulusal sağlık düzeyinin yükseltilmesini hedef alan genel yönetimin bir parçası olarak, detaylı bir programlama önerilmektedir. Detaylı programlama, programın yürütülmesi esnasında birbirini takip eden 3 ardıl fazı kapsar. Bunlar : başlangıç (initial), olgunlaşma (expansion) ve pekiştirme ve bütünleştirme (consolidation and integration) fazlarıdır. Her bir faz amaçlar, hedefler, aktiviteler, kapsam, insangücü planlaması, lojistik, araç gereç donanımı, toplum katılımı, genel sağlık sistemi ile ilişki, program bütçesi, zamanlama, izleme ve değerlendirme bölümlerini içermelidir.

4. Programın yürütülmesinin izlenmesi, bu ardıl fazların başından sonuna kadar devam etmesi gereken bir olgudur. Ancak bu şekilde planlamaya uygun ve düzenli bir yürütme sağlanabilir.

5. Körlüğün önlenmesi programının, birinci basamak sağlık hizmeti temelinde, genel sağlık sistemine tam integrasyonu esas amaçtır. Bu integrasyonla oluşturulacak primer göz sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetinin bir parçası olarak, göz hastalıklarının önlenmesi ve tedavisine yönelik basit klinik aktiviteleri içerir. Örneğin kişisel ve/veya çevresel hijyenin ve beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi ve bu konuda topluma verilecek sağlık eğitimi, birinci basamakta görev alan sağlık personeli için mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası dönemde ülke koşullarına uygun olarak planlanmış eğitim programları ile, önlenebilir körlüklerin ortadan kaldırılacağı bilinmektedir.

Sonuç olarak, «Prevention of Blindness programının amacı, körlüğün yaygın olduğu gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere, tüm dünyada önlenebilir körlüklerin temel sebeplerinin kontrol altına alınması ve günümüze kadar tedavi edici hizmetlerle sınırlanmış olan göz sağlığı hizmetlerini çağdaş boyutlarına ulaştırarak, temel göz sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetlerine integre etmektir. Böylece, uygun koruyucu önlemlerle körlüğe yol açan bazı hastalıkların ortaya çıkması önlenebilecek ve birinci basamaktaki etkin ve bilimsel süzme işlevi ile, ikinci basamaktaki zaman ve kaynak israfı da en aza indirilebilecektir.

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)nün, körlüğün önlenmesi ile ilgili programı (Programme for the Prevention of Blindness), özellikle gelişmekte olan ülkelerde yığılmış olan önlenebilir körlükleri azaltmayı amaçlamaktadır. Bu spesifik olarak körlüğe neden olan hastalıkların kontrolünü ve göz sağlığı hizmetlerinin, birinci basamak sağlık hizmeti çatısında, genel sağlık hizmetlerine integrasyonunu kapsamaktadır.

Anahtar kelimeler : Çağdaş göz sağlığı hizmetleri, körlüğün önlenmesi programı, birinci basamak sağlık hizmeti.

SUMMARY

Meaning and Development of Contemporary Eye Health Care

The WHO programme for the Prevention of Blindness aims to reduce the avoidable blindness especially in developing countries. This includes both the control of specific blinding disease and the integration of eye care into the general health services, within a framework of primary health care.

Key Words : Contemporary Eye Health Care, Programme for the Prevention of Blindness, Primary Health Care Services.

KAYNAKLAR

1. Fişek NH : Halk Sağlığı Giriş, Hacettepe Üniversite-Dünya Sağlık Örgütü, Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No : 2, Çağ Matbaası, 1983.
2. Fırat T : Oftalmoloji Tarihi, Göz ve Hastalıkları, Birinci Cilt, 3-7, Emel Matbaacılık, 1980.
3. Thylefors B : Primary Eye Care and the Design of the WHO Programme for the Prevention of Blindness, International Ophthalmology Clinics, 30, 12-15, 1990.
4. Thylefors B : The World Health Organization Programme for the Prevention Of Blindness, International Ophthalmology, 14 : 211-219, 1990.
5. Formulations and Management of National Programmes for the Prevention of Blindness, WHO/PBL, 90 : 18, 1990.