


**Türkiye'nin Bazı Sağlık Düzeyi Göstergelerinin Halk Sağlığı
Görüşü Açısından Değerlendirilmesi***

**The Evaluation of Some Health Status Indicators of Turkey According
to Opinion of Public Health**

**  Dr. Öğr. Üyesi Gizem Deniz BÜYÜKSOY ¹

¹Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

Öz

Toplumsal eşitlik, çevreyle bütünlük, yaşamın bütünlüğü, hizmetin boyutu, korumaya öncelik, risk gruplarına öncelik, önemli hastalıklara öncelik, entegre hizmet, ekip hizmeti, sağlık kalkınma ilişkisi, öz sorumluluk, halkın katılımı, evrensellik ve koşullara uygunluk ve toplumsal etmenler ilkeleri halk sağlığı görüşünü oluşturur. Halk sağlığı görüşüne göre sağlığa ve hastalığa yönelik birçok durum, diğer bilim dallarından farklı biçimde ele alınmıştır. Bunlardan hastalık nedenlerine ilişkin, halk sağlıkçıların yorumu; hem günümüze hem de birçok sağlık sorununun nedenlerine ve bunların çözüm yollarına ışık tutmaktadır. Halk sağlığı hemşiresi, halk sağlığı görüşüne dayanarak toplumun sağlık sorunlarının nedenlerini ortaya çıkarmak ve bunlara çözüm getirmek için çalışmalar planlar. Bu derleme makalede Avrupa Komisyonu'nun bildirdiği sağlık düzeyi göstergeleri olan doğuştan beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı, meme, serviks ve kolon kanseri taramaları ve hava kirliliğinin Türkiye'deki durumu belirtilmiştir. Ardından halk sağlığı görüşüne göre bu göstergelerin nedenlerine ilişkin değerlendirme yapılmıştır. Bu derlemede yapılan değerlendirmelerin halk sağlığı alanında yapılan çalışmalar için bakış açısı kazandıracağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Halk Sağlığı, Halk Sağlığı Hemşireliği, Sağlık Düzeyi, Türkiye.

* Geliş Tarihi:09.07.2019 / Kabul Tarihi:19.08.2019

** Sorumlu Yazar e- mail: gizemdenizbulucu@gmail.com

Abstract

The opinion of public health consists of the principles that sociale quality, environmental integrity, integrity of life, size of the service, priority to protection, priority to risk groups, priority to important diseases, integrated service, team service, health development relationship, self-responsibility, public participation, universality and compliance with conditions and social factors. According to the opinion of public health, many conditions for health and disease is tackle dun like other disciplines. The public health professions' interpretation related causality of disease clarifies causes of many health problems and their solutions and nowadays. Based on opinion of public health, the public health nurse conductesto there searches for revealt ocauses of public health problems and work out the seproblems. In this review, it is stated to health status indicators reported by European Commission that life expectancy at birth, maternal mortality rate, infant mortality rate, breast, cervix and colon cancer screening and air pollution in Turkey. Then it is evaluated to causes of these indicators according to opinion of public health. It is estimated that the evaulations in review give point of view for public health research.

KeyWords: Public Health, Public Health Nursing, Health Status, Turkey.

GİRİŞ

Halk sağlığı görüşünün temel ilkeleri; toplumsal eşitlik, çevreyle bütünlük, yaşamın bütünlüğü, hizmetin boyutu, korumaya öncelik, risk gruplarına öncelik, önemli hastalıklara öncelik, entegre hizmet, ekip hizmeti, sağlık kalkınma ilişkisi, öz sorumluluk, halkın katılımı, evrensellik ve koşullara uygunluk ve toplumsal etmenler şeklinde sıralanır. Bu ilkeler, halk sağlığı hemşireliğine de yön vermiştir (Öztek, 2011; Güler ve Akın, 2012).

Halk sağlığı görüşünün ilkelerinden toplumsal eşitlik ilkesi; sağlığın doğuştan kazanılmış bir hak olduğunu ifade eder. Çevreyle bütünlük ilkesi; sağlığın fizik, sosyal ve kültürel çevre ile ilişkili olduğunu, yaşamın bütünlüğü ilkesi; insan yaşamının doğum öncesinden ölüme kadar bir bütün olduğunu, hizmetin boyutu ilkesi; sağlık hizmetinin yalnızca sağlık kurumları tarafından sunulamayacağını, korumaya öncelik ilkesi; korumanın daha üstün olduğunu, risk gruplarına öncelik ilkesi; gereksinimi olana daha fazla sağlık hizmeti sunmak gerektiğini, önemli hastalıklara öncelik ilkesi; sık görülen, öldüren ve sakat bırakan hastalıkların öncelikle ele alınması gerektiğini, entegre hizmet ilkesi; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici bakımın birlikte verilmesi gerektiğini, ekip hizmeti ilkesi; her personelin eşit derecede önemli olduğu bir işbölümünü, sağlık kalkınma ilişkisi ilkesi; ülkenin ekonomik kalkınması ile sağlık düzeyi arasında karşılıklı ilişki olduğunu, öz sorumluluk ilkesi; herkesin kendi sağlığını koruması gerektiğini, halkın katılımı ilkesi; sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında bireylerin görüşlerinin alınmasını, evrensellik ilkesi; sağlığın dünyadaki herkes için aynı önemde olduğunu, koşullara uygunluk ilkesi; sağlık hizmetlerinin ülkelerin koşullarına göre planlanması gerektiğini, toplumsal etmenler ilkesi de hastalıkların temelinde sadece fiziksel etmenler olmadığını ifade eder (Güler ve Akın, 2012). Bu yazıda, öncelikle hastalık nedenlerinin tarih boyunca ele alınış biçiminden söz edilmiş, ardından halk sağlığı görüşüne göre hastalık nedenlerinin nasıl yorumlandığı açıklanmıştır. Arkasından Avrupa Komisyonu tarafından belirlenen sağlık düzeyi göstergelerinden; doğuşta beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı, meme, serviks ve kolon kanseri taramaları ve hava kirliliğinin, Türkiye'deki durumu belirtilmiş ve halk sağlığı görüşüne göre bu özelliklerin nedenlerine ilişkin değerlendirme yapılmıştır.

Hastalık Nedenlerine İlişkin Düşüncenin Tarih Boyunca Değişimi

Hastalıkların nedenini doğaüstü güçlere bağlayan animistik kuramın geliştiği dönemde, ilkel insanlar, fırtına, gök gürültüsü, yıldırım, deprem gibi afetleri ve hastalık ve sakatlıkları doğaüstü güçlerin öfkelenmesi ve cezalandırmasına bağlamışlardır. Hastalıklarla mücadele etmenin yolunu tanrılara adak, kurban adamak ya da ayinler yapmakta bulmuşlardır. Akılcı düşünüşün yaygınlaşmasıyla evrendeki olayların doğaüstü güçlerin değil evrendeki yasaların etkisiyle oluştuğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır. Hipokrat, hekimliği akılcı düşünüşle yorumlamış ve kişinin bedeninin kan, balgam, sarı safra ve kara safradan oluştuğunu, bunların arasında da bir denge olduğunu ifade ederek bunların arasında denge varsa kişinin sağlıklı olacağını savunan humoral kuramı ortaya atmıştır. Hipokrat'a göre bu denge; iklim, toprak, su, yaşam biçimi ve beslenme gibi çevresel etmenlere bağlıdır. Orta Çağla birlikte Avrupa'da hekimlik uygulamaları akılcı düşünüşten kopmuş, kilisenin yetiştirdiği keşişler, hekimlik uygulamalarını yürütmeye başlamış, bu dönemde Hipokrat'ın temsil ettiği hekimlik uygulamalarını yerine getirmek suç sayılmıştır. Hekimlik uygulamalarının akılcı düşünüşten koparılarak dogmatik ve din etkisinde sürdürülmesinin sonuçları; veba, tifüs, kolera ve çiçek salgınlarının bütün dünyada yaygınlaşması ve bunun sonucunda dünya nüfusunun 100 milyon azalması olmuştur. On altıncı yüzyıldan sonra mikroskopun kullanılması, stetoskopun icadı, termometrenin icadı ve kalbin bir pompa gibi çalıştığının keşfedilmesi; germ kuramının güçlenmesini ve hekimliğin tekrar gelişmesini sağlamıştır. (Dirican, 1990). Bu dönemde bazı

bilim insanları; hastalıkların nedenleri, yalnızca germ ile açıklandığında, hastalık nedenlerinin bireysel düzeyde algılanacağı, bunun da devletin toplumsal sorumluluğu üzerinden atmasına ve koruyucu ve önleyici tıp yerine teknoloji ve ilaç sanayine dayalı tıbbın öncelik kazanmasına yol açacağı öngörüsünde bulunmuşlardır(Akalın, 2013). Bu bilim insanları, halk sağlığı biliminin doğmasını sağlamış ve hastalıkların nedenlerinin sosyal, ekonomik ve kültürel koşullar olduğunu; bilimsel rapor, kitap ve çalışmalarla ortaya koymuşlardır.

Halk Sağlığı Görüşüne Göre Hastalık Nedenleri

Hastalıkların nedenleri tarih boyunca önce animistik kuram, ardından humoral kuram, ardından miasma kuramı, daha sonra germ kuramı ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bunların arasında, hastalık nedenlerini, bireyin ve toplumun içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik koşullarla açıklayan bazı bilim insanları halk sağlığı görüşünün temelini oluşturmuşlardır (Dirican, 1990).

Buhar motorunun keşfi ile başlayan sanayileşme, yeni çalışma alanları oluşturarak kırdan kente göçe neden olmuş, kentte gecekonducularda yokluk ve sefalet içinde yaşayanların sayısı hızla artmıştır. Sanayinin geliştiği bu dönemde sanayinin ihtiyaç duyduğu emek gücü, göçlerle kentlere gelen, sağlıksız konutlarda, karın tokluğuna çalışan işçilerden oluşmuştur. Bu dönemde vatandaşın sağlığından devletin sorumlu olması gerektiğini savunan Peter Frank, hastalıkların anasının yoksulluk olduğunu ifade etmiştir. Dirican'ın bildirdiğine göre; Fransa'da 18. yüzyılda tıbbi topoğrafı yayınlanmış, Villerme, 1817 yılında nüfus, emlak, mali istatistikleri kullanarak ekonomik durumla mortalite istatistiklerini karşılaştırmıştır. Bu çalışmada yoksul ve zengin arasında mortalite farkı bulunmuş, mortalite üzerinde miasma kuramından daha çok yoksulluğun etkili olduğunu söylemiştir (Dirican, 1990). Engels bu dönemde İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu adlı kitabında sanayileşme sonrası işçilerin sağlık ve yaşam koşullarından söz ederek yoksulluk ve hastalık arasındaki etki mekanizmasını anlatmıştır (Engels, 2010). 19. Yüzyılda Virchow, tifüs salgınına araştırmak için Silezya'ya giderek Yukarı Silezya Raporu'nu yazmış, raporda Silezya'nın coğrafı, antropolojik, toplumsal yapısını anlatmış, tarih, dil, din ve etnik özellikler, yönetim biçimi, toplumun beslenme ve barınma koşulları, ev halkı özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve olumsuz hava koşullarından söz etmiştir. Tifüsün etiyolojisinden bahsederek sosyal sınıfa göre morbidite ve mortalite hızlarını ortaya koymuştur. Virchow; çalışmasının sonucunda tüm bireylerin sağlığını korumanın ve güvence altına almanın kamu görevi olduğunu, toplum sağlığında sosyal etmenlerin de yeri olduğunu, sağlıkla ilgili sosyal ve ekonomik koşulların bilimsel olarak incelenmesi gerektiğini, hastalıklarla savaşmak için tıbbi önlemler alınmasının yetmeyeceğini, sosyal önlemlerin de alınması gerektiğini ve politikalarda halk sağlığına da yer verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Dirican 1990, Virchow2006). Dirican'ın bildirdiğine göre; 20. Yüzyılın başlarında Grotjahn, Sosyal Patoloji adlı kitabında toplumsal koşulların hastalığa yatkınlık yaratabileceğini, doğrudan hastalık nedeni olabileceğini, hastalık nedenini taşıyabileceğini ya da hastalığın gidişatını etkileyebileceğini ifade etmiştir. Hastalıkların toplumsal sonuçları olabileceğini belirtmiş, tıbbi tedavinin mi yoksa toplumsal tedbirlerin mi etkili olduğunu sorgulamıştır. Grotjahn'a göre en önemli hastalıklar; bir toplumda en sık görülen, en çok sayıda ölüme ve sakatlıklara yol açan hastalıklardır. Hastalıkların oluşumunda ve yayılmasında biyolojik ve fiziksel etmenlerin yanı sıra sosyal, kültürel ve ekonomik etmenler de rol oynar. Bu son etmenler, çoğu kez diğerlerinin hazırlayıcısıdır. Bu nedenle kültürel, sosyal, ekonomik sorunları çözerek hastalıklar üzerinde etkili olma olanağı vardır. Bir kişinin hasta oluşu sadece onu ilgilendirmez, hasta ve hastalığın aile ve topluma etkisi vardır ve bu etki küçümsenemez (Dirican 1990).

Hastalıkların nedeninin sadece biyolojik ya da fizyolojik değil aynı zamanda sosyal, ekonomik, kültürel ve politik olması, halk sağlığı görüşünde önemli bir yer tutmaktadır. Buna göre halk sağlığı görüşü kapsamında, bir ülkenin sağlık düzeyinin sadece ne olduğu değil aynı zamanda neden öyle olduğu, dünyadaki diğer ülkelere göre neden daha iyi ya da daha kötü durumda olduğu ve iyiye ya da kötüye gidişin tüm ülkedeki dağılımı vb. özellikleri dikkatle ele alınması gereken konulardır.

Türkiye'nin Bazı Sağlık Düzeyi Göstergeleri ve Değerlendirilmesi

Avrupa Komisyonu tarafından demografik ve sosyoekonomik durum, sağlık durumu, sağlık belirleyicileri, sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak beş ana başlık altında seksen sekiz tane sağlık düzeyi göstergesi belirlenmiştir (European Commission, 2017). Bu derlemede; sözü edilen sağlık göstergelerinden doğuştan beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı, meme, serviks ve kolon kanseri taramaları ve hava kirliliğinin Türkiye'deki durumu; halk sağlığı görüşü kapsamında değerlendirilmiştir.

Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi

Avrupa bölgesindeki 28 ülkenin doğuştan beklenen yaşam süresi ortalaması 80,9 yıl olup dünyada 25-65 yaş arası ölümler, tüm ölümlerin %29'unu oluşturmuştur. Erken ölüm oranları; gelişmiş ülkelerde %21 iken, Latin Amerika'da %33, Afrika'da ve Asya'da %30, Türkiye'de ise %27, Kuzey Amerika'da %23 ve Avrupa'da %22'dir. Bununla birlikte Finlandiya'da %16, Norveç'te %14, Yunanistan'da %13, İsveç'te %11'dir (Eurostat, 2018; United Nations, 2017).

Tüm dünyada doğuştan beklenen yaşam süresi uzasa da erken ölümlerin yüksek olduğu ve ülkeler arasında erken ölüm oranları açısından eşitsizlik olduğu görülmektedir. Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi 2017 yılı itibarıyla 78 yıl olup (TÜİK, 2017a) geçmişten günümüze doğuştan beklenen yaşam süresi uzasa da erken ölümler, tüm ölümler içinde önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Türkiye'de kronik hastalıklar 407 bin erken ölüme yol açmış, bu da erken ölümlerin %86'sını oluşturmuştur. Sözü edilen kronik hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, ardından kronik solunum sistemi hastalıkları ve diyabet olarak sıralanmaktadır (WHO, 2014a). Buna göre toplumun daha büyük bir kısmının doğuştan beklenen yaşam süresine ulaşabilmesi için kronik hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik sağlık hizmetlerinin önemli olduğu söylenebilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kronik hastalıklar için risk faktörleri; sigara ve alkol kullanma, kan basıncının yüksek olması ve obezite olarak belirtilmiştir (WHO, 2014a). Öte yandan bir toplumda sağlık düzeyinin %50'sinin sosyal ve ekonomik çevre koşulları tarafından belirlendiği bildirilmiştir (Health Canada, 2002). Halk sağlığı görüşüne göre, kronik hastalıkların kontrolüne yönelik yapılan çalışmaların, kronik hastalıkların tetikleyicisi olduğu bildirilen hava kirliliği, küreselleşme, kentleşme, nüfusun yaşlanması ve ülkenin genel politik koşulları göz önüne alınarak yapılması, toplumun doğuştan beklenen yaşam süresine erişme şansını artırmak için önemli olabilir (WHO, 2019a).

Anne Ölüm Hızı

DSÖ'ye göre 2015 yılında tüm dünyada gebelik ya da doğum sonu komplikasyonlara bağlı olarak 303 bin anne ölümü meydana gelmiş olup tüm dünyada anne ölüm hızı yüz binde 216'dır (Say ve ark., 2014). Bununla birlikte anne ölüm hızı Sierra Leone'de yüz binde 1360, Uganda'da yüz binde 343, Rusya'da yüz binde 25, ABD'de yüz binde 14, Norveç'te yüz binde 5, Finlandiya'da yüz binde 3'tür (WHO, 2015). Anne ölümünün en sık nedeni olan hemoraji, tüm dünyada 661000 ölüme yol açmakta, bunlardan 2000'i gelişmiş ülkelerde görülürken, 659000'i gelişmekte olan ülkelere görülmektedir (Say ve ark., 2014).

Türkiye’de anne ölüm hızı; 1990 yılında yüz binde 97, 2005 yılında yüz binde 57, 2010 yılında yüz binde 23 ve 2016 yılında yüz binde 14,7 olup düşüş eğilimi göstermektedir (WHO, 2015a; Sağlık Bakanlığı, 2016). Bununla birlikte bölgeler arası fark olup anne ölümü, Ege ve Marmara bölgeleri hariç diğer bölgelerde Türkiye ortalamasının üzerindedir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

DSÖ’ye göre kadının sağlığı; doğum öncesi bakım alma, eğitim düzeyi, gebeliği önleyici yöntem kullanma durumu, gebeliği önleyici yöntemlere erişim, iş gücüne katılım, sağlık personeli ile doğum yapma, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumundan etkilenir (WHO, 2016a). Halk sağlığı görüşüne göre anne ölüm hızı değerlendirilirken Türkiye’de kadın sağlığını ilgilendiren toplumsal etmenlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği söylenebilir. Buna göre Türkiye’de kadınların sadece %31.1’i lise ve üzeri eğitim almış iken %12’si ilkokul bitirmemiş ya da hiç okula gitmemiştir. Türkiye’de, 1997 yılında zorunlu eğitimin 5 yıldan 8 yıla çıkarılması sonucu; genç kuşakların eğitim düzeyi yükselmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013). Bununla birlikte 2012 yılında zorunlu eğitimin kaldırılıp yerine getirilen 4+4+4 eğitim sistemi; sürekli ve zorunlu olmayışı, kesintiye uğraması nedeniyle eleştirilmektedir. Sistem değişmeden önce okullaşma oranı 5 yaşta %65,69 iken 2016 yılında %58,79’a gerilemiş, ilkokul ve ortaokula kayıtlı öğrenci sayısı 5 milyon 426 binden 4 milyon 759 bine düşmüş, örgün eğitimi bırakan öğrenci sayısı 940 binden 1 milyon 554 bine çıkmıştır. Bu durumun kız öğrencileri daha kötü etkilediği bildirilmektedir (Eğitim ve Bilim Emekçileri Sendikası, 2017). Türkiye’de erkeklerin %70’i işgücüne katılırken kadınların %30’u işgücüne katılmaktadır ve erkeklerin aldığı ücret, aynı işi yapan kadınların aldığı ücretten %20 daha fazladır (WHO, 2016a). Bu durum, kadınların daha az para getiren ve daha emek yoğun sektörlerde çalışmasından kaynaklanmaktadır. Zira çalışan kadınların %61’inin hizmet sektöründe, %24’ünün tarım sektöründe, %14’ünün de sanayi sektöründe çalıştığı belirlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013). Türkiye’de parlamentonun %20’den daha azı kadınlardan oluşmaktadır (WHO, 2016a). Tüm bu sözü edilen sosyoekonomik faktörler, kadın sağlığını etkilemektedir. Kadınların %74’ü herhangi bir aile planlama yöntemi kullanmakta olup bunlardan sadece %47’sinin kullandığı yöntem modern yöntemlerdir. Aile planlaması kullanım düzeyi; okula gitmemiş ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlarda ve en düşük refah düzeyinde en alt seviyededir. Aile planlamasına erişimle bağlantılı olarak doğurganlık, kırdan kente göre, doğuda diğer bölgelere göre, eğitim almamış ya da ilkokulu yarım bırakmış kadınlarda, diğer eğitim düzeyine sahip kadınlara göre, hane halkı refah düzeyi en düşük ailelerde, diğer ailelere göre daha yüksektir. Kadınların %97’si son beş yıl içinde geçirdikleri gebeliklerinde en az bir sağlık personelinden doğum öncesi bakım aldığını ifade etmiş olup anne yaşı küçüldükçe, doğum sayısı arttıkça, kırdan, doğuda, eğitim almamış ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlarda, hane halkı refah düzeyi en düşük olanlarda doğum öncesi bakım almamışlar daha fazladır. Sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı %97 olup anne yaşı arttıkça, doğum sayısı arttıkça, kırdan, doğuda, eğitim almamış ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlarda ve en düşük refah düzeyine sahip hanelerde, sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı daha düşüktür. Kadınların %94’ü doğum sonrası bakım aldığını ifade etmiş olup doğum sayısı arttıkça, sağlık kuruluşu dışındaki doğumlarda, kırdan, doğuda, eğitim almamış ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlarda, en düşük refah düzeyine sahip hanelerde doğum sonrası hiç bakım almamış kadın sayısı daha yüksektir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013). Buna göre kadınlara yönelik halk sağlığı çalışmalarında kadınlara yönelik eğitim, istihdam olanakları, hem kentte hem de kırdan sosyal ve ekonomik kalkınmışlık düzeyi, kadının statüsü ve kadınların sağlık hizmetine erişimi de ele alınmalıdır.

Bebek Ölüm Hızı

Türkiye’de bebek ölüm hızı binde 11, dünyada binde 33 olup gelişmiş ülkelerde binde 5’dir. 2017 yılında Çin’de binde 133, Afganistan’da binde 59, Japonya’da binde 2, Küba’da binde 1’dir (UNICEF, 2018). Türkiye’de bebek ölüm hızı, geçmişten günümüze azalmıştır (TÜİK, 2015). Bununla birlikte bazı bölgelere ait ölüm hızları Türkiye ortalamasının üzerinde olmuş ya da bazı bölgelerin ölüm hızı daha düşük iken bazılarının ki yüksek seyretmiştir. Bebek ölüm hızı; İstanbul, Marmara, Batı Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde tüm yıllar için Türkiye ortalamasından düşük iken Güneydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde tüm yıllar için Türkiye ortalamasından yüksektir (TÜİK, 2015). Bebek ölüm hızı en yüksek ve en düşük bölgelerin arasındaki farkı gösteren hız oranı, yıllar içinde artış göstermiş, 2009 yılında %1,5 iken 2016 yılında %2,2 olmuştur. Buna göre sosyoekonomik durumu en iyi olan bölgede ölen her bir bebeğe karşılık, sosyoekonomik durumu en kötü olan bölgede 2009 yılında 1,5 bebek, 2016 yılında 2,2 bebek ölmüştür. Bebek ölüm hızı Türkiye ortalamasından yüksek olan bölgelerin sosyoekonomik koşulları, ülkedeki en iyi bölgenin düzeyine getirildiğinde kurtarılabilir bebek sayısı, topluma atfedilen riski göstermektedir. Buna göre 2009 yılında topluma atfedilen risk %18 iken yani her 100 bebekten on sekizi önlenemez nedenlerle kaybedilmiş iken 2016 yılında bu rakam %34 olmuştur (Hamzaoğlu, 2017). Sağlık Bakanlığı’na göre bebek ölümüne yol açan ilk on neden; prematürelilik, konjenital anomaliler, sepsis, konjenital kalp hastalığı, respiratuar distres sendromu, perinatal asfiksi, alt solunum yolu enfeksiyonu, ani bebek ölümü sendromu, metabolik hastalıklar ve doğum travmasıdır. Hem anne hem de bebek ölümlerini; sağlık personeli yardımı ile doğum yapma, gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi bakım, sağlık kuruluşunda doğum yapma, bağışıklama, anne sütü uygulamaları, prematürelilik, yeni doğan yoğun bakım ünitelerinin niteliği, yüksek riskli gebe ve yeni doğan naklinin etkilediği bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Birleşmiş Milletler raporuna göre 18 yaş altı ölümler; aşılama, enfeksiyon hastalıklarının tedavisi, yeterli beslenme, temiz su ve sanitasyon gibi basit girişimlerle önlenemez (UNICEF, 2018). Türkiye’de aşısız çocuk sayısı 2011’de 183 bin, 2016’da 12 bin, 2017’de 23 bin olup; hiç aşılanmayan çocuk sayısı son beş yılda %81 artmıştır (Eskiocak, 2018). Türkiye’de çocukların %2,9’u hiç aşılanmamış olup bu oran kız bebeklerde %4,1’i, erkek bebeklerde %1,6’dır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013). Aşılanmayan nüfus, toplumda herhangi bir salgını engellemek için ulaşılması gereken eşik olan kitle bağışıklığının altında kaldığında hastalığın salgın yapma olasılığı artmaktadır (Arıcan, 2018). Türkiye’de 2009 yılında 4 olan kızamık vakası, 2013 yılında 7398 vaka ile salgın yapmış; 2018 yılında 3820 vaka görülmüştür (WHO, 2019b). Buna göre Türkiye’de aşı reddi, aşılatma konusunda tereddüt ve aşı karşıtlığının sonuçları; aşı kapsayıcılığının düşmesi ve kızamık salgını olmuştur (Azap, 2018). Bebek ve çocuk sağlığını etkileyen bu sorunlar; halk sağlığı görüşü ilkeleri doğrultusunda; korumaya öncelik verilerek gebelik ve doğum öncesi bakım, aşılama hizmetleri gibi uygulamaların ekip hizmeti ilkesi gereğince ebe, hemşire, hekim işbirliği ile sunulmasıyla çözümlenebilir.

Türkiye’de çocuklarda en sık görülen hastalıklar; üst solunum yolu enfeksiyonları (tonsilit, otitismidia, farenjit vb.), diyare, bulaşıcı hastalıklar (suçiçeği, kabakulak vb.), anemi (demir eksikliği anemisi vb.), ağız ve diş sağlığı sorunları, alt solunum yolu enfeksiyonları (zatürre v.b.), idrar yolu enfeksiyonları, cilt hastalıkları ve D vitamini eksikliğine bağlı kemik bozuklukları olup enfeksiyon ve parazit hastalıkları en başta gelen ölüm nedenidir. (TÜİK, 2017b). DSÖ’ye göre malnütrisyon, çocuklarda birçok ciddi hastalığa yatkınlık yaratmaktadır (WHO, 2019c). Yapılan bazı çalışmalarda yeterli miktarda besleyici gıda ile beslenemeyen çocukların sağlık durumunun daha kötü olduğu, daha sık karın ağrısı, soğuk algınlığı, kulak enfeksiyonu geçirdiği ve demir eksikliğinin bu çocuklarda daha yaygın olduğu belirlenmiştir

(Alaimo, Olson, Frongillo ve Briefel, 2001; Skalicky, Meyers, Adams, Yang, Cook ve Frank, 2006). Buna göre halk sağlığı görüşü kapsamında önemli hastalıklara öncelik ilkesi gereği, çocuk sağlığını geliştirmek için enfeksiyon hastalıkları ön plana alınabilir, buna neden olan etmenlerden beslenme sorunlarına yönelik, buna yol açan toplumsal etmenler göz önüne alınarak çözüm üretilebilir.

Meme, Serviks ve Kolon Kanseri Taramaları

Uluslararası Kanser Araştırmaları Birliği (IARC)'ye göre 2018 yılında tüm dünyada 18,1 milyon yeni kanser vakası görülmüş, kanser nedeniyle 9,6 milyon ölüm meydana gelmiştir. Kanser mortalite prevalansı, tüm dünyada %9 olup Asya'da %57,3, Avrupa'da %20,3, Amerika'da %14,4 ve Afrika'da %7,3'tür. (IARC, 2018). Kanserler, Türkiye'de ölüme neden olan hastalıklar arasında ikinci sırada gelmekte olup ölümlerin %22'si kansere bağlı olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2017c; WHO, 2014b). Tüm dünyada en çok görülen kanser türleri; akciğer, meme ve kolorektal kanserlerdir (IARC, 2018). Türkiye'de en çok görülen ilk üç kanser türü de erkeklerde akciğer, prostat ve mide; kadınlarda meme, mide ve kolorektal kanserlerdir.

DSÖ; kanser erken tanı ve tarama programları kapsamında; servikal kanser için pap smear testi, meme kanseri için kendi kendine meme muayenesi ve mamografi, kolorektal kanser için gaitada gizli kan testinin yapılmasını önermektedir (WHO, 2014b). OECD'ye göre Türkiye'de kanser taramaları yeterli düzeyde değildir. IARC'ye göre kanser mortalitesinin yüksek olmasının nedeni, erken tanı ve tedavi hizmetlerinin yetersiz olmasıdır (IARC, 2018). Türkiye'de 20-69 yaş arası kadınların %15,5'i servikal kanser taraması, %27,3'ü meme kanseri taramasından geçirilmiş iken OECD ortalaması sırasıyla %59,6 ve %61,5'tir. Yetişkinlerin %3,2'si kolorektal kanser taramasından geçirilmiş iken Avrupa ülkelerinde bu oran ortalama %12,7'dir (OECD, 2017). Türkiye'de kanser erken tanı ve tarama programlarının uygulanmasından sorumlu olan Kanser Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) sayısı 173 olup bunlardan yaklaşık 50 merkez, İç Anadolu'nun batısı, Akdeniz, Ege ve Marmara bölgelerinde yer alırken Orta ve Doğu Karadeniz ile Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde toplam 35 adet KETEM bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019). KETEM sayısının coğrafi olarak eşit dağılmıyor olması, erken tanı ve tedavi hizmetlerini aksatabilir. Bu durum, kansere bağlı erken ölüm, sakatlık ve komplikasyonların artmasına yol açabilir. Halk sağlığı görüşünde, korumaya öncelik ilkesi kapsamında; kansere yönelik erken tanı ve taramaların genişletilmesi önemli bir girişimdir.

Hava Kirliliği

DSÖ'ye göre hava kirliliği, dünyada her yıl 4,2 milyon ölüme yol açmaktadır. Hava kirliliğine bağlı ölümler 2016 yılında tüm dünyadaki ölümlerin %7,6'sını oluşturmuştur. Hava kirliliğine bağlı ölüm hızı; Rusya'da yüz binde 98, Çin'de yüz binde 76, Türkiye'de yüz binde 44, Almanya'da yüz binde 33, Japonya'da yüz binde 24, Fransa'da yüz binde 17, ABD'de yüz binde 12, Finlandiya'da yüz binde 6, Avustralya'da yüz binde 0,4'tür (WHO, 2016b).

Dünya nüfusunun %91'i, hava kirliliği, DSÖ'nün belirlediği sınır değerinin üzerinde olan yerlerde yaşamaktadır. (WHO, 2019d). Türkiye'de 2016 yılında hava kirliliği; 240'ı akut alt solunum yolu hastalığı, 1065'i KOAH, 6498'i akciğer kanseri, 14813'ü iskemik kalp hastalığı, 10053'üstroknedeniyle olmak üzere 32668 ölüme yol açmıştır. Türkiye'de hava kirliliğinin 846 bin yılın kaybına, 867 bin yılın da sakatlıkla geçirilmesine sebep olduğu bildirilmektedir (WHO, 2016b).

Hava kirliliği; volkanik aktiviteler, orman yangınları, depremler ve bataklıklar gibi doğal nedenlerden ya da sanayileşme, kentleşme, ısınma, ulaşım, enerji üretimi gibi insan

aktivitelerine bağlı olarak ortaya çıkar. Enerji üretiminde hava kirliliğinin en önemli sebebi fosil yakıt tüketimidir (TMMOB, 2018). OECD'ye göre Türkiye'de enerji üretiminin %88'i fosil yakıtlardan karşılanmaktadır. Petrol, doğalgaz, kömür tüketilerek başta elektrik olmak üzere enerji üretilmesi; hava kirliliğine yol açan kükürt dioksit, azot oksit, karbonmonoksit, partikül madde ve ozon salınımına sebep olur (OECD, 2019). Elektrik ark ocaklı demir çelik sanayi, Türkiye'de 1980 yılından sonra artmaya başlamış olup 2013 itibarıyla 26 tesis vardır, sayısı dünyada %30'u geçmezken Türkiye'de tüm sanayinin %70'ini oluşturmaktadır olup yurt içi ihtiyaçtan fazlası üretilip ihraç edilmektedir (Terzi, Yuvayapan, Başer, 2013). Enerji üretiminin, gerçek gereksinimler için mi yoksa daha fazla kâr elde etmek için mi yapıldığı önemli bir konudur. Önder'e göre insan ihtiyaçları doğal asgarisinden çok yükseğe çıktığında enerji tüketimi de artabilmektedir. Bu durum, bireysel ihtiyaçların temel ihtiyaçların üzerine çıkması sonucu gerçekleşir. Enerji tüketiminin önemli bir bölümü sanayi, ulaşım ve benzeri çok çeşitli üretim alanlarındadır. Türkiye'de elektriğin %47'si sanayi kuruluşları tarafından tüketilmektedir. Enerjinin üretilmesi için daha çok fosil yakıtların tüketilmesi, çevreye olan olumsuz etkisini artırmaktadır (Önder, 2016). Halk sağlığı görüşünde çevreyle bütünlük ilkesine göre sağlık; fiziki, sosyal ve kültürel çevre ile ilişki halindedir. Buna göre hava kirliliği, halk sağlığı çalışmaları için önemli bir değişkendir.

Halk sağlığı hemşiresi, sağlık sorunlarının kalıcı ve gerçek çözümü için halk sağlığı görüşünün temel ilkelerine dayanarak sağlık sorunlarının gerçek nedenlerini görebilmelidir. Bu derlemede sağlık düzeyi göstergeleri, birtakım ilişkili toplumsal etmenler göz önüne alınarak değerlendirilmiş, nedeni ve çözümü bulabilmek için halk sağlığı görüşü ilkelerinden yararlanılmıştır. İzlenen bu yöntemin, halk sağlığı alanında yapılan çalışmalarda dikkate alınması önerilir.

KAYNAKLAR

- Alaimo, K., Olson, C.M., Frongillo, E.A. ve Briefel, R.R. (2001). Foodinsufficiency, familyincome, andhealth in us preschoolandschool-agedchildren. *Am J PublicHealth*, 91, 781-786.
- Akalin, A. (2013). *Toplumcu tıp: Yazılama* Yayınevi. Kayhan Matbaacılık. İstanbul.
- Arıcan, I. (2018). Sık rastlanan aşı karşıtı iddialara yanıtlar. *Toplum Hekim*, 33, 195-206.
- Azap, A. (2018). Aşı karşıtlığının toplumsal sonuçları. *Toplum Hekim*, 33, 217-219.
- Dirican, R. (1990). *Toplum hekimliği: Hatiboğlu* Yayınevi. Ankara.
- Engels, F. (Çev. Yurdakul Fincancı) (2010). *İngiltere'de emekçi sınıfın durumu: Sol* yayınları.
- Eğitim ve Bilim Emekçileri Sendikası (2017). *Eğitimin Durumu Raporu*. Erişim adresi: <http://egitimsen.org.tr/wp-content/uploads/2018/06/E%C4%9Fitimin-Durumu-Raporu-7-Haziran-2018.pdf>
- Eskiocak, M. (2018). Türkiye'de Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Durumu: 2002-2017. *Toplum Hekim*, 33, 410-421.
- EuropeanCommission (2017). *EuropeanCoreHealthIndicators*. Erişim adresi: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/indicators/docs/echi_shortlist_by_policy_ar ea_en.pdf
- Eurostat (2018). *Life Expectancy at BirthBySex*. Erişim adresi: https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=sdg_03_10

- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)*. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
- International Agency of Research on Cancer (2018). *PressRelease*. Erişim adresi: <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf?ua=1>
- Güler, Ç. ve Akın, L. (Ed.). (2012). *Halk sağlığı* (Cilt 1): Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara.
- Hamzaoğlu, O. (2017). Türkiye’de gizlenen bebek ölümleri ve bölgelerarası eşitsizlikler. *Toplum Hekim*, 32, 288-295.
- Health Canada. (2002). PopulationandPublicHealthBranch. *Determinants of Health*. Erişim adresi: www.phac-aspc.gc.ca
- OECD (2017). *Reviews of HealthCareQualityTurkeyRaisingStandards*. Erişim adresi: www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-reviews.htm
- OECD Çevresel Performans İncelemeleri Türkiye (2019). *Türkiye 2019*. Erişim adresi: <http://www.oecd.org/environment/country-reviews/Highlights-Turkiye-2019-TURKISH-WEB.pdf>
- Önder, İ. (2016). Kapitalizm ve Enerji Politikaları *Toplum hekim*, 31, 165-173.
- Öztek, Z., Kubilay, G. (2011). *Toplum sağlığı hemşireliği*: Palme Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2007-2012 Anne ve Bebek Ölümlerinin Değerlendirilmesi Raporu.
- Sağlık Bakanlığı. (2016). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni*. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>
- Sağlık Bakanlığı. (2019). Ketem Adresleri Web Sayfası. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ketem>
- Say, L.,Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.,Gülmezoğlu, M., Temmerman, M. ve Alkema, L. (2014). Global causes of maternaldeath: A WHO systematicanalysis. *LancetGlobHealth*, 2, 323-33.
- Skalicky, A.,Meyers, A.F., Adams, W.G., Yang, Z., Cook, J.T. ve Frank, D.A. (2006). Child foodinsecurityandirondeficiencyanemia in low-incomeinfantsandtoddlers in the United States. *Maternaland Child HealthJournal*, 10, 177-185.
- Terzi, C.,Yuvayapan, E., Başer, E. (2013). *Kapitalizmin kısılcacında doğa, toplum ve bilim*: Yordam Kitap.
- TMMOB Çevre Mühendisleri Odası (2018). *Hava Kirliliği Raporu*. Erişim adresi: http://cmo.org.tr/resimler/ekler/2145efce8f89f52_ek.pdf
- Türkiye İstatistik Kurumu (2015). *Ölüm İstatistikleri*. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18623>
- Türkiye İstatistik Kurumu (2017a). *Hayat Tabloları*. Erişim adresi: www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24640
- Türkiye İstatistik Kurumu (2017b). *İstatistiklerle Çocuk*. Erişim adresi:<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27596>

- Türkiye İstatistik Kurumu (2017c). *Ölüm nedeni istatistikleri*. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>
- United Nations (2017). Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *World Mortality 2017*. Erişim adresi: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/mortality/World-Mortality-2017-Data-Booklet.pdf>
- UNICEF (2018). *Level and trends in child mortality report*. Erişim adresi: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/09/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2018.pdf>
- Virchow, R. (2006). Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia: Chapter 3. *Social Medicine*, 1, 28-82.
- World Health Organization (2014a). *Noncommunicable Diseases Country Profiles*. Erişim adresi: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>
- World Health Organization (2014b). *Cancer Country Profiles*. Erişim adresi: https://www.who.int/cancer/country-profiles/tur_en.pdf?ua=1
- World Health Organization (2015a). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=ABF10D58C5A9ABD5D46456EA3B3F2A62?sequence=1
- World Health Organization (2016a). *Women's Health and Well-Being in Europe: Beyond the Mortality Advantage*. Erişim adresi: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/318147/EWHR16_interactive2.pdf?ua=1
- World Health Organization (2016b). *Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease*. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250141/9789241511353eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (2019a). Web sayfası. *Chronic Diseases and Their Common Risk Factors*. Erişim adresi: www.who.int/chp
- World Health Organization (2019b). *Centralized Information System for Infectious Diseases (CISID)*. Erişim adresi: <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=488691>
- World Health Organization (2019c). Web sayfası. *Newborns Reducing Mortality*. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- World Health Organization (2019d). Web sayfası. *Ambient Air Pollution*. Erişim adresi: <https://www.who.int/airpollution/ambient/en/>