



T.C. Sağlık Bakanlığı



**2. DÜNYA 2ND WORLD
MÜSLÜMAN SAĞLIK MUSLIM HEALTH
TOPLULUKLARI SOCIETIES
KONGRESİ CONGRESS**

المؤتمر العالمي الثاني للتجمعات الصحية الإسلامية

**SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE AFET YÖNETİMİ
HEALTH PROMOTION AND DISASTER MANAGEMENT**

تطوير الخدمات الصحية وإدارة الكوارث

SÖZLÜ BİLDİRİLER



28 KASIM - 02 ARALIK 2017

NOVEMBER 28 - DECEMBER 2, 2017

28 نوفمبر - 2 ديسمبر 2017

HILTON ISTANBUL BOMONTI HOTEL / TURKEY

www.worldmuslimhealth.org

İÇİNDEKİLER

GEÇİCİ SİĞİNMACILARIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMASINDA YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	
(İSTANBUL BEYOĞLU KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ ÖRNEĞİ)	4
Bayram AYDIN, Yeliz LEBLEBİCİ, Mehmet Taşkın EGİCİ, Güven BEKTEMUR	
KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDA SAĞLIKLI BESLENME	14
Kamuran DEMİRTAŞ	
ADIPOSE DERIVED STEM CELL	
(YAĞ DOKUSUNDAN ELDE EDİLEN KÖK HÜCRE) İMPLANTASYONU	15
Çağatay GÜREL	
OSTEOPOROZ BAŞLANGICI GECİKTİRMEK VE KEMİK YAPILARINI GÜÇLENDİRMEK İÇİN HÜCRE KÜLTÜRÜ	17
Selahattin KAHRİMAN, Yasin ŞAHİN, Yavuz Selim SILAY	
PSİKOLOJİK BİR DURUM OLARAK İSLAMOFOBİ VE ÇÖZÜM OLARAK	
SANAL GERÇEKLİK TERAPİSİ	18
Ertuğ Gül, Yavuz Selim SILAY, Timuçin ALBAYRAK	
SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ	19
Murat BOZKAYA, Erkal BOZ	
SANAL HEKİM	26
Sinan AŞKIN	
TALASEMİK HASTALARIN TEDAVİSİNDE KÖK HÜCRE İLE ZENGİNLEŞTİRİLMİŞ	
YERLİ YAPAY KAN KULLANILMASI	31
Yasin ŞAHİN, Selahattin KAHRİMAN, Yavuz Selim SILAY	

GEÇİCİ SIĞINMACILARIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMASINDA YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (İSTANBUL BEYOĞLU KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ ÖRNEĞİ)

Bayram Aydın¹, Yeliz Leblebici²
Memet Taşkın Egici³, Güven Bektemur⁴

ÖZET

Ülkesini terk etmek durumunda kalan sığınmacılar, sığındıkları ülkelerde birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunların başında da sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar gelmektedir. Bu çalışmada Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü (UNHCR) verilerine göre 2016 yılı sonunda, dünyada en fazla sayıda mülteciye ev sahipliği yapan ülke olan Türkiye’de bulunan en az 3 milyon Suriyeli sığınmacının sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunları tespit etmek ve iyileştirme çalışmalarına katkıda bulunmak amaçlanmıştır. Veri toplama aracı olarak İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerine 2014-2016 tarihleri arasında geçici sığınmacı statüsünde başvuran Suriyeli hastaların kayıtları retrospektif / kesitsel olarak incelenmiş, literatür taraması yapılmış ve analiz edilmiştir. Araştırmanın sonucunda; yıllar içinde sağlık tesislerine başvuran geçici sığınmacı Suriyeli hastaların sayısının arttığı, hasta sayısındaki artışa rağmen tıbbi sosyal desteğe talebin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Süreci iyileştirmek yönünde hizmet alanlarında kapasite artışına gidilmesi, diğer kamu kurumları, Sivil Toplum Kuruluşları ile koordinasyon ve iş birliğinin artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sığınmacı, Sağlık Hizmeti, Göç

PROBLEMS AND SOLUTION PROPOSALS FOR ASYLUM SEEKERS IN HEALTH SERVICES (ISTANBUL BEYOĞLU PUBLIC HOSPITAL ASSOCIATION) SUMMARY

Asylum seekers who are forced to leave their country face many problems in their country of residence. At the beginning of these problems are the problems in access to health services. In this study, it was aimed to identify the problems of at least 3 million Syrian asylum seekers living in Turkey, the largest number of refugee hospitals in the world, in accession to health services in the end of 2016 and to contribute to their efforts to improve them, according to the United Nations Refugee Organization (UNHCR). As a data collection tool, records of Syrian patients who applied for temporary asylum seeker status between the dates of 2014-2016 to the health facilities affiliated to Istanbul Beyoğlu Public Hospitals Union General Secretariat were retrospectively / cross-sectionally reviewed, and literature review and analysis were conducted. As a result of the research; the number of temporary asylum-seeking Syrian patients who applied to health facilities over the years has been reached as a result of the decrease in demand for medical and social support despite the increase in the number of patients. It is proposed to increase capacity in service areas to improve the process, to increase coordination and cooperation with other public institutions, non-governmental organizations.

Keywords: Asylum-seeker, Health Care, Migration

¹ İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, bayramaydin@msn.com

² İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, yeliz.leblebici@gmail.gov.tr

³ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal EAH, megici@gmail.com

⁴ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, guvenbek@gmail.com

1. AMAÇ

Çalışmada, Türkiye’de geçici sığınmacı statüsünde bulunan Suriyelilerin, sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunları tespit etmek, Türkiye’nin devlet olarak konu ile ilgili aldığı kararların yansımalarını değerlendirip iyileştirme çalışmalarına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

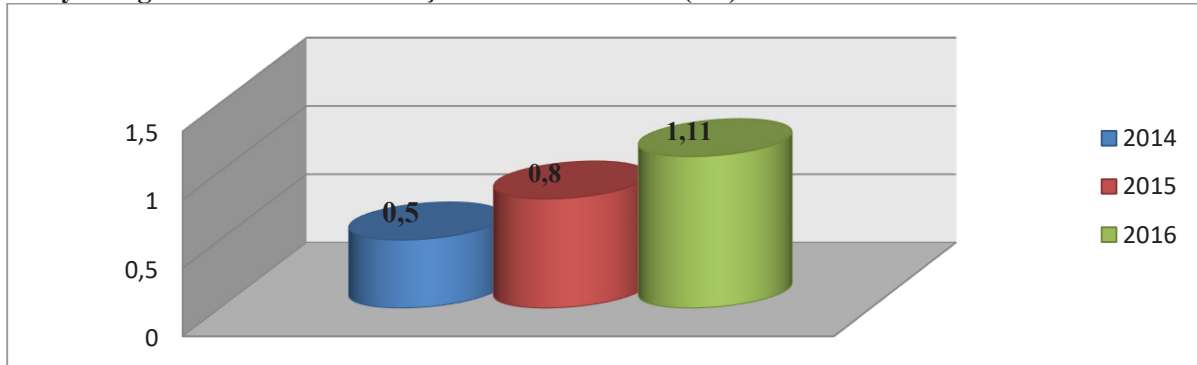
2. YÖNTEM

Çalışmaya İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği (BKHB)’ne bağlı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Gaziosmanpaşa (GOP) Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) ve diğer sağlık tesislerine 2014-2016 yılları arasında başvuran geçici sığınmacı statüsündeki Suriyeli hastalar dâhil edilmiştir. İlgili hasta grubunun poliklinik ve acil servise başvuru kayıtları Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) kayıtlarından retrospektif ve kesitsel olarak alınmıştır. Tıbbi sosyal destek amaçlı sağlık tesisi sosyal hizmet birimlerine başvuru kayıtları, Genel Sekreterlik Hasta ve Çalışan Hakları Biriminden retrospektif olarak alınmıştır. İstatistiki analiz SPSS 21,0 istatistiki programı kullanılarak verilerin yıllara göre oransal dağılımlarının karşılaştırması yapılmıştır. Sağlık tesisi başvuru oranları ile tıbbi sosyal destek birimlerine başvuru oranları arasındaki ilişki için oransal karşılaştırmalı analizler doğrultusunda betimsel istatistiki değerlendirmeler yapılmıştır.

3. BULGULAR

Beyoğlu Genel Sekreterliği’ne bağlı sağlık tesislerine 2014 yılında toplam başvuran 9.582.621 hastadan, 48.506 (%0,5) tanesi geçici sığınmacı statüsündeki Suriyeli hasta olup bu oran 2015 yılında 9.821.849 toplam hastadan 82.254 Suriyeli geçici sığınmacı statüsündeki hasta(%0,8), 2016 yılında 10.587.645 toplam hastanın 117.872 (%1,11)’si Suriyeli geçici sığınmacı statüsündeki hasta olarak artarak devam etmiştir. Suriyeli geçici sığınmacı statüsündeki hasta başvuru oranındaki artış Grafik-1 de gösterilmiştir.

Grafik-1. BKHB’ne Bağlı Sağlık Tesislerinde Yıllara Göre Toplam Başvuran Hastalar İçinde Suriyeli Sığınmacı Statüsünde Başvuran Hasta Oranı (%)



Geçici Sığınmacı Statüsündeki Suriyeli Hastaların Sağlık Tesislerinde yıllara göre Acil Servis / Poliklinik Hizmetlerine Başvuru Sayısı ve Oranı Tablo-1’de gösterilmiştir.

Tablo-1. Geçici Sığınmacı Suriyeli Hastaların Sağlık Tesislerine Başvuru Dağılımı

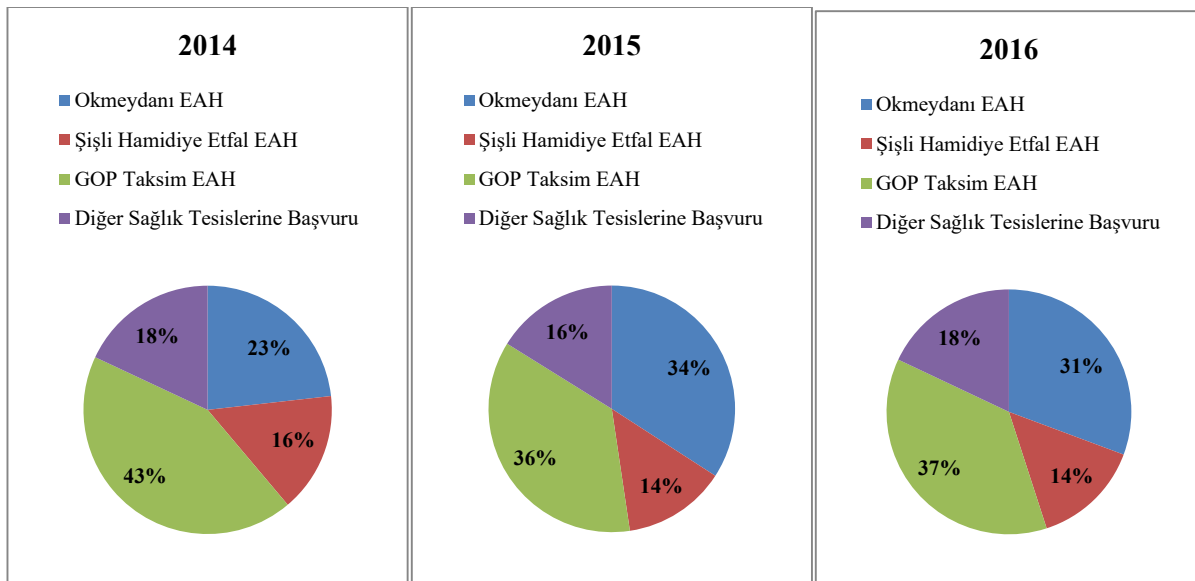
	2014		2015		2016	
	POLİKLİNİK	ACİL	POLİKLİNİK	ACİL	POLİKLİNİK	ACİL
Okmeydanı EAH Başvuru/Oran	3054 (%27)	8218 (%73)	11141 (%40)	16936 (%60)	13882 %38	22278 %62
Şişli Hamidiye Etfal EAH Başvuru/Oran	4989 %65	2586 %35	5261 %47	5855 %53	8868 %52	8030 %48
GOP Taksim EAH Başvuru/Oran	15422 %74	5498 %26	20677 %69	9108 %31	31024 %71	12595 %29
Diğer Sağlık Tesisleri* Başvuru/Oran	5546 %64	3193 %36	8652 %65	4624 %35	15231 %72	5964 %28
Birlik Bazında Başvuru/Oran	29011 %60	19495 %40	45731 %56	36523 %44	69005 %59	48867 %41
Toplam	48.506		82.254		117.872	

*Diğer Sağlık Tesisleri; Başvuru Yoğunluğunun daha az olduğu 2 Adet A1-Dal EAH, 3 Adet B Grubu Devlet Hastanesi, 2 Adet C grubu Devlet Hastanesi, 1 adet Ağız Dış Sağlığı Hastanesi (ADSH) 1 adet Ağız ve Dış Sağlığı Merkezi (ADSM)'ye başvuran toplam Suriyeli sığınmacı statüsündeki hastaları kapsamaktadır.

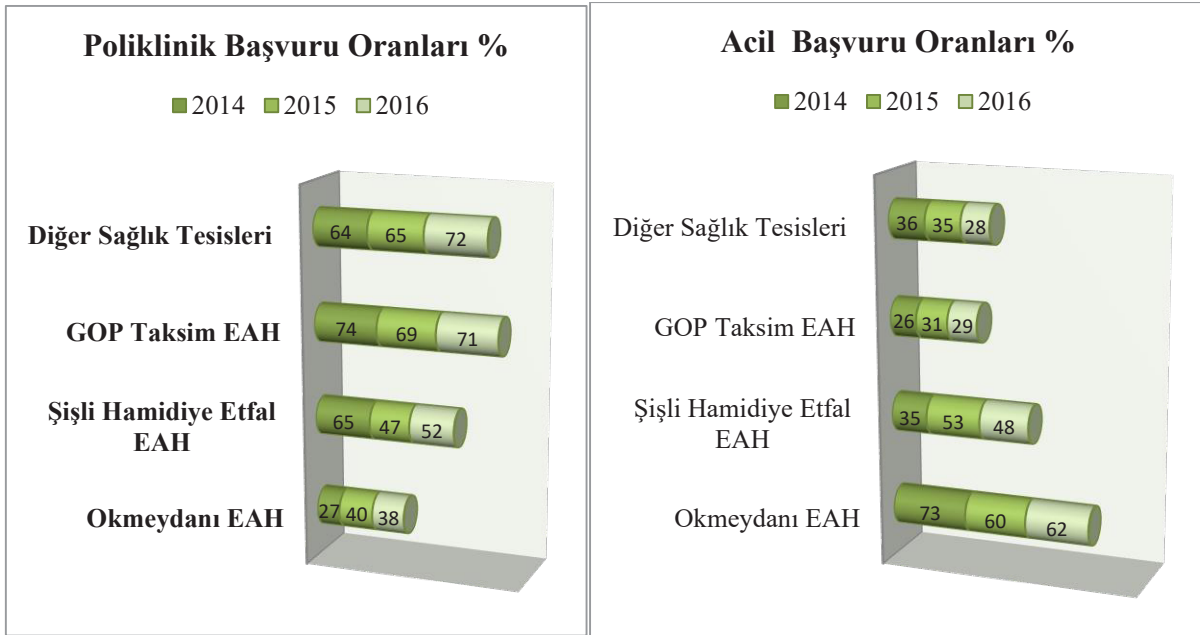
Tablo-2. Geçici Sığınmacı Suriyeli Hastaların Yıllara Göre Sağlık Tesislerine Başvuru Sayısı /Artış Oranı

SAĞLIK TESİSİ ADI	2014	Hasta Artış Oranı %	2015	Hasta Artış Oranı %	2016
Okmeydanı EAH	11266	%150	28077	%29	36160
Şişli Hamidiye Etfal EAH	7575	%47	11116	%52	16898
GOP Taksim EAH	20920	%42	29785	%46	43619
Diğer Sağlık Tesislerine Başvuru	8739	%52	13276	%60	21195
Toplam Geçici Sığınmacı Muayene Sayısı	48.506	%70	82.254	%43	117.872

Suriyeli Sığınmacıların en yüksek oranda başvurduğu Okmeydanı EAH, Şişli Hamidiye Etfal EAH, GOP Taksim EAH ve başvuru oranının daha düşük olduğu diğer sağlık tesislerinin yıllara göre başvuru dağılımı Grafik-2 de gösterilmiştir.

Grafik-2. Suriyeli Geçici Sığınmacı Hastaların Yıllara Göre Sağlık Tesislerine Başvuru Dağılımı (%)

Grafik-3. Suriyeli Geçici Sığınmacı Hastaların Acil Servis ve Poliklinik Başvuru Dağılımı (%)



Bulgularda sağlık tesislerine yıllar içinde başvuran hasta sayısında oldukça anlamlı artış olmuştur.

➤ Beyoğlu Bölgesindeki sağlık tesislerine başvuran Suriyeli sığınmacı hastaların 2014 yılında %23'ünü, 2015 yılında %34'ünü, 2016 yılında %31'ini Okmeydanı EAH'ne başvurmuştur. Adı geçen hastaneye başvuran Suriyeli sığınmacı hasta sayısı, 2015 yılında 2014 yılına göre %150, 2016 yılında da 2015 yılına göre %29 artmıştır.

➤ Beyoğlu Bölgesindeki sağlık tesislerine başvuran Suriyeli sığınmacı hastaların 2014 yılında %16'sı, 2015 yılında %14'ü, 2016 yılında %14'ü Şişli Hamidiye Etfal EAH'ne başvurmuştur. Adı geçen hastaneye başvuran Suriyeli sığınmacı hasta sayısı, 2015 yılında 2014 yılına göre %47, 2016 yılında da 2015 yılına göre %52 artmıştır.

➤ Beyoğlu Bölgesindeki sağlık tesislerine başvuran Suriyeli sığınmacı hastaların 2014 yılında %43'ü 2015 yılında %36'sı, 2016 yılında %37'si GOP Taksim EAH'ne başvurmuştur. Adı geçen hastaneye başvuran Suriyeli sığınmacı hasta sayısı, 2015 yılında 2014 yılına göre %42, 2016 yılında da 2015 yılına göre %46 artmıştır. Başvuru yoğunluğu artması polikliniğe başvuru oranlarını düşürmemiştir. İlgili hastaların ortalama %70'i polikliniğe, %30'da acil servislere başvurmuştur.

➤ Beyoğlu Bölgesindeki sağlık tesislerine başvuran Suriyeli sığınmacı hastaların 2014 yılında %18'i 2015 yılında %16'sı, 2016 yılında %18'i Diğer Sağlık Tesislerine (2 Adet A1-Dal EAH, 3 Adet B Grubu Devlet Hastanesi, 2 Adet C grubu Devlet Hastanesi, 1 adet Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi (ADSH) ve 1 adet Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi(ADSM) başvurmuştur. Adı geçen hastaneye başvuran Suriyeli sığınmacı hasta sayısı, 2015 yılında 2014 yılına göre %70, 2016 yılında da 2015 yılına göre %43 artmıştır. Başvuru yoğunluğu artması polikliniğe başvuru oranlarını düşürmemiştir. İlgili hastaların ortalama %70'i polikliniğe, %30'da acil servislere başvurmuştur.

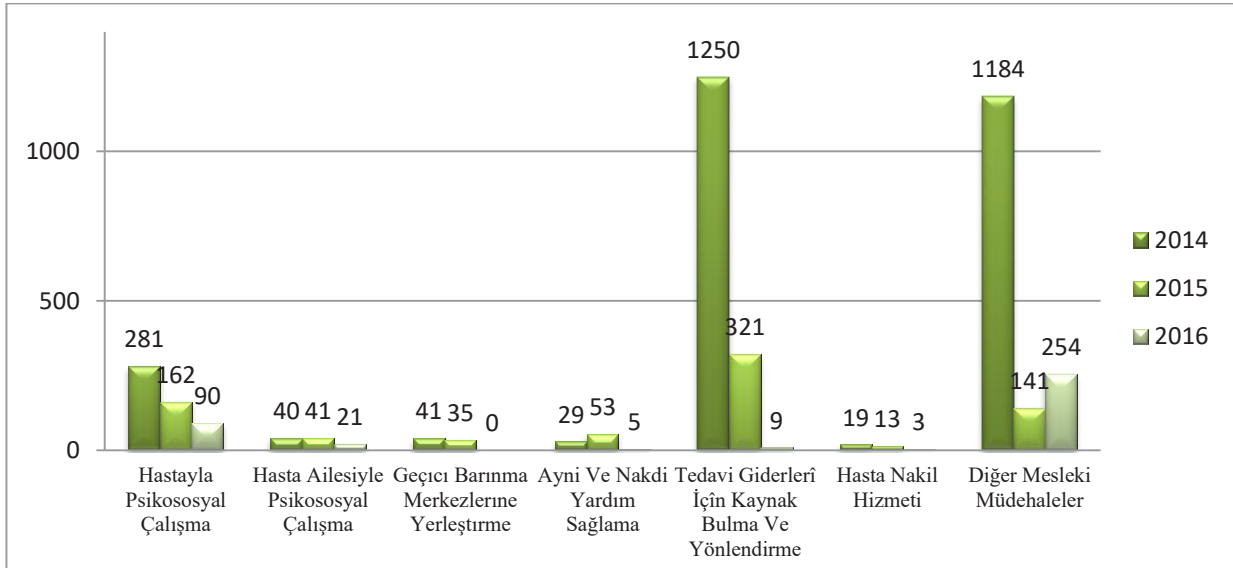
Geçici Sığınmacı Statüsündeki Hasta gruplarının Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi'ne Başvurusu dağılımları incelendiğinde; Beyoğlu Genel Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerine 2014 yılında toplam başvuran 48.506 geçici sığınmacı statüsündeki Suriyeli hastanın 2.844 tanesi (%5,9)'u çeşitli nedenlerle sağlık tesisi tıbbi sosyal hizmet birimine destek için başvurmuştur. 2015 yılında Suriyeli sığınmacı statülü toplam hasta başvuru sayısı %70 artmış olup 82.254 hastanın 766'sı (%0,9) tıbbi sosyal destek almıştır. 2016 yılına gelindiğinde Suriyeli sığınmacı statülü toplam hasta başvuru sayısı %43 daha artmış 117.872 hastanın 382'si (%0,3) tıbbi sosyal destek için başvuru yapmıştır.

Tablo-3. Geçici Sığınmacı Statüsündeki Hastaların Sosyal Hizmet Birimine Başvuru Yoğunluğu %

	2014	2015	2016
Toplam Suriyeli Geçici Sığınmacı Statüsünde Hasta Muayene Sayısı	48506	82254	117.872
Toplam Suriyeli Geçici Sığınmacı Statüsünde Tıbbi Sosyal Hizmetler Birimine Başvuru Sayısı	2844	766	382
Sosyal Destek Başvuru Oranı (%)	% 5,9	%0,9	%0,3

Geçici sığınmacı statüsündeki Suriyeli hastaların 2014 yılında 2.844 tanesi sağlık tesisleri tıbbi sosyal destek birimlerine başvurmuş bunların yaklaşık %44'ü (1250) tedavi giderleri için kaynak bulma ve yönlendirme hizmeti için başvurmuştur. 2015 yılında yapılan düzenlemeler ile bu oran %74 oranında düşürülmüş ve 321 hasta başvuru yapmış, 2016 yılında da sadece 9 kişi tedavi giderleri için kaynak bulma ve yönlendirme hizmeti için başvurmuştur. Diğer tıbbi sosyal destek başvuru nedenlerindeki değişim oranı Grafik-4'de gösterilmiştir.

Grafik-4. Geçici Sığınmacı Statüsündeki Hastalara Verilen Tıbbi Sosyal Hizmetlerin Yıllara Göre Dağılımı



4. TARTIŞMA

4.1. İlk olarak Suriyeli sığınmacıların tedavi giderlerini karşılamaya yönelik mevzuatı araştırdığımızda; Afet ve Acil Durum Koordinasyon Başkanlığı (AFAD) tarafından tedavi giderleri karşılanmak üzere Mart 2012-Eylül 2013 arası dönemde Suriyeli misafirlere sığınma

kamplarının bulunduğu 10 ilde ücretsiz sağlık hizmeti alma hakkı verildiği, diğer illere sevk ve acil sağlık hizmeti alma durumlarında da ücretsiz sağlık hizmeti verildiği bu kapsamda olmayanlar ise ücretli hasta olarak kabul edildiği tespit edilmiştir (1). 09.09.2013 itibariyle geçici kimlik belgesi almış olmak veya başvuru yapmış olmak kaydıyla tüm Türkiye’de bulunan sığınmacıların ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanma dönemi başlatıldığı görülmüştür (2).

4.2. BKHB’ne bağlı sağlık tesislerine 2014,2015 ve 2016 yıllarında tedavi için başvuran geçici sığınmacı statüsündeki Suriyeli hastaların başvuru oranı artan bir seyirde seyretmiştir. 2014 yılında toplam başvuru içindeki %0,5 olan oran, 2015 yılında %0,8, 2016 yılında %1,11’e yükselmiştir. Poliklinik ve acilden hizmet almak için artan hasta sayısına karşın, aynı hasta grubunun sağlık tesisleri tıbbi sosyal destek birimlerine başvuru sayısı azalmıştır. Konu irdelendiğinde; Geçici korunanlara verilen sağlık hizmetleriyle ilgili mevzuatların uygulanmaya başlanması hastaların tıbbi sosyal destek ihtiyacını azaltmıştır.

4.3. 18.12.2014 tarihli 2014/4 sayılı AFAD genelgesiyle “gümrük işlemleri, sağlık hizmetleri, eğitim hizmetleri, çalışma hayatı vb.” konularda yeni düzenlemeler getirilmiştir. Bunlardan biri de; hastaların öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına müracaat etmesi, gereken durumlarda sevk alarak ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaat edilebilmesi şartıdır(3). Özellikle İstanbul’da sevk zinciri uygulamasında sıkıntılı bir süreç yaşanmış, sevk belgesi alabilen hastalar MHRS’den randevu alması gerekmediğini düşünerek hastanelere randevusuz olarak gelip muayene olmak istemiştir. MHRS randevu sisteminden randevu alan hastalar ise sevk alması gerekmediğini düşünerek yine sevksiz olarak hastaneye müracaatta bulunmuştur. Aynı zamanda aile sağlığı merkezleri de, çoğu bölgede ihtiyacı karşılayamamış, yaklaşık bir ay süren bu sıkıntılı süreçten sonra Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK)’nun talebi üzerine sevk zinciri uygulamasının 6 ay ertelenmesine karar verilmiştir. 25.06.2015 tarihinde itibaren sevk zinciri uygulaması başlamış ve 15.10.2015 tarihi itibariyle 2015/8 AFAD genelgesiyle 4 aylık kısa bir süreç içinde uygulamadan kaldırılmıştır (4). Bu sevk zincirindeki sıkıntıların sağlık tesislerine yansımaları;

Şişli Hamidiye Etfal EAH ve Okmeydanı EAH’nde Acil başvuru oranının poliklinik başvuru oranından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Başvuru yoğunluğunun yüksek olması ilgili hasta grubunun acil servise başvuru oranını arttırmıştır. Konu incelendiğinde;

- Geçici sığınmacı genelgesinde biometrik kimlik sahibi olmayan hastaların ücretsiz olarak sadece acilden faydalanabildiği
- 2015 yılı içinde uygulamaya konulan sevk zinciri uygulamasında sevk almadan gelen hastaların mağduriyet yaşamaması amacıyla ilgili kurumlarca acil servis yeşil alanda muayeneye yönlendirildiği
- MHRS randevusu alamadan gelen sığınmacı hastaların mağduriyet yaşamaması için Acil Yeşil alana yönlendirilmesi gibi nedenler tespit edilmiştir.

GOP Taksim EAH’nde poliklinik sayılarının acil başvuru sayılarından yüksek olduğu ve bu istikrarın korunduğu tespit edilmiştir. Konu incelendiğinde;

- İlgili hastanenin Suriyeli misafirlerin yoğunlukla yerleştiği lokasyonda bulunduğu
- Başvuru sayısının yüksek olmasından dolayı çalışan personel grubunun hastalara oryante olması

- Hastaneye yakın bölgede bulunan bir Aile Sağlığı Merkezi'nin İl Müftülüğü tarafından Arapça bilen bir personel tarafından desteklenmesinin sevk ve yönlendirme problemini çözmesi
- Hastanenin sığınmacı hastaların MHRS'den randevu alması hususunda eğitici ve yönlendirici çalışmalar yürütmesi, randevulu olarak poliklinikten başvuran geçici sığınmacı Suriyeli hasta oranını arttırmıştır.

4.4. 2016 Temmuz itibariyle Türkiye'de Suriyeli sığınmacılara destek veren, aktif olarak faaliyet gösteren dernek sayısı 109,898'dir. İçişleri Bakanlığı Dernekler Daire Başkanlığı'nın verilerine göre en fazla dernek Marmara bölgesinde, en az ise Doğu Anadolu bölgesinde hizmet vermektedir. Dernekler en çok "mesleki ve dayanışma" kategorisinde kurulmuş ve hizmet vermektedir. Bunu sırasıyla din hizmetleri, insani yardım, eğitim, kültür sanat, bireysel öğreti, sağlık, çevre, toplumsal değerleri koruma, imar, hak ve savunuculuk dernekleri olmak üzere 22 ayrı kategoride kurulan dernekler izlemektedir (5). Derneklerin sağlık alanındaki faaliyetleri;

- Suriyeli mültecilerin yaşam standartlarını düzeltmek adına özel kuruluşlar, STK'lar ve kamu kurumları yardımı ile sosyal sorumluluk çalışmaları kapsamında mültecilere yönelik çeşitli yardım kampanyaları düzenlemektedir. AFAD'ın 2013 raporuna göre, Suriyeli mültecilerin aldıkları sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet oranı, kamp içinde %60, kamp dışında ise %80'dir. Kamp içerisinde sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı ve geliştirilmesi gerektiği görülmektedir. Rapora göre kamp dışında sağlık hizmetlerinden memnuniyetin daha yüksek olmasının nedeni çok daha fazla ve çeşitte sağlık kuruluşuna erişimin olmasıdır. Bunun yanın da mülteciler ayrıca kendi vatandaşlarının Türkiye'de açtığı sağlık merkezlerinde sunulan hizmetlerden ve Suriyeli sağlık personellerinin evlerde verdiği sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Böylece hizmet alımında karşılaşılabildikleri ayrımcılık ve kötü muamelelerden de korunmuş olmaktadır (6).

- AFAD 18 Ocak 2013 tarihli 2013/1 sayılı ve "Suriyeli Misafirlerin Sağlık Hizmetleri" konulu Genelge ile 11 ilde kayıtlı Suriyeli mültecilerin tedavi giderleri ile ilaç ve protez giderlerinin "Sağlık Uygulama Tebliği"ne göre kayıtlı olduğu il valiliğine faturalandırılması ve sevk zincirine göre başka yerlere sevk edilmesi gerektiğini bildirmiştir. Ancak genelgede bahsedilen 11 il dışında kalan diğer illerdeki mülteciler sağlık hizmetlerinden ancak ücret karşılığı faydalanabilmektedirler (7). Bu açığı kapatmak üzere STK'lar devreye girmiştir. Sivil Toplum için Destek Vakfı ve Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği (SGDD); beş yaş altı çocuklar için, çocuk gelişim uzmanları ve beslenme uzmanları tarafından beslenme yetersizliklerini tespit amacıyla düzenli kontroller ve boy-kilo ölçümleri yapmış, akut beslenme yetersizliğine sahip çocuklar Çok Yönlü Destek Merkezlerinde uzman personel tarafından tedavi edilmiştir. Suriyeli hamile ve emziren kadınlara emzirme, beslenme ve sağlık bilgisi konularında danışmanlık verilmiş, çocukların beraber oyun oynayabilecekleri ve yeteneklerini geliştirebilecekleri, gelişimlerine katkı sağlayan etkinlikler de düzenlenmiştir (8).

4.5. Geçici sığınmacı statüsünde olan hasta gruplarının sağlık tesisleri tıbbi sosyal hizmet birimine başvuruları incelendiğinde; yıllara göre muayene başvuru sayıları önemli ölçüde artış göstermiş fakat Tıbbi Sosyal Hizmetler Birimine başvuru önemli oranda düşmüştür. Bu veriler uyum sürecinin gerçekleşmekte olduğunu göstermekle beraber alt parametreler incelendiğinde; "Tedavi Giderleri İçin Kaynak Bulma Ve Yönlendirme" parametresinde 2014 yılında Biometrik kimlik kayıtları tamamlanmış olduğu, iletişim sorunlarının yüksek oranda olduğu 2015 ve 2016 yıllarında bu sorunların ciddi oranda azaldığı gözlemlenmiştir. Grafik-4'te

görüldüğü gibi, 2014- ve 2015 yılında sağlık tesislerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi'ne yapılan başvuruların nedeni çoğunlukla “Tedavi Giderleri İçin Kaynak Bulma ve Yönlendirme” konusunda olmuştur ve bu oran 2016 yılında önemli derecede çözülmüştür. Sorunların çözümünde Birlik yönetimince izlenen yol Tablo-4’de gösterilmiştir. (9)

Tablo-4 BKHB’ de Suriyeli Geçici Sığınmacı Suriyeli Hastaların ve Hizmet Veren Kurumların Sorunları ve Uygulanan Çözümler:

	Sorunlar	Uygulanan Çözümler
Geçici Sığınmacı Suriyeli Hastanın Sorunları	<ul style="list-style-type: none"> Nerede ne yapacağım? Kime soracağım? Doktor beni anladı mı? Ameliyat mı dedi? İlacı sabah mı akşam mı iç dedi? Kontrol gel ne demek? Git mi dedi gel mi dedi? 	<ul style="list-style-type: none"> İletişim probleminin çözümüne yönelik öncelikli Arapça bilen personeller tespit edildi. İlgili hasta grubunun yoğun başvurduğu (acil, poliklinik) birimlerde görevlendirilmeleri sağlandı. 157 Yabancılar İletişim Merkezi (AFAD) ile 4 dil desteği sağladığı duyuruları ilgili birimlere yapıldı. Suriyeli kadın ve çocuklara hizmet vermek üzere Sağlık Bakanlığı ve UNICEF ortaklığı ile 444 99 57 “İnsanlık Yanınızda Projesi” kapsamında destek hattı hakkında duyurular ve bilgilendirmeler yapıldı.
Hizmet Veren Kurumların Sorunları	<ul style="list-style-type: none"> Hasta tedavisi hakkında bilgilendirmeyi nasıl yapacağım Arapça onam formlarını nasıl hazırlatacağım Acil durumlarda zamanı nasıl yöneteceğim İş yükünü kurumumda nasıl dağıtacağım İletişim sorununu nasıl çözeceğim 	<ul style="list-style-type: none"> Mümkün olduğu oranda hasta bilgilendirmeleri tercüman aracılığı ile yapılmaya çalışılmakta, Türkçe olarak hazırlanan rıza belgeleri tercüman aracılığı ile açıklanıp imzalatılmaktadır. Tıbbi Sosyal Hizmetler Birimi ve sağlık tesislerinde oluşturulan Yabancı Hasta Birimi koordinasyonları artırıldı. Acil Sorumlu Hemşirelerinin Sağlık Bakanlığı ve Birleşmiş Milletler Yüksek Komiserliği ortaklığında düzenlenen eğitimlere katılımı sağlandı. Kurumların Hasta İletişim Birimi ve Çalışılan Hakları Birimi çalışanları ilgili konularda sürekli bilgilendirildi, iş ve işlemler takip edildi.

4.6. Geçici Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmasına Dair Devam Eden Sorunlar Ve Çözüm Önerileri:

Suriyeli sığınmacı hastaların toplam muayenedeki randevu oranları irdelendiğinde, randevusuz hasta muayene oranının oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. BKHB Genel Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerine 2015 yılında sığınmacı statüsünde Suriyeli hastaların MHRS randevusu ile başvurma oranı %5, 2016 yılında da %14’dür. MHRS Alo 182’de Arapça dil seçeneği bulunmaması, MHRS internet randevusunda Arapça ara yüz mevcut olmaması, hastaların yeni geçici TC kimlik numaraları ile MHRS’ye kayıt olabileceklerini bilmemeleri vb. nedenlerin hastaların randevusuz başvurularına sebep olduğu düşünülmektedir. Konu ile ilgili yapılan araştırma ve çalışmalarda söz edilen devam eden problemler (10);

- Kamp dışında yaşayan ve çeşitli sebeplerle kayıt yaptırmayanlar, acil ve bulaşıcı hastalıklar dışında, sağlık hizmetlerine ve ilaçlara ücretsiz erişememektedir.
- Bakanlığın belirlediği hizmetler dışında kalan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, sığınmacıların cepten ödeme yapması gerekmektedir.
- Hastanelerde görev yapan sağlık çalışanları, sığınmacı hastalardan sonra, iş yoğunluğunun arttığını, mesai saatlerinin uzadığını ve hastalara ayırdıkları sürenin azaldığını belirtmektedir. Ayrıca; sağlık çalışanı sayısının, yatak sayısının, yoğun bakım kapasitesinin yetersiz olduğunu ve ilaç, kan ve kan ürünleri ihtiyacının karşılanmadığını bildirmektedirler.

- Hastanelerde psikososyal destek ve ampüte organlar için rehabilitasyon ve donanım desteğine dair hizmetler konusunda yetersizlikler yaşanmaktadır.
- Tanı ve tedavi sürecinde dil bilmemeye bağlı iletişim eksikliği hasta mahremiyetinin ihlaline ve sağlık hakkının kaybına, çalışanlarla hastalar arasında olumsuzluklara yol açmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının pek çoğu “olağanüstü durumlarda sağlık hizmeti eğitimi” almadığını belirtmektedir.
- Hastanelerde yapılması gereken doğumlar hastaların tercihi olarak veya sağlık hizmetine erişilemediği için evde gerçekleştirilmektedir.
- Kronik hastalıkları olan ve sürekli ilaç kullanan hastaların kontrol ve izlemlerinin yapılamadığı, ilaca erişimde problemler yaşandığı bildirilmektedir.
- Suriyeli sığınmacılar arasında bulunan sağlık personelinin düşük ücretlerle hasta bakmaya başladığı belirtilmektedir.

Bu kapsamda Sağlık Bakanlığınca Suriyeli hekim ve yardımcı sağlık personeline kapsamlı uyum eğitimleri verilmiş ve Göçmen Sağlığı Merkezleri açılmıştır. Bu merkezlerin sorunların bir kısmını ortadan kaldırması beklenebilir. Bu kapsamda verilen hizmetlerin sonuçları ve yansımaları da ayrıca değerlendirilmelidir (11).

5. SONUÇ

Suriye’deki iç çatışma yaklaşık altı yıldır devam etmekte ve çatışma nedeniyle Türkiye’ye iltica eden yerinden edilmiş kişilerin sayısı günden güne artmaktadır. İlk zamanlarda kısa süreli ve geçici bir durum olarak görülen zorunlu göç olgusu, gün geçtikçe kalıcı bir hal almaktadır. En önemli hususlardan birisi bu kişilerin sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamaktır (12). Çatışma, şiddet ve zulüm sebebiyle zorla yerinden edilen kişilerin sayısı küresel çapta rekor düzeylere ulaşırken; BM Mülteci Örgütü (UNHCR) verilerine göre Türkiye, 2016 yılı sonunda art arda üçüncü yıl, dünyada en fazla sayıda mülteciye ev sahipliği yapan ülke olmayı sürdürmüştür. Türkiye, 3 milyondan fazla kayıtlı Suriyeli mültecinin yanı sıra 300.000’den fazla diğer uyruklardan kişiye de ev sahipliği yapmaktadır (13).

Çalışmamızda da; yıllar içinde kurumlarımızın muayene ettiği toplam hasta sayısı içindeki Geçici Sığınmacı Suriyeli hastaların sayısının büyük artış gösterdiği buna karşın tıbbi sosyal destek talebinin ise azaldığı belirlenmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kapsamı ve niteliğindeki iyileşmeler sonucunda ilgili hasta grubunun sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaşması yanında sosyal uyumun da olumlu seyrettiği şeklinde değerlendirilmektedir.

Verilen sağlık hizmetlerinin uluslararası camiada da takdirle karşılandığı görülmekte ve İslam ülkeleri ve milletleri arasındaki dayanışma ve iş birliğine de önemli ve kapsamlı bir örnek teşkil etmektedir.

Sürecin daha da iyileştirilmesi yönünde Göçmen Sağlığı Merkezleri’nin oluşturulması ve Suriyeli profesyonel sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi de önemli olup, hizmet alanlarında kapasite artışına gidilmesi, karşılaşılan iletişim problemlerine yönelik çözümler üretilmesi yanında diğer kamu kurumları ve Sivil Toplum Kuruluşları ile koordinasyon ve iş birliğinin artırılması önerilmektedir. Sivil toplum kuruluşlarınca düzenlenen, 2. Dünya Müslüman Sağlık Toplulukları Kongresi de, sığınmacıların yaşadığı sorunlarla ilgili olarak ulusal ve uluslararası düzeyde politika geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. AFAD Başkanlığı, (2013). *Türkiye’deki Suriyeli Sığınmacılar, Saha Araştırması Sonuçları*, Ankara.
2. *Suriyeli Hizmetlerin Sağlık ve Diğer Hizmetler Hakkında 09.09.2013 tarihli, 2013/ sayılı Genelge* <https://www.afad.gov.tr/tr/2311/Genelge> (Erişim Tarihi 19.11.2017)
3. *Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi*, 18.12.2014 tarihli, 2014/4 sayılı Genelge
4. *Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi*, 12.10.2015 tarihli, 2018/8 Sayılı Genelge
5. Gül Dilek TÜRK, *Türkiye’de Suriyeli Mültecilere Yönelik Sivil Toplum Kuruluşlarının Faaliyetlerine İlişkin Bir Değerlendirme*, *Marmara İletişim Dergisi / Marmara Journal of Communication* • Yıl / Year: 2016 • Sayı / Issue: 25 syf-146-14
6. AFAD (Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı). (2013). *Türkiye’deki Suriyeli kadınlar araştırması*. 18.11.2017 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/Dokuman/.../71-2014052014474-afadfaaliyetraporu2013.pdf> adresinden edinilmiştir.
7. AFAD. (2016). *Suriyeli mülteciler raporu*. 18.11.2017 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/TR/IcerikDetay1.aspx?ID=16&IcerikID=747BMMYK> adresinden edinilmiştir.
8. SGDD (Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği). (2015a). *Suriyeli mülteci çocuklara yönelik koruma ve beslenme projesi*. 18.11.2017 tarihinde <http://www.sgdd.org.tr/Suriyeli-Multecicocuklara-Yonelik-Koruma-ve-Beslenme-Projesi--i73> adresinden edinilmiştir.
9. *Geçici Sığınmacılar Kamu Hastanelerinde Yaşanan Sıkıntılar Ve Çözüm Önerileri* (2015)http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/saggel/belge/Uzm_Dr_Mehmet_Taskin_EGICI.pdf (Erişim Tarihi: 18.11.2017)
10. Ergun Demir, Işıl Ergin, A. Öner Kurt, Nilay Etiler, *Sığınmacıların/Geçici Koruma Altına Alınanların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmasında Mevcut Durumve Yaşanan Sorunlar, Engeller, Savaş, Göç, Sağlık, Syf 91-92*
11. <http://ihs.istanbulsaglik.gov.tr/kurumsal/kuruluslar/gocmen-sagligi-merkezleri> (Erişim tarihi 20.11.2017)
12. Ömer Yavuz, *Türkiye’deki Suriyeli Mültecilere Yapılan Sağlık Yardımlarının Yasal Ve Etik Temelleri*, , *Mustafa Kemal University Journal of Social Sciences Institute* Yıl/Year: 2015 Cilt/Volume: 12 Sayı/Issue: 30, s. 265-280
13. <http://www.unhcr.org/tr/turkiyedeki-multeciler-ve-siginmacilar>, Erişim tarihi 20.11.2017

DÜNYA MÜSLÜMAN SAĞLIK TOPLULUKLARI KONGRESİ

KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDA SAĞLIKLI BESLENME

Sağlıklı beslenme, son zamanlarda sık sık üzerinde durulan, çok farklı tavsiyelerle karşımıza çıkan ve gündemden düşmeyen bir konudur. Sağlıklı beslenme dendiğinde ilk akla gelen kilo kontrolü olsa da, konunun metabolizmanın sağlıklı biçimde işlemesi ve metabolik hastalıklar başta olmak üzere, birçok hastalığın ortaya çıkmasındaki risklerin azaltılması açısından bir çeşit koruyucu sağlık hizmeti olarak önem kazandığı söylenebilir.

Çağımızın en büyük sorunlarından biri olan ve beraberinde birçok hastalığa yol açabilen “insülin direnci”yle mücadele etmenin yolu, insülin direnci ortaya çıktıktan sonra uygulanacak ilaç tedavisi protokollerini düzenlemekten çok, bu sorunun ortaya çıkma nedenlerini tespit etmek ve bunları ortadan kaldırmaktır.

Bilindiği gibi, karbonhidratların sindirimini sağlayan temel hormon olan insülinin kandaki konsantrasyonu, glisemik indeksi yüksek besinler sayesinde artmaktadır. Günümüzde, doğal gıdalar yerine rafine ürünlerin daha sık tüketilmeye başlanması, özellikle de sağlıklı beslenme adına öğünlerdeki protein ve yağ oranlarının kısıtlı tutulmaya çalışılması, ister istemez alınan günlük karbonhidrat miktarının artmasına, bunun sonucunda da kan şekeri ve insülin dengesinin bozulmasına neden olmaktadır.

Öğünlerin, temel gıdalar olan protein, yağ ve karbonhidratları belli miktarlarda ve dengeli biçimde içermesi gerekmektedir. Karbonhidratların, mümkün olduğunca glisemik indeksi düşük karbonhidratlar arasından seçilmesi ve geleneksel beslenme şeklimize; yani sabah kahvaltısı, öğle ve akşam yemeğinden oluşan üç öğünlük beslenme şekline sadık kalınması sayesinde metabolizmamızın dengeli bir insülin seviyesine kavuşması sağlanmış olur.

İnsülin, sadece vücudun yağ yapma/yağ yakma mekanizmasıyla ilgili bir hormon değildir. İnsülin yüksekliği, kolesterol, trigliserid, adrenalin ve kortizol seviyelerini arttırdığı gibi, lipogenezi ve hemostazisi de yükseltir. Bununla birlikte, kan insülin seviyesinin yüksekliği melatoninin, DHEA'un, HGH'un, hareketlilikle doğrudan ilişkili olan Foxa 2'nin seviyelerinin düşmesine, yeterince salgılanamamasına neden olur. Hatta anti aging hormonlarının büyük kısmının insülinle doğrudan ilişkili-olduğu gözlemlenmiştir.

Bu kapsamda, beslenme şeklimizin, ileride ne tür hastalıklara yakalanacağımız konusunda belirleyici olduğu söylenebilir.

Öğünler arasında, sindirimin tamamlanıp insülinin görevini yaptıktan sonra normal seviyesine inmesine müsaade edecek kadar ara verilmesi, insülini gereğinden fazla yükseltmeyecek şekilde glisemik indeksi düşük ve sağlıklı, doğal karbonhidratların seçilmesi, yeterli miktarda proteinin ve yağın öğünlerde muhakkak tüketilmesi, sadece obeziteyle ve fazla kiloyla mücadele açısından değil, aynı zamanda metabolik hastalıklar başta olmak üzere özellikle inflamasyondan kaynaklanan birçok sistemik hastalığın oluşmasını engellemek açısından çok önemlidir. Bu hastalıkların, kişilerin hayat standartlarını düşürmesinin yanı sıra, yarattığı iş kaybı ve tedavi maliyetleri de düşünüldüğünde, sağlıklı beslenmenin bir koruyucu sağlık hizmeti olarak ele alınması gerektiğinin ne kadar önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

Adipose Derived Stem Cell (Yağ Dokusundan Elde Edilen Kök Hücre) İmplantasyonu

Vizyonumuz, hastaların hastaneye yatışları ve sağlık maliyetlerini azaltırken, onların yaşam kalitesini iyileştirmektir.

Ciddi periferik damar hastalıkları, kalp hastalıkları ve dejeneratif hastalıklar için güvenli ve etkili olog kök hücre tedavilerine odaklanılmıştır.

Hastaların yenilikçi tedavi ve yönetimini sağlayan Brom Medikal akreditasyon, validasyon, yöntemleri kullanılarak ve hasta tedavileri birlikte koordine edilerek hekimlerimiz ve hastalarımıza standardize edilmiş olog kök hücre tedavisi sunulmaktadır.

Ekibimizde yer alan doktor (Kalp-Damar Cerrahi uzmanı, kardiolog, göğüs hastalıkları uzmanı, ürolog, göz hastalıkları uzmanı, nörolog, ortopedi uzmanı, romatoloji uzmanı, gastroenteroloji uzmanı, plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı, iç hastalıkları uzmanı), biyolog, biyoteknoloji uzmanı ve teknisyenlere gerekli eğitim Brom Medikal tarafından verilmiş ve sertifikalandırılacaktır. Personel için sürekli eğitim verilmektedir.

Tedavi, minimal invaziv cerrahi teknikle erişkin mezenkimal kök hücrelerin izolasyonu ve hastalara kısa süre içinde verilmesi şeklindedir. İşlem yağ dokusunu alınması, izolasyonu ve implantasyonu aşamalarını içerir ve tüm süreç yaklaşık 3 saat sürer. Tedavi için kullanılacak kök hücreler hastanın kendi yağ dokusundan izole edilmektedir. Diğer kaynaklarla karşılaştırıldığında (kemik iliği, periferik kan), yağ dokusu mezenkimal kök hücreleri sayısı, dönüşme hız ve potansiyelleri açısından çok üstündür.

Ayrıca hasta konforu ve komplikasyon açısından değerlendirildiğinde kemik iliği aspirasyonuna göre yağ dokusu alınma işlemi rahat ve güvenlidir.

Tedavisi tanımlanan hastalıklar için onaylı protokollere bağlı kalınarak hastaların işlem öncesi değerlendirmesi, kök hücre üretimi, implantasyonu ve hasta takibi yapılmaktadır.

Kök Hücre Tedavisi aşağıda belirtilen hastalıklarda uygulanmaktadır;

1. Kritik bacak iskemileri
2. Eretil Disfonksiyon
3. Dejeneratif Disk Hastalığı
4. Osteoartrit
5. Tendon ve Ligament Yırtıkları
6. Meme rekonstrüksiyonu
7. Anti Aging
8. Kronik Yara İyileştirilmesi

To delay the onset of osteoporosis and strengthen bone structures by using cell culture

Osteoporoz başlangıcı geciktirmek ve kemik yapılarını güçlendirmek için hücre kültürü

Selahattin Kahrıman¹, Yasin Şahin¹, Yavuz Selim Sılay²

¹ TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Biyomedikal Mühendisliği, Ankara

² İstanbul Consulting Group (ICG) Yönetim Kurulu Başkanı, Ankara

Osteoporoz, vücudumuzdaki kemiklerin sertliklerinin azalıp, yapılarının bozulması sonucunda zayıf ve kırılabilir hale gelmeleri ile ortaya çıkan ve tüm iskeleti etkileyen sistemik bir hastalıktır. Tüm osteoporoz olgularının yüzde 47'si omurlarda, yüzde 20'si kalçada, yüzde 13'ü bileklerde ve yüzde 20'si diğer kemiklerde görülmektedir. Omurlardaki çökme kırıklarına bağlı olarak, özellikle ileri yaşlarda boyda kısalmalara da sebep olmaktadır. Osteoporoz, yaşam süresinin ve bunun getirisi olarak yaşlı nüfusun artması ile günümüzde en sık görülen hastalıklardan biri haline gelmiştir. Günümüzde, kalça kırıklarından ölüm, kalp ve kanser hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Osteoporoz, daha çok kadınların maruz kaldığı bir hastalık olarak bilinse de, erkekleri de etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Yapılan çalışmalar; 50 yaş üzerindeki her 3 kadından 1'inin ve her 5 erkekten 1'inin, hayatının bir döneminde kırık yaşayacağını göstermektedir. Kemikler normalde yapım ve yıkım reaksiyonları ile sürekli yenilenen canlı dokulardır ancak bu yapım ve yıkım süreci kadınlarda 30 yaşına kadar dengeli bir şekilde devam ederken, bu yaştan itibaren denge, yıkımın lehine değişmektedir. Kemik kütlelerinin doruk noktasına çıktığı 30 yaşından sonra kadınlarda, yılda yüzde 0.5'lik bir oranda geri dönüşümsüz kemik kaybı başlamaktadır. Özellikle bu kayıp menopozdan itibaren daha da hızlanıyor ve kaybedilen kemik dokusu miktarı, kadının ileride kemik kırığıyla karşılaşma riskini belirleyen en önemli etkenlerden birini oluşturmaktadır. Kırığın maliyet ve sosyal yönünü ortaya koyduğumuzda ise ortaya büyük problemler çıkmaktadır. Bugün ABD'de yılda 1.5 milyon kırık meydana gelmektedir. Bunun 300 binini kalça, 700 binini omur, 250 binini el bileği, 300 binini ise diğer kırıklar oluşturmaktadır. Kalça kırığına maruz kalan hastaların yüzde 20'si, ne yazık ki ilk 1 yıl içerisinde kaybedilirken, yüzde 30'dan fazlası sakat kalmaktadır. 1990'lı yılların başında 1.7 milyon olan kalça kırığı sayısının, 2050 yılında 6.5 milyona çıkacağı öngörülmektedir. Bu hastalığın tedavisine baktığımızda, hormon tedavisi, bifosfonatlar, stronsiyum gibi elementler, selektif östrojen reseptör modülatörleri yani SERM'ler, kalsitonin, parathormon, bitkisel kaynaklı östrojen ihtiva eden ilaçlar tercih edilmektedir. Ancak bu tedaviler çok efektif bir etki göstermemektedir. En iyi osteoporoz tedavisi risklere karşı korunmak ve osteoporoz oluşumunun önüne geçmektir. Bunun için osteoprojenitör hücreleri, kalsiyum magnezyum gibi mineraller, Omega 3, D ve C vitaminleri ve kemiklerin gelişimini sağlayan hormonları tetikleyen reseptör modülatörleri kullanarak bir hücre kültürü oluşturulması hedeflenmektedir. Bu kültürden elde edilecek verimli üründe uyum testlerinden sonra direk kemiklere enjekte edilmesi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Osteoporoz, hücre kültürü, osteoprojenitör, kalça kırığı

Psikolojik bir durum olarak İslamofobi ve çözüm olarak Sanal Gerçeklik Terapisi

¹Ertuğ Gül , ²Yavuz Selim Sılay, ¹Timuçin Albayrak

¹Özel Avcılar Hospital Ar-Ge Merkezi, İstanbul

²Özel Avcılar Hospital Ar-Ge Merkezi Direktörü, İstanbul

Günümüzde İslam dininden korkma, önyargılı yaklaşma ve Müslümanlara karşı duyulan korku olarak tanımlanan İslamofobi kavramı, batı dünyasında 11 Eylül saldırılarından sonra, Fransa'da ise 2015 yılında gerçekleşen Charlie Hebdo ve Bataclan terör saldırılarından artışa geçmiştir. İslam ve Müslüman kavramlarının kaygı, korku, huzursuzluk, öfke gibi duygulara neden olmasının nedeni İslam'ın terör, şiddet gibi kelimelerle birlikte anılmasıdır yani bir anlamda İslam'ın terör ve şiddeti çağrıştıran bir uyaran haline getirilmeye çalışılmasıdır. İslamofobi kelimesi "İslam ve Yunanca "phobos" kelimelerinin birleşmesinden oluşturulmuştur. Fobi kelimesi, nesne, kişi veya durum hakkında belirgin korku veya anksiyete durumudur. Kişi, fobik nesne, veya durumdan aktif olarak kaçınılır veya nesne yada duruma karşı yoğun korku/anksiyete duymaktadır. Duyulan korku ya da kaygı, nesne ya da durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlama göre orantısızdır. Fobilerin tedavisine yönelik birçok psikolojik yaklaşım bulunmaktadır. Bunlardan en sık kullanılanları, Bilişsel terapi ve Davranış terapisi'dir. Bilişsel terapi yaklaşımına göre, kişinin olaylara karşı verdiği tepkinin nedeni olayın kendisi değil, olayı yorumlama biçimidir. Bilişsel terapi; kişide var olan bilişsel çarpıtmaları, düşünce hatalarını ve otomatik düşünceleri değiştirerek kişinin yaşadığı duygu ve düşünceyi değiştirmek amaçlanmaktadır. İslamofobi'yi bilişsel terapi açısından değerlendirdiğimizde ortaya çıkan düşünce hatalarını; aşırı genelleme, felaketleştirme, olumsuzluğu yok sayma, etiketleme ve zihinsel filtreleme olarak tanımlayamayabiliriz. Ayrıca kişilerin İslamı yorumlarken kullandıkları birçok otomatik düşünce kalıpları bulunmaktadır. Otomatik düşünceler bilinçli bir yargılama olmaksızın ortaya çıkan, eylemlerimiz ve duygularımızı derinden etkileyen zihinsel işlevlerdir. Çevrede gelişen olaylara bağlı olarak meydana gelen bu düşünceler. Bu düşünceler kişi tarafından mutlak doğru olarak kabul edilir. Örneğin "Müslümanlar teröristtir" gibi. Fobilerin tedavisine yönelik diğer bir yaklaşım ise davranışçı terapidir. Davranışçı terapinin temel kavramlarını, uyaran (Organizmayı harekete geçiren iç ve dış olaylar) ve tepki (Bir uyaran karşısında organizmada meydana gelen fizyolojik, psikolojik ya da davranışsal değişimlerdir.) olarak tanımlayabiliriz. Kişinin bir müslümanı görmesini uyaran, gördükten sonra ise ona karşı olumsuz davranış göstermesini tepki olarak nitelendirebiliriz. Davranışçı terapi belli bir olguya/duruma yönelik olan fobilerde tek başına yetersiz kalmaktadır. Son yıllarda, sanal gerçeklik terapisi anksiyete bozukluklarının ve fobilerin tedavisinde alternatif bir tedavi haline gelmiştir. Teknolojinin gelişmesi psikoloji bilimine önemli katkı sağlamaktadır. Son yıllarda sanal gerçeklik teknolojisi psikoloji biliminin çalışma araçlarından biri haline gelmiştir. Sanal gerçeklik, bireyin duyularını yanıltarak fiziksel olarak sanal ortamın içindeymiş gibi hissetmesine olanak sağlayan üç boyutlu bilgisayar teknolojisinin kullanıldığı yeni bir bilişsel ve davranışçı maruz bırakma aracıdır. İslamofobiye yönelik sanal gerçeklik terapisi ile kişinin korku yaşadığı veya kaçındığı duruma kademeli olarak maruz bırakılarak duyarsızlaştırılması ve oluşturulan yapay zeka modülü ile de kişinin İslamofobi hakkında var olan düşüncelerini ve bilişsel çarpıtmalarını değiştirerek, yerine adaptif düşünceler oluşturarak kişiye yeni emosyonel deneyimler amaçlanmaktadır. Bu makalede İslamofobi ve fobi kelimesinin tanımı yapıldı ve İslamofobi bilişsel ve davranışçı terapi kuramları ile yönünden değerlendirildi. Daha sonra İslamofobi'ye yönelik çözüm olarak sanal gerçeklik terapisinin faydası incelendi.

Anahtar Kelimeler: İslamofobi, Bilişsel Terapi, Davranışçı Terapi, Sanal Gerçeklik

“Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği”

Murat BOZKAYA

Sinop İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

murat.bozkaya1@saglik.gov.tr

5066455758

Erkal BOZ

Sinop İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İdari Hizmetler Başkanlığı

erkalboz@hotmail.com

5054532690

“Uluslararası Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Kongresi”

Gönderilme Tarihi: 26.03.2017

Kabul Tarihi: xx.xx.2017

“Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği”

ÖZ

21. yüzyılda tüm ülkeler 20. Yüzyılda olduğu gibi hala üretimi artırma, maliyetleri düşürme, vatandaşlarının refah düzeyini yükseltme amaçlarının yanında halkının ve gelecek nesillerin akıl, ruh ve beden sağlığını koruma, tedavi ve rehabilite etme çabası içindedirler. Teknolojinin baş döndüren değişim ve gelişimi her sektörde olduğu gibi sağlık hizmetinin yanında başka birçok hizmetin bir arada sunulduğu Sağlık Tesislerinde de kendisinin güçlü bir şekilde hissettirmektedir. Çoğu sağlık tesislerindeki (yataklı tedavi kurumları) işler ulusal mevzuatımızda belirtildiği gibi “*çok tehlikeli işlerdir.*” Ülkemizde bu grup içerisinde en riskli 5. Sırada yer almaktadır. Ayrıca sağlık sektörü içerisinde meydana gelen “iş kazası ve meslek hastalıkları” diğer sektörlerle göre genellikle daha ciddi ve fazla (yayılmacı) ekonomik-işgücü kayıplarına neden olmaktadır.

Anahtar Sözcükler: *Sağlık Hizmetleri, İş sağlığı ve güvenliği, sağlık çok tehlikeli,*

Occupational Health and Safety in Health Care

ABSTRACT

In the 21st century, all countries are still struggling to maintain, treat and rehabilitate the welfare, mental and physical health of their people and future generations, as well as to increase production, reduce costs and raise the level of prosperity of their citizens. As the technological change and development are in every sector, it feels strongly in the Health Facilities where health services as well as many other services are offered together. Most health facilities (inpatient treatment facilities) are "very dangerous jobs" as stated in our national legislation. In Turkey, this group is in the 5th most risky place. In addition, "occupational accidents and occupational diseases" that occur in the health sector generally cause more serious and more (invasive) economic-labor losses than other sectors.

Keywords: Healt Care, Occupational Health and Safety, Very Dangerous Job

GİRİŞ

Bilindiği üzere sağlık sektörü günümüzde dünya ve ülkemiz ekonomilerinin öncü ve en hızlı gelişen sektörleri arasındadır. Sürekli büyüyen ve genişleyen bu dev, bünyesinde hemen hemen tüm disiplin ve disiplinler arası işkollarını bir arada barındırmaktadır. Örneğin günümüzde büyük hastanelerde, inşaat, bakım-onarım, makine, elektrik-elektronik, biyomedikal, profesyonel güvenlik, eğitim-öğretim, ar-ge ve hatta ileri mühendislik gibi işlerinde yapıldığı bir dönemdeyiz. Şehir merkezlerine öbikleşmeye devam eden bu dev sektör artık bazı sorunları, özellikle iş sağlığı ve güvenliği konularını, hızlı büyümesinden dolayı sürekli halının altına süpürmüştür ve artık taşınamaz bir hal almıştır. Öyle ki ülkemizdeki hastanelerde hızlı büyüme ile es geçilen ve göz yumulan nedenlerden dolayı iş sağlığı ve güvenliği kayıtları, ya hiç tutulmamaktadır ya da evrak prosedürü olarak tutulmaktadır. Öyle ki birçok Kamu Hastaneler Birliğinden, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İş Sağlığı ve Güvenliği Birimine altı aylık gönderilen iş kazası ve meslek hastalıkları bildirimlerinde, meslek hastalıkları genelde hiç yok, iş kazaları ise on adet bildirimini geçmemektedir. Kaldı ki sağlık tesislerinin birçoğunda iş sağlığı ve güvenliği kayıtları tutulmamaktadır. İşte bu yüzden hastanelerde iş kazası, meslek hastalıkları, ramak-kala olaylar, düzenleyici önleyici faaliyetler, tehlikelere maruziyet oranlarını tam olarak bilememekteyiz, sonucunda sağlık sektöründeki iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının birçoğu yordama ile yapılmakta olduğundan prognozu da tam olarak hedefe ulaşmamaktadır.

Dünyada ve Türkiye'deki Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı ve Güvenliğine Bakış

Dünyada Durum

Dünya genelinde otuz yıldan daha uzun bir süredir büyük ölçüde piyasacı sağlık politikaları nedeniyle aktif ve pasif özelleştirmelerle karşı karşıya kalmıştır. (Ostry ve Spiegel 2004) Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, hastane çalışma ortamına, sağlık çalışanlarına ve hastalara doğrudan ve dolaylı olarak olumsuz etkiler yapmaktadır. Sağlık hizmetlerinin paralı hale gelmesiyle; ya tüm hastane mülkiyetine ya da bir kısım hizmetlerin mülkiyetine sahip özel sektör, hastaneyi öncelikle "kar getirici" bir yatırım alanı olarak görmektedir. (Øvretveit, 2003) Ülkemizde ve dünyada uygulanan performans ve döner sermaye uygulamaları da bu sorunsala çanak tutmaktadır. Sonucunda hastaneler genelde

nüfus ve ekonomi ile orantılı büyükşehirlerde öbekleşmekte ve sağlık çalışanları birinci basamak sağlık kurumlarının yerine hastanelerde çalışmayı tercih etmektedir.(ILO,1999) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, WHO) 2006 verilerine göre dünya nüfusunun %55' i kentlerde yaşamasına rağmen, hekimlerin .%75' i hemşirelerinde % 65' inin kentlerde çalışmaktadır. Beri yandan Avrupa da bu oran %50, ülkemizde ise %70'ler düzeyinde olduğu bildirilmiştir. (OSHA, 1999; WHO, 2001a). Hizmetlerin başarısı artık verimlilik ve maliyet analizleri ile belirlenmekte, bu analizler sonucunda ise az sayıda sağlık çalışanı ile daha fazla işin yapılması, kurumun karınının daha yukarılara çekilebilmesinin bir aracı olarak görülmektedir. (Bach, 2000)

Türkiye'de Durum

İş Sağlığı ve Güvenliğini sendikal faaliyetler ile ayırmamız imkânsız olduğundan bu konu ile de bazı verileri gündeme getirmek şarttır. Sağlık Hizmeti sunulan tesislerde Devlet Memurları 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları Kanununun ilgili maddelerine istinaden hastane çalışanları hangi işi yaptıklarına bakılmaksızın Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu kapsamında değerlendirilmektedir. Aynı tesislerde taşeron şirketler aracılığıyla istihdam edilen çalışanlar ise Büro, Güvenlik, Genel Hizmet vs şeklinde 6356 sayılı Sendikalar ve Toplu İş Sözleşmesi Kanununun 4 üncü maddesinde sayılan farklı iş kollarına ayrılmıştır. Bu durum çalışanların birlikte hareket etmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ülkemizde sağlık çalışanları arasında sendikalaşma oranı istatistiki olarak yeterli görülse de, sendikaların çalışma koşulları sorunlarına eğilimlerinin genelde ilgisiz olduğu birçok çalışmada kayıt altına alınmıştır. Özellikle 2000'li yıllardan sonra Avrupa birliği süreçleri ve yapısal reformlardan sonra hızla artan kamu çalışanlarının sendikalaşmasına paralel, sağlık sektöründe çalışan personellerinde de sendikalaşma hayli hızlı olmuştur.

Yeşiltaş'ın 2005 yılı çalışmasına göre 348.571 kamu görevlisi sağlık çalışanı sendika üyesi bulmaktadır. Sağlık çalışanlarının sendikalaşma oranı ise %73.67'dir (Yeşiltaş,2005) . Resmî Gazetenin 4 Temmuz 2016 Tarihli ve 29762 Sayılı yayınlanan 4688 Sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları ve Toplu Sözleşme Kanunu Gereğince Kamu Görevlileri Sendikaları ile Konfederasyonların Üye Sayılarına İlişkin 2016 Temmuz İstatistikleri Hakkında Tebliğe göre Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolunda görev yapan 508 bin 269 kişinin 381.708'i bir sendikaya üyedir. Yani 11 yılda kamu sağlık çalışanının %74,9 'u sendikalı olmuş, artış sadece %1,3 olarak gerçekleşmiştir. Fakat kamuda ki bu oranları özel teşebbüslerdeki sağlık çalışanlarında sendikalaşma oranının %10'unda altında (320.545 çalışanın 29.187'i sendika üyesi) olması hayli düşündürücüdür. Ancak yine de bu oran sağlık çalışanlarının sendikalaşma oranı tüm kamu görevlilerinin sendikalaşma oranı olan %71 lik oranın üzerindedir.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca yayınlanan 2016 Temmuz Ayı İstatistiği İşçi ve Sendika Üye Sayıları incelendiğinde Taşeron işçilerde ise durumun hiç iç açıcı olmadığı görülmektedir. İş kollarından Genel işlerde %30, güvenlikte %32, büro işlerinde %5 sağlık ve sosyal hizmet kolunda ise sadece % 9,12 dir. Bu işçilerin ne kadarının hastanelerde çalıştığı ise bir muammadır.

Sonuçta zahiri görünen sendikalaşma ve faaliyetleri için çalıştayların düzenlenmesi ve zaman kaybetmeksizin felsefelerini çalışan üzerine yapmaları, bütçe ve politikalarının yönünü iş sağlığı ve güvenliği ilkelerine kaydırması, gerçek manada çalışanın faydasına olacaktır.

Öyle ki ülkemizde fazla süreler ile çalışma **yıllık ikiyüzyetmiş saati aşmaması gerekirken**, yataklı tedavi kurumlarındaki sağlık çalışanlarının birçoğu bunu iki-üç ay arasında aşmaktadır. Bu durumda 4857 sayılı iş kanununun 63. maddesi (fazla süreler ile çalışma) 657 sayılı kanun,6331 sayılı İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu ve Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği gibi bazı mevzuatlar birbiri ile çakışmakta ve sorun yumağının büyümesine neden olmaktadır. Avrupa da durum çok farklı değildir, hemşirelerin zorunlu fazla çalışma süresi haftada 4-20 saat arasında değişmektedir. Almanya’da hastane sağlık çalışanlarının fazla çalışmalarıyla, ek 20.000 çalışanın yapacağı iş yüklenmiştir, böylece işsizlik ve iş yükü artmıştır. (ICN, 2006; Grembowski, David E., et al., 2000).

Sağlık Çalışanlarına Etkisi

Görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının iş yükü ve tehlikelere maruziyetin fazla olması nedeniyle iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları büyük önem arz etmektedir. Öyle ki dünyada sağlık çalışanları arasında yapılan araştırmalar sonucunda stres ve enjektör batması vakalarının frekansı birçok risk değerlendirme yöntemine göre *tahammül edilemez* seviyelere ulaşmıştır. Hastalıkları Kontrol ve önleme Merkezi (CDC: The Centers for Disease Control and Prevention) ‘ nin çalışmalarına göre her yıl yaklaşık 385.000 sağlık çalışanına enjektör iğnesi ve diğer kesici-delici aletlerle olan perkütan yaralanma olmaktadır. Bu da her gün yaklaşık 1000 kesici-delici alet yaralanması anlamına gelmektedir. Sonuçta bu yaralanmalar, Hepatit B virüsü (HBV), Hepatit C virüsü (HCV) ve Human immunodeficiency virüs (HIV) dâhil, sifilis, malarya, herpes, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) gibi 20 den fazla mesleki bulaş ile ilişkilidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) ‘ ne göre dünya çapında 35 milyon sağlık çalışanı arasında meydana gelen 3 milyon kan ile perkütan bulaşan patojenlerin 2 milyonu HBV (%5.9), 900bin HCV (%2.6) ve 70bin HIV(%0.5) oluşturmaktadır ve bu yaralanmaların 70.000’i HBV, 15.000’i HCV, 500’ ü de HIV bulaşı ile sonuçlanmaktadır. Dünya çapındaki HBV ve HCV enfeksiyonlarının %40’ı, HIV enfeksiyonlarının da %2.5’i mesleki bulaş ile sağlık çalışanlarına bulaşmaktadır. Bu mesleki enfeksiyonlara sırasıyla; hemşire-sağlık memuru, hekim, diş hekimi, diğer yardımcı sağlık personeli ve temizlik görevlisi maruz kalmaktadırlar.

İtalya’da yapılan bir çalışmaya göre 439 iğne ile meydana gelen perkütan yaralanmaların %74’ü personelin yanlış davranışlarından kaynaklanmaktadır ve yapılacak eğitim ve iyileştirme gibi faaliyetler ile bu %74 gibi büyük bir çoğunluğu önlenebilir kazalardır. (Castella,2003)

ORJI ve arkadaşları tarafından Nijerya River State eyaletinde 17 lokasyonda yapılan bir çalışmada enjektör batması stresten sonra en büyük iş sağlığı sorunu olarak tespit edilmiştir. (Orji,2000) Benzer bir çalışmada da TALAAT ve arkadaşları tarafından Mısır’da, son üç ayda 529 sağlık çalışanından %35,6’sının en az bir kez enjektör batması vakası ile karşılaştıklarını ortaya çıkarmıştır. (Talaat,2003)

Türkiye’deki benzer şekilde yapılan araştırmaların birçoğunda enjektör batma vakaları; uyku bozukluğu ve boyun-bel-omuz-kol ağrısı çekmekten sonra 3. en önemli sağlık

problemi olarak tespit edilmiştir. Fakat kesici-delici aletler ile perkütan yaralanmaların, uyku bozuklukları ve mekanik ağrılara nazaran daha kolay tespit edildiğini düşünmekte fayda olacaktır.

Japonya’da SUZUKI ve arkadaşları tarafından hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada; hemşirelerin sürekli gündüz uyuması ile iş kazasına maruz kalması arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.(Suzuki,2004)

Bu sonuçlar ışığında nöbet ve mesailer nedeni ile sürekli gündüz uyuması, kronik yorgunluk ve stresin, sağlık çalışanları arasında en fazla iş kazası sebebi kesici-delici alet yaralanmalarının tetikleyici unsuru olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Elbette sağlık alanında risklerden bahsederken psikososyal risk etmenleri arasında sayacağımız şiddet ve mobbingi es geçemeyeceğiz. Şiddet hem ulusal hem de uluslararası literatürlerde değişik görevlerdeki sağlık çalışanları arasında sıklıkla görülen bir olgudur.

DEVEBAKAN’ının araştırmasında hasta yakınları tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalanların oranı % 32,1 olarak tespit edilmiştir, hastalar tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %30,8 olarak tespit edilmiştir. Bu oran Diyarbakır’da 320 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada ise, %20 olarak saptanmıştır.(Arçak,2006) Yine Abant İzzet Baysal Üniversitesi’nde yapılan bir araştırmada hemşirelere uygulanan şiddetin %52,8’inin hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu oran ALÇELİK tarafından Abant İzzet Baysal Üniversitesi’nde hemşireler yapılan araştırmada hastalar tarafından şiddete uğraması %25 olarak gerçekleşmiştir. Kanada’da yapılan bir araştırmada Ontario’ da ki hemşirelerin %59’unun iş yaşamlarının bazı dönemlerinde fiziksel şiddete uğradıklarını ortaya koymuştur.(Liss,1994) ÖZTUNÇ tarafından hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olayları ile ilgili çalışmada, hemşirelerin %68,5’i sözel tacize, %47,8’i sözel korkutmaya, %10,5’i sözel cinsel tacize ve %16’sı fiziksel saldırıya uğradıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışma yaşamı ve sağlık arasında doğrudan bir etkileşim söz konusudur. Bu etmenleri üç ana başlık altında toplamak daha uygun olacaktır.

Çalışma yaşamının sağlıkla ilgili etmenleri;

- Çalışma ortamı (fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risk etmenleri),
- Çalışma koşulları (çalışma süresi, ücret, riskli grupların çalışması),
- Çalışma ilişkileri (bireysel ya da toplu iş ilişkileri, tarafların örgütlenmesi) ve mesleki eğitim ve istihdam (mezuniyet öncesi eğitim içinde ve sürekli eğitimde çalışma yaşamı ve sağlık ilişkisinin yeri) olmak üzere sıralanmak mümkündür.

SONUÇ

Görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının, çalışma koşullarında yapılması gereken iyileştirme çalışmaları, etkin ve katılımcı eğitimler ve diğer iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ile bu olumsuz örneklerin önüne geçebilmek mümkündür. Tabii olarak öncelikle idari uygulamaların hızla devreye alınması (Sağlık Bakanlığında İş Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığının kurulması ve tüm hastanelerde en azından İSG birimlerinin kurulması-koordinesi ve denetlenmesi) , sağlık çalışanlarında İSG kültürünün oluşturulması için çok

hızlı karar almak gereklidir. Böylece tehlikelerin bertaraf edilmesi, ikame edilmesi, maruziyet frekansının azaltılması ve çalışan davranışlarının değiştirilmesi gibi öncelikli yapılması gereken uygulamalara geçilebilmesi ancak mümkün olacaktır. Günümüz konjektüründe İSG kayıtlarının olmayışı, uzmanların ve hekimlerin çalışma alanları ve etkinliği başka bir tartışma konusudur.

Konunun taraflarının konu hakkındaki farkındalığını arttırılması, bilinçlendirilmesi ve müdavimliği sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

Devebakan, Nevzat. "Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği." Dokuz Eylül Üniv., SBE, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD, Yayımlanmamış Doktora Tezi (2007).

Ostry, Aleck S., and Jerry M. Spiegel. "Labor markets and employment insecurity: Impacts of globalization on service and healthcare-sector workforces." *International Journal of occupational and environmental health* 10.4 (2004)

Øvretveit, John. *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.

Bach, Stephen. "Health sector reform and human resource management: Britain in comparative perspective." *International Journal of Human Resource Management* 11.5 (2000)

Yeşiltaş, Aysun. "Sağlık Sektöründe Kamu Sendikalaşması." *Çalışma Toplum* 47 (2015)

Grembowski, David E., et al. "Measuring the "managedness" and covered benefits of health plans." *Health services research* 35.3 (2000)

Bolyard, Elizabeth A., et al. "Guideline for infection control in healthcare personnel, 1998." *Infection Control & Hospital Epidemiology* 19.06 (1998)

Rapiti, Elisabetta, A. Prus_ustun, and Yvan Hutin. "Sharp injuries." *Environmental Burden of Disease Series* 11 (2005)

Mihir, Goswami, et al. "Needle stick and sharp instruments injuries among health care providers at cardiology institute, Ahmedabad." *National Journal* 1.2 (2010)

Varsou O., Lemon J.S., Dick F.D., (2009), "Sharps injuries among medical students" *Occup Med (Lond)*. Oct;59(7)

Centers for Disease Control and Prevention. "Exposure to blood: what healthcare personnel need to know." *Exposure to blood: what healthcare personnel need to know*. CDC, 2003.

Prüss-Ustün, Annette, Elisabetta Rapiti, and Yvan Hutin. *Sharps injuries: global burden of disease from sharps injuries to health-care workers*. Vol. 3. 2003.

Castella A. et al, (2003) ,“Preventability Of Percutaneous injuries in Healthcare Workers: A Year-Long Survey in Italy”, *Journal Of Hospital Infection* ,55 (290–294)

Jimmy, E. O., E. Achelonu, and S. Orji. "Antimalarials dispensing pattern by patent medicine dealers in rural settlements in Nigeria." *Public health* 114.4 (2000): 282-285.

Talaat, Maha, et al. "Overview of injection practices in two governorates in Egypt." *Tropical Medicine & International Health* 8.3 (2003)

Amr, Sania, and Mary E. Bollinger. "Latex allergy and occupational asthma in health care workers: adverse outcomes." *Environmental health perspectives* 112.3 (2004)

Suzuki, Kenshu, et al. "Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan." *Journal of occupational health* 46.6 (2004)

Arcak, Rojan, and Evin Kasımoğlu. "*Diyarbakır merkezdeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri.*" *Dicle Tıp Dergisi* 33.1 (2006)

ALÇELİK, Aytekin, et al. "*AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi.*"

Liss, G. M., and L. McCaskell. "Injuries due to violence: workers' compensation claims among nurses in Ontario." *AAOHN journal: official journal of the American Association of Occupational Health Nurses* 42.8 (1994)

Öztunç, Gürsel. "Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses." *Journal of Nursing Care Quality* 21.4 (2006)

ERGÖR, Alp; DEMİRAL, Yücel. "*Sterilizasyon Birimlerinde Sağlık Riskleri ve Korunma Yolları*", *Hastanelerde Merkezi Sterilizasyon ve Reuse Organizasyonu, DEÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Yayını*, İzmir, 2002

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/07/20160704.htm>

http://www.csgb.gov.tr/media/3400/2016_temmuz_6356.pdf

Sanal Hekim

Milli Yapay Zeka Sistemiyle Online Muayene Sistemi

Resmi web sitesi:

Web: <http://www.sanalhekim.com>



Sunucu Hakkında

Sunucuya ait kısa bilgi



Ad Soyad: Sinan AŞKIN

Yaş: 28

Meslek: Yazılım sektöründe proje yönetimi



Sanal Hekim Nedir?



1. Türkiye 'deki ilk ve tek yapay zeka altyapılı online muayene sistemidir.
2. Türkiye 'deki özel sektörde ilk ve tek bireysel sağlık takip sistemidir.
3. Marka tescilli ile tescillenmiş Türkiye 'deki ilk «yapay zeka sağlık» markasıdır.
4. Kendi kendine karar vermeyi doğrudan gerçek hekimlerden öğrenen ilk türk yazılımıdır.
5. 7/24 telefon veya diğer cihazlardan ulaşılabilir tek sağlık yönergesidir.
6. Acil durumlarda ön bilgi alınabilecek en hızlı yoldur.

Arayüzümüz



Sanal Hekim Nasıl Başladı?

5



Başlangıcı:

Kurucusunun küçük yaşta geç teşhis konan kanser hastalığı sırasında doğan fikrinden filizlenmiştir.

2014 yılında ilk test sürüşüne çıkmıştır.

2015 yılında ilk veta yayını açılmıştır.

2016 yılında ilk insan vücudunu çizimden tanıyabilen altyapı yazılımı geliştirilmiştir.

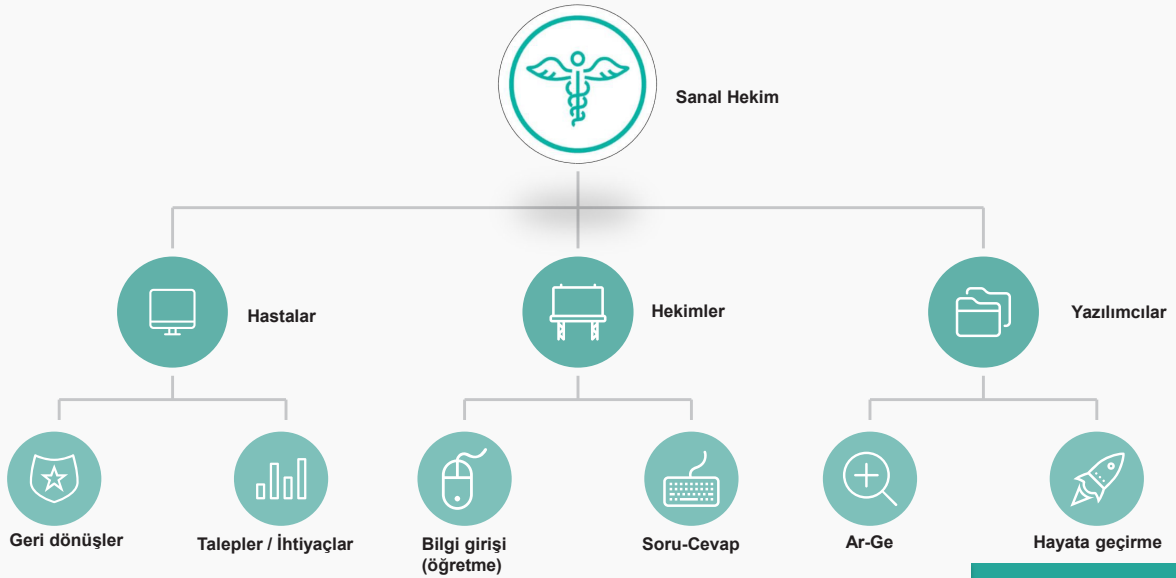
2017 yılında ilk defa reklam bütçesi ayrılmadan 130 hasta ve 1 doktor üye almıştır.



İşleyiş

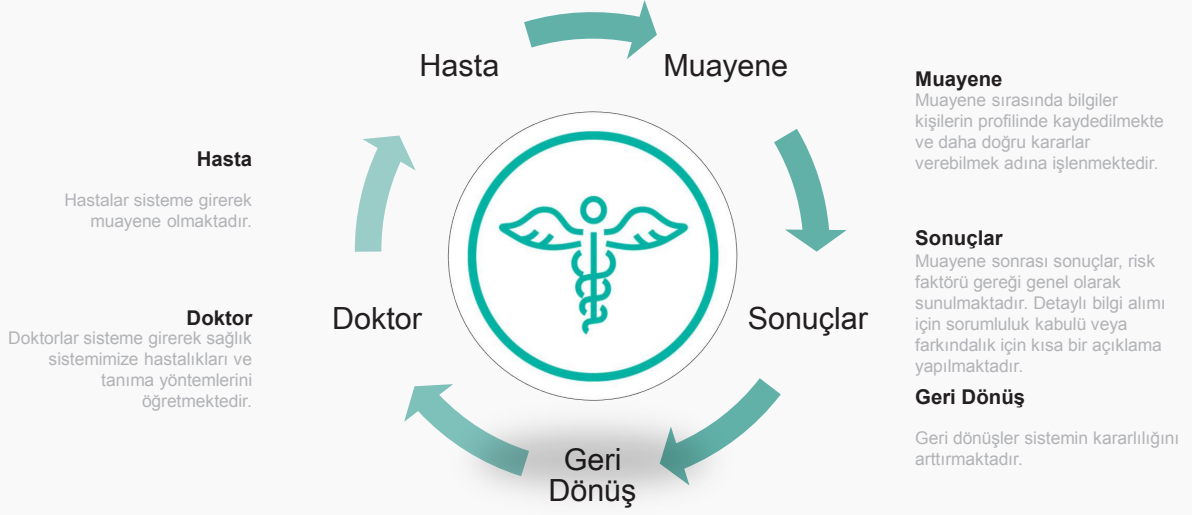
6

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor.



Bilgi Döngüsü

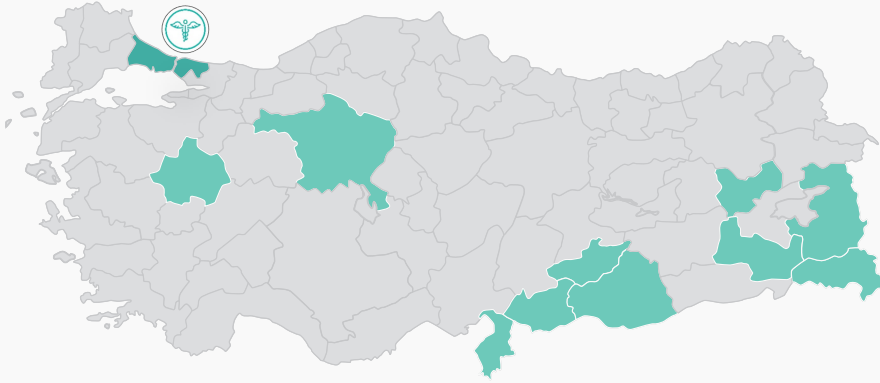
Sistematiik işleyiş özetii



 SANALHEKİM.COM

Kendiliğinden Bulan Haritası

Sanal Hekim 'e doğal yollarla ulaşan ihtiyaç sahiplerinin haritasını temsil etmektedir.



İhtiyaç Tespiti

Kullanıcılarımızın ihtiyaçlarını online olarak yazılımımız aracılığı ile ilgili makam ve görevlilere iletebiliriz.



Online Anlık Muayene

Anlık muayene imkanı sunuyoruz.



Doğru Yönlendirme

Geçikmelerin önüne geçerek can kurtarabiliriz.

 SANALHEKİM.COM



Teşekkürler

Dinlediğiniz için teşekkür ederiz.

Sanal Hekim 'e olan ilgilizden ötürü teşekkür ederiz.

Nasıl desteklerim?

Sosyal medyada, facebook, twitter, instagram, Google+ ve linked-in platormlarında bizi «sanalhekim» adı ile bulabilirsiniz.

Fikirleriniz için anket: <http://sanalhekim.com/anket>



Use of national artificial blood enriched with stem cells in the treatment of thalassemic patients

Talasemik hastaların tedavisinde kök hücre ile zenginleştirilmiş yerli yapay kan kullanılması

Yasin Şahin¹, Selahattin Kahrıman¹, Yavuz Selim Sılay²

¹ TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Biyomedikal Mühendisliği, Ankara

² İstanbul Consulting Group (ICG) Yönetim Kurulu Başkanı, Ankara

Kanda bulunması en tabii ve gerekli maddelerden olan demir, folik asit ve B-12 vitamininin normal altında seyri ile tanımlanan anemi, Türkiye nüfusunun yarısından fazlasında görülmektedir. Hemoglobın ve hematokrit ölçüm değeri ile teşhisi konan bu hastalığın tedavisi için günümüzde çeşitli diyetlerle folik asit, B-12 vitamini ve demir alımı yaygınlıkla kullanılmaktadır. Ancak aneminin özel bir çeşidi olan talasemi bir veya daha fazla globin zincirinin azalması veya kaybolmasıyla meydana gelen genetik bir hastalık olup genellikle hastaya dışarıdan kan nakli yoluyla tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Haricen yapılan bu müdahalede kanla verilen demir, organlarda birikerek karaciğer, kalp, hormon üreten bezlerde de fonksiyon bozukluğuna yol açabilmektedir. Bu sebeple rutin kan nakli yapılan hastalarda kendilerine verilen demirin vücutlarından uzaklaştırılması ehemmiyet arz etmektedir. Splenektomi şöyle dursun, vücuda uzun dönemde hayati zarar dahi verebilecek demir birikimini azaltmak amacıyla, demiri vücutta bağlayan ve/veya demiri vücuttan uzaklaştıran ilaçlar geliştirilmiştir. Major durumda hematopoetik kök hücre nakli kesin tedavi yöntemi olarak görülmektedir. 2006 yılında Yamanaka tarafından yayınlanan "*Induction of pluripotent stem cells from mouse embryonic and adult fibroblast cultures by defined factors.*" ile erişkin hücreler pluripotent kök hücrelerine dönüşecek şekilde programlandı. Dolayısıyla, özellikle Türkiye'de yaygın görülen talasemi hastalığının tedavisinde pluripotent kök hücreler kullanılabilir. Türklerin medeniyetler beşiğinde yer alması, çağlar boyunca geniş bir coğrafyada yayılım göstermesi ve birçok ulus ile akrabalık ilişkilerinde bulunması ile kalıtım bilgisinin birbirinden farklı olduğu açıktır. Bu nedenle belirli özellikler baz alınarak çeşitli hücre tiplerine uygun her kan grubuyla uyumlu bolca kök hücre ihtiva eden kan üretimi mümkün ve amaçtır. Ayrıca hazırlanabilecek bu kan torbalarının özel bir depoda muhafazası maddi ve vakti tasarruf sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anemi, talasemi, hematopoetik kök hücre, pluripotent kök hücre, yapay kan.



Özel
MALTEPE
Fizik Tedavi
Rehabilitasyon Merkezi

ORGANİZASYON SEKRETARYASI



Volkan YALÇIN
Tel: +90 541 576 91 42
E-mail: volkan.yalcin@ayder.com.tr