

Bölüm 15

HALK SAĞLIĞI VE KORUYUCU HEKİMLİK

Selma PEKGÖR¹

GİRİŞ

Halk sağlığının tanımı; koruyucu hekimlik, bireylere sağlık eğitimi verilmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve erken tedavisi, çevresel tehlikelerin kontrol altına alınması ile her bireyin sağlığını sürdürecektir bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığı ile çalışma gücünün artırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattır (1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 'Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu' bireylerin doğup büyüdüğü, çalıştığı ve yaşlandığı ortamlarda mevcut sağlığının korunması ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlığın korunmasında aile hekimlerine büyük görevler düşmektedir. Aile hekimi yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın tüm bireylere sürekli ve bütüncül hizmet vermektedir. Bu hizmetlerin en önemli ayağını koruyucu hekimlik uygulamaları oluşturmaktadır (2).

Koruyucu hekimlik uygulamaları; toplumun beden ve ruh sağlığının geliştirilmesi, henüz hastalık ortaya çıkmadan gerekli önlemlerin alınması, hastalık ortaya çıkmış ise erken tanı ve tedavisinin yapılarak yeti yitiminin önüne geçilmesini amaçlar. Koruyucu hekimlik uygulamaları antenatal dönemden başlayarak her bireyin yaşına, cinsiyetine, mesleğine ve yaşadığı çevreye göre değişmektedir. Hastalıklarla baş etmede en ucuz ve en kolay yoldur. Bu uygulamalar birey veya toplum odaklı olabilir. Birey odaklı koruyucu hekimlik

uygulamaları bir hekimin kendisine başvuranlara yönelik uygulamalarını kapsarken, toplum odaklı koruyucu hekimlik uygulamaları ise halk sağlığı uygulamalarını kapsamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül korumayı kapsamaktadır (2,3). Birincil koruma henüz hastalık ortaya çıkmadan yapılan uygulamaları içerir. Aşılama, sağlıklı beslenme, bireylerin eğitilmesi, halk sağlığı uygulamaları, iş ve çevre sağlığına yönelik koruyucu önlemler bu kapsama girer. İkincil koruma belirsiz evrede iken tarama yöntemleri ile hastalığın (kanser, diyabetes mellitus, hipertansiyon) erken tanı ve tedavisini kapsar. Burada amaç hastalığın ilerlemesini ve komplikasyonları önlemektir.

Üçüncül koruma; hastalık ortaya çıkmış veya komplikasyon gelişmiş hastada bireyin işlevselliğini ve yaşam kalitesini koruma, yaşam süresini artırma amacıyla yapılan tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarını kapsar (4). Diyabetik nefropati gelişmiş hastanın düzenli diyalize alınması üçüncül korumaya örnek verilebilir. Dördüncül koruma ilk defa 1999 yılında World Organization of Family Doctors (WONCA) tarafından Aile Hekimliği Sözlüğüne eklenmiştir. Dördüncül koruma; aşırı medikasyondan ve gereksiz tahlil, tetkikten hastayı korumaktır. Hekimin görevi "önce zarar verme" ilkesinden yola çıkarak, hastaya yapılan tıbbi girişimlerden kaynaklanan zararların önlenmesi, azaltılması veya hafifletilmesini sağlamaktır. Bazen hastalar hekimlerinden gereksiz tahlil ve

¹ Aile Hekimliği Uzmanı, SBÜ, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, selmapekgor@outlook.com

4. Çevresel etmenleri düzenleyerek çalışanın daha az yorgunlukla ve optimal verimle çalışmasını sağlamak
5. İşyerindeki sağlığa zararlı faktörleri, kaynağında mücadele önlemleri ile ortadan kaldırmak,
6. Ortaya çıkan meslek hastalıklarının, meslekten kaynaklı zehirlenmelerin ve maruziyetlerin erken tanı ve tedavilerini yapmak
7. Maruz kaldıkları iş kazası veya meslek hastalığı sonucunda zarar gören çalışanların, tekrar işe dönmelerine olanak sağlamak
8. Çalışanlara yönelik sağlık taramaları; işe giriş muayenesi, periyodik muayene, işe geri dönüş muayenelerini yapmak
9. Sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerini düzenli olarak yapmak

Bu tedbirler alınır ve İSG uygulamaları etkin bir şekilde yapılırsa;

- İş kazası ve meslek hastalıklarında azalma
- İşgücü kayıplarında ve işten ayrılmalarda azalma
- İSG ve diğer maliyetlerde azalma
- Çalışan performansında artma (kalite ve verimlilik)
- Çalışan moral ve motivasyonunda artma
- Sonuç olarak; toplumun yaşam kalitesinde artış ve sosyal barışın temini sağlanmış olur.

YAŞLI SAĞLIĞI

Ülkemizde son yıllarda beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte yaşlı nüfus oranı da her geçen gün artmaya devam etmektedir. 2018 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 65 yaş üstü nüfusun oranı %8.8 olarak bulunmuştur. Bu artış yaşlı sağlığının önümüzdeki yıllarda ülkemizde ne kadar önem kazanacağını da bir gösteresidir. Amerika'da yaşlı nüfusun % 80'i en az bir, %50'si en az iki kronik hastalığa sahiptir (15). Ayrıca yaşlılara özgü geriyatrik sendromlar da kronik hastalıklara eşlik edebilmektedir. Geriyatrik sendromlar arasında; bilişsel fonksiyonlarda bozulma, düşme, üriner inkontinans, görme veya işitme bozukluğu, depresyon, düşük vücut kitle indeksi, baş dönmesi sayılabilmektedir (16). Bunun yanında yaşla birlikte yaşamsal fonksiyonlarda azalma, yaşlılığın getirdiği sosyal sorunlar ve yaşadıkları toplumun özellikleri yaşlılara özgün bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır.

KDT uygulamaları kapsamında yaşlı sağlığı için güncel önerileri şu şekilde özetleyebiliriz (17,18);

- Fiziksel aktivitenin artırılması
- Sağlıklı beslenme ve sıvı alımının teşvik edilmesi
- Sigara ve alkolün bırakılması
- Aşılama
- Kanseri taramaları
- Kardiyovasküler hastalık taraması
- Fonksiyonel ve psikososyal değerlendirme
- Ruhsal durum değerlendirmesi
- Osteoporoz değerlendirmesi
- Görme ve işitme muayenesi
- İnkontinans değerlendirmesi
- Vitamin ve mineral takviyesi
- Düşme ve ev kazalarının önlenmesi
- Finansal ve sosyal destek

SONUÇ

Koruyucu hekimlik uygulamaları hastalıklarla baş etmede ve toplum sağlığını korumada en kolay, en etkin, en ucuz ve en önemlisi en insancıl yoldur. Bir toplumun gelişmişlik düzeyinin de önemli göstergelerindendir. Zira koruyucu sağlık hizmetlerini etkili şekilde uygulayamayan toplumların anne ve bebek ölümlerini azaltması mümkün gözükmemektedir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının tedavi edici hekimlikten ziyade koruyucu hekimliğe odaklanması gerekmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık çalışanlarının da bu konuda birinci basamak sağlık çalışanları ile uyumlu ve destekleyici rol alması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Halk sağlığı, koruyucu hekimlik, aşılamaya, tarama

KAYNAKÇA

1. Fişek N.H. Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaası, Ankara, 1983.
2. Kavukçu E, Akdeniz M. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2017;21:2: 74-81.
3. Kalra S, Sreedevi A, Unnikrishnan AG. Quaternary prevention and diabetes. J Pak Med Assoc. 2014;64(11):1324-1326.
4. Engin S. Yaşlılarda Koruyucu Hekimlik. Türk Aile Hek Derg 2005; 9(2): 79-84.
5. Jamouille M. The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. HK Pract 2014;36:1-6.

6. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(2):61-64.
7. Maciosek MV, La France AB, Dehmer SP, et al. Updated Priorities Among Effective Clinical Preventive Services. *Ann Fam Med* 2017;15:14.
8. Whitney CG, Zhou F, Singleton J, et al. Benefits from immunization during the vaccines for children program era - United States, 1994-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014;63:352.
9. Meissner HC. Why is herd immunity so important. *AAP News* 2015;36:14.
10. Rashid H, Khandaker G, Booy R. Vaccination and herd immunity: what more do we know? *Curr Opin Infect Dis* 2012;25:243.
11. Dehlendorf C, Henderson JT, Vittinghoff E, et al. Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215:78.e1.
12. Fox E, Reyna A, Malcolm NM, et al. Client Preferences for Contraceptive Counseling: A Systematic Review. *Am J Prev Med* 2018;55:691.
13. İlçioğlu K, Keser N, Çınar N. Ülkemizde Kadın Sağlığı ve Etkileyen Faktörler. *J hum rhythm* 2017;3(3):112-119.
14. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/06/20160630-25.htm> Erişim tarihi: Eylül 2019
15. https://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance?search=elderly%20health&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 Erişim tarihi: Eylül 2019
16. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, et al. Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. *Ann Intern Med* 2007; 147:156.
17. Albert RH, Clark MM. Cancer screening in the older patient. *Am Fam Physician* 2008; 78:1369.
18. https://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance?search=elderly%20health&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 (Erişim tarihi: Eylül 2019)