

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS)

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI OKMEYDANI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI KLİNİĞİNDE
SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROJESİ İÇİN ÖN ÇALIŞMA**

RABİYA KONUKOĞLU

**DANIŞMAN
PROF. DR. SERPİL UĞUR BAYSAL**

**AİLE SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
ANA ÇOCUK SAĞLIĞI PROGRAMI**

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

13 / 04 / 2010

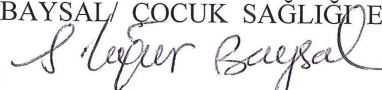
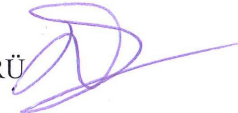


Prof. Dr. Tamer DEMİRALP
Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI
Programın seviyesi : Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
Anabilim Dalı : AİLE SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
Tez Sahibi : RABİA KONUKOĞLU
Tez Başlığı : T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİNDEN HİZMET ALAN ANNE VE ÇOCUKLARIN GEREKSİNİMLERİ DOĞRULTUSUNDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROJESİNİN GELİŞTİRİLMESİ
Sınav Yeri : ENSTİTÜ C DERSHANESİ
Sınav Tarihi : 07 / 04 / 2010

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

- 1.PROF.DR.SERPİL UĞUR BAYSAL / ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ- AİLE SAĞLIĞI ANABİLİM DALI 
- 2.PROF.DR.RÜVEYDE BUNDAK / ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ 
- 3.PROF.DR.GÜLBİN GÖKÇAY / ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ - SOSYAL PEDIATRİ ANABİLİM DALI 
- 4.DOÇ.DR.ZEYNEP TAMAY / İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ- ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI 
- 5.DOÇ.DR.TALAT PARMAN / ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ- AİLE SAĞLIĞI ANABİLİM DALI 

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Hem. Rabiya Konukoğlu



İTHAF

Sevgili Eşim Selçuk Konukoğlu'na ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana inanan, destek olan sayın hocalarım Prof. Dr. Ayşen Bulut'a, Prof. Dr. Gülbin Gökçay'a

Bu araştırmanın planlanmasından yayımlanmasına kadar geçen tüm aşamalarda benden yardımlarını esirgemeyen, rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez danışmanım Prof. Dr. Serpil Uğur Baysal'a,

Araştırmamın bilimsel alt yapısının oluşturulmasında, desteğini aldığım Biyoistatistik Uzmanı Dr. Hayriye Ertem'e,

Çalışmamın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Araştırmamı gerçekleştirdiğim T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Başhekimi Doç. Dr. Adem Akçakaya'ya, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şef Yardımcısı Dr. Fügen Pekün, uzman doktorlarına ve tüm sağlık çalışanlarına,

Bu süreçte desteklerini esirgemeyen eşime ve çok değerli arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	3
BEYAN.....	4
İTHAF	5
TEŞEKKÜR.....	6
İÇİNDEKİLER	7
TABLolar LİSTESİ.....	11
ŞEKİLLER LİSTESİ	13
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	14
ÖZET	15
ABSTRACT.....	17
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	18
1.1. Giriş.....	18
2. GENEL BİLGİLER	1
2.1. Sağlığı Teşvik Eden Hastane (STEH) Kavramına Kısa Bir Bakış	1
2.1.1. Neden Hastanelerde Sağlığı Teşvik Etmeliyiz?	1
2.1.2. Sistem Nasıl İşler?.....	1
2.1.3. STEH Kavramı.....	3
2.1.4. Ortam Yaklaşımı	3
2.1.5. Sağlık Eğitimi ve Önleyici Tedbirlerin Belirlenmesi.....	4
2.1.6. Uygulamada Sağlığı Teşvik Etme.....	5
2.1.7. Sağlığı Teşvik Eden Hastane Olmanın Yararları	6
2.1.8. Uluslar Arası STEH Ağını Anlamak	8
2.2. DSÖ Dökümanları.....	12
2.2.1. ALMA-ATA Bildirisi	12
2.2.2. Sağlığı Teşvik Etme İçin Ottawa Sözleşmesi, 1986	13
2.2.3. Ljubljana Bildirgesi.....	15
2.2.4. Jakarta Bildirgesi.....	16
2.2.5. Bangkok Sağlığı Teşvik Etme Konferansı-Bangkok Sözleşmesi 2005	17
2.2.6. Çocuk Hakları Sözleşmesi	18
2.3. STEH Dökümanları.....	35

2.3.1. Budapeşte Deklerasyonu (DSÖ 1991)	35
2.3.2. Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler (STEH) Vienna Önerileri (1997).....	36
2.3.3. Hastanelerde Kanıta Dayalı Sağlık Teşviki	39
2.3.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Sağlığa Etkisi	40
2.3.3.2. Hastanelerde Sağlığı Teşvik Eden Faaliyetler	41
2.3.3.3. Kanıta Dayalı Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler	42
2.3.4. Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler İçin On Sekiz Çekirdek Stratejisi	43
2.3.5. Hastanelerde Sağlık Gelişimi İçin Standartlar	45
2.3.6. Daha İyi Sağlığı Teşvik Eden Hastanelere Doğru	47
2.4. Türkiye Verileri.....	49
2.4.1. Türkiye’de Sağlık Göstergeleri	49
2.4.2. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı’na Bağlı Şubeler ve Görev Tanımları:	51
2.4.3. Sağlığın Geliştirilmesi Türkiye’de Mevcut Durum	53
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	56
3.1. Araştırma Tipi	56
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman.....	56
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	56
3.4. Araştırmada Yanıtlanması Gereken Sorular	56
3.5. Veri Toplama Aracı	57
3.6. Araştırmanın Etik Yönleri.....	57
3.7. Verilerin Toplanmasında Karşılaşılan Güçlükler	57
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	58
3.9. Dosya Kontrol Formuile Değerlendirme	58
3.10. Çalışma Sürecinde İzlenimler	58
4. BULGULAR.....	59
4.1. Organizasyonun Yapısı	59
4.2. ÇSHK’nin Kimliği	60
4.3. Hasta Dosyalarının Analizi	61
4.3.1. Servislere Aylar İçinde Yatan Hastaların Analizi	61
4.3.2. Yatan Hasta Tür Dağılım	62

4.3.3. Hasta Dosyalarında Hasta Yatış Belgesi, Dosya Kontrol Formu-Kayıt Dışı Form-Adli Vaka Tutanağı Bulunma Durumu	63
4.3.4. Servislere ve Aylara Göre Dosyalarda Ölüm Raporu ve Ölmek Üzere Olan Hastanın Belirtileri, Tedaviye Yanıtı, Sosyal ve Dini Gereksinimleri ve Ailesinin Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi Bilgilerinin Bulunma Durumu	64
4.3.5. Servislere ve Aylara Göre Hemşirelik Kayıtlarının Var Olma Durumu.....	65
4.3.6. Servislere ve Aylara Göre Hasta Dosyasında Doktor Kayıtlarının Var Olma Durumu	67
4.3.7. Servislere ve Aylara Göre Hasta Dosyasında Konsültasyon Kayıtlarının Var Olma Durumu	69
4.3.8. Servislere ve Aylara Göre Hasta Dosyasında Tetkik Kayıtlarının Var Olma Durumu	70
4.3.9. Servislere ve Aylara Göre Hasta Dosyasında Girişimsel İşlemlerin Raporlarının Var Olma Durumu.....	70
4.3.10. Servislere ve Aylara Göre Hasta Bilgilendirilmiş Onam Alınma Durumu....	71
4.3.11. Servislere ve Aylara Göre Doktor Epikriz Kayıtlarının Var Olma Durumu ..	72
4.3.12. Servislere ve Aylara Göre Hasta Transfer Kayıtlarının Var Olma Durumu...	72
4.3.13. Servislere ve Aylara Göre Hasta ve Ailesi Eğitim Kayıtlarının Var Olma Durumu	73
4.4. Sağlık Personelinin Ve Yardımcı Sağlık Personelinin Hizmet İçi Eğitim Süre Ve Konularının İncelenmesi	73
4.5. KPKB Tarafından Hbys’de Yayınlanan Prosedür, Talimat, Bilgilendirme Broşürü Ve Formlarının İncelenmesi.....	76
5. TARTIŞMA	79
5.1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinin Kimliği.....	79
5.2. Organizasyon Yapısı ve Dosya Kontrolleri	79
5.3. Sağlık Personelinin ve Yardımcı Sağlık Personelinin Süre ve Hizmet İçi Eğitim Konularının İncelenmesi	85
5.4. Performans ve Kalite Birimi Tarafından HBYS’de Yayınlanan Prosedür, Talimat, Bilgilendirme Broşürü ve Formlarının İncelenmesi	86
KAYNAKLAR	92
FORMLAR	1
FORM 3	3
FORM 4	8

ETİK KURUL KARARI	13
ÖZGEÇMİŞ	14

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Ortam Yaklaşımı	4
Tablo 2-2: STEH Kavramlar.....	4
Tablo 2-3: DSÖ ve STEH Dokümanları.....	11
Tablo 2-4: Hastanelerin Tarihi Gelişimi	41
Tablo 2-5: Hastanelerde Sağlığı Teşvik Etme Proje/Faalyetlerine Örnekler.....	42
Tablo 2-6: STEH Faaliyetlerinin Tiplendirilmesi.....	42
Tablo 2-7: Klinik Deneyimler STEH Uygulamaları.....	43
Tablo 2-8: STEH için 18 Çekirdek Stratejisi	44
Tablo 2-9: Medikal ve Sağlık Servislerinde Sağlığı Koruma Düzeylerine Uygulamalı Örnekler	48
Tablo 2-10: Türkiye'de Sağlık Göstergeleri.....	49
Tablo 4-1: S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇSHK Organizasyon Şeması	59
Tablo 4-2: Servislere Yatan Hastaların Analizi	61
Tablo 4-3: Yatan Hasta Tür Dağılımı	62
Tablo 4-4: Servislere ve Aylara göre Hasta Dosyalarında Dosya Kontrol Formu Bulunma Durumu.....	63
Tablo 4-5: Servislere ve Aylara göre Dosyalarda Kayıt Dışı Form Olma Durumu	63
Tablo 4-6: Servislere ve Aylara göre Adli Vaka Tablosu.....	64
Tablo 4-7: Servislere ve Aylara göre Ölümler.....	64
Tablo 4-8: Servislere ve Aylara göre Dosyalarda Ölüm Raporu ve Bebek Ölümleri Bilgi Formunun Bulunma Durumu.....	64
Tablo 4-9: Servislere ve Aylara göre Hemşirelik Kayıtlarının Var Olma Durumu.....	65
Tablo 4-10: Servislere ve Aylara Göre Doktor Kayıtlarının Var Olma Durumu	68
Tablo 4-11: Servislere ve Aylara Göre Konsültasyon Kayıtlarının Var Olma Durumu.	70
Tablo 4-12: Servislere ve Aylara Göre Tetkik Kayıtlarının Var Olma Durumu	70
Tablo 4-13: Servislere ve Aylara Göre Hasta Dosyasında Girişimsel İşlemlerin Raporlarının Var Olma Durumu	71
Tablo 4-14: Servislere ve Aylara Göre Hasta Bilgilendirilmiş Onam Alınma Durumu.	71

Tablo 4-15: Servislere ve Aylara Göre Doktor Epikriz Kayıtlarının Var Olma Durumu	72
Tablo 4-16: Servislere ve Aylara Göre Hasta Transfer Kayıtlarının Var Olma Durumu	73
Tablo 4-17: Servislere ve Aylara Göre Hasta ve Ailesi Eğitim Kayıtlarının Var Olma Durumu	73
Tablo 4-18: Hemşirelerin Aldığı Hizmet İçi Eğitim Tablosu	75
Tablo 4-19: ÇSHK'nin HBYS de Varolan Dokümanları	76
Tablo 4-20: ÇSHK Uygulama Performans Göstergeleri	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1: Servislere ve Aylara göre Dört Ay İçinde İncelenen Dosya Dağılımı	61
Şekil 4-2: Servislere ve Aylara göre İncelenen Dosya Dağılımı	62
Şekil 4-3: Aylara göre YD'da Hemşirelik Kayıtlarının Hasta Dosyasında Olma Durumu	66
Şekil 4-4: Aylara göre ÇSHK'nde Hemşirelik Kayıtlarının Hasta Dosyasında Bulunma Durumu	66
Şekil 4-5: YD'da Aylara Göre Hasta Dosyasında Doktor Kayıtlarının Olma Durumu .	68
Şekil 4-6: ÇSHK'nde Aylara Göre Hasta Dosyasında Doktor Kayıtlarının Olma Durumu	69

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

BPK	Büyük Planlama Komitesi
ATK	Adli Tıp Kurumu
CHDC	Child Health and Disease Clinic
CMK	Ceza Muhakemesi Kanunu
ÇSHK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSÖ ABO	Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HPH	Health Promotion Hospital
KPKB	Kurumsal Performans ve Kalite Birimi
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
PMQD	Performance Management and Quality Department
SGK	Sosyal Sigortalar Kurumu
ST	Sağlığın Teşviki
STEH	Sağlığı Teşvik Eden Hastane
TCK	Türk Ceza Kanunu
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
YD	Yenidoğan Servisi

ÖZET

Konukoğlu, R. (2010). Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler (STEH) Kapsamında T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlığı Geliştirme Projesi İçin Ön Çalışma. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Sağlığı ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde (ÇSHK) Kurumsal Performans ve Kalite Birimi (KPKB) hizmetleri kapsamında, hastaneden hizmet alan anne ve çocukların, belirlenen gereksinimleri doğrultusunda sağlığı teşvik etmektir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇSHK'nde Mart-Haziran 2009 tarihleri arasında hastaneden taburcu olmuş çocuklar ve aileleri ile klinikte çalışan sağlık personeli oluşturmuştur. Hasta dosyaları 15 maddeden oluşan “Dosya Kontrol Formu” ile incelenmiştir. Sonuçlar bilgisayar ortamında değerlendirilmiş ve çalışma verileri kullanılırken tanımlayıcı yöntemler kullanılmıştır.

Sağlık personelinin hizmet içi eğitim kayıtları Eğitim Komitesinden alınarak incelenmiştir. Sağlık personelinin sağlık hizmet sunumunu belirleyen işlemler, talimatlar ve diğer dokümanlar incelenmiştir.

Bulgular: Araştırmada, Yenidoğan'na (YD) ait 257, 989 u ÇSHK'ne ait toplam 1246 dosya incelenmiştir. Genel olarak bakıldığında, hasta dosyalarında yer alan hekim kayıtlarının daha düzenli olmasının nedeni, fatura işlemleri için Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) nın istediği (yatış belgesi, epikriz gibi) rutinlere bağlı olabilir. Hemşire kayıtlarında özellikle Mayıs ayında görülen artışlar doğrudan, 29 Nisan Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliği gereğince hastanede kullanılacak olan standart dosya planı pilot uygulamasına bağlıdır. Kayıtlar tutulurken standart formların bilgi almada ve kayıt tutmada çok etkili olduğu söylenebilir. YD'da hemşirelik kayıtları günlük izlemler için düzenli tutulurken henüz bebek değerlendirme formu gibi önemli formların oluşturulmamış olması, standart dosya uygulamasının olmadığını düşündürmüştür.

Toplam 11 pediatri uzmanı, 25 pediatriye uzmanlık öğrencisi, 60 hemşire, 28 yardımcı personelin eğitimleri incelendiğinde, KPKB'nin öngördüğü eğitimleri, Enfeksiyon Komitesi eğitimleri, zorunlu eğitimler ve servise özel eğitimler izlemektedir.

Sağlık personelinin sağlık hizmet sunumunu belirleyen işlemler, talimat ve diğer dokümanlar incelendiğinde servislerin işleyişini tam olarak yansıttığı ancak STEH için gerekli özgün konularda ayrıntılı doküman bulunmadığı görülmektedir.

Sonuç: Bu alanda yapılan tüm çalışmalar STEH de kalite uygulamalarıyla hastane kültürü oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇSHK'nin STEH kapsamında Ottawa ilkelerini karşılama çabasında olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: sağlığı teŗvik eden hastaneler (STEH), kalite, çocuk sağlığı, aile sağlığı

ABSTRACT

Konukoğlu, R. (2010). Preliminary study for Health Development project of Republic of Turkey Ministry of Health, Okmeydani Education and Research Hospital, within the context of Health Promoting Hospitals. Istanbul University, Institute of Health Sciences; Institute of Child Health Department of Family, Master Thesis. Istanbul.

Aim: The purpose of this study, is to promote the health of mother and children in accordance with the determined requirements, within the hospital service areas of Turkish Ministry of Health Okmeydani Training and Research Hospital, Children's Health Clinic Corporate Performance and Quality Unit.

Methods: The population of research composed of both the medical personnel working in clinics and children and families discharged from Okmeydani Training and Research Hospital, Child Health and Disease Clinic (CHDC) during the period of March to June 2009. Patient files were examined by "File Control Form" consisted of 15 articles. "File Control Form" and examined. Results were evaluated in computer. Descriptive methods were used to evaluate data.

In-service training records of health personnel were obtained from Education Committee and examined. Procedures that affect the service supply of medical personnel, instructions and other documents were examined.

Results: In the study, 257 of neonatal intensive care unite (NICU) and 989 of CHDC, overall 1246 file examined. In general, the patients' files contained in the records were more orderly possibly because physician billing process routine for the Social Security Institution (hospital certificate, epicrisis etc.). Observed increase in nurse registry especially in May, is directly related to standard file plan pilot study, which will be used in accordance with April 29 Patients and Employees Security Declaration. Standard forms were very effective during information gathering and record-keeping. In NICU, nursing records for daily follow-up is practised regularly, on the other hand important forms such as Infant Evaluation are not developed yet. This connotes that there is still no standard file implementation.

When we examine the training of staff, which consisted of 11 pediatric specialists, 25 specialist students in pediatrics, 60 nurses, 28 auxiliary staff in total, we notice that Performance Management and Quality Department (PMQD) emphasises basically on Infection Committee training, compulsory education and service specific trainings.

When the procedures that determine the health service delivery of health staff, instructions and other documents were examined, it is observed that these fully reflect the functioning of the services but there is not detailed documentation for specific issues needed by a HPH.

Conclusion: All work in this area constitutes a hospital culture with quality applications in HPH. From this perspective, Okmeydani Training and Research Hospital is striving effortfully to fulfill Ottawa CHDC HPH principles.

Key Words: Health Promotion Hospitals (HPH), Quality, Child Health, Family Health

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Sağlığı Geliştiren Hastane- Sağlığı Teşvik Eden Hastane “STEh” kavramından, paylaşımcıları için yapılar, kültürler, kararlar ve süreçler geliştirerek sağlık kazanımını iyileştirmeyi amaçlayan bir organizasyon anlaşılır (1,2). STEh, öncelikle, hastane personeli, toplum nüfusu, çevresel etkenlerden yola çıkarak hastalara ve onların yakınlarına, korunmasız,-özel gereksinimi olan grupların gereksinimlerine odaklanır; sağlık eğitimini ve hastalıkları önleme yollarını birleştirir (3-6)

STEh yeni bir kavram olmakla birlikte hızla gelişmiş, hastaneleri yalnızca teşhis ve tedavi merkezleri olmaktan çıkarmıştır. STEh, insanın, sağlığı üzerindeki özdenetimini kazandırmaya, geliştirmeye yönelik çalışmalar yapar. Merkezde, henüz özdenetimi gelişmemiş çocuklar ve onların sağlıkları söz konusu olunca aileyi de işin içine katmak gerekir.

Hastanelerde, çocuklar ve gençler için sağlığı geliştirme kavramı, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Sağlığı Geliştiren Hastaneler Ağı’nın uluslararası çalışma grupları ile birlikte oluşturduğu belirli ilkeleri içerir. Temelde, hasta, ziyaretçi ya da toplumun bir üyesi olarak hastaneye ulaşan çocukların ve gençlerin, geliştirilmesi gereken sağlık gereksinimlerinin tanımlanması-belirlenmesi hedeflenmiştir.(7-9) Çocukların yaşam biçimlerini güçlendiren, hastaneye katılım gizilgüçlerini artıran öneriler, Ottawa Sözleşmesinde belirtilmiştir. Sözleşmeye göre, inceleme sonuçları organizasyonun yapısı, sağlık personelinin davranışları, sağlık personelinin eğitimi ve tutumu, çocukların eğitimi, ailenin ve sosyal çevrenin eğitimi kapsamında var olan uygulamaların önerilere yakınlığına dayanır. (10-14)

Hastanelerin rolü iki şekilde tanımlanmıştır:

1. Hastanede hasta ya da ziyaretçi olarak bulunurken çocukların normal gelişimsel gereksinimlerini karşılamak.

2. Çocukların günlük yaşamında sağlıkla ilgili konularda öz denetimlerini güçlendirmek; sağaltımlarında söz haklarının olmasını sağlamak, çocuk süregelen bir hastalık taşıyorsa sağlığını ve ilişkilerini olumlu yönde geliştirerek uyumunu sağlamak.

Bu çalışmanın amacı, T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Kalite Birimi hizmetleri kapsamında, hastaneden hizmet alan anne ve çocukların, belirlenen gereksinimleri doğrultusunda sağlığı teşvik etmektir.

Bu hizmet araştırmasında ayrı ayrı ele alınması öngörülen konular şunlardır:

1. Hasta, ziyaretçi ve toplumun birer üyesi olarak çocukların, sağlığı geliştirme konusunda gereksinimlerini içeren sorunlar.

2. Ottawa Sözleşmesi Önerilerine uygun, öncelikli konular:

a) Bireylerin Kendi Sağlıkları Üzerindeki Kontrollerini Geliştirme

b) Yaşam Şekillerini Biçimlendirme: Sağlık için risk taşıyan davranışların önlenmesi; sağlıklı olmayı sağlayacak davranışların kazandırılması.

c) Katılımı Destekleme

Bu öneriler, Hastane Kalite Birimi'nin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ile ortaklaşa yaptığı çalışma süreçleri ve diğer belgeler incelenerek aşağıda belirtilen beş grupta yapılacak çalışmaların Ottawa Sözleşmesine dayalı Sağlığı Geliştiren Hastane Sistemine uygunluğu araştırılacaktır.

1. Organizasyonun Yapısı
2. Sağlık Personelinin Günlük Uygulamaları/ Davranışları
3. Sağlık Personelinin Becerisi ve Eğitimi
4. Çocukların Eğitimi
5. Ailelerin ve Sosyal Çevrenin Eğitimi

Araştırmanın başlıca hedefi, hastanede çocuk sağlığını iyileştirmeye, ailelerin ve çocukların “sağlıkları” üzerindeki kontrollerini artırmaya yönelik var olan uygulamaları gözden geçirmek, varsa eksikleri ve sorunları tanımlayarak, sağlığı geliştiren hastane olma yolunda uygulanabilecek öneriler oluşturmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığı Teşvik Eden Hastane (STEh) Kavramına Kısa Bir Bakış

Sağlığı Teşvik Eden Hastane (STEh) kavramından; yapıları, kültürleri, karar süreçlerini paylaşarak sağlık kazanımlarını geliştirmeyi hedefleyen bir organizasyon anlaşılır.

STEh, öncelikle hastane personeli, toplum nüfusu ve çevre faktörlerinden yola çıkarak hastalara ve onların yakınlarına, korunmasız-özellikli grupların ihtiyaçlarına odaklanır.

STEh kavramı, hastanelerde sağlık kazanımlarını genişletmek DSÖ' nün stratejilerinden güç alır. Örneğin Ottawa kararnamesinde olduğu gibi beş stratejisinden birisi hastanelere sağlık kazanımlarını oryante etmek ve diğeri ise DSÖ Sağlık Sistem Strateji'sinde belirttiği gibi hastanelerde sağlık sistemi amaçlarına ulaşmaktır. (1)

2.1.1. Neden Hastanelerde Sağlığı Teşvik Etmeliyiz?

Sağlığı teşvik etme kavramı genelde tıp sektörünün özelde de hastanelerin ana faaliyet konusudur. Öte yandan sahada durum değişebilir. Tarih boyunca; hastanelerde hastalığın tedavisi ve sağlığın desteklenmesi amaçlanır. Yani "hastalıkları tedavi et ve çare kalmadığında hastanın acısını azalt, konforunu artır". Bu bakış açısı son 20-30 yıldır köklü bir değişikliğe uğrayarak yaşlanan nüfusa bağlı artan kronik hastalıklarla mücadele etme yönünde odaklanmıştır.(1)

2.1.2. Sistem Nasıl İşler?

STEh yaklaşımından tam verim elde etmek için (yani hastaların, personelin ve toplumun sağlığını artırabilmek için) sınırlı projeler çerçevesinde değil de topyekûn bakış açısıyla bütüncül bir yaklaşım kullanılmalıdır. (1)

Bunun aşamaları şunlardır:

1.Kararlılık

Sağlık hizmetlerinde iyileştirmeye odaklanmış yapılanmaların, standartların, ölçütlerin, örgütlenme politikalarının geliştirilmesi için kararlılık şarttır. Bunun gerçekleştirilmesi için üst yönetimin örgütsel düzeyde destek gereklidir.

2.Kaynaklar

Özel bir STEH idare yapısı oluşturulmalıdır. Bu yapı özel bir yönetim kurulu, bir koordinatör ve onlara bağlı bir teşkilat STEH'nin bütçesini ve bütün faaliyet alanlarını bilen uzmanlardan oluşmalıdır.

3.İletişim

Sağlık geliştirme ile ilgili iletişimde doktorların ve diğer sağlık personelinin bilgilendirilmeleri ve sürece dahil edilmeleri gerekir. Buna örnek olarak web sitelerindeki forumlar, yıllık sunumlar, panolar verilebilir.

4. Eylem

Belli bir konuya ya da belli bir popülasyona yönelik bir sağlık geliştirme projesi ile yıllık eylem planı yapılır. Örneğin sigarasız alanlar, göçmenlere sağlık hizmeti sunumu gibi...

Bu eylemi yaparken tıpkı diğer klinik faaliyetlerde olduğu gibi oluşturulmuş prosedürler uygulanır.

5. Değerlendirme

Düzenli gözlemle belgeleme-değerlendirme-raporlamaya dayanan bir yapı geliştirilir ve elde edilen verilere dayanarak klinik süreçlere geçilir. (Mevcut 5 standarda uyarak davranılır.

6.Eğitim

STEH profesyonel eğitim ve araştırmalar yaparak sağlığı teşvik etme hizmeti için uzman iş gücü oluşturur.

7.Araştırma

Nitelikli bilimsel projelere teşvik eder, sonuçların yayınlanmasını destekler. STEH bireysel klinik uzmanlık içeren kanıta dayalı bir uygulama ve yeni bir araştırma alanıdır.

8.Süreklilik

Hastalarda iyileşme belirtilerini izleyen ve ölçen yöntemler geliştirir. Bu yöntemlerin başarısı toplumun sağlık düzeyi, sağlık bilgisi, hasta-çalışan

memnuniyeti, personelin sağlık durumu, yaşamın kalitesine ilişkin mortalite-morbidite hızları konularında ortaya çıkan sonuçlarla ölçölür.

9. Teşkilatlanma

Bütün düzeylerde (yerel, bölgesel, ulusal ve uluslar arası) her seviyede teşkilatlanma gerçekleştirilir. Bu sayede en iyi uygulamalar ve stratejiler paylaşılarak bilgi alişverişinde bulunulur.

2.1.3. STEH Kavramı

STEH gcl teknik ve pratik temellere dayanır. Bu kavramsal modelin görüş, düşünce, değerlerinin temelleri Viyana'da atılmıştır. (1) DSÖ Avrupa Bölge Ofisi HPH in belirli bir eylem programı olarak uygulamanın fizibilitesini test etmek amacıyla HPH Uluslar arası Ağı(network) başlattı. Bu proje Varşova Nisan 1993 de başladı, 5. Uluslararası HPH Konferansı ve son Viyana, Avusturya İş Toplantısının (Nisan 1997) bitiminde sona ermiştir. (15)

2.1.4. Ortam Yaklaşımı

Sağlığı teşvik etme genelde yanlış anlaşılmaya müsait bir kavramdır. Klinik müdahalelerde hastalığın derecesini azaltmak ve hissedilen, sahip olunan sağlık durumunun daha iyi olması amaçlanırken, STEH ağı daha geniş anlam içerir. (1)

Ortam yaklaşımı, kişinin yaşadığı, çalıştığı ortamlarla, okuduğu okul ve diğer yerlerin ortamların etkilerini de ele alır. Buna göre belli bir popülasyonun sağlık sorunları yaşanılan sosyal evre, kişisel etmenlerin bir sonucu olarak ortaya çıkar. STEH bu yanıyla sadece sağlığa müdahale eden faaliyetlerle sınırlı kalmayıp sağlığa yönelik sosyal bir yapı kimliğine bürünür. Bu yaklaşımda sağlıklı kent, sağlıklı okul hedefleri gözetilerek geniş toplumsal iş birliği aranır. (Tablo 2.1)

Tablo 2-1: Ortam Yaklaşımı

	Avantajlar	Kültürel Farklar
STEH Hizmeti Alan Kişi	Kişilerin Becerileri ve (Kişisel Yeterlilik)	Kapasitesi, Kaynakları (Kişisel Tercihler)
STEH Hizmeti Alınan Durum	Durumsal Kaynaklar (Fırsatlar)	Altyapı ve (Durumsal Kurallar ve Durumun Gerekleri)

2.1.5. Sağlık Eğitimi ve Önleyici Tedbirlerin Belirlenmesi

Sağlığı teşvik etmede iyileşmeye ve hastalığı geriletmeye yönelik olarak hem bireysel hem de durumun gerektirdiği etmenlere odaklanılır. Bu anlamda sağlık eğitimi ve önleyici hekimlik kavramlarından farklılık arz eder. (Tablo 2.2)

Sağlığı teşvik etme; sağlık eğitimi ve hastalıkları önleme tedbirlerini bir araya getirir. Ancak bunun yanında temel bir farkı da vardır. Hastalıkları önleme yaklaşımı; belirli hastalıkların alerji gibi önüne geçilmesini hedeflerken Sağlığın Teşviki yaklaşımı; bireyin kendi sağlık yönünde hayat kalitesinin artırılmasına odaklanmıştır. (1)

Tablo 2-2: STEH Kavramlar

Konu	Tanım
Hastalıkları Önleme	Önleyici tedbirlerle hastalıkların görülme sıklığının ve risk faktörlerinin azaltılması
Sağlık Eğitimi	Bilinen tüm kitle iletişim yöntemlerinden yararlanarak toplumda sağlık bilincini yükseltmek
Sağlığı Teşvik Etme	İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki denetimlerini artırmaya ve geliştirmeye yönelik işlemler

2.1.6. Uygulamada Sağlığı Teşvik Etme

Hastanelerde sağlığı teşvik etme tedbirleri için birçok sebep vardır. Birçok hastanede; hastaneye gelen hastaların çoğu kronik bir hastalıktan muzdariptir. İlaç tedavisi ve tıbbi müdahalelere ek olarak bu hastaların iyi yaşam kalitesine de ihtiyaçları vardır. Çoğu zaman aldıkları ilaçlar ve beslenme durumları yüzünden yaşam tarzlarını değiştirmesi gerekir.(1)

Hastalık esnasında hastaların tavsiyeleri dinlemeye daha yatkın olduğuna dair bilimsel veriler vardır. Bu da hastanede iken hastaların davranış biçimini değiştirmek için bize iyi bir fırsat verir.

Sağlığı teşvik etme insan kaynakları perspektifinden de yarar sağlar. Göçmen sağlık çalışanlarının sayısının artmasıyla birlikte hastaneler arası rekabet de artmıştır. İyi bir çalışma ortamı sunan hastanelerin iyi sağlık personeli istihdam etme olasılığı da artmıştır. Sağlığı teşvik etme hizmetinin hasta sirkülasyonunu artırdığına yönelik bulgular vardır. Uzman sağlık personeli açısından cazibe merkezi olan hastane; hasta memnuniyetini artıracığından olumlu bir döngü yaratarak daha iyi personel istihdamı ve daha iyi çalışma şartları yaratılmış olur.(1)

Hastaneler hizmet verdiği toplumla değişik düzeylerde karşılaşır. En yaygın muhtemel bir hastalıktan endişelenen hasta ve sağlık personeli etkileşimidir. Hasta, hasta yakını ve diğer bireylerle günü gününe temaslar sayesinde alınacak tedbirlerin neler olacağı kararlaştırılır. Zararlı maddelerin alınmasının önlenmesi gibi risk faktörlerini azaltıcı kampanyalarda hastanelerden alınan veriler sayesinde kamu sağlığının korunmasına ciddi katkı sağlar. (1)

Hastalıkları önleme, sağlık eğitimi ve sağlığı teşvik etme konusunda bir örnek:

Hastalıkların risk faktörlerine yönelik tedbirler; aşılama ya da akut miyokard enfarktüsü sonrası beta bloker vermek gibi tipik tıbbi aktiviteleri içerir. Sağlık eğitim programı kategorisinde sağlığı teşvik etmeye dayanan sigarayı bırakma kliniklerarası davranışsal ölçümlere dayanan programlar yer alır.

Sağlığı teşvik etme daha geniş sosyo-çevresel konulara hitap eder ve böylece tıbbi yaklaşımdan öteye gider. Hastalıklarla başa çıkma, yaşam kalitesini artırma perspektifinde kişiyi takımın bir parçası olarak görmek gerekir. Bir başka deyişle kimin yetki sahibi olduğunu tanımlamak demektir.

Sağlığı teşvik etmede bireylerin davranışı şekillendirilirken çevresel-bireysel faktörleri anlayıp tedaviyi planlamak gerekir. (1)

Hastalar; cazibe merkezi hastanelere gelerek aldıkları hizmetle ödedikleri paranın fazlasını alırlar. Birçok sağlığı geliştiren girişim ucuzdur. Hastanede kalış süresini, komplikasyonları azaltır ve hasta memnuniyetini artırır. Danimarka’da yapılan randomize kontrollü araştırmalar göstermiştir ki; ameliyat öncesi sigara ya da alkol bağımlıları bırakma programına katıldıklarında ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ve komplikasyonlar azalmaktadır. Dahası; iyi iletişim kuran, bakım sürecine dahil olduğunu hisseden hastalar çok memnun olup; hastaneyi aile ve arkadaş çevresine tavsiye etmektedir. (1)

Sağlık sektörü tek başına bireylerin davranışlarını değiştiremez. Ama sorunların tanımlanmasında büyük rol oynar. Toplumun ve hükümetin, yöneticilerin dikkatini bu konulara çeker. Bu sonuçlar; sağlık kurumlarının sağlığı teşvik etme hizmetlerine yönelmelerini artırabilir. Dolaylı olarak tedavi edici hizmetlere de katkı sağlar. (1)

2.1.7. Sağlığı Teşvik Eden Hastane Olmanın Yararları

Eldeki verilere göre; sağlığı teşvik etmeye yapılan yatırımlar sağlığa katkı sağlayarak olumlu bir şekilde geri dönmüş olur. (1)

Hastalar Açısından;

Hastaların ve yardım kuruluşları-derneklerin STEH’den kazanacakları:

Hasta ve yakınlarının iletişim, bilgi gibi ihtiyaçları üzerine odaklanır.

Hastanın kendine daha iyi bakmasının şartlarını yaratır ve hastanedeki yaşam kalitesini artırır.

Daha iyi bakım amaçlarken aynı zamanda daha iyi sonuçlar alınmasını sağlar.

Uzmanlar Açısından;

Sağlığı teşvik etme ve STEH arasındaki ilişki:

Bütüncül olarak sağlık ve bakımın geliştirilmesini bunun yönetilmesini ve örgütlenmesini hedefler. Bu yönüyle bütün personeli kapsar. Aynı zamanda iş yerinde sağlığı teşvik (ST) stratejilerini geliştirir ve tüm personelin çalışma koşullarını iyileştirir.

Klinik personel (doktor, hemşire ve diğer profesyonelleri) hasta memnuniyeti, hasta bilinci ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik tedbirlerden etkilenir. Çalışanların profesyonel standartlarını ST ilkelerinin eklenmesiyle onların iletişim ve işbirliği yeteneklerini artırır.

Hastanelerdeki özel ekipler; enfeksiyon komitesi, temizlik komitesi, hasta ve çalışan güvenliği komitesi, eğitim komitesi gibi ekiplerin iş yükü azalır. Bu ekipler sağlığı geliştirme prensiplerini kendi olağan iş akışlarının arasına entegre ederek genel sağlık kalitesini artırmada kilit rol oynar.

Yönetim Açısından (Başhekimlik);

ST için stratejiler ve prosesler yaratarak verimlilik, etkinlik artar.

Çalışan memnuniyeti artar. Personel sirkülasyonu azalır.

Kurumun itibarı artar.

Kurumun diğer hastanelerle rekabet gücü artar.

Kalite yönetimine katkı sağlayarak daha nitelikli yapılanmayı, proseslerden verim alma oranlarını artırır.

Sağlık Politikası Açısından (İl Sağlık Müdürlüğü);

Birey ve kamu sağlığına katkılarından dolayı STEH reform ve kalkınma aracı olarak görülebilir. 1986 DSÖ Ottawa kararlarına göre hukuki ve iktisadi çerçeve sağlar.

Halk Sağlığı Açısından;

Halk sağlığının hedef olarak gösterdiği tek platform STEH'dir.

Sağlık durumunu belirleyen etmenler konusunda zengin ve önemli bir bilgi birikimine sahiptir.

Hastalar, yakınları, sağlık personeli gibi çok sayıda kişiye uzanır.

İnsanlar arasında çok geniş saygınlığa sahiptir.

Kişilerin yaşam tarzını değiştirebilme gücüne sahiptir. (Bir ölçüde)

Sağlık eğitimi ve bilgilendirme yeterliliğine sahiptir.

Kaçınılabılır riskleri azaltmada kayda değer bir etkiye sahiptir.

Sağlığı geliştiren bir kurum olmanın yararlarına tam olarak ulaşabilmek için karar alma süreçlerinde etkili olan idari ve profesyonel kadrolarla tam bir eşgüdüm gereklidir.

Dışarıdan bir değişim hastaneye getirilemez. Sistemin kendisi değişimi yaratmalıdır. STEH yaklaşımının bütün uygulamaları aynı birçok hastanede nitelikli bakımı oturtmuştur. Böylece hastanenin bütün hizmetlerine değer katmıştır.

Ağ (network) örgütlenmesi, müdahale araçları ve gelişim açısından değerli bir destek mekanizmasıdır. Profesyonel gruplar, karar vericiler ve etkilenen insanlar arasındaki sınırların yeniden çizilmesinde önemli katkı sağlar. Ağ örgütlenmesi; yerel, bölgesel, ulusal, uluslar arası seviyelerde karşımıza çıkabilir.

STEH ağı; bütün sağlık bakım kurumlarını önleyici hekimlik tedavi ve rehabilitasyon açısından destekler.

2.1.8. Uluslar Arası STEH Ağını Anlamak

Uluslar Arası Sağlığı ve Sağlık Servislerini Geliştirme Ağı; DSÖ tarafından kurulmuş uluslar arası bir STEH ağı olarak tanımlanır. Bu ağ; hastanelerin sağlık oryantasyonu için uluslar arası bilgi birikimini, tavsiyeleri ve standartları ya da indikatörleri takip eder.

Üyelik, başlangıçta çok güçlü olarak Avrupa'da şimdi diğer kıtalardan (Afrika, Avustralya gibi) birtakım hastaneleri ve Avrupa dışından Kanada-Montreal (2005), Çin-Tayvan (2006), Kanada-Toronto (2008) üç ağı içerir. (1)

AMAÇ:

Uluslar Arası STEH ağının amacı; hastanelerde sağlığı teşvik etme kavramının yaygınlaşmasına yardımcı olmak, ülkelerde, bölgelerde ve uluslar arası düzeyde uygulanışını; Yeni Ulusal/Bölgesel Ağı başlatarak ve üyelere teknik destek sağlayarak geliştirmektir.

YAPI:

Uluslar Arası STEH Ağı; organizasyonların birlikteliğine dayanan ağların bir teşkilatıdır. (DSÖ Birleşmiş Merkezi ve sağlık servisi, hastaneler ve kurumların birlikte çalıştığı) İki düzeyde çalışır. Yönetim ve operasyonel düzeylerde yürütülür.

Yönetim:

Genel kurul: Uluslar arası STEH Ağının en yüksek yasal parçasıdır. Ulusal/bölgesel ağlar ve işgücü liderleri Genel Kurul'un yıllık toplantılarında konuşmak ve hazır bulunmak için yetkilendirilmiştir.

Yönetim Kurulu: Yönetim Kurulu; Uluslar arası STEH Ağının yönetimde görevli parçasıdır. Genel Kurul toplantıları yapar ve ağın stratejik büyüme planlarını karşılar.

Uluslar arası STEH Sekreteryası: Uluslar arası STEH Sekreteryası Genel Kurul, Yönetim Kurulunun faaliyetlerini destekleyerek WHO-CC içinde yapılır. Ağa; stratejik bir iletişim geliştirir. Üyelerin; birbirleri ile bilgi, deneyim transferini yaptığını interaktif bir ana sayfayı yönetir.

Operasyonlar

Ulusal/Bölgesel Ağ: Ulusal/Bölgesel STEH Ağ; sağlık gelişiminin uygulanması, iletişim sisteminin büyümesi ve hastane/sağlık servisinde eğitim konularında; stratejik düşünme ve planlamayı desteklemeyi amaç edinmiş en az üç hastane/sağlık servisini temsil eder.

İş Gücü: İş gücü Uluslar arası STEH Ağının genel amaçları çerçevesinde özelleşmiş özel bir takımdır. Sağlığı teşvik etme spesifik konulara destek olarak teknik, bilimsel ve organizasyonel bir referans oluşturur.

Şimdiki İş Güçleri; Sağlığı Geliştiren Psikiyatrik Sağlık Bakım Servisleri, Migren Dostu Hastane, Çocuklar ve Adölesanlar İçin Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler (STEH) gibi...

Çalışma Grupları: Çalışma Grupları Yönetim Kurulu ya da Genel Kurul tarafından kurulur. Genellikle Çalışma Grupları; toplam Uluslararası STEH Ağının amacının başarısına yönelik katkıda bulunan kesin dağıtılabilir ve tanımlanmış zaman periyoduna sahip bir proje olarak organize edilmiştir.

Bireysel Üyeler: Bireysel Üyeler; hastane/sağlık servislerinde sağlığı teşvik kültürünü oluşturacak yürekli ve ekip ruhuna sahip hastane/sağlık servislerinden oluşur. Bireysel üyeler sadece iyi deneyimlerin değerlendirilmesini ve dokümantasyonu

geliştirmeyi değil; sağlığı kazanma perspektifini yönetime ve yapılarına odaklamayı amaç edinirler.

İletişim

Uluslar arası STEH Ağı; amacına yönelik bilgi ve deneyimin dağılımı ve transferi için değişik kanallara sahiptir.

Uluslararası STEH Konferansı: Yıllık Uluslararası STEH Konferansı ev sahibi Ulusal/Bölgesel STEH Ağı, Bilimsel STEH Komitesi ve DSÖ tarafından organize edilir.

DSÖ Yaz Okulu: DSÖ Yaz Okulu; STEH ile ilgili alan ve konularını kapsar ve yıllık Uluslar arası STEH Konferansı'yla ilgili düzenlenir. Konuşmacılar davet edilmiş diğer üyeler arasından seçilir.

STEH Web Sitesi: Bu site; online STEH kütüphanesi ve forum tartışmalarını içerir. Bu forum ve kütüphaneden Uluslararası STEH Ağ üyeleri raporlar, araştırma sonuçları ve bilgiler alabilir, kütüphane ya da tartışma forumlarından materyal indirebilirler.

STEH Haber Mektupları: Bunlar her iki ayda bir web sayfasında basılır. Amacı: STEH'nin kavramsal büyümesi hakkında bilgi sağlamak, Ulusal/Bölgesel STEH Ağ'ın STEH pratik modellerini ve network olaylarını duyurmak.

Tablo 2-3: DSÖ ve STEH Dokümanları

DSÖ Doküman	STEH İlişkisi
Uluslar Arası Birinci Basamak Sağlık Bakımı	Sağlığı teşvik etmede Birincil Sağlık
Konferansında Kabul Edilmiş Alma-Ata Deklarasyonu	Servislerinin Rolünden İlk Bahsediş
Sağlığı teşvik etme 1. Uluslar Arası Konferansında Kabul edilen Sağlık teşvik etme İçin Ottawa Sözleşmesi	Prensipte; bütün sözleşmeler STEH ile Temel Oryantasyon sağlamak açısından ilgilidir.
Sağlık Hizmetleri Reformu Ljubljana Sözleşmesi, 1996	Sağlığı Kazanmaya Yönelik Sağlık Hizmetleri Reformunun Oryantasyonuna Bağlı Gelişmiştir.
Uluslar Arası Sağlık teşvik etme Konferansı Sırasında Kabul Edilmiş; 21. Yüzyılda Sağlık teşvik etme Yönetimi; Jakarta Deklarasyonu, 1997	Sektörler Arası Birlikteliğin Önemi ve Güçlü Sağlık Gelişimi İçin Ortaklık Vurgulanmıştır.
Global Dünyada Sağlık teşvik etme İçin Bangkok Sözleşmesi, 2005	Sözleşme Global Dayanışma ve Birlikte Yapılanmanın Gerekliliğini Vurgulamaktan Öte; Yapıların Kapasitesine Güçlü Bir Şekilde Odaklanılmıştır.
STEH Dokümanları	
Sağlığı Teşvik Eden Hastane (STEH)ler Budapeşte Deklarasyonu (DSÖ 1991)	STEH'nın Kâğıt Üzerindeki İlk Politikası, Hedef Gruplar, Temel Prensipler ve Hareket Alanının Altı Çizilmiştir.
Sağlığı Teşvik Eden Hastane (STEH)ler Vienna Önerileri (1997)	Ulusal/Bölgesel Ağın Yapısına STEH Politikasını Adapte Etmiştir.
Kalite ve Kanıt- Kopenhag Gröne O., Garcia-Barbero M.(Eds.) (2005) DSÖ ABO	Kavramsal Uygulama Bilgisi ve STEH Üzerine Kanıtların Özetleri
Hastanelerde Sağlık Gelişimi İçin Standartlar (DSÖ 2004) ve Kendi Kendine Değerlendirme Ölçütleri (Groene 2006)	Kendi Kendine Değerlendirme Ölçütleri Değerlendirmeye İzin Verir ve Sürekli Şimdiki STEH Uygulamalarını Geliştirir.
STEH Politikasını Harekete Geçirmek: Sağlık Hizmeti ve Sağlık Teşvik Eden Hastane (STEH) Üzerine DSÖ CC'nin 18 STEH Ana Stratejisine Kâğıt Üzerinde Çalışma (2006)	Örnekleri ve Seçilmiş Kanıtları İçeren 18 STEH Ana Stratejisinin Arka Planını Anlatır.
Daha İyi STEH Servislerine Doğru. Halk Sağlığı İsveç Ulusal Enstitüsü, Stockholm 2006	Daha İyi Oryante Edilmiş Sağlık Servisi İçin İsveç Ulusal Hedefleri; Teorik Yaklaşım, Amaçlar ve Uygulama Örnekleri

2.2. DSÖ Dökümanlari

2.2.1. ALMA-ATA Bildirisi

1970’li yıllar, genel anlamda sağlık hizmetleri düzeyinin arzu edilenden düşük olduğu yıllar olarak hatırlanmaktadır. Özellikle 1973 yılından 1977 yılına kadar sağlık hizmetleri ve sağlık düzeyi arasındaki ilişki üzerinde yoğunlaşan yoğun tartışmalar söz konusudur. 1973 yılında, Dünya Sağlık Örgütü Yürütme Kurulu, sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin gerek nitelik, gerekse nicelik bakımından toplumun gelişmesinin gerisinde kaldığı sonucuna varmıştır. Hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkeler için geçerli olan bu tespitin ardından, DSÖ, durumun iyileştirilmesi için bir dizi karar almıştır. Bunlardan ilki bir takım hedeflerin belirlenmesi olmuştur. Bu amaçla 1977 yılında toplanan DSÖ 30. Genel Kurulu’nda belirlenen “herkese sağlık” hedeflerini belirlemiştir. (13)

Bundan yaklaşık bir yıl sonra, 6–12 Eylül 1978 tarihleri arasında, Kazakistan’ın Alma-Ata kentinde, Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansın toplanma amacı, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve millet ya da grup farkı gözetilmeksizin bütün insanların hizmetten yararlanma düzeyinin yükseltilmesine dönük çözüm yollarının araştırılmasıydı. Konferansın sonunda, 134 ülke ve 67 uluslararası örgüt temsilcisinin onay verdiği, uluslararası sağlık anlaşması niteliğindeki Alma-Ata Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirme, sağlık ve kalkınmada görevli olan tüm birimlerin yanı sıra tüm dünya toplumlarının, insanların sağlıklarının korunması ve daha iyi duruma getirilmesi konusunda üzerlerine düşen görevleri belirleyen bir öneriler paketidir.

Alma-Ata Bildirgesi’nde sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve bunun seviyesinin yükseltilmesinin sağlık sektörü için olduğu kadar diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörler için de önemli bir amaç olması gerektiği vurgulanmıştır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin arasında varolan sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin en yüksek derecesine ulaştığının kabulüyle, bunun tüm ülkelerin ortak sorunu olduğu noktasına dikkat çekilmiştir. Ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirmede ve dünya barışının korunmasında sağlığın rolü ortaya konarak, sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinin, toplumun ve bireyin hem hak, hem de görevi olduğu ifade edilmiştir.

Bildirge’de 2000 yılı sağlık düzeyi, bir hedef olarak belirlenmiş ve kalkınmanın bir parçası olarak bu hedefe ulaşmanın anahtarının da temel sağlık hizmeti olduğu vurgulanmıştır. Temel sağlık hizmetleri, Bildirge’nin VI. maddesinde “toplum içindeki faydaları, ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş ve pratik, bilimsel olarak uygun ve sosyal yönden yeterli metod ve teknoloji üzerine kurulmuş kilit sağlık hizmetleri” olarak tanımlanmış ve sonraki maddede de nitelikleri açıklanmıştır. Buna göre geleneksel tıbbi bakım anlayışı ile temel sağlık hizmetleri arasındaki farklar açıklık kazanmıştır.

Alma Ata Bildirgesi’nin yayınlanmasından bu yana ülkelerin sağlık düzeylerinde kayda değer iyileşmeler elde edilmiştir. Hastalıkların yapısında, demografik profillerde, temel risklerin önlenmesinde ve sosyo-ekonomik koşullarda büyük değişiklikler olmuştur.

Tüm hükümetler, temel sağlığı başlatmak ve yürütmek için gerekli ulusal politika, strateji ve çalışma planlarını yapmaya, bu amaç doğrultusunda i  ve dış kaynaklardan yeterince yararlanmaya  ağrılmışlardır. İ  kaynakların büyük bir kısmının silahlanma ve askeri anlaşmazlıklar  ğruna harcandığına dikkati çeken bildirge, silahsızlanma ve yumuşamanın bu kaynakların barışçı maksatlarla kullanılmasına olanak sağlayacağını vurgulayarak, temel sağlığın en önemli kısmını oluşturan sosyal ve ekonomik kalkınmanın hızlandırılmasının bu yolla mümkün olabileceğini ortaya koymuştur. (13)

2.2.2. Sağlığı Teşvik Etme İçin Ottawa Sözleşmesi, 1986

17–21 Kasım 1986 tarihleri arasında Kanada’nın Ottawa kentinde toplanan, 1. Uluslar arası STEH konferansının sonucunda Sağlığı teşvik etme Ottawa şartı yayımlanmıştır. (2)

Sağlığı Geliştirme

Sağlığı teşvik etme; kontrolü yüksek tutmak için insanları sağlığa teşvik etme sürecidir. Bireyler tam olarak fiziksel, mental, sosyal iyilik haline ulaşmayı; bireysel ya da grup olarak; istekleri fark etmeyi, gereksinimleri karşılamayı, çevreyi değiştirmek veya başa çıkmayı tanımlayabilmelidir. Sağlık; bu yüzden, günlük yaşamın bir hedefi değil, parçası olarak görülür. Sağlık, fiziksel kapasitelere ek olarak, sosyal ve kişisel kaynakları vurgulayan pozitif bir düşüncedir. Sağlık gelişimi, sadece sağlık sektörünü

sorumluluğunda değildir, ama sunduğu rahatlıkla sağlıklı yaşam tarzlarının ötesine gider. (1,2, 15)

Sağlık İçin Ön Koşullar

Bunlar; barış, barınma, eğitim, gelir, tutarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik olarak sıralanmıştır.

Sağlığı teşvik etme eyleminin amaçları:

SAVUN: Sağlığı destekleyerek, politik, ekonomik, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlığa yararlı kılınmasıdır.

KOLAYLAŞTIR: Varolan sağlık koşullarındaki farklılıkları gidermek ve tüm insanlara eşit olanaklar ve kaynaklar sağlamaktır.

ARACI OL: Ottawa Şartı'nda yer alan bir diğer amaç sağlığın geliştirilebilmesi için hükümetlerle, sağlık ve diğer sosyal ve ekonomik sektörleri, hükümet dışı organizasyonları, gönüllü organizasyonları, yerel yönetimleri, medyayı ortak bir payda da uzlaştırmaktır.

Sağlığı Teşvik Etme Hareketinin Anlamı

Ottawa şartı, sağlığı teşvik etme eylemindeki araçları; sağlıklı kamu politikası oluşturma, destekleyici çevreler oluşturma, toplum etkinliklerinin güçlendirilmesi, kişisel yeteneklerin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi olarak sıralamıştır.

Sağlıklı halk politikası oluşturma, daha güvenli ve sağlıklı mal ve hizmetler, daha sağlıklı halk hizmetleri ve daha temiz ve nezh çevre koşullarını oluşturmaya katkıda bulunması açısından önemli bir adım olarak görülmektedir.

Destekleyici çevreler oluşturma karşılıklı destek ve sürdürülebilirliğin sağlanması, yani bireylerin birbirlerine, toplumlarını ve doğal çevrelerini koruma görevlerini yerine getirmeleri doğrultusunda teşvikte bulunmaları anlamındadır.

Toplum eylemlerinin güçlendirilmesi, sağlığı teşvik etme sürecinin merkezinde, toplumu kendi çaba ve kaderlerine sahip çıkma ve bunları kontrol edebilme yönünde güçlendirme olarak tanımlanmıştır.

Kişisel yeteneklerin geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları adına, çevrelerinde daha fazla kontrole sahip olabilmeleri ve sağlığa yönelik seçimler yapabilmeleri için mevcut seçenekleri artırması bakımından sağlığı teşvik etmenin şartlarından biri olarak sayılmıştır. İnsanları geçirecekleri tüm dönemlere hazırlamak, onların kronik hastalık ve yaralanmalarla baş edebilmelerini sağlamak için öğrenim en temel koşul olarak varsayılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi başlığı altında profesyonel eğitimdeki değişiklikler kadar sağlık araştırmaları üzerinde ciddi şekilde durulması gerekliliği ifade edilmiştir.

2.2.3. Ljubljana Bildirgesi

Sağlık hizmetleri ile ilgili bir diğer bildirge olan Ljubljana Bildirgesi'nde ise şu temel ilkeler üzerinde durulmuştur: (16)

Sağlık reformları, insan onuru, hakkaniyet, dayanışma ve meslek ahlakı kurallarına dayandırılmalıdır.

Her önemli sağlık reformu, sağlığın kazanılması konusunda kesin hedeflerle ilişkilendirilmelidir. Sağlığın iyileştirilmesi ve korunması tüm toplumun temel ilgi alanı olmalıdır.

Sağlık reformları, demokratik süreç içinde vatandaşların sağlık ve sağlık hizmetlerinden beklentilerini hesaba katarak, ihtiyaçlarını göz önünde tutmalıdır. Bu düzenlemeler, planlanan ve yürütülen sağlık hizmetlerine, vatandaşları sesinin ve tercihinin kesin olarak yön vermesini sağlamalıdır. Vatandaşlar ayrıca kendi sağlıkları için sorumlulukları paylaşmalıdırlar.

Her sağlık reformu, maliyet-etkinliği dâhil olmak üzere, sunulan sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli geliştirilmesini amaçlamalı ve bunun için kesin bir stratejiyi de içermelidir.

Sağlık sistemlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara erişecek bir şekilde sunulmasına imkân vermelidir. Bu, herkesin gerekli olan sağlık hizmetlerine tüm nüfusu kapsayan bir şekilde ve hakkaniyet esnasında erişebilmesini gerektirir. Bu da, beraberinde sağlık kaynaklarının etkili kullanımını gerektirir.

Dayanışmayı sağlamak için hükümetler sağlık hizmeti sistemlerinin finansmanının düzenlenmesinde önemli bir rol üstlenmelidir.

Reformlar, felsefeleri birinci basamak sağlık hizmetleri olarak, her düzeyde sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi ve sağlığı korumayı, hayat kalitesini iyileştirmeyi, hastalıkları önlemeyi ve tedavi etmeyi, hastaların rehabilitasyonunu ve acı çeken ve ölümcül hastalara bakılmasını temin etmelidir.

Reformlar, sağlık hizmeti sunan ile hasta arasında ortak karar verme mekanizmasının kuvvetlendirilmesini ve hizmetin kapsamlı ve sürekli bir şekilde kendilerine özgü kültürel çevreleri içerisinde verilmesini sağlamalıdır.

2.2.4. Jakarta Bildirgesi

Jakarta Bildirgesi, Endonezya'nın başkenti Jakarta'da 21-25 Temmuz 1997 tarihinde düzenlenen, Sağlığı teşvik etme konulu dördüncü uluslararası konferansta kabul edilmiş ve imzalanmıştır. (6)

Jakarta Deklarasyonu'nda katılımcılar gelecek yüzyılda sağlığı teşvik etme için aşağıda başlıklarda yer alan bir eylem planı üzerinde anlaşmışlardır:

Sağlığı teşvik etmek ve iyi bir sağlık düzeyine sahip olmak değerli ve paha biçilemez bir yatırımdır.

Sağlık için ön koşullar vardır. Bunlar; barış, barınma, eğitim, sosyal güvenlik, beslenme, gelir düzeyi gibi birçok unsur sayılmıştır. Yoksulluk sağlık için en büyük tehdit olarak ifade edilmektedir.

Ottawa şartında belirtilen; sağlıklı halk politikası oluşturma, destekleyici çevreler yaratma, toplum eylemlerini güçlendirme ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme gibi başlıkların elde edilmesi sağlığın geliştirilmesinde temel teşkil etmektedir vurgusu yapılmaktadır.

Sağlıkla ilgili ortaya çıkan tehditlere karşı yeni eylem planları belirleme zorunluluğu söz konusudur.

Jakarta Deklarasyonu'nda 21. Yüzyılda Sağlığı Teşvik Etme Öncelikleri de vurgulanmıştır. Diğer bildirgelerden farklı olarak şu konular üzerinde de durulmuştur:

- Sağlığa yönelik sosyal sorumluluğun geliştirilmesi,
- Sağlığın gelişimi için yatırımların artırılması,
- Sağlık için ortaklıkların geliştirilmesi, sağlamlaştırılması ve sürdürülmesi,
- Toplumun kapasitesinin artırılması ve bireyin güçlendirilmesi,
- Sağlığın geliştirilmesi için gerekli olan alt yapının kurulması.

2.2.5. Bangkok Sağlığı Teşvik Etme Konferansı-Bangkok Sözleşmesi 2005

Amaç; sağlık ve sağlık eşitliğini geliştirmek, toplumlara ortak politikalarla güç vermek; global ve ulus gelişmesinin merkezinde olmaktır. (18)

Bangkok Sözleşmesi; Ottawa Sözleşmesi, Dünya Sağlık Örgütü'ne üye ülkelere global sağlık konferanslarının tavsiyelerinden güç alan değerler, prensipler ve eylem stratejileri üzerine kurulmuştur.

Bangkok Sözleşmesi; sağlık gelişimi için insanlara, gruplara ve organizasyonlara uzanır:

- **Bütün düzeylerde politikacılar ve hükümetler**
- **Sivil toplum**
- **Özel sektör**
- **Uluslar arası organizasyonlar**

Halk sağlığı topluluğu

Daha sağlıklı bir dünyaya doğru ilerleme; siyasal hareket, geniş katılım ve savunmayı gerektirir. Politikalar, herkesin karşısında tutarlı olmalıdır. Sağlığı teşvik etme için;

- Küreselleşme
- İşbirliği
- Sürdürülebilirlik
- Sağlık hakkı için savunuculuk
- Sağlığın belirleyicilerini etkileyecek altyapı, eylemleri planlamak, yatırım yapmak
- Sağlık bilgisi, araştırma, bilginin paylaşımı,
- Sağlığı teşvik etme uygulamaları, politika geliştirme konusunda kapasite geliştirmek
- Eşit sağlık koşullarına ulaşmak için yasal düzenlemeler
- Yerel ve uluslararası örgütlerle işbirliği

Esastır.

2.2.6. Çocuk Hakları Sözleşmesi

Çocuk Hakları Sözleşmesi

Çocuk Hakları Sözleşmesi, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilmiştir.

Bu Sözleşmeye Taraf Devletler,

1. Birleşmiş Milletler Andlaşmasında ilân edilen ilkeler uyarınca insanlık ailesinin tüm üyelerinin, doğuştan varlıklarına özgü bulunan haysiyetle birlikte eşit ve devredilemez haklara sahip olmalarının tanınmasının, dünyada özgürlük, adalet ve barışın temeli olduğunu düşünür.
2. Birleşmiş Milletler halklarının, insanın temel haklarına ve bireyin, insan olarak taşıdığı haysiyet ve değere olan kesin inançlarını Birleşmiş Milletler Andlaşmasında bir kez daha doğrulamış olduklarını ve daha geniş bir özgürlük ortamında toplumsal ilerleme ve daha iyi bir yaşam düzeyi sağlama yolundaki kararlılıklarını bilir.
3. Birleşmiş Milletlerin, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde ve Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmelerinde herkesin, bu metinlerde yer alan hak ve özgürlüklerden ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka görüş, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, doğuştan veya başka durumdan kaynaklanan ayrımlar dahil, hiçbir ayırım gözetilmeksizin yararlanma hakkına sahip olduklarını benimsediklerini ve ilân ettiklerini kabul eder.
4. Uluslararası İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde, Birleşmiş Milletlerin, çocukların özel ilgi ve yardıma hakkı olduğunu ilân ettiğini bilir.
5. Toplumun temel birimi olan ve tüm üyelerinin ve özellikle çocukların gelişmeleri ve esenlikleri için doğal ortamı oluşturan ailenin toplum içinde kendisinden beklenen sorumlulukları tam olarak yerine getirebilmesi için gerekli koruma ve yardımı görmesinin zorunluluğuna inanır.
6. Çocuğun kişiliğinin tam ve uyumlu olarak gelişebilmesi için mutluluk, sevgi ve anlayış havasının içindeki bir aile ortamında yetişmesinin gerekliliğini kabul eder.
7. Çocuğun toplumda bireysel bir yaşantı sürdürebilmesi için her yönüyle hazırlanmasının ve Birleşmiş Milletler Andlaşmasında ilân edilen ülkeler ve özellikle barış, değerbilirlik, hoşgörü, özgürlük, eşitlik ve dayanışma ruhuyla yetiştirilmesinin gerekliliğini gözönünde bulundurur.

8. Çocuğa özel bir ilgi gösterme gerekliliğinin, 1924 tarihli, Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi'nde ve 20 Kasım 1959 tarihinde Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Kurulunca kabul edilen Çocuk Hakları Bildirisi'nde belirtildiğini ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde, Medeni ve Siyasi Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nde (özellikle 23 ve 24'üncü maddelerinde) ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'de (özellikle 10'uncu maddesinde) ve çocukların esenliği ile ilgili uzman kuruluşların ve uluslararası örgütlerin kurucu ve ilgili belgelerinde tanındığını bilir.
9. Çocuk Hakları Bildirisi'nde de belirtildiği gibi çocuğun gerek bedensel gerek zihinsel bakımdan tam erginliğe ulaşmamış olması nedeniyle doğum sonrasında olduğu kadar, doğum öncesinde de uygun yasal korumayı da içeren özel güvence ve koruma gereksiniminin bulunduğunu bilir.

Madde 1

1. Bu Sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.

Madde 2

1. Taraf Devletler, bu Sözleşme'de yazılı olan hakları kendi yetkileri altında bulunan her çocuğa, kendilerinin, ana-babalarının veya yasal vasilerinin sahip oldukları, ırk, renk, cinsiyet, dil, siyasal ya da başka düşünceler, ulusal, etnik ve sosyal köken, mülkiyet, sakatlık, doğuş ve diğer statüler nedeniyle hiçbir ayırım gözetmeksizin tanır ve taahhüt ederler.
2. Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının, yasal vasilerinin veya ailesinin öteki üyelerinin durumları, faaliyetleri, açıklanan düşünceleri veya inançları nedeniyle her türlü ayırıma veya cezaya tâbi tutulmasına karşı etkili biçimde korunması için gerekli tüm uygun önlemleri alırlar.

Madde 3

1. Kamusal ya da özel sosyal yardım kuruluşları, mahkemeler, idari makamlar veya yasama organları tarafından yapılan ve çocukları ilgilendiren bütün faaliyetlerde, çocuğun yararı temel düşüncedir.
2. Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının, vasilerinin ya da kendisinden hukuken sorumlu olan diğer kişilerin hak ve ödevlerini de gözönünde tutarak, esenliği için gerekli bakım ve korumayı sağlamayı üstlenirler ve bu amaçla tüm uygun yasal ve idari önlemleri alırlar.

3. Taraf Devletler, çocukların bakımı veya korunmasından sorumlu kurumların, hizmet ve faaliyetlerin özellikle güvenlik, sağlık, personel sayısı ve uygunluğu ve yönetimin yeterliliği açısından, yetkili makamlarca konulan ölçülere uymalarını taahhüt ederler.

Madde 4

1. Taraf Devletler, bu Sözleşme’de tanınan hakların uygulanması amacıyla gereken her türlü yasal, idari ve diğer önlemleri alırlar.
2. Ekonomik, sosyal ve kültürel haklara ilişkin olarak, Taraf Devletler eldeki kaynaklarını olabildiğince geniş tutarak, gerekirse uluslararası işbirliği çerçevesinde bu tür önlemler alırlar.

Madde 5

1. Taraf Devletler, bu Sözleşme’nin çocuğa tanıdığı haklar doğrultusunda çocuğun yeteneklerinin geliştirilmesi ile uyumlu olarak, çocuğa yol gösterme ve onu yönlendirme konusunda ana–babanın, yerel gelenekler öngörüyorsa uzak aile veya toplum üyelerinin, yasal vasilerinin veya çocuktan hukuken sorumlu öteki kişilerin sorumluluklarına, haklarına ve ödevlerine saygı gösterirler.

Madde 6

1. Taraf Devletler, her çocuğun temel yaşama hakkına sahip olduğunu kabul ederler.
2. Taraf Devletler, çocuğun hayatta kalması ve gelişmesi için mümkün olan azami çabayı gösterirler.

Madde 7

1. Çocuk doğumdan hemen sonra derhal nüfus kütüğüne kaydedilecek ve doğumdan itibaren bir isim hakkına, bir vatandaşlık kazanma hakkına ve mümkün olduğu ölçüde ana–babasını bilme ve onlar tarafından bakılma hakkına sahip olacaktır.
2. Taraf Devletler, özellikle çocuğun tabiiyetsiz kalması sözkonusu olduğunda kendi ulusal hukuklarına ve ilgili uluslararası belgeler çerçevesinde üstlendikleri yükümlülüklerine uygun olarak bu hakların işlerlik kazanmasını taahhüt ederler.

Madde 8

1. Taraf Devletler, yasanın tanıdığı şekliyle çocuğun kimliğini; tabiiyeti, ismi ve aile bağları dahil, koruma hakkına saygı göstermeyi ve bu konuda yasa dışı müdahalelerde bulunmamayı taahhüt ederler.

2. Çocuğun kimliğinin unsurlarının bazılarında veya tümünden yasaya aykırı olarak yoksun bırakılması halinde, Taraf Devletler çocuğun kimliğine süratle yeniden kavuşturulması amacıyla gerekli yardım ve korumada bulunurlar.

Madde 9

1. Yetkili makamlar uygulanabilir yasa ve usullere göre ve temyiz yolu açık olarak, ayrılığın çocuğun yüksek yararına olduğu yolunda karar vermedikçe, Taraf Devletler, çocuğun; ana-babasından, onların rızası dışında ayrılmamasını güvence altına alırlar. Ancak, ana-babası tarafından çocuğun kötü muameleye maruz bırakılması ya da ihmâl edilmesi durumlarında ya da ana-babanın birbirinden ayrı yaşaması nedeniyle çocuğun ikametgâhının belirlenmesi amacıyla karara varılması gerektiğinde, bu tür bir ayrılık kararı verilebilir.
2. Bu maddenin birinci fıkrası uyarınca girilen her işlemde, ilgili bütün taraflara işleme katılma ve görüşlerini bildirme olanağı tanınır.
3. Taraf Devletler, ana-babasından veya bunlardan birinden ayrılmasına karar verilen çocuğun, kendi yüksek yararına aykırı olmadıkça, anababanın ikisiyle de düzenli bir biçimde kişisel ilişki kurma ve doğrudan görüşme hakkına saygı gösterirler.
4. Böyle bir ayrılık, bir Taraf Devlet tarafından girilen ve çocuğun kendisinin ana veya babasının veya her ikisinin birden tutuklanmasını, hapsini, sürgün, sınır dışı edilmesini veya ölümünü (ki buna devletin gözetimi altında iken nedeni ne olursa olsun meydana gelen ölüm dahildir) tevlit eden herhangi benzer bir işlem sonucu olmuşsa, bu Taraf Devlet, istek üzerine ve çocuğun esenliğine zarar vermemek koşulu ile; ana-babaya, çocuğa veya uygun olursa, ailenin bir başka üyesine, sözkonusu aile bireyinin ya da bireylerinin bulunduğu yer hakkında gereken bilgiyi verecektir. Taraf Devletler, böyle bir istemin başlı başına sunulmasının ilgili kişi veya kişiler bakımından aleyhe hiç bir sonuç yaratmamasını ayrıca taahhüt ederler.

Madde 10

1. 9'uncu Maddenin 1'inci fıkrası uyarınca Taraf Devletlere düşen sorumluluğa uygun olarak, çocuk veya ana-babası tarafından, ailenin birleşmesi amaçlarıyla yapılan bir Taraf Devlet ülkesine girme ya da onu terketme konusundaki her başvuru, Taraf Devletlerce olumlu, insani ve ivedi bir tutumla ele alınacaktır. Taraf Devletler, bu tür bir başvuru yapılmasının başvuru sahipleri veya aile üyeleri aleyhine sonuçlar yaratmamasını taahhüt ederler.

2. Ana-babası, ayrı devletlerde oturan bir çocuk olağanüstü durumlar hariç, hem ana hem de babası ile düzenli biçimde kişisel ilişkiler kurma ve doğrudan görüşme hakkına sahiptir. Bu nedenle ve 9 uncu maddenin 1 inci fıkrasına göre Taraf Devletlere düşen sorumluluğa uygun olarak, Taraf Devletler çocuğun ve ana-babasının Taraf Devletlerin ülkeleri dahil herhangi bir ülkeyi terketmeye ve kendi ülkelerine dönme hakkına saygı gösterirler. Herhangi bir ülkeyi terketme hakkı, yalnızca yasada öngörüldüğü gibi ve ulusal güvenliği, kamu düzenini, kamu sağlığı ve ahlak veya başkalarının hak ve özgürlüklerini korumak amacı ile ve işbu Sözleşme ile tanınan öteki haklarla bağdaştığı ölçüde kısıtlamalara konu olabilir.

Madde 11

1. Taraf Devletler, çocukların yasadışı yollarla ülke dışına çıkarılıp geri döndürülmemesi halleriyle mücadele için önlemler alırlar.
2. Bu amaçla Taraf Devletler iki ya da çok taraflı anlaşmalar yapılmasını ya da mevcut anlaşmalara katılmayı teşvik ederler.

Madde 12

1. Taraf Devletler, görüşlerini oluşturma yeteneğine sahip çocuğun kendini ilgilendiren her konuda görüşlerini serbestçe ifade etme hakkını bu görüşlere çocuğun yaşı ve olgunluk derecesine uygun olarak, gereken özen gösterilmek suretiyle tanırlar.
2. Bu amaçla, çocuğu etkileyen herhangi bir adli veya idari kovuşturmada çocuğun ya doğrudan doğruya veya bir temsilci ya da uygun bir makam yoluyla dinlenilmesi fırsatı, ulusal yasanın usule ilişkin kurallarına uygun olarak çocuğa, özellikle sağlanacaktır.

Madde 13

1. Çocuk, düşüncesini özgürce açıklama hakkına sahiptir; bu hak, ülke sınırlarına bağlı olmaksızın; yazılı, sözlü, basılı, sanatsal biçimde veya çocuğun seçeceği başka bir araçla her türlü haber ve düşüncelerin araştırılması, elde edilmesi ve verilmesi özgürlüğünü içerir.
2. Bu hakkın kullanılması yalnızca:
3. Başkasının haklarına ve itibarına saygı;
4. Milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu sağlığı ve ahlakın korunması nedenleriyle ve kanun tarafından öngörülmek ve gerekli olmak kaydıyla yapılan sınırlamalara konu olabilir.

Madde 14

1. Taraf Devletler, çocuğun düşünce, vicdan ve din özgürlükleri hakkına saygı gösterirler.
2. Taraf Devletler, ana-babanın ve gerekiyorsa yasal vasilerin; çocuğun yeteneklerinin gelişmesiyle bağdaşır biçimde haklarının kullanılmasında çocuğa yol gösterme konusundaki hak ve ödevlerine, saygı gösterirler.
3. Bir kimsenin dinini ve inançlarını açıklama özgürlüğü kanunla öngörülme ve gerekli olmak kaydıyla yalnızca kamu güvenliği, düzeni, sağlık ya da ahlâki ya da başkalarının temel hakları ve özgürlüklerini korumak gibi amaçlarla sınırlandırılabilir.

Madde 15

1. Taraf Devletler, çocuğun dernek kurma ve barış içinde toplanma özgürlüklerine ilişkin haklarını kabul ederler.
2. Bu hakların kullanılması, ancak yasayla zorunlu kılınan ve demokratik bir toplumda gerekli olan ulusal güvenlik, kamu güvenliği, kamu düzeni yararına olarak ya da kamu sağlığı ve ahlâkın ya da başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması amaçlarıyla yapılan sınırlamalardan başkalarıyla kısıtlandırılamaz.

Madde 16

1. Hiçbir çocuğun özel yaşantısına, aile, konut ve iletişimine keyfi ya da haksız bir biçimde müdahale yapılamayacağı gibi, onur ve itibarına da haksız olarak saldırılamaz.
2. Çocuğun bu tür müdahale ve saldırılara karşı yasa tarafından korunmaya hakkı vardır.

Madde 17

1. Taraf Devletler, kitle iletişim araçlarının önemini kabul ederek çocuğun; özellikle toplumsal, ruhsal ve ahlâki esenliği ile bedensel ve zihinsel sağlığını geliştirmeye yönelik çeşitli ulusal ve uluslararası kaynaklardan bilgi ve belge edinmesini sağlarlar. Bu amaçla Taraf Devletler:
2. Kitle iletişim araçlarını çocuk bakımından toplumsal ve kültürel yararı olan ve 29 uncu maddenin ruhuna uygun bilgi ve belgeyi yaymak için teşvik ederler;
3. Çeşitli kültürel, ulusal ve uluslararası kaynaklardan gelen bu türde bilgi ve belgelerin üretimi, değişimi ve yayımı amacıyla uluslararası işbirliğini teşvik ederler;

4. Çocuk kitaplarının üretimini ve yayılmasını teşvik ederler;
5. Kitle iletişim araçlarını azınlık grubu veya bir yerli ahaliye mensup çocukların dil gereksinimlerine özel önem göstermeleri konusunda teşvik ederler;
6. 13 ve 18'inci maddelerde yeralan kurallar gözönünde tutularak çocuğun esenliğine zarar verebilecek bilgi ve belgelere karşı korunması için uygun yönlendirici ilkeler geliştirilmesini teşvik ederler.

Madde 18

1. Taraf Devletler, çocuğun yetiştirilmesinde ve gelişmesinin sağlanmasında ana-babanın birlikte sorumluluk taşıdıkları ilkesinin tanınması için her türlü çabayı gösterirler. Çocuğun yetiştirilmesi ve geliştirilmesi sorumluluğu ilk önce ana-babaya ya da durum gerektiriyorsa yasal vasilere düşer. Bu kişiler herşeyden önce çocuğun yüksek yararını gözönünde tutarak hareket ederler.
2. Bu Sözleşme'de belirtilen hakların güvence altına alınması ve geliştirilmesi için Taraf Devletler, çocuğun yetiştirilmesi konusundaki sorumluluklarını kullanmada ana-baba ve yasal vasilerin durumlarına uygun yardım yapar ve çocukların bakımı ile görevli kuruluşların, faaliyetlerin ve hizmetlerin gelişmesini sağlarlar.
3. Taraf Devletler, çalışan ana-babanın, çocuk bakım hizmet ve tesislerinden, çocuklarının da bu hizmet ve tesislerden yararlanma hakkını sağlamak için uygun olan her türlü önlemi alırlar.

Madde 19

1. Bu Sözleşme'ye Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkâr muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar.
2. Bu tür koruyucu önlemler; burada tanımlanmış olan çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başkaca yöntemleri ve uygun olduğu takdirde adliyenin işe el koyması olduğu kadar durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere, gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir.

Madde 20

1. Geçici ve sürekli olarak aile çevresinden yoksun kalan veya kendi yararına olarak bu ortamda bırakılması kabul edilmeyen her çocuk, Devletten özel koruma ve yardım görme hakkına sahip olacaktır.
2. Taraf Devletler bu durumdaki bir çocuk için kendi ulusal yasalarına göre, uygun olan bakımı sağlayacaklardır.
3. Bu tür bakım, başkaca benzerleri yanında. bakıcı aile yanına verme, İslâm Hukukunda kefalet (kafalah), evlât edinme ya da gerekiyorsa çocuk bakımı amacı güden uygun kuruluşlara yerleştirmeyi de içerir. Çözümler düşünülürken, çocuğun yetiştirilmesinde sürekliliğin korunmasına ve çocuğun etnik, dinsel, kültürel ve dil kimliğine gereken saygı gösterilecektir.

Madde 21

1. Evlât edinme sistemini kabul eden ve/veya buna izin veren Taraf Devletler, çocuğun en yüksek yararlarının temel düşünce olduğunu kabul edecek ve aşağıdaki ilkeleri gerçekleştireceklerdir:
2. Bir çocuğun evlât edinilmesine ancak yetkili makam karar verir. Bu makam uygulanabilir yasa ve usullere göre ve güvenilir tüm bilgilerin ışığında; çocuğun, ana-babası, yakınları ve yasal vasisine göre durumunu gözönüne alarak ve gereken durumlarda tüm ilgililerle yapılacak görüşme sonucu onların da evlât edinme konusundaki onaylarını alma zorunluluğuna uyarak, kararını verir;
3. Çocuğun kendi ülkesinde elverişli biçimde bakılması mümkün olmadığı veya evlât edinecek veya yanına yerleştirilecek aile bulunmadığı taktirde, ülkelerarası evlât edinmenin çocuk bakımından uygun bir çözüm olduğunu kabul ederler;
4. Başka bir ülkede evlât edinilmesi düşünülen çocuğun, kendi ülkesinde mevcut evlât edinme durumuyla eşdeğer olan güvence ve ölçülerden yararlanmasını sağlarlar;
5. Ülkelerarası evlât edinmede, yerleştirmenin ilgililer bakımından yasadışı para kazanma konusu olmaması için gereken bütün önlemleri alırlar;
6. Bu maddedeki amaçları, uygun olduğu ölçüde, ikili ya da çok taraflı düzenleme veya anlaşmalarla teşvik ederler ve bu çerçevede, çocuğun başka bir ülkede yerleştirilmesinin yetkili makam veya organlar tarafından yürütülmesini güvenceye almak için çaba gösterirler.

Madde 22

1. Taraf Devletler, ister tek başına olsun isterse ana-babası veya herhangi bir başka kimse ile birlikte bulunsun, mülteci statüsü kazanmaya çalışan ya da uluslararası veya iç hukuk kural ve usulleri uyarınca mülteci sayılan bir çocuğun, bu Sözleşmede ve insan haklarına veya insani konulara ilişkin ve sözkonusu Devletlerin taraf oldukları diğer Uluslararası Sözleşmelerde tanınan ve bu duruma uygulanabilir nitelikte bulunan hakları kullanması amacıyla koruma ve insani yardımdan yararlanması için gerekli bütün önlemleri alırlar.
2. Bu nedenle, Taraf Devletler, uygun gördükleri ölçüde, Birleşmiş Milletler Teşkilatı ve onunla işbirliği yapan hükümetlerarası ve hükümetdışı yetkili başka kuruluşlarla bu durumda olan bir çocuğu korumak, ona yardım etmek, herhangi bir mülteci çocuğun ailesi ile yeniden biraraya gelebilmesi için ana-babası veya ailesinin başka üyeleri hakkında bilgi toplamak amacıyla işbirliğinde bulunurlar. Herhangi bir nedenle kendi aile çevresinden sürekli ya da geçici olarak ayrı düşmüş bir çocuğa bu Sözleşmeye göre tanınan koruma, aynı esaslar içinde, ana-babası ya da ailesinin başkaca üyelerinden hiçbirisi bulunmayan çocuğa da tanınacaktır.

Madde 23

1. Taraf Devletler zihinsel ya da bedensel özürlü çocukların saygınlıklarını güvence altına alan, özgüvenlerini geliştiren ve toplumsal yaşama etkin biçimde katılmalarını kolaylaştıran şartlar altında eksiksiz bir yaşama sahip olmalarını kabul ederler.
2. Taraf Devletler, özürlü çocukların özel bakımdan yararlanma hakkını tanırlar ve eldeki kaynakların yeterliliği ölçüsünde ve yapılan başvuru üzerine, yardımdan yararlanabilecek durumda olan çocuğa ve onun bakımından sorumlu olanlara, çocuğun durumu ve ana-babanın veya çocuğa bakanların içinde bulundukları koşullara uygun düşecek yardımın yapılmasını teşvik ve taahhüt ederler.
3. Özürlü çocuğun, özel bakıma gereksinimi olduğu bilincinden hareketle bu maddenin 2'nci fıkrası uyarınca yapılması öngörülen yardım, çocuğun ana-babasının ya da çocuğa bakanların parasal (mali) durumları gözönüne alınarak, olanaklar ölçüsünde ücretsiz sağlanır. Bu yardım; özürlü çocuğun eğitimi, meslek eğitimi, tıbbi bakım hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, bir işte çalışabilecek duruma getirme hazırlık programları ve dinlenme/eğlenme olanaklarından etkin olarak yararlanmasını sağlamak üzere düzenlenir ve çocuğun en eksiksiz biçimde

toplumla bütünleşmesi yanında, kültürel ve ruhsal yönü dahil bireysel gelişmesini gerçekleştirme amacını güder.

4. Taraf Devletler, uluslararası işbirliği ruhu içinde, özürlü çocukların koruyucu sıhhi bakımı, tıbbi, psikolojik ve işlevsel tedavileri alanlarına ilişkin gerekli bilgilerin alışverişi yanında, rehabilitasyon, eğitim ve mesleki eğitim hizmetlerine ilişkin yöntemlerin bilgilerini de içerecek şekilde ve Taraf Devletlerin bu alanlardaki güçlerini, anlayışlarını geliştirmek ve deneyimlerini zenginleştirmek amacıyla bilgi dağıtımını ve bu bilgiden yararlanmayı teşvik ederler. Bu bakımdan, gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri, özellikle gözönüne alınır.

Madde 24

1. Taraf Devletler, çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkını tanırlar. Taraf Devletler, hiçbir çocuğun bu tür tıbbi bakım hizmetlerinden yararlanma hakkından yoksun bırakılmamasını güvence altına almak için çaba gösterirler.
2. Taraf Devletler, bu hakkın tam olarak uygulanmasını takip ederler ve özellikle:
3. Bebek ve çocuk ölüm oranlarının düşürülmesi;
4. Bütün çocuklara gerekli tıbbi yardımın ve tıbbi bakımın; temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilerek sağlanması;
5. Temel sağlık hizmetleri çerçevesinde ve başka olanakların yanısıra, kolayca bulunabilen tekniklerin kullanılması ve besleyici yiyecekler ve temiz içme suyu sağlanması yoluyla ve çevre kirlenmesinin tehlike ve zararlarını gözönüne alarak, hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı mücadele edilmesi;
6. Anneye doğum öncesi ve sonrası uygun bakımın sağlanması;
7. Bütün toplum kesimlerinin özellikle ana-babalar ve çocukların, çocuk sağlığı ve beslenmesi, anne sütü ile beslenmenin yararları, toplum ve çevre sağlığı ve kazaların önlenmesi konusunda temel bilgileri elde etmeleri ve bu bilgileri kullanmalarına yardımcı olunması;
8. Koruyucu sağlık bakımlarının, ana-babaya rehberliğini, aile planlanması eğitimi ve hizmetlerinin geliştirilmesi; amaçlarıyla uygun önlemleri alırlar.
9. Taraf Devletler, çocukların sağlığı için zararlı geleneksel uygulamaların kaldırılması amacıyla uygun ve etkili her türlü önlemi alırlar.
10. Taraf Devletler, bu maddede tanınan hakkın tam olarak gerçekleştirilmesini tedricen sağlamak amacıyla uluslararası işbirliğinin geliştirilmesi ve teşviki

konusunda karşılıklı olarak söz verirler. Bu konuda gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri özellikle gözönünde tutulur.

Madde 25

1. Taraf Devletler, yetkili makamlarca korunma ve bakım altına alma, bedensel ya da ruhsal tedavi amaçlarıyla hakkında bir yerleştirme tedbiri uygulanan çocuğun, gördüğü tedaviyi ve yerleştirilmesine bağlı diğer tüm şartları belli aralıklarla gözden geçirme hakkına sahip olduğunu kabul ederler.

Madde 26

2. Taraf Devletler, her çocuğun, sosyal sigorta dahil, sosyal güvenlikten yararlanma hakkını tanır ve bu hakkın tam olarak gerçekleşmesini sağlamak için ulusal hukuklarına uygun, gerekli önlemleri alırlar.
3. Sosyal Güvenlik, çocuğun ve çocuğun bakımından sorumlu olanların kaynakları ve koşulları gözönüne alınarak ve çocuk tarafından ya da onun adına yapılan sosyal güvenlikten yararlanma başvurusuna ilişkin başkaca durumlar da gözönünde tutularak sağlanır.

Madde 27

1. Taraf Devletler, her çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâksal ve toplumsal gelişmesini sağlayacak yeterli bir hayat seviyesine hakkı olduğunu kabul ederler.
2. Çocuğun gelişmesi için gerekli hayat şartlarının sağlanması sorumluluğu; sahip oldukları imkânlar ve mali güçleri çerçevesinde öncelikle çocuğun ana-babasına veya çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilere düşer.
3. Taraf Devletler, ulusal durumlarına göre ve olanakları ölçüsünde, anababaya ve çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilere, çocuğun bu hakkının uygulanmasında yardımcı olmak amacıyla gerekli önlemleri alır ve gereksinim olduğu takdirde özellikle beslenme, giyim ve barınma konularında maddi yardım ve destek programları uygulatırlar.
4. Taraf Devletler, Taraf Devlet ülkesinde veya başka ülkede bulunsun; ana-babası veya çocuğa karşı mali sorumluluğu bulunan diğer kişiler tarafından, çocuğun bakım giderlerinin karşılanmasını sağlamak amacıyla her türlü uygun önlemi alırlar. Özellikle çocuğa karşı mali sorumluluğu olan kişinin, çocuğun ülkesinden başka bir ülkede yaşaması halinde, Taraf Devletler bu konuya ilişkin uluslararası anlaşmalara katılmayı veya bu tür anlaşmalar akdinin yanısıra başkaca uygun düzenlemelerin yapılmasını teşvik ederler.

Madde 28

1. Taraf Devletler, çocuğun eğitim hakkını kabul ederler ve bu hakkın fırsat eşitliği temeli üzerinde tedricen gerçekleştirilmesi görüşüyle özellikle:
2. İlköğretimi herkes için zorunlu ve parasız hale getirirler;
3. Ortaöğretim sistemlerinin genel olduğu kadar mesleki nitelikte de olmak üzere çeşitli biçimlerde örgütlenmesini teşvik ederler ve bunların tüm çocuklara açık olmasını sağlarlar ve gerekli durumlarda mali yardım yapılması ve öğretimi parasız kılmak gibi uygun önlemleri alırlar;
4. Uygun bütün araçları kullanarak, yüksek öğretimi yetenekleri doğrultusunda herkese açık hale getirirler;
5. Eğitim ve meslek seçimine ilişkin bilgi ve rehberliği bütün çocuklar için elde edilir hale getirirler;
6. Okullarda düzenli biçimde devamın sağlanması ve okulu terketme oranlarının düşürülmesi için önlem alırlar.
7. Taraf Devletler, okul disiplininin çocuğun insan olarak taşıdığı saygınlıkla bağdaşır biçimde ve bu Sözleşme'ye uygun olarak yürütülmesinin sağlanması amacıyla gerekli olan tüm önlemleri alırlar.
8. Taraf Devletler eğitim alanında, özellikle cehaletin ve okuma yazma bilmemenin dünyadan kaldırılmasına katkıda bulunmak ve çağdaş eğitim yöntemlerine ve bilimsel ve teknik bilgilere sahip olunmasını kolaylaştırmak amacıyla uluslararası işbirliğini güçlendirir ve teşvik ederler. Bu konuda, gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri özellikle gözönünde tutulur.

Madde 29

1. Taraf Devletler çocuk eğitiminin aşağıdaki amaçlara yönelik olmasını kabul ederler:
2. Çocuğun kişiliğinin, yeteneklerinin, zihinsel ve bedensel yeteneklerinin mümkün olduğunca geliştirilmesi;
3. İnsan haklarına ve temel özgürlüklere, Birleşmiş Milletler Andlaşmasında benimsenen ilkelere saygısının geliştirilmesi;
4. Çocuğun ana-babasına, kültürel kimliğine, dil ve değerlerine, çocuğun yaşadığı veya geldiği menşe ülkenin ulusal değerlerine ve kendisinininkinden farklı uygarlıklara saygısının geliştirilmesi;

5. Çocuğun, anlayışı, barış, hoşgörü, cinsler arası eşitlik ve ister etnik, ister ulusal, ister dini gruplardan, isterse yerli halktan olsun, tüm insanlar arasında dostluk ruhuyla, özgür bir toplumda, yaşantıyı, sorumlulukla üstlenecek şekilde hazırlanması;
6. Doğal çevreye saygısının geliştirilmesi.
7. Bu maddenin veya 28'inci maddenin hiçbir hükmü gerçek ve tüzel kişilerin öğretim kurumları kurmak ve yönetmek özgürlüğüne, bu maddenin 1 inci fıkrasında belirtilen ilkelere saygı gösterilmesi ve bu kurumlarda yapılan eğitimin Devlet tarafından konulmuş olan asgari kurallara uygun olması koşuluyla, aykırı sayılacak biçimde yorumlanmayacaktır.

Madde 30

1. Soya, dine ya da dile dayalı azınlıkların ya da yerli halkların varolduğu Devletlerde, böyle bir azınlığa mensup olan ya da yerli halktan olan çocuk, ait olduğu azınlık topluluğunun diğer üyeleri ile birlikte kendi kültüründen yararlanma, kendi dinine inanma ve uygulama ve kendi dilini kullanma hakkından yoksun bırakılamaz.

Madde 31

2. Taraf Devletler çocuğun dinlenme, boş zaman değerlendirme, oynama ve yaşına uygun eğlence (etkinliklerinde) bulunma ve kültürel ve sanatsal yaşama serbestçe katılma hakkını tanırlar.
3. Taraf Devletler, çocuğun kültürel ve sanatsal yaşama tam olarak katılma hakkını saygı duyarak tanırlar ve özendirirler ve çocuklar için, boş zamanı değerlendirmeye, dinlenmeye, sanata ve kültüre ilişkin (etkinlikler) konusunda uygun ve eşit fırsatların sağlanmasını teşvik ederler.

Madde 32

1. Taraf Devletler, çocuğun, ekonomik sömürüye ve her türlü tehlikeli işte ya da eğitime zarar verecek ya da sağlığı veya bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâksal ya da toplumsal gelişmesi için zararlı olabilecek nitelikte çalıştırılmasına karşı korunma hakkını kabul ederler.
2. Taraf Devletler, bu maddenin uygulamaya konulmasını sağlamak için yasal, idari, toplumsal ve eğitsel her önlemini alırlar. Bu amaçlar ve öteki uluslararası belgelerin ilgili hükümleri gözönünde tutularak, Taraf Devletler özellikle şu önlemleri alırlar:
3. İşe kabul için bir ya da birden çok asgari yaş sınırı tesbit ederler;
4. Çalışmanın saat olarak süresi ve koşullarına ilişkin uygun düzenlemeleri yaparlar.

5. Bu maddenin etkili biçimde uygulanmasını sağlamak için ceza veya başka uygun yaptırımlar öngörürler.

Madde 33

1. Taraf Devletler, çocukların uluslararası anlaşmalarda tanımladığı biçimde uyuşturucu ve psikotrop maddelerin yasadışı kullanımına karşı korunması ve çocukların bu tür maddelerin yasadışı üretimi ve kaçakçılığı alanında kullanılmasını önlemek amacıyla, yasal, sosyal ve eğitsel niteliktekiler de dahil olmak üzere, her türlü uygun önlemleri alırlar.

Madde 34

2. Taraf Devletler, çocuğu, her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla Taraf Devletler özellikle:
3. Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını;
4. Çocukların, fuhuş, ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurularak sömürülmesini;
5. Çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemede kullanılarak sömürülmesini, önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili ile çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar.

Madde 35

1. Taraf Devletler, her ne nedenle ve hangi biçimde olursa olsun, çocukların kaçırılmaları, satılmaları veya fuhuşa konu olmalarını önlemek için ulusal düzeyde ve ikili ve çok yanlı ilişkilerde gereken her türlü önlemleri alırlar.

Madde 36

Taraf Devletler, esenliğine herhangi bir biçimde zarar verebilecek başka her türlü sömürüye karşı çocuğu korurlar.

Madde 37

Taraf Devletler aşağıdaki hususları sağlarlar:

2. Hiçbir çocuk, işkence veya diğer zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve cezaya tâbi tutulmayacaktır. Onsekiz yaşından küçük olanlara, işledikleri suçlar nedeniyle idam cezası verilemeyeceği gibi salıverilme koşulu bulunmayan ömür boyu hapis cezası da verilmeyecektir.
3. Hiçbir çocuk yasadışı ya da keyfi biçimde özgürlüğünden yoksun bırakılmayacaktır. Bir çocuğun tutuklanması, alıkonulması veya hapsi yasa gereği

olacak ve ancak en son başvurulacak bir önlem olarak düşünülüp, uygun olabilecek en kısa süre ile sınırlı tutulacaktır.

4. Özgürlüğünden yoksun bırakılan her çocuğa insancıl biçimde ve insan kişiliğinin özünde bulunan saygınlık ve kendi yaşındaki kişilerin gereksinimleri gözönünde tutularak davranılacaktır. Özgürlüğünden yoksun olan her çocuk, kendi yüksek yararı aksini gerektirmedikçe, özellikle yetişkinlerden ayrı tutulacak ve olağanüstü durumlar dışında ailesi ile yazışma ve görüşme yoluyla ilişki kurma hakkına sahip olacaktır.
5. Özgürlüğünden yoksun bırakılan her çocuk, kısa zamanda yasal ve uygun olan diğer yardımlardan yararlanma hakkına sahip olacağı gibi özgürlüğünden yoksun bırakılmasının yasaya aykırılığını bir mahkeme veya diğer yetkili, bağımsız ve tarafsız makam önünde iddia etme ve böylesi bir işlemle ilgili olarak ivedi karar verilmesini isteme hakkına da sahip olacaktır.

Madde 38

1. Taraf Devletler, silahlı çatışma halinde kendilerine uygulanabilir olan uluslararası hukukun, çocukları da kapsayan insani kurallarına uymak ve uyulmasını sağlamak yükümlülüğünü üstlenirler.
2. Taraf Devletler, onbeş yaşından küçüklerin çatışmalara doğrudan katılmaması için uygun olan bütün önlemleri alırlar.
3. Taraf Devletler, özellikle onbeş yaşına gelmemiş çocukları askere almaktan kaçınırlar. Taraf Devletler, onbeş ile onsekiz yaş arasındaki çocukların silah altına alınmaları gereken durumlarda, önceliği yaşça büyük olanlara vermek için çaba gösterirler.
4. Silahlı çatışmalarda sivil halkın korunmasına ilişkin uluslararası insani hukuk kuralları tarafından öngörülen yükümlülüklerine uygun olarak, Taraf Devletler, silahlı çatışmadan etkilenen çocuklara koruma ve bakım sağlamak amacıyla mümkün olan her türlü önlemi alırlar.

Madde 39

Taraf Devletler, her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden toplumla bütünleşebilmesini temin için uygun olan tüm

önlemleri alırlar. Bu tür sağlığa kavuşturma ve toplumla bütünleştirme, çocuğun sağlığını, özgüvenini ve saygınlığını geliştirici bir ortamda gerçekleştirilir.

Madde 40

1. Taraf Devletler, hakkında ceza yasasını ihlâl ettiği iddia edilen ve bu nedenle itham edilen ya da ihlâl ettiği kabul edilen her çocuğun; çocuğun yaşı ve yeniden topluma kazandırılmasının ve toplumda yapıcı rol üstlenmesinin arzu edilir olduğu hususları gözönünde bulundurularak, taşıdığı saygınlık ve değer duygusunu geliştirecek ve başkalarının da insan haklarına ve temel özgürlüklerine saygı duymasını pekiştirecek nitelikte muamele görme hakkını kabul ederler.
2. Bu amaçla ve uluslararası belgelerin ilgili hükümleri göz-önünde tutularak Taraf Devletler özellikle, şunları sağlarlar:
3. İşlendiği zaman ulusal ya da uluslararası hukukça yasaklanmamış bir eylem ya da ihmâl nedeniyle hiçbir çocuk hakkında ceza yasasını ihlâl ettiği iddiası ya da ithamı öne sürülemeyeceği gibi böyle bir ihlâlde bulunduğu da kabul edilmeyecektir.
4. Hakkında ceza kanununu ihlâl iddiası veya ithamı bulunan her çocuk aşağıdaki asgari güvencelere sahiptir:
5. Haklarındaki suçlama yasal olarak sabit oluncaya kadar masum sayılmak;
6. Haklarındaki suçlamalardan kendilerinin hemen ve doğrudan doğruya; ya da uygun düşen durumlarda ana-babaları ya da yasal vasileri kanalı ile haberli kılınmak ve savunmalarının hazırlanıp sunulmasında gerekli yasal ya da uygun olan başka yardımdan yararlanmak;
7. Yetkili, bağımsız ve yansız bir makam ya da mahkeme önünde adli ya da başkaca uygun yardımdan yararlanarak ve özellikle çocuğun yaşı ve durumu gözönüne alınmak suretiyle kendisinin yüksek yararına aykırı olduğu saptanmadığı sürece, ana-babası veya yasal vasisi de hazır bulundurulurken yasaya uygun biçimde adil bir duruşma ile konunun gecikmeksizin karara bağlanmasının sağlanması;
8. Tanıklık etmek ya da suç ikrarında bulunmak için zorlanmamak; aleyhine olan tanıkları sorguya çekmek veya sorguya çekmiş olmak ve lehine olan tanıkların hazır bulunmasının ve sorgulanmasının eşit koşullarda sağlanması;
9. Ceza yasasını ihlâl ettiği sonucuna varılması halinde, bu kararın ve bunun sonucu olarak alınan önlemlerin daha yüksek yetkili, bağımsız ve yansız bir makam ya da mahkeme önünde yasaya uygun olarak incelenmesi;

10. Kullanılan dili anlamaması veya konuşamaması halinde çocuğun parasız çevirmen yardımından yararlanması;
11. Kovuşturmanın her aşamasında özel hayatının gizliliğine tam saygı gösterilmesine hakkı olmak;
12. Taraf Devletler, hakkında ceza yasasını ihlâl ettiği iddiası ileri sürülen, bununla itham edilen ya da ihlâl ettiği kabul olunan çocuk bakımından, yalnızca ona uygulanabilir yasaların, usullerin, onunla ilgili makam ve kuruluşların oluşturulmasını teşvik edecek ve özellikle şu konularda çaba göstereceklerdir:
13. Ceza Yasasını ihlâl konusunda asgari bir yaş sınırı belirleyerek, bu yaş sınırının altındaki çocuğun ceza ehliyetinin olmadığı kabulü;
14. Uygun bulunduğu ve istenilir olduğu takdirde, insan hakları ve yasal güvencelere tam saygı gösterilmesi koşulu ile bu tür çocuklar için adli kovuşturma olmaksızın önlemlerin alınması.
15. Koruma tedbiri, yönlendirme ve gözetim kararları, danışmanlık, şartlı salıverme, bakım için yerleştirme, eğitim ve meslek öğretme programları ve diğer kurumsal bakım seçenekleri gibi çeşitli düzenlemelerin uygulanmasında, çocuklara durumları ve suçları ile orantılı ve kendi esenliklerine olacak biçimde muamele edilmesi sağlanacaktır.

Madde 41

Bu Sözleşme’de yeralan hiçbir husus, çocuk haklarının gerçekleştirilmesine daha çok yardımcı olan ve:

Bir Taraf Devletin yasasında veya

Bu Devlet bakımından yürürlükte olan uluslararası hukukta yeralan hükümleri etkilemeyecektir.

Madde 42

Taraf Devletler, Sözleşme ilke ve hükümlerinin uygun ve etkili araçlarla yetişkinler kadar çocuklar tarafından da yaygın biçimde öğrenilmesini sağlamayı taahhüt ederler. (19)

2.3. STEH Dökümanları

2.3.1. Budapeşte Deklerasyonu (DSÖ 1991)

Temel Tavsiyeler

Özel Tavsiyeler

Bağımsız bir kurumla programların finanse edilmesi; planlama, konsültasyon, dokümantasyon, izleme ve değerlendirmeye ilişkin işbirliği yapılması için gönüllülük

Gelecek aktivitelere rehberlik etmek için yıldan yıla değerlendirmeleri üstlenmiş olmak

STEH'in amaçlarını yükseltmeye proje yönetimi tarafından desteklenen uygun organizasyonel yapı ve süreçleri geliştirmeye hazır olmak

Birleşmiş proje komitesinin kuruluşu (pilot hastanelerden ve araştırma kuruluşlarından temsilcilerle)

Hastane tarafından BPK'inde bulunan bir proje müdürü atanması

BPK tarafından uygun görülen gerekli personel ve finanssal kaynakların karşılanması

Son beş yeni STEH projesinde hastane, çalışan insanlar ve hizmet edilen toplumu, diğer projelerin amaçlar, hedeflerle geliştirmeye hazır olmak

Hastane tarafından hastane ile sağlığı teşvik etme konuları ve mümkün sağlığı teşvik etme hareketlerini –iç mektuplar –hastane ortamında halk sunumu şeklinde halk tartışması yapabilmek

Her yılsonunda bilgi değerlendirmesinin şu gruplarla yapılması;

Birleşik Proje Komitesi

Yönetim

Çalışanlar

Halk ve Finansmanı Sağlayanlar

DSÖ ve Network için Birleşmiş Merkezleri içeren yerel, ulusal, uluslar arası organizasyonlar

Network içerisinde tecrübelerin paylaşımı;

Diğer hastaneler

STEH

Ulusal Network (19)

2.3.2. Sağlık Teşvik Eden Hastaneler (STEH) Viyana Önerileri (1997)

Giriş

STEH projesinde yeni gelişmeler, sağlık politikalarında değişiklikler ve Avrupa’da sağlık hizmetleri reformu projesinin temelindeki çerçeveye yeni bir bakış ihtiyacı geliştirmiştir. STEH pilot projesinden (STEH Budapeşte Deklarasyonu’nda tanımlanmış temel çerçeve) daha geniş kapsamlı bir network’a geçişi; ulusal ve bölgesel networklar ve STEH projesinin yeni fazına zemin hazırlayan Sağlık Hizmetleri Reformu Ljubljana Sözleşmesi anlamlı bir şekilde desteklemiştir. Ljubljana Sözleşmesi sağlık bakanlığının onayı ile 1996 Mayıs ayında gerçekleştirilmiştir. Bu sözleşme Avrupa’nın özel durumunu sağlık hizmetleri reformunu işaret ediyor ve sağlık hizmetlerinin her şeyden önce, daha iyi sağlığa ve daha iyi yaşam kalitesine götüren prensiplerde yoğunlaşıyor. (21)

Hastaneler sağlık hizmetleri sisteminde merkezi bir rol oynar. Modern tıbbi uygulayan, araştırmaları ve eğitimi yönlendiren, bilgi ve tecrübeyi biriktiren merkezler olarak diğer enstitülerdeki profesyonel uygulamaları ve sosyal grupları etkileyebilir.

Hastaneler çok sayıda insanın geçiş yaptığı, toplumun büyük bir kısmına ulaşabilen kurumlardır. Birçok ülkede, toplumun %20’den fazlası her yıl hasta olarak; bir o kadarından fazlası ziyaretçi olarak hastanelerle temas kurar. Birçok şehir hastanelerinde çok büyük işçi grubu vardır; Avrupa’da 30 000 hastanede toplam işgücünün %3’ü çalışmaktadır.

Hastaneler tehlikeli iş alanları olabilir. Sağlığa zararları sadece çeşitli toksik ve enfekte kimyasal ya da fiziksel ajanlara maruz kalınma tehlikesini değil aynı zamanda içerdiği iş ve sorumlulukların doğası gereği stresi de barındırır.

Hastaneler çok büyük miktarlarda atık üreticileridir; STEH sağlıklı ürünlere ve çevre güvenliğine katkıda bulunulabilir.

Geleneksel olarak hastaneler; akut-kronik hastalıkları karşılayan, tıbbi cerrahi müdahaleleri içeren diagnostik ve törapatik servislerin geniş bir alanını ifade eder.

Sonuçta; hastaneler çoğunlukla sağlığa değil hastalıklara ve tedavi hizmetine odaklanırlar. Bugün hastaneler hastanede yatıştan önce ve sonra hastanın yaşamını ilgilendiren bir büyüme göstermektedir. Bunun göstergesi toplumda diğer sağlık alanlarına ilginin artmasıdır. Böylece hastaneler; çok büyük bir potansiyel alana sahip olarak; sadece sıra dışı sağlık gelişimiyle değil hastalıkları önlemeyle de ilgilenmişlerdir. Bu potansiyeli fark ediş kaynak kullanımını artırmıştır, sadece tedavi edicideğil sağlığı geniş kapsamda anlamaya zorlamıştır.

Büyüyen ihtiyaçlar, yeni tedavi ve bakım olanakları; bir yandan kısıtlı kamu bütçesi; diğer yandan özellikle etkili kaynak kullanımını yükseltmek; hastanelerde ve sağlık hizmeti veren yerlerde yaşanan durumlar olmuştur. Aynı zamanda tıbbın ve bilgi teknolojisinin büyümesi sağlık hizmetlerinde modern fikirler açmıştır. Organizasyon yapılarındaki gibi hastanelerdeki mevcut değişiklikler sağlık hizmetleri sektörünü de etkilemiştir. Sağlık kazanımında yönelik tam bir uyumla; çalışan ve müşteri ihtiyaçlarını daha iyi karşılayan ve kaynak kullanımını rasyonel yapan hastaneler sağlık kazanımlarına uyum sağlamıştır.

Vienna Önerileri; sağlık hizmetleri reformunun gerekliklerini, sağlıkla çok daha ilgili hastanelerin gereksinimlerini bildirir.

Vienna Önerileri ikiye ayrılır: Ana Prensipler, STEH Ağına Katılım ve Uygulamalar için Stratejiler

Ana Prensipler

Sağlık çerçevesindeki bütün stratejilerde, Sağlık Gelişimi İçin Ottawa Sözleşmesi; Sağlık Hizmetleri Reformu İçin Ljubljana Sözleşmesi ve Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler (STEH) Konusunda Budapeşte Deklarasyonu vurgulanır.

Değişik grupların gereksinim, değer ve kültür farklılıklarını bilerek insan şerefi, eşitliği, birliği ve profesyonel etik yapıyı sağlar.

Kalitenin gelişmesi, hasta, yakınları ve çalışanların memnuniyeti, çevrenin korunması ve organizasyonların gelişmesi için potansiyel mantığa uyum sağlamıştır.

Sağlıkta bütüncül yaklaşıma odaklanılır; sadece tedavi hizmetlerine değil.

Hasta ve yakınlarına en iyi şekilde sağlık hizmeti sunan insanların merkezidir. İyileştirme süreçleri oluşturur ve hastanın kendini iyileştirme gücünü destekler.

Yeterli ve çok etkili kaynakları kullanır. Sağlığı teşvik etmeyi destekleyen temel kaynakları paylaşır.

Topluma ve sağlık hizmetlerinin diğer düzeyleriyle mümkün olduğu kadar yakın ilişkiler kurar.

Uygulama için Stratejiler

STEH projesi sağlık-uyum perspektifi, amaçların ve yapıların gelişmesi için hastanelere fırsatlar sağlar. Bu durum şunları içerir:

Katılıma teşvik ve taahhüt yaratmak:

Katılımcıyı cesaretlendirmek, sağlık-kazanım uyumunu hastanenin bütün birimlerine dâhil etmek, bütün profesyonel grupların aktif katılımını sağlamak ve hastane dışından diğer profesyonellerle birlikte yapılanmak

Spesifik sağlık potansiyeline göre hastaların katılımcı rolünün aktifleşmesi için cesaretlendirmek, hasta hakları konusunda bilgilendirmek, hastaların iyi hallerini geliştirmek ve hasta ve yakınları için Sağlığı Teşvik Eden Hastane (STEH) yaratmak

Bütün hastane çalışanları için sağlıklı işyeri koşulları oluşturmak, fizikososyal risk faktörleri gibi hastanelerin zararlarını önlemek

Hastane yönetiminin sağlığı kazanma vaadini büyütmek, günlük idari proselere sağlığın prensiplerini dâhil etmek

İletişim, bilgi ve eğitimin yaygınlaştırılması:

Hastane kültürü içerisinde iletişimi geliştirir. Böylece hastane çalışanlarının yaşam kalitesine katkıda bulunur. (Hastane çalışanları tarafından kullanılan iletişim şekilleri profesyoneller arası desteği ve karşılıklı onamı güçlendirir.)

Hastane çalışanları ve hastalar arasındaki iletişimi geliştirir. Böylece insani değerler ve saygıya öncülük edilir.

Bilgi, iletişim ve eğitim programlarının, hasta ve yakınlarının eğitim şeklinin niteliğini ve provizyonunu geliştirir.

Hastanede var olan ortak dayanışmanın gelişmesi yönünde; hastane rutinleriyle Sağlığı Teşvik Eden Hastanenin (STEH) prensiplerini bütünleştirir.

Topluma dayalı sağlık gelişim öncüleri ile gönüllü gruplar ve organizasyonların toplumda; sosyal ve sağlık hizmetleriyle hastanelerin iletişim ve dayanışmasını geliştirir; böylece sağlık hizmeti sektöründe çeşitli faaliyet gösterenler ve faaliyeti sağlayanlar arasındaki bağlantıları optimizme etmeye çalışır.

Yönetimsel amaçlara hizmet etmeye ilaveten çıktıları ölçen bilgi sistemini geliştirir.

Organizasyonel büyüme ve proje yönetimi için metodu ve teknikleri kullanma

Sürekli öğrenen bir sağlık organizasyonu yapmak için var olan hastane rutinlerinin yeniden yapılanması ve değişikliği

Sağlık gelişimi ile ilgili alanlarda personel eğitim ve öğretimi; eğitim, iletişim, psiko-sosyal şekiller ve yönetim gibi...

Proje liderlerine proje yönetim ve iletişim şekilleri konusunda eğitim

Deneyimlerden öğrenme;

Ulusal ve uluslar arası düzeyde Sağlığı Teşvik Eden Hastane (STEH) uygulamalarıyla deneyimin transferi sağlanır; böylece katılımcı hastaneler problemleri çözme ve problemlere farklı yaklaşımları öğrenebilirler.

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler (STEH) bölgesel, ulusal ve uluslar arası değişim ve iletişimde birbirlerinden sorumludurlar.

2.3.3. Hastanelerde Kanıta Dayalı Sağlık Teşviki

Hastalıkları önleme kapsamı, sağlığı teşvik etme sözlüğü'nde şu şekilde tanımlanmıştır:

“Risk faktörlerini azaltmak türünden hastalık gelişimini önleyecek tedbirlerle kalmayıp, hastalığın ilerlemesini durduracak ve olumsuz sonuçlarını azaltacak tedbirlerdir.” (15) Bu tedbirler bilimsel kanıtlara dayanmak zorundadır. Uygulama kılavuzu eğer “uygulandığında sağlık kazanımlarına neden oluyor ve tahmini maliyeti karşılıyorsa” geçerli olduğu düşünülür ve kılavuzların mutlaka deneme aşamasında geçerli yöntemler kullanılarak elde edilmiş kanıtlara dayalı olması gerekir. Kanıtlar genelde şu şekilde sıralanır: (22)

1a: Randomize kontrollü araştırmaların meta-analizinden elde edilen kanıtlar,

- 1b: Kontrollü en az bir denemeden randomize şekilde elde edilen kanıtlar,
- 2a: Kontrollü en az bir çalışmadan randomize olmayan şekilde elde edilen kanıtlar,
- 2b: Başka bir türden en az bir yarı deneysel çalışmadan elde edilen kanıtlar,
- 3: Bir başka türden en az bir yarı deneysel çalışmadan elde edilen kanıtlar,
- 4: Uzman Kurulu raporları veya görüşlerinden yada saygın yetkililerin klinik deneyimlerinden yada her ikisinden birinden elde edilen kanıtlar.

Sağlığın teşviki yüksek düzeyli kanıta dayanmak zorundadır. Mümkün oldukça 1a düzeyi, 1b ya da 2a düzeyi gibi kanıtlar olmalıdır.

Aynı sözlükte; sağlık eğitimi kavramı da “birey ve kamu sağlığına yönelik yaşam becerilerini geliştirmeyi ve bilgiyi artırmayı içeren ve bu amaçla tasarlanmış iletişim yöntemleri olarak tanımlanır.”

DSÖ’nun Ottawa Sözleşmesinde de Sağlık Geliştirme daha geniş olarak ele alınmış ve kişilerin sağlıkları üzerindeki denetimlerinin artırılması süreci olarak tanımlanmıştır.(3)

2.3.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Sağlığa Etkisi

Birçok sağlık profesyoneli sağlığı teşvik etmeyi genelde tıbbin özelde hastanelerin işi olduğunu kabul eder. Bu görüş değişik sebeplerle desteklenebilir.

Hastanelerin tarihi gelişimi Tablo 2.4 açıklanmıştır. (3)

Tablo 2-4: Hastanelerin Tarihi Gelişimi

Zaman	Hastanelerin Rolü	Karakteristik
7. yy	Sağlık Bakımı	Bizans döneminde Eski Yunan Arap hastalık teorileri
10.-17.yy	Spiritual Bakım	Dini vakıflara bağlı hastaneler
11.yy	Enfeksiyon Hastalıklarının İzolasyonu	Lepra gibi enfeksiyon hastalıklarının bakımı
17.yy	Fakir İnsanlar için Sağlık Hizmetleri	Kamu yararına kurulmuş kurumlar ve devlet kurumları
19.yy'ın sonu	Tıbbi Hizmetler	Medikal bakım ve cerrahi, yüksek mortalite
20.yy'ın başı	Cerrahi Hizmetler	Hastanelerin teknolojik dönüşümü, orta sınıf hastaların hastaneye gelişi, ayaktan tedavi kurumlarının yaygınlaşması
1950 ler	Hast. Merkezli Sağ. Sistem	Teknolojinin kalesi büyük hastaneler
1970 ler	Genel Hastanelerin Yaygınlaşması	Yerel, bölgesel, 2. ve 3. hastanelerin yaygınlığının artması
1990 lar	Akut Bakım Hastaneleri	Hızlı kısa yatış hizmeti
1990 lar	Ambulanslı Cerrahi Merkezler	Günlük yatışın yaygınlaşması, minimal invaziv cerrahinin yaygınlaşması

2.3.3.2. Hastanelerde Sağlığı Teşvik Eden Faaliyetler

Hastanelerde mümkün olduğunca sağlığı teşvik etme çalışmalarını desteklemek için DSÖ'nun 4 alandaki faaliyetlerini bilmek gerekir:

- Hastaların sağlığını geliştirme
- Çalışanların Sağlığını Geliştirme
- ST dizilerinin hastanelere oryantasyonu
- Toplumun sağlığını geliştirme

Tablo 2.5'de ve Tablo 2.6'da STEH faaliyetlerine örnek verilmiştir.

Tablo 2-5: Hastanelerde Sağlığı Teşvik Etme Proje/Faaliyetlerine Örnekler

Hastalar	Çalışanlar
Sigarayı Bırakmaya Yönelik Sınırlı Müdahale	Sağlıklı Beslenme
Hasta Tabelalarına Giriş	Disiplinlerarası Takım Çalışması
Hasta Memnuniyetinin Ölçümü	Sırt Ağrısını Önlemeye Yönelik Ağırlık Kaldırma Teknikleri ve Sağlıklı Beslenme Eğitimi
Hastane	Toplum
Çatışma ve Değişim	Çevresel Risk Oluşturan Atıkların Azaltılması
Sağlığı teşvik etme Görev Tanımı	Topluma Ulaşmak için Hastane Verilerinin Kullanımı
Ambulansların Güvenli Kullanımı	Toplum ve Kalite Yönetimi

Tablo 2-6: STEH Faaliyetlerinin Tiplendirilmesi

Tip	Uygulama
Bir Sağlığı Teşvik Etme Projesi Yapmak	Üst yönetim desteklemiyorsa bu bir başlangıç olabilir.
Bölüme Yada Çalışanlara Özel Sağlığı Teşvik Etmeyi Açıklamak	Sağlığı teşvik etme Departmanı mevcuttur. Fakat gelişim aşamasındadır. Faaliyetler bütün organizasyona entegre değildir.
Sağlığı Teşvik Etme Ortamı	Hastane Sağlığı teşvik etme ortamı haline gelmiştir. Eldeki vakalar toplumun bir kesiti varsayılır. Sadece tüm toplumu etkileyebilecek idari kararlar alınmaz.
Toplumun Sağlığını Geliştirme ve Sağlığı Teşvik Ortamı Yaratma	Hastane artık toplum düzeyinde kararlar alır.

2.3.3.3. Kanıta Dayalı Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler

ST’de temel konu kanıta dayalı olmasıdır. En son Meksika’da 5. Global ST Konferansı (2000) ve Kopenhag’da 9. Uluslar arası STEH Konferansında (2001) bahsedilmiştir. (3)

DSÖ’da Sağlığı Teşvik Sözlüğündeki tanımı:

STEH Değerlendirmesi; ‘kıymetli verileri’ içeren STEH faaliyetlerine uzanan bir değerlendirmedir. (3,16)

Tablo 2.7’de klinik tıp ve STEH karşılaştırmalı olarak verilmiştir.

Tablo 2-7: Klinik Deneyimler STEH Uygulamaları

	Klinik Hizmet	STEH Müdahalesi
Müdahalelerin Kapsam ve Tasarımı	Fizyolojik müdahalede randomize çalışmaları ve plasoba uygulamak mümkündür. Kontrollü şartlar altında birey incelenir. (Yarar Öncelikli Fayda)	Çoğu zaman mümkün değildir. Normal şartlar altında birey toplum örgüt incelenir. (Verimlilik-Etkinlik Esası)
Sağlayan	Sağlık profesyonelleri klinik şartlarda müdahale eder.	İşin içine farklı kurumlar girer.
Alan	İyileşme ümidiyle hastaneye başvurular artar.	Sağlık sorunun farkında bile olunmayabilir.
Takvim	İyileşme amaçlanır. Tedavi olunduğunda stabilizasyon sağlandığında biter.	Önleyici müdahale yapılır. Sonuç olarak yıllar hatta nesiller alabilir.

2.3.4. Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler İçin On Sekiz Çekirdek Stratejisi

Üç hedef grubu için hasta, sağlık çalışanı, toplum için STEH 18 çekirdek stratejinin matrisi oluşur. Sağlığı Teşvik Eden Hastane olmak isteyen bir hastane hastaları, personeli ve toplum için strateji 1. ve 3. maddelere yatırım yapmalıdır. Toplumdaki diğer sağlık servislerine yasal ve mali çerçevede strateji 4-5 ve 6. maddeye de yatırım yapmalıdır. (23)

Tablo 2-8: STEH için 18 Çekirdek Stratejisi

Kurumsal olarak ST	Hasta	Sağlık Çalışanı	Toplum
Öz-yeniden üretimin teşvik edilmesi için paydaşların güçlü edici kılınması yoluyla sağlığı öz yeniden üretim teşvik edici tedavi ve hastaların güçlü kılınması bakım kalitesinin (PAT 1) geliştirilmesi	Hastanede sağlığı teşvik edici öz bakım/öz idare/ edici öz bakım/öz idare/öz yeniden üretim için personelin güçlü kılınması (STA 1)	Hastanede sağlığı teşvik edici öz bakım/öz idare/öz yeniden üretim için personelin güçlü kılınması (STA 1)	Hastane hizmetlerine yeterli erişim sağlanarak sağlığı teşvik edici öz bakım için toplumun güçlü kılınması (COM 1)
Ortak üretimin teşvik edilmesi için paydaşların güçlü kılınması yoluyla sağlığı teşvik edici tedavi ve bakım kalitesinin geliştirilmesi	Tedavi ve tedavi sonrasında sağlığı teşvik edici katılım/ortak faydalar için hastaların güçlü kılınması (PAT 2)	Tedavi ve tedavi sonrasında sağlığı teşvik edici katılım/ortak faydalar için personelin güçlü kılınması (STA 2)	Tedavi ve tedavi sonrasında sağlığı teşvik edici katılım/ortak faydalar için toplumdaki sağlık uzmanlarının güçlü kılınması (COM 2)
Paydaşlar için sağlığı teşvik edici-güçlendirici hastane ortamı için sağlığın teşviki kalite geliştirme	Hastanenin, hastalar için destekleyici, sağlığı teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi (PAT 3)	Hastanenin, personel için destekleyici, sağlığı teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi (STA 3)	Hastanenin, toplum için destekleyici, sağlığı teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi (COM 3)
Belirli ST hizmetlerinin sunulması, paydaşlar için hastalık yönetimi (hasta eğitimi)	Kronik hastalık yönetimi için hastaların güçlü kılınması (taburculuk sonrası) (PAT 4)	Meslek hastalıklarının yönetimi için personelin güçlü kılınması (STA 4)	Kronik hastalık yönetimi için topluluğun güçlü kılınması (COM 4)
Belirli ST hizmetlerinin sunulması, paydaşlar için yaşam tarzı (sağlık eğitimi)	Sağlığı teşvik edici yaşam tarzının oluşturulması için hastaların güçlü kılınması (taburcu sonrası) (PAT 5)	Sağlığı teşvik edici yaşam tarzının oluşturulması için personelin güçlü topluluğun güçlü kılınması (STA 5)	Sağlığı teşvik edici yaşam tarzının oluşturulması için topluluğun güçlü kılınması (COM 5)
Belirli ST hizmetlerinin sunulması, paydaşlar için sağlığı teşvik eden-güçlü toplum kılantoplum gelişimine katılım	Belirli hasta ihtiyaçları için sağlığı teşvik edici toplum alt yapısının oluşturulmasına katılım (PAT 6)	Belirli personel ihtiyaçları için sağlığı teşvik edici toplum alt yapısının oluşturulmasına katılım (STA 6)	Toplumsal geneli için sağlığı teşvik edici toplum alt yapısının oluşturulmasına katılım (COM 6)

2.3.5. Hastanelerde Sağlık Gelişimi İçin Standartlar

Kalite yönetiminde genel yaklaşım sağlık hizmetlerine standartlar getirmeye yöneliktir.

Hastanelerde uygulanan 5 standart ALPHA programının STEH'i değerlendirmedeki uygunluğu incelenmiştir. Bu inceleme süreci; pilot deneme, revizyon, düzeltme, literatür araştırmaları, tanım ve standartlara bakışı içermiştir. Bu standartlar; ST uzmanları, bilim adamları ve uluslar arası STEH Ağı'na ilaveten DSÖ Avrupa Bölgesi sağlık hizmetleri organizasyonu yöneticileri arasında geniş bir yelpazeyi içerir. (25)

Yönetim Politikası

Standart 1. Organizasyonlar ST'nin yazılı politikasına sahiptir. Bu politika sağlık çıktılarının gelişimini amaçlamış kalite gelişim sisteminin bir parçasıdır ve hastalar, yakınları ve çalışanları hedefler.

Amaç: Hastanenin kalite yönetim sisteminin bir parçası olarak ST'yi ilgilendiren örgütsel faaliyetlerin çerçevesini çizmektir.

Alt Standartlar:

Hastaneler; politikaların düzenlenmesi ve değerlendirme, uygulama prosesleri için görevleri tanımlar.

Hastaneler; politikaların düzenlenmesi ve değerlendirme, uygulama prosesleri için kaynak yaratırlar.

STEH'lerde çalışanlar ST politikalarının farkında olmalıdır. Bunun için yeni gelen çalışanlar oryantasyon programına alınır.

Hastaneler; ST faaliyetlerinin kalitesini izlemeye yönelik; bilgilerin toplanması ve değerlendirilmesi için prosedürlerin kullanılrlığını artırır.

Hastaneler çalışanlarını, ST faaliyetlerine uygun olarak seçer.

Hastaneler ST uygulamaları için gerekli olan kaynak, yer, ekipmanı içeren gerekli altyapıyı oluşturur.

Hasta Değerlendirmesi

Standart 2. Hastaneler hastalarla ilişkilerinde; sistematik olarak ST faaliyetlerini etkileyen sağlık profesyonelleri istihdam eder.

Amaç: Hastayı tedaviyi, prognozu iyileştirmeyi ve hastaların iyilik hali-sağlığı gelişimini desteklemektir.

Alt Standartlar:

Hastaneler; ST'ye ulaşmak için bütün hastalarda prosedürlerin kullanılabilirliğini sağlar.

Hastaneler; hasta gruplarının teşhisine yönelik özel ST ihtiyaçlarını karşılayacak prosedürleri oluşturur.

ST'de hasta ihtiyaçlarını değerlendirme; ilk olarak hastanelerde yapılmıştır.

ST'de hasta ihtiyaçlarını değerlendirme; sosyal ve kültürel yapıların farkında olmayı gerektirir.

Sağlık Hizmetleri tarafından sağlanan bilgi hastaların ihtiyaçlarını tanımlamak için kullanılır.

Hasta Bilgisi ve Önleme

Standart 3. Hastaneler; hastalarının; hastalıkları ve sağlık durumları ile ilgili anlamlı faktörlerin bilgisini hastalarına sağlar.

Amaç: Planlanmış aktiviteleri harekete geçirerek hastaları güçlendirmek, hastaları bilgilendirmek ve hasta gruplarına ST faaliyetlerin entegrasyonunu kolaylaştırmaktır.

Alt Standartlar:

ST'yi temel alan ihtiyaçları değerlendirir. Hastaları sağlıklarına etki eden faktörler konusunda bilgilendirir.

Hastalara gerçek durumları, tedavisi, bakımı ve sağlıklarına etki eden faktörleri ile ilgili açık, anlaşılabilir, uygun bilgi verilir.

Hastaneler hastaların ihtiyaçlarını temel alan sistematik önerileri ST ile sağlarlar.

Hastaneler, hastalarına beklenen, planlanmış bakım sonuçlarını içeren dokümanite edilmiş ST faaliyetlerinin bilgisini sağlar.

Hastaneler, bütün hastalarının, yakınlarının ve çalışanlarının; sağlıklarına etki eden faktörlerle ilgili bilgilere ulaşmalarını sağlarlar.

İş Yeri Sağlığını Geliştirme

Standart 4. Sağlıklı İşyeri olma yolunda hastane gelişiminin beklenen durum yönetimidir.

Amaç: Güvenli işyeri oluşumunu, sağlığın gelişimini ve çalışanlar için ST faaliyetlerini desteklemektir.

Alt Standartlar:

Hastaneler; ST konusunda çalışanların eğitim ve gelişimini kapsayan İnsan Kaynakları Yönetiminin kurulmasını sağlar.

Hastaneler; çalışanları için güvenli işyeri, meslek sağlığı politikalarının oluşturulması ve uygulanmasını sağlar.

Hastaneler; çalışanların işyerlerini etkileyecek kararlara katılımını sağlar.

2.3.6. Daha İyi Sağlığı Teşvik Eden Hastanelere Doğru

Halk sağlığı ve koruyucu hekimlik uygulamaları bölgeler ve ülke düzeyinde farklı stratejik rollere sahiptir: (24)

Epidemiyolojik izlem ve halk sağlığı raporları

Temel ihtiyaçların planlanması ve sağlık servislerinin yönetimi

Sağlık politika programları ve diğer hukuk değerleri

Hastalıkların önlenmesi ve sağlığı geliştirme perspektifi

İzleme ve değerlendirme

Metotların gelişimi için bölgesel merkezler

Pek çok sağlık servisleri geleneksel olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili birinci, ikinci ve üçüncü düzey koruma sistemlerine sahiptir.

Tablo 2-9: Medikal ve Sağlık Servislerinde Sağlığı Koruma Düzeylerine Uygulamalı Örnekler

Sağlık Problemi	Birincil Koruma	İkincil Koruma	Üçüncül Koruma
Akciğer Kanseri	Genç insanların sigaraya başlamasını önlemek	Sigarayı bırakma kampanyaları programları oluşturmak. Erken teşhis	Tanı konulduğunda sigarayı bırakmayı destekleme
Kardiovasküler Hastalık	Diyet değişikliği (yağ, tuz, vitamin) sigarayı bırakma, fiziksel aktivite	Yüksek riskli hastaların tedavisi, MI, DM, angina tanılarına sahip hastaları tanımlamak ve tedavi etmek	Ağrıyı azaltma. Kardiyovasküler hastalıklığa sahip kişilerin tedavisi
Sırt Ağrısı	Daha iyi iş çevresi.daha iyi diyet/ yeme alışkanlığı. Sigarayı bırakma. Daha fazla aktivite	Sırt ağrılı hastaların erken tedavisi	Uzun süreli sırt ağrısı çeken çalışanların rehabilitasyonu
Diabet	Aşırı kilo alımdan kaçınma (diyet kontrolü, egzersiz alışkanlığı)	Erken tanıma	
Oral Hastalıklar	Diyet ve yeme alışkanlığı, oral hijyen	Oral hastalıkların tedavisi	
Demans	Diğer bir hastalığa ikincil olarak: ilk hastalığı önleyerek	Demans açısından risk gruplarının tanımlanması	Aktivite, ev koşullarına adaptasyon
Enfeksiyon	Yüksek risk gruplarını aşılama, hijyen ve yaşanılan ortamın standartlarını düzeltme, enfeksiyonun yayılmasını önleme	Erken teşhis ve tedavi	
Alkolün Etkileri	Zararlı Alkolün zararları hakkında bilgilendirme	Tanımlama ve ağır içicilere yardım	Alkol zehirlenmesi tedavisinden sonra destek
Psikososyal Hastalık-Sağlık	Daha iyi bir iş ortamı, psikososyal hastalıkların arka planlarının bilinmesi	Taburculuk sonrasında iş ve ev ortamında hastanın takibi	Özellikle travmatik deneyimleri olan çalışanların desteklenmesi
İntihar Girişimi	Depresyonun tedavisi, intihar girişimi hakkında daha fazla bilgi, daha iyi epidemiyolojik izlem		
Astım	Riskleri azaltmak, yaşanılan çevreyi düzenlemek, sigarayı bırakmak, hayvanları uzaklaştırmak	Daha gelişmiş tanımlama ve tedavi	Astım okulu
Yararlanmalar	İş yerinde yaralanmaları önlemeye yönelik yerel tedbirler almak ve bilgilendirmek	Yüksek riskli davranışların öğrenilmesi	Kurbanların rehabilitasyonu
Duyma Güçlüğü	Aşırı gürültüyü önlemek	Yüksek sestten kaçınma	Duymaya yardım, iletişim kanallarının desteklenmesi

Hastaneler; çalışanların sağlık konularındaki farkındalığını oluşturacak ve geliştirecek prosedürleri sağlar.

Süreklilik ve Dayanışma

Standart 5. Hastanelerde; çeşitli düzeylerdeki sağlık hizmetleri, enstitüler ve sektörler arası dayanışmada temel bir yaklaşım planlanmalıdır.

Amaç: Hastayla kat edilen süreçte ST faaliyetlerinin entegrasyonunu maksimuma çıkarmak için ortak olmak ve ilgili bakım sağlayıcılarla işbirliği yapmak amaçlanır.

Alt Standartlar:

Hastaneler, tutarlı, planlı ST hizmeti sağlar.

Hastaneler; toplumda sağlık-sosyal bakım hizmeti sunanlar, ilgili organizasyonlar ve gruplar arası dayanışmayı tanımlar.

Hastaneler; hasta tabucu edildikten sonra prosedürlerin uygulanmasını sağlar.

Hastaneler; hasta bilgilendirme ve dokümanite edilmesini sağlar.

2.4. Türkiye Verileri

2.4.1. Türkiye’de Sağlık Göstergeleri

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında Türkiye’nin sağlık göstergeleri Tablo 2.10’da verilmiştir. (9)

Tablo 2-10: Türkiye’de Sağlık Göstergeleri

	2000	2005
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	28.9	23.6
Toplam Doğurganlık Oranı	2.27	2.19
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi (Yıl)	70.4	71.3
Yatak Başına Düşen Kişi Sayısı	391	374
Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı	792	715
	2006	2013
Hekim Sayısı	103.150	120.000
Hekim Başına Düşen Nüfus	707	658
Tıp Fakültelerinin Yeni Kayıt Sayısı	4.800	7.000
Yatak Sayısı	197.170	236.600
Yatak Başına Düşen Nüfus	372	335

Hekim başına düşen nüfus sayısı, 2000 yılında 792 iken 2005 yılında 715'e düşmüş olmakla birlikte halen, AB ortalaması olan 288'in oldukça gerisinde kalmıştır. AB ülkelerinde 8,8 olan yüz bin kişiye düşen tıp fakültesi mezunu sayısı ülkemizde bu dönemde 7,5'ten 6,1'e düşmüştür. Bu durum, gelişmiş ülkeler ile aramızdaki farkın daha da açılmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumunun bölgesel ve kent-kır düzeyindeki dengesizliği devam etmektedir. Sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesi en düşük 10 ilde yatak başına düşen nüfus sayısı en yüksek 10 ildekinin 2,5 katı iken, doktor başına düşen nüfusta söz konusu il grupları arasındaki fark dört kata kadar çıkmaktadır.

Birinci basamaktaki altyapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile sevk zincirinin etkin çalıştırılamaması, hastaların hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmesine sebep olmakta ve oluşan yığılmalar hastanelerin hizmet kalitesini düşürmektedir. 2000-2004 döneminde sağlık ocağı imkanlarının geliştirilmesi ve mobil sağlık hizmeti uygulaması ile bu alanda önemli iyileşmeler sağlanmasına rağmen, yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin yüzde 95'i ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.

VIII. Plan döneminde sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Bu kapsamda sevk zincirinin etkinliğinin artırılması amacıyla aile hekimliği pilot uygulamaları sürdürülmektedir. Ayrıca, sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması amacıyla kamuya ait tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmış ve sağlık hizmetlerine erişimde önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile personel motivasyonu ve verimlilikte iyileşmeler sağlanmış, kamuda çalışan tam zamanlı uzman hekimlerin oranı beş kat artırılmıştır.

Toplam sağlık harcaması 2000 yılında GSYİH'nın yüzde 6,6'sından 2005 yılında yüzde 7,6'sına ulaşmıştır. 2000 yılında yüzde 39 olan ilaç ödemelerinin sağlık harcamalarına oranı 2005 yılında yüzde 34 olarak gerçekleşmiştir. AB ülkelerinde ise ilaç harcamaları sağlık harcamaları toplamının yaklaşık yüzde 16'sını oluşturmaktadır.

2.4.2. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı'na Bağlı Şubeler ve Görev Tanımları:

A. Epidemiyoloji, Tarama Programları ve Araştırmalar Şubesi

1. “Sağlığın Geliştirilmesi” çalışma alanlarında (alfabetik sırayla; adolesan sağlığı, ağız ve diş sağlığı, alkol kullanımı, ana-çocuk sağlığı, araştırma ve değerlendirme, eğitim ve kapasite geliştirme, fiziksel aktivite, halkla ilişkiler ve halkı bilgilendirme kampanyaları, ilaç bağımlılığı, obezite, ruh sağlığı, sağlıklı beslenme, sağlıklı davranış geliştirme, sağlığı teşvik eden hastaneler, sağlığı teşvik eden iş yerleri, sağlıklı okullar, sağlıklı şehirler, tütün mamülleri kullanımı, üreme sağlığı, yaşı sağlığı vb.) ve risk faktörleri (tütün, alkol, ilaç, sağlıksız beslenme, obezite, fiziksel inaktivite, kolesterol yüksekliği, yüksek tansiyon, hiper glisemi vb.) dahil, öncelikli sorunlar ve öncelikli grupların tespit edilmesi,

2. “Sağlığın Geliştirilmesi” göstergeleri başta olmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen veriler izlenerek, gerekli araştırmaların planlanması, yürütülmesi, analizi, raporlanması, çözüm önerileri geliştirilmesi ve çıktıların ilgili tüm sektör ve paydaşlarla paylaşımı,

3. Sağlığın Geliştirilmesi alanında, risk faktörleri dahil, gerekli tarama programlarının planlanması ve yürütülmesinin sağlanması,

4. Sağlığın Geliştirilmesi göstergeleri başta olmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen veriler izlenerek kabul edilmiş hedefler bağlamında, Ulusal planlar ve politikaların ne kadar benimsendiğinin ve uygulamaya konulduğunun düzenli olarak değerlendirilmesi,

5. Sağlık tedavi harcamalarıyla ilgili yönleri de dahil, Toplum sağlığının iyileştirilmesi ve korunmasına yönelik çeşitli programların etkisini içeren “etki değerlendirme” çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, raporlanması ve sonuçların tüm sektör ve paydaşlarla paylaşılması

6. Amir Makamlar tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek.

B. Ulusal ve Uluslararası Programlar Koordinasyon Şubesi

1. Sağlığın Geliştirilmesi alanında kanıta dayalı politikalar ve kapsamlı sağlık stratejileri geliştirmek,
2. Sağlıklı davranışları teşvik edecek ulusal, bölgesel, yerel ve uluslararası düzeylerde politikalar geliştirilmesinin, uygulanmasının ve önlemler alınmasının savunulması ve desteklenmesi,
3. Sağlığın Geliştirilmesi alanında Sağlık Bakanlığı birimleri ve diğer ilgili bakanlıklar, kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri vb. için danışmanlık hizmeti sağlamak,
4. Uluslararası kuruluşlarla (Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Birliği, OECD, Amerikan Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezleri (CDC) vb.) koordinasyon, işbirliği ve ortak sağlığın geliştirilmesi programları yürütülmesinin sağlanması,
5. Kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler ve diğer örgün eğitim kurumları, sivil toplum örgütleri, işyerleri vb. ile işbirliği içerisinde ulusal sağlığın geliştirilmesi programları yürütülmesi,
6. Temel sağlık hizmetleri konularında, aile hekimliği dahil, hizmet sunum alanlarında karşılaşılan sorunlar üzerine araştırma ve geliştirme çalışmaları koordine etmek, yürütülen çalışmalara katılmak,
7. Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıkların korunma tedbirleri, erken tanı, kayıt altına alma, standart tedavi kılavuzları geliştirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve kontrolü konularında yapılacak çalışmaların kurum içi ve dışı koordinasyonunu sağlamak,
8. Sağlığın Geliştirilmesi alanında yapılan çalışmaların izlenmesi için ulusal ve uluslararası sağlık örgütleri ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği sağlamak,
9. Amir Makamlar tarafından verilen diğer görevleri yapmak,

C. Sağlık İletişimi Şubesi

1. Farkındalığı artırmak için geniş tabanlı toplumsal koalisyon geliştirip, gerektiğinde kitlesel medyayı da kullanarak, sosyal pazarlama teknikleri ile toplum ve hastaların eğitilmesi ve yetkilendirilmesine yönelik faaliyetlerde bulunulması,
2. Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesi alanlarındaki çalışmalar kapsamında medya, ulusal/uluslararası kurumlar, sivil toplum örgütleri vb. ile gerekli iletişimi sağlayarak katılım ve hedef kitleye uygun erişimin sağlanması,
3. Sağlık çalışanlarına ve halka yönelik bilgilendirme kampanyaları yürütülmesi,
4. Sağlık Danışma Hatları faaliyetlerinin düzenlenmesi çalışmaları yürütülmesi,
5. Sağlığın Geliştirilmesi çalışmaları kapsamında gerekli her tür materyalin (afişler, broşürler, rehberler, kitaplar, kitle iletişim spotları vb.) üretilmesi ve yaygınlaştırılmasının sağlanması, dağıtılması,
6. Sağlığın Geliştirilmesi Daire Başkanlığı tarafından uluslararası kurumlarla ile birlikte fikir ve deneyimlerin paylaşılacağı bir platform olan ve sağlanan veya sağlanması gereken iyileşmelerin ortaya koyulacağı toplantılar dahil olmak üzere toplantı, organizasyon ve tanıtım faaliyetlerinin yürütülmesi,
7. Amir Makamlar tarafından verilen diğer görevleri yapmak. (25)

2.4.3. Sağlığın Geliştirilmesi Türkiye’de Mevcut Durum

DSÖ Avrupa Bölgesi Atina Sağlıklı Şehirler Deklarasyonu ve Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği 23 Haziran 1998'de Atina' da bir araya gelen Avrupa kentleri belediye başkanları ve üst düzey politikacılar Avrupa Sağlıklı Kentler Hareketinin ilk on yılını kutladılar ve DSÖ sağlıklı kentler projesinin üçüncü evresini (1998-2002) başlatırken bu deklarasyonu yayınladılar. Bu politik deklarasyon tüm Avrupa kentlerinin sağlık ve sürdürülebilir kalkınma konusunda kararlılıklarını açık ve güçlü biçimde ortaya koyar. Bu deklarasyon kentler için üzerinde yoğunlaşılacak öncelikleri ve yeni çabaları vurgular, ulusal hükümetlerin ve Dünya Sağlık Örgütü'nün yerel ve kent düzeyinde sağlıkla ilgili eylemleri destekleme yollarını tanımlamaktadır.

Dünyadaki altı Dünya Sağlık Örgütü Bölge Ofisinde, 66 ülkede, 220 Dünya kentinde ve 55 Avrupa kentinde devam eden ve gelişen “Sağlıklı Kentler” Hareketinin Türkiye’de gelişebilmesi, benimsenmesi, uygulanabilmesi için formal bir düzenlemeye ihtiyaç duyulmuş ve bu gereklilikten hareketle bu konuya önem veren kentler bir araya gelerek “Sağlıklı Kentler Birliği”ni kurmuşlardır.

1996 Habitat II, 2002 Johannesburg Yerel Yönetimler Zirvesi ve DSÖ’nün 2000 Milenyum yılı Deklarasyonun ana temaları, hep “Sürdürülebilir Kentler” yaratmak, etkili yerel yönetimler sağlamak, Ulusal-bölgesel-yerel ortaklıklar kurmak ve sağlık temelli stratejiler üretmek olmuştur. 2003 yılında Belfast da yayınlanan kentlerin politik temsilcilerinin imzaladığı ve DSÖ’nün onayladığı deklarasyonlara Türkiye’den ilk DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi üye kenti olarak Bursa Büyükşehir Belediyesi imzalamıştır. Sağlıklı Kentler Birliği’nin kurulması ile ilgili çalışmalar 2003 yılında başlatılmış, İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve ulusal ağı üye kentlere çağrı yapılarak “Tüzük Hazırlama Komisyonu” kurulmuştur. Ulusal ağı üye kentlere Sağlıklı Kentler Birliğine kurucu üye olarak katılma çağrısı yapılmış, Yalova, Van, Kadıköy, Afyon, Tepebaşı, Çankaya, Ürgüp, Ordu, Kırıkkale ve Bursa Büyükşehir Belediyeleri birliğe katılmak istediğini belirten meclis kararı almış ve birliğin kurucu üyeleri olmuşlardır. Sağlıklı Kentler Birliği’nin kurulması 22.12.2004 tarihli Resmi gazetede yayınlanarak İçişleri Bakanlığı tarafından Birlik Tüzüğü onaylanmış ve yürürlüğe girmiştir.

“Sağlıklı Kentler Birliği’nde Yer Almanın Yararları” Türkiye’de Sağlıklı Kentler Birliğinin kurulması ile üye kentlerin aktif olarak deneyimlerini paylaşmaları, sorunları aktarmaları, ortak projeler geliştirmeleri, uluslararası düzeyde temsil edilebilmeleri ve ortak ihtiyaçların çözümünde güç birliği sağlanacaktır.

Yaşanabilir ve sağlıklı kentler için sağlık ve sağlığı ilgilendiren tüm kentsel ve çevresel konularda eşitsizlikleri azaltmak ve kent yoksulluğu ile mücadele etmek amacıyla, birliğe üye belediyeler arasında işbirliği ve deneyim alışverişi devam edecektir. Üye belediyelere belediyecilik, sağlık, planlama, çevre, konut, ulaşım, eğitim, güvenlik ve benzeri sağlıklı kent konularıyla ilgili tecrübeler, bilgi, belgeler ve proje deneyimleri aktarılacaktır. “Sağlıklı Kentler Birliği” Türkiye’de bu hareketin güçlenmesi ve işbirliği açısından kentlerimiz için çok önemli gelişimler sağlayacak, daha sağlıklı kentler yaratılacaktır.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Tütün Kontrolü Konusunda ilk uluslararası anlaşma olan “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi” 21 Mayıs 2003 tarihinde, 56. Dünya Sağlık Asamblesinde DSÖ' ye üye tüm hükümetler tarafından kabul edilmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, DSÖ gözetiminde müzakere edilen halk sağlığı alanındaki ilk küresel anlaşmadır. 27 Şubat 2004 tarihinden geçerli olmak üzere Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi uluslararası bir yasa niteliği kazanmıştır. DSÖ TKÇS, tütün fiyatlarına, vergilerine, reklam, sponsorluk ve promosyonlara, kanunsuz satışlara, sürveyans ve araştırma metodlarına pasif içiciliğe ve tütünsüz ortamlara uluslararası standartlar getirmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini 28 Nisan 2004 tarihinde imzalamış, 25 Kasım 2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul etmiş ve 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Ulusal Tütün Kontrol Programı 07.10.2006 tarihli ve 26312 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı oluşturulmuştur

Türkiye’de Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi

Türkiye' de Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi, Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile birlikte yürütülmektedir. Proje; ilköğretim okullarındaki öğrencilerin sağlık bilgilerini geliştirmek, sağlıklı bir çevrede sağlıklı yaşam tarzını öğretmek amacıyla 1995 yılında yapılan bir işbirliği protokolü ile uygulamaya konulmuştur. Proje öncelikle 22 ilden seçilen 25 ilköğretim okulunda pilot olarak uygulanmıştır. Proje okullarında sağlık ve beslenme konusunda yönetici ve öğretmenlere eğitim verilmekte, eğitim materyalleri dağıtılmakta, okulların sağlık ve beslenme konusunda kendi kendine yeterli hale gelmesi hedeflenmektedir. Halen 81 ilden seçilen 106 pilot ilköğretim okullarında proje uygulaması sürdürülmektedir.

Okul çağı çocuk sağlığına yaklaşım konusunda birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli için, Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Çağı Çocuk Sağlığına Yaklaşım Pratik Rehber El Kitabı hazırlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Bu çalışma, adı geçen sağlık kurumundan hizmet alan anne ve çocukların aldıkları sağlık hizmetlerini Ottawa sözleşmesi kapsamında değerlendirip sağlığı teşvik etme projesi oluşturmak için yürütülmüş kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırma, S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra gerekli izinler alındıktan sonra Mart-2009 ile Haziran 2009 arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evreni S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Mart 2009 ve Haziran 2009 tarihlerinde taburcu olmuş hastalar ve aileleri, klinikte çalışan sağlık personeli çalışmaya alınmıştır. Mevcut evrenin tümü çalışma kapsamına alındığından herhangi bir örneklemeye gidilmemiştir.

Toplam incelenen dosya sayısı 1246 olup toplam 10 uzman, 25 asistan, 60 hemşire ve 28 yardımcı personelin hizmet içi eğitimleri incelenmiştir.

3.4. Araştırmada Yanıtlanması Gereken Sorular

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinin anne ve çocuklara verilen hizmetlerin Ottawa sözleşmesine uygunluğu değerlendirmek amacıyla;

1. Organizasyon yapısını Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nden (HBYS) incelenmiştir.
2. Hizmet veren doktor ve hemşirelerin sağlık hizmet sunumunu, çocuk ve ailesinin eğitimi hasta dosyası kayıtları; oluşturulan dosya kontrol formu (Form 1) kullanılarak incelenmiştir.
3. Sağlık personelinin ve yardımcı sağlık personelinin çocuğa ve ailesine yaklaşımını, hizmet sunumunun kalitesini; klinikte çalıştığı süre ve hizmet içi eğitim konuları incelenerek anlaşılmaya çalışılmıştır.
4. Kliniğin çocuk sağlığına yaklaşımını ve uygulamalarını belirleyen Kurumsal Performans ve Kalite Birimi (KPKB) tarafından HBYS'de yayınlanan prosedür,

talimat, bilgilendirme broşürü ve formlar incelenerek verilen hizmetin yapısı incelenmiştir.

3.5. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında, KPKB tarafından oluşturulmuş HBYS’de yayımlanan ve hastanede bütün hasta dosyalarının içeriğinin standardizasyonu ve kontrolü için kullanılan “Dosya Kontrol Formu” amacına uygun düzenlenerek 15 maddeden oluşturularak kullanıldı.

Bu maddelerde hasta dosyası hasta yatış formu, dosya kontrol formu, kayıt dışı form, ölüm raporu, adli vaka kayıt formu, hemşirelik hizmetleri hasta tanılama-değerlendirme-takip ve bakım formu, hekimlik hizmetleri hasta öykü formu, hekim gözlem formu bölümler arası hasta gözlem formu, konsültasyon formu, bölüme özel gözlem formları, hastane bilgi yönetim sistemi, işleme özel hasta bilgilendirilmiş onam formu, epikriz formu, transfer formu, hasta ve ailesinin eğitimi formları ayrı ayrı kendi içlerinde spesifik sorularla incelendi.

Sağlık personelinin hizmet içi eğitim kayıtları Eğitim Komitesinden alınarak incelenmiştir.

Sağlık personelinin klinikte çalışma süresi Personel Servisinden istenmiştir.

Sağlık personelinin sağlık hizmet sunumunu belirleyen prosedür, talimat ve diğer dokümanlara HBYS Kalite Portalı’ndan ulaşılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırma için İl Sağlık Müdürlüğü’nden izin alınmıştır.

3.7. Verilerin Toplanmasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma yapılırken dosya inceleme aşamasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği’nin Süt Çocuğu, Çocuk Dahiliye ve Çocuk Hematoloji Servislerinin HBYS’de tanımlanmamış olması dosyaların ayrıştırılamamasına neden olmuştur. Klinik YD Ünitesi, Süt Çocuğu, Çocuk Dahiliye, Çocuk Hematoloji ve Çocuk Acil oluşmasına rağmen HBYS de sadece Yenidoğan Ünitesi, Çocuk Kliniği ve Çocuk Acil olarak tanımlanmıştır. Çocuk acil servisinde hasta müşahedeye alındığında hasta dosyası oluşturulmadığından Çocuk Acilde kayıtlara bakılamamıştır. Bazı dosyaların içeriğinin düzensiz olması, standart dosya planının olmaması araştırma yaparken karıştırmamak ve aranılanı bulmak adına zor olmuş ve uzun zaman almıştır.

Personel eğitim kayıtlarının hizmet içi eğitim kayıtlarının “Eğitim Komitesi”nden, hastane dışı eğitimlerin “Personel Servisi”nden almak kopmaları ve eksik veri kaybı olasılığını düşündürmüştür.

HBYS’den yayımlanan sunulan hizmetin dokümanları ile hizmetin karşılaştırılmasında objektif olmaya çalışılmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada dosya kontrol formu ile elde edilen bulgular SPSS (Statistical Package For Social Sciences for Windows) 10.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken frekans ve tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır.

3.9. Dosya Kontrol Formu ile Değerlendirme

Dosyalar incelenirken hasta bilgilendirilmiş onam formu imzalanmamış şekilde dosyada bulunması halinde yok sayılmıştır. Üzerinde kayıt bulunmayan formlar yok sayılmıştır.

3.10. Çalışma Sürecinde İzlenimler

Araştırma süresince arşivden ve kliniklerden dosyaların incelenmesi, bazı dosyalarının içeriğinin standart olmaması ve evrakların sıralı olmaması nedeniyle az da olsa güçlük yaşanmıştır.

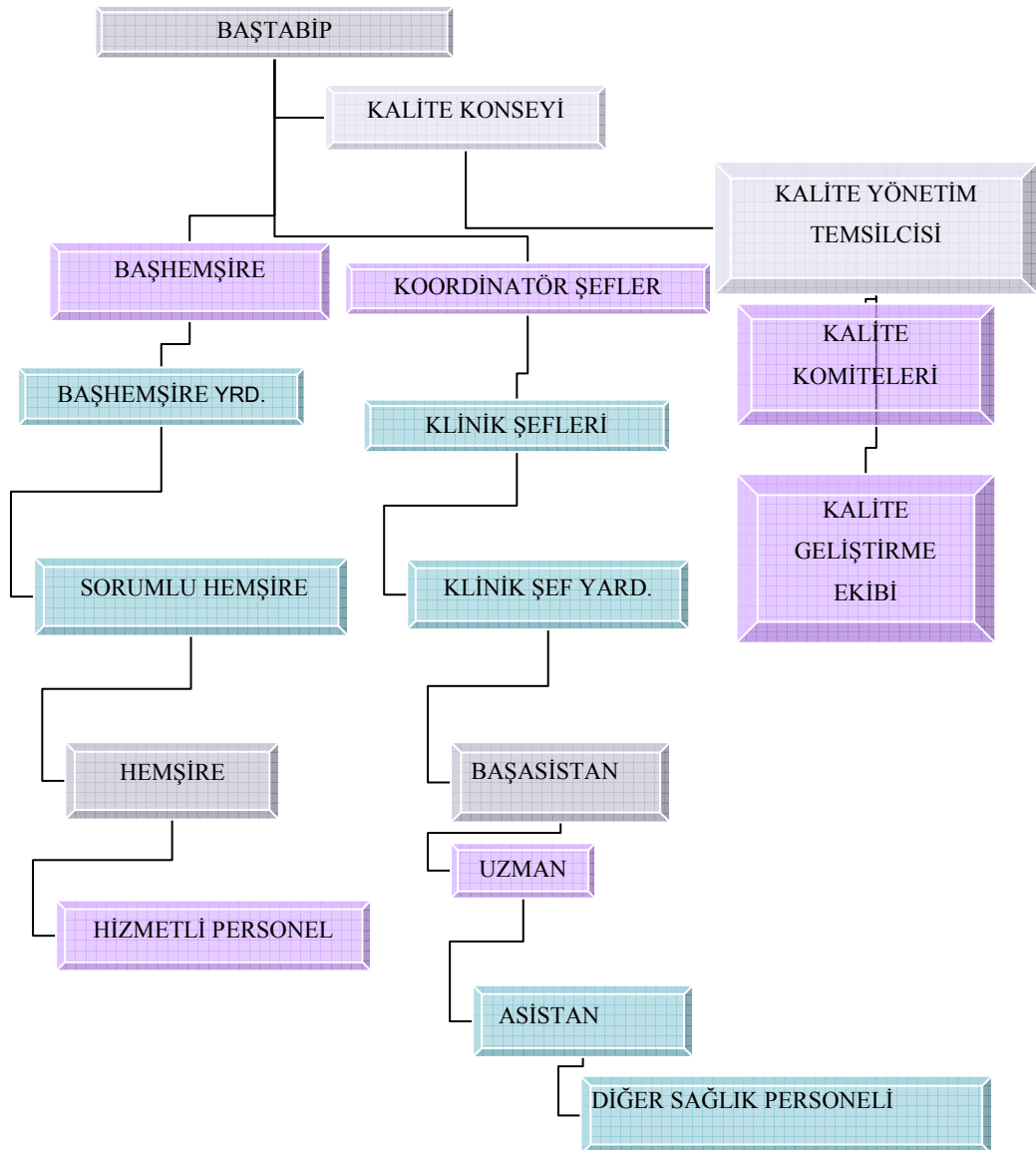
4. BULGULAR

4.1. Organizasyonun Yapısı

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 808 yataklı olup Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği hastane yataklarının %11 ine sahiptir. Hizmet veren sağlık personeli açısından hastanenin hekim grubunun %6,9 u (n:520-36), hemşire grubunun %12,4 ü (n:484:60), diğer personel grubunun %9,4 ü (n:297:28) Çocuk Kliniğinde çalışmaktadır.

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇSHK organizasyon yapısı yasal düzenlemelere uygun biçimlendirilmiştir.

Tablo 4-1: S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇSHK Organizasyon Şeması



4.2. ÇSHK'nin Kimliği

Hastanenin Adı	S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul		
Klinik Adı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği		
Yatak Sayısı	Yenidoğan Yoğun Bakım (1. Düzey) : 20		
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği: 69		
	Çocuk Acil: 13		
Personel	Doktor: 11 uzman + 25 asistan		
	Hemşire: 60		
	Diğer Sağlık Görevlisi: 28		
	Sosyal Hizmet Uzmanı: 2 Tüm Hastane İçin		
Yatak Doluluk Oranı		Çocuk	Yenidoğan
	Mart	%97	%89,8
	Nisan	%68	%88
	Mayıs	%76	%47,7
	Haziran	%70	%67,3
		Çocuk	Yenidoğan
	Mart	10,2	17,3
	Nisan	7,1	9,5
Ortalama Hasta Süresi	Mayıs	8,7	3,4
	Haziran	7,4	9,4
		Çocuk	Yenidoğan
	Mart	257	68
	Nisan	242	67
	Mayıs	243	43
	Haziran	247	79
		Poliklinik	Acil
Yatan Hasta Sayısı	Mart	6383	10648
	Nisan	6765	9998
	Mayıs	5964	11734
	Haziran	6127	10828
Poliklinik Hasta Sayısı			
Bölge Nüfusu	Ağırlıklı Bölge 732,973* (28)		

*2007 yılı Nüfus Sayımı verileri kullanılmıştır. Mahalle ve Köy Sayıları 30.04.2009 tarihinde düzenlenmiştir.

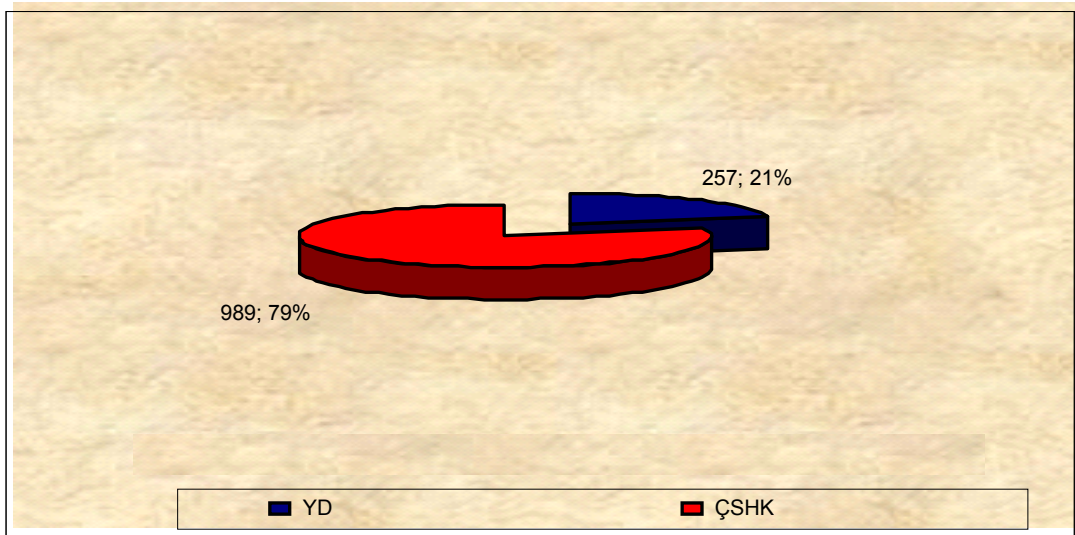
4.3. Hasta Dosyalarının Analizi

4.3.1. Servislere Aylar İçinde Yatan Hastaların Analizi

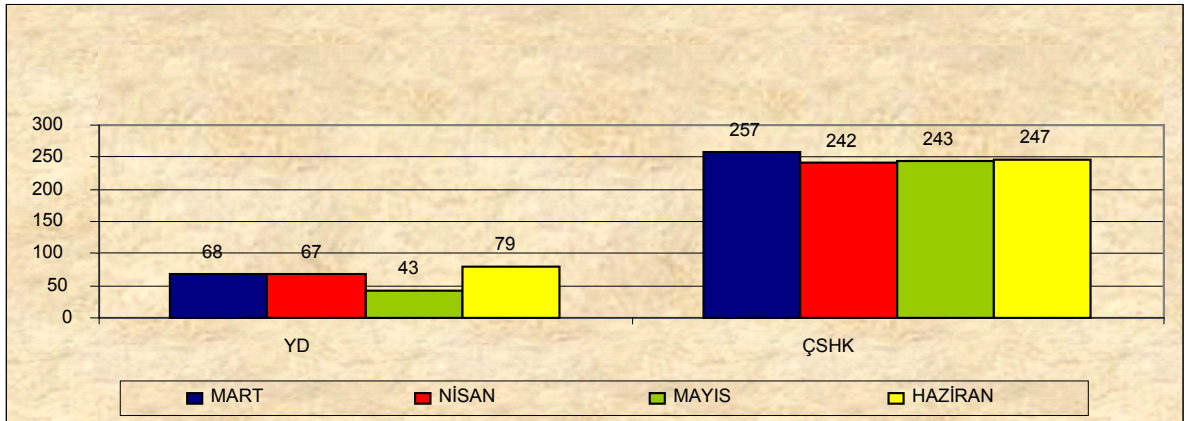
Dört ay içinde toplam 1246 dosya incelenmiş olup, 257 si (%21) YD'na, 989 u (%79) ÇSHK'ne aittir. Çocuk acil servisinde yatan hastalara dosya oluşturulmadığından çocuk acil servisinin kayıtlarına ulaşılammıştır.

Tablo 4-2: Servislere Yatan Hastaların Analizi

SERVİS/AY	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TOPLAM
YD	68	67	43	79	257
ÇSHK	257	242	243	247	989
TOPLAM	325	309	286	326	1246



Şekil 4-1: Servislere ve Aylara göre Dört Ay İçinde İncelenen Dosya Dağılımı



Şekil 4-2: Servislere ve Aylara göre İncelenen Dosya Dağılımı

4.3.2. Yatan Hasta Tür Dağılımı

YD ve ÇSHK toplam hastaların sosyal güvence açısından tür dağılımına bakıldığında %5,6 sının Bağkur çalışan ailesi, %55,2 sinin SSK çalışan ailesi, %23,9 unun 18 yaş altı, %7,1 inin ise diğer sosyal güvencelere sahiptir.

Tablo 4-3: Yatan Hasta Tür Dağılımı

		Bağkur Çalışan Ailesi	SSK Çalışan Ailesi	18 Yaş Altı	Yeşilkart	Diğer	TOPLAM
MART	YD		40	16	8	4	68
	ÇSHK	10	155	52	23	17	257
NİSAN	YD	5	37	13	8	4	67
	ÇSHK	22	115	70	21	14	242
MAYIS	YD	5	17	12	6	3	43
	ÇSHK	7	146	56	12	22	243
HAZİRAN	YD	6	44	9	12	8	79
	ÇSHK	15	134	70	11	17	247
TOPLAM		70	688	298	101	89	1246

4.3.3. Hasta Dosyalarında Hasta Yatış Belgesi, Dosya Kontrol Formu-Kayıt Dışı Form-Adli Vaka Tutanağı Bulunma Durumu

ÇSHK'ne yatan tüm çocukların hasta yatış belgesi bulunmaktadır.

YD'na ait dosyaların %6,6 sında ÇSHK'ne ait dosyaların %6,8 inde dosya kontrol formu vardır. Aylara göre dosya kontrol formu olma durumuna bakıldığında YDnde; Mart %1,9, Nisan %1,6, Mayıs %1,2, Haziran %1,9; ÇSHK'inde Mart %1,8, Nisan %1,6, Mayıs %1,7, Haziran %1,6 olarak bulunmuştur.

Tablo 4-4: Servislere ve Aylara göre Hasta Dosyalarında Dosya Kontrol Formu Bulunma Durumu

SERVİS/AY	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TOPLAM
YD	5	4	3	5	17
ÇSHK	18	16	17	16	67
TOPLAM	23	20	20	21	84

Servislere göre dosyalarda kayıt dışı form (Kalite Biriminden numara verilmemiş, ortak uygulamaları içermeyen formlar) olma durumuna bakıldığında YD dosyalarının 59 unda (%23), ÇSHK dosyalarının 229 unda (%23,2) kayıt dışı form bulunmaktadır.

Tablo 4-5: Servislere ve Aylara göre Dosyalarda Kayıt Dışı Form Olma Durumu

SERVİS/AY	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TOPLAM
YD	13	14	9	23	59
ÇSHK	60	56	55	58	229
TOPLAM	73	70	64	81	288

Servislere ve aylara göre hasta adli vaka dosyalarında adli vaka kayıt formu olma durumu bakıldığında ÇSHK'inde toplam üç adli vakanın olduğu bunların hepsinin kadın olup yaşlarının 14-16 arasında ve tanılarının suikid girişimi olduğu görülmüştür. Üç vakanın da psikiyatri konsültasyonu vardır. Bu işlemlerin kayıtları ve adli vaka tutanakları mevcuttur.

Tablo 4-6: Servislere ve Aylara göre Adli Vaka Tablosu

SERVİS/AY	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TOPLAM
YD					0
ÇSHK		1	2	3	

4.3.4. Servislere ve Aylara Göre Dosyalarda Ölüm Raporu ve Ölmek Üzere Olan Hastanın Belirtileri, Tedaviye Yanıtı, Sosyal ve Dini Gereksinimleri ve Ailesinin Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi Bilgilerinin Bulunma Durumu

YD ve ÇSHK’nde dört aylık mortalite oranı binde yedi, yenidoğanın mortalite oranı binde 23, ÇSHK mortalite oranı binde üç olarak bulunmuştur.

Yenidoğanda aylara göre mortalite oranları mart ayında binde 29,4, nisan ayında binde 14,9 mayıs ayında binde 23,2, haziran ayında binde 25,3 dür. ÇSHK’nin aylara göre mortalite oranı nisan ayında binde 4,1, mayıs ayında binde 4,1, haziran ayında binde 4,0 dür.

Tüm ölümlerin %78 inin ölüm raporu, bebek ölümleri bilgi formu dosyada bulunmaktadır. Ancak ölmek üzere olan hastanın belirtileri, tedaviye yanıtı, sosyal ve dini gereksinimleri ve ailesinin gereksinimlerinin değerlendirilmesi bilgilerine yönelik bir kayıt yada konuya ilişkin oluşturulmuş bir form dosyada bulunamamıştır.

Tablo 4-7: Servislere ve Aylara göre Ölümler

SERVİS/AY	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TOP.
YD	2	1	1	2	6
ÇSHK	0	1	1	1	3
TOPLAM	2	2	2	3	9

Tablo 4-8: Servislere ve Aylara göre Dosyalarda Ölüm Raporu ve Bebek Ölümleri Bilgi Formunun Bulunma Durumu

SERVİS/AY	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TOP.
YD	2	1	1	2	6
ÇSHK	0	1			1
TOPLAM	2	2	1	2	7

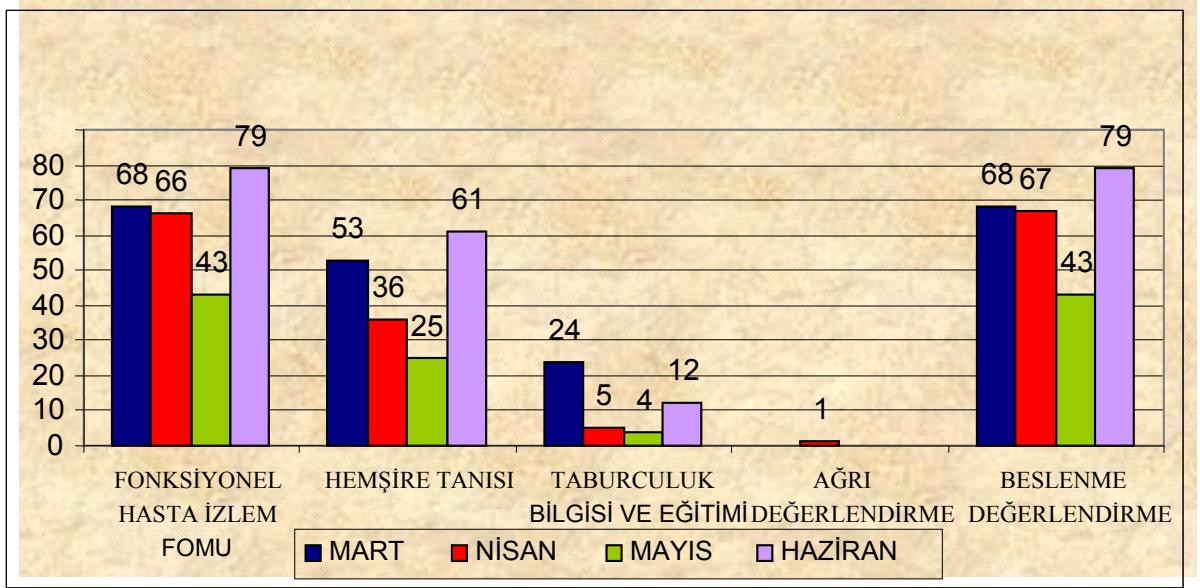
4.3.5. Servislere ve Aylara Göre Hemşirelik Kayıtlarının Var Olma Durumu

Servislerde hemşirelik kayıtların varlığına bakıldığında; YDnde hemşire değerlendirme formu olmadığından bebeğin öykü bulgularının kayıt altına alınmadığı görülmüştür. Hasta izlem formunun tüm bebeklere uygulandığı, hemşirelik tanısının sadece %68,1, taburculuk bilgisi ve eğitim kayıtlarının %17,5, ağrı değerlendirme bilgisinin %0,4 (yenidoğan ağrı değerlendirme formu olmadığından), beslenme değerlendirme durumunun tüm hasta dosyalarında hemşirelik kayıtlarında olduğu gözlenmiştir.

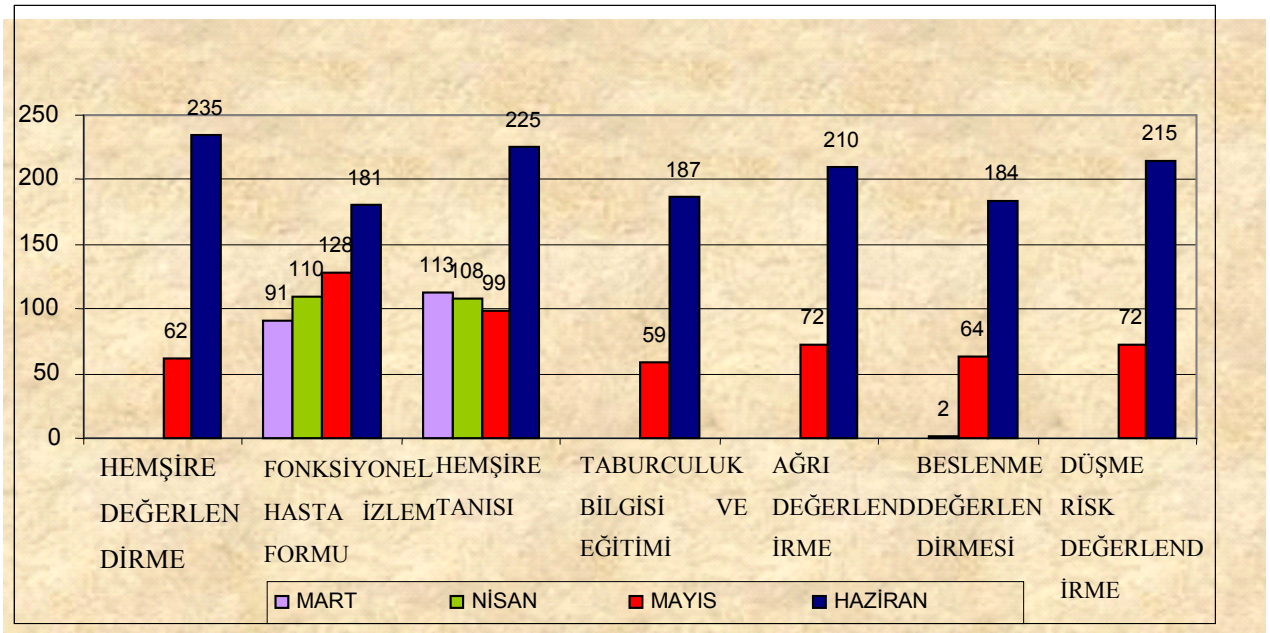
ÇSHK’nde hemşire değerlendirme formunun efektif olarak doldurulmuş olma durumu %30, hasta izlem formunun uygulanma durumu %75, hemşirelik tanısının hemşirelik kayıtlarında olma durumu %24,9, taburculuk bilgisi ve eğitim durumunun hemşirelik kayıtlarında olma durumu %28,5, ağrı değerlendirme bilgisinin hemşirelik kayıtlarında olma durumu %28,5, beslenme değerlendirme durumunun hemşirelik kayıtlarında olma durumu %25,3, düşme risk değerlendirme formunun hemşirelik kayıtlarında olma durumu %29 olarak bulunmuştur.

Tablo 4-9: Servislere ve Aylara göre Hemşirelik Kayıtlarının Var Olma Durumu

AY /	SERVİS	MART		NİSAN		MAYIS		HAZİRAN		TOPLAM
		YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	
HEMŞİRE	DEĞERLENDİRME									
FORMU						62		235		297
FONKSİYONEL	HASTA İZLEM	68	91	66	110	43	128	79	181	766
FOMU										
HEMŞİRE TANISI		53	113	36	108	25	99	61	225	720
TABURCULUK	BİLGİSİ VE	24		5		4	59	12	187	291
EĞİTİMİ										
AĞRI	DEĞERLENDİRME			1		72		210		283
FORMU										
BESLENME	DEĞERLENDİRME	68		67	2	43	64	79	184	507
DÜŞME RİSK	DEĞERLENDİRME						72		215	287



Şekil 4-3: Aylara göre YD'da Hemşirelik Kayıtlarının Hasta Dosyasında Olma Durumu



Şekil 4-4: Aylara göre ÇSHK'nde Hemşirelik Kayıtlarının Hasta Dosyasında Bulunma Durumu

4.3.6. Servislere ve Aylara Göre Hasta Dosyasında Doktor Kayıtlarının Var Olma Durumu

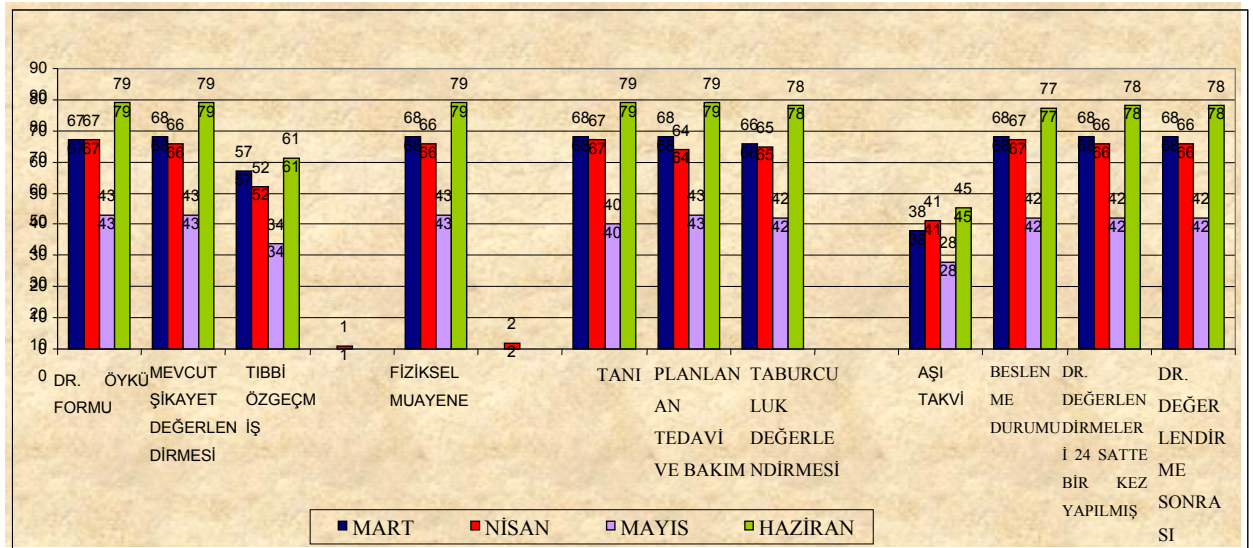
YD doktor öykü formlarının %99,6 sı, ÇSHK’nde doktor öykü formlarının %76,5 sı doldurulmaktadır.

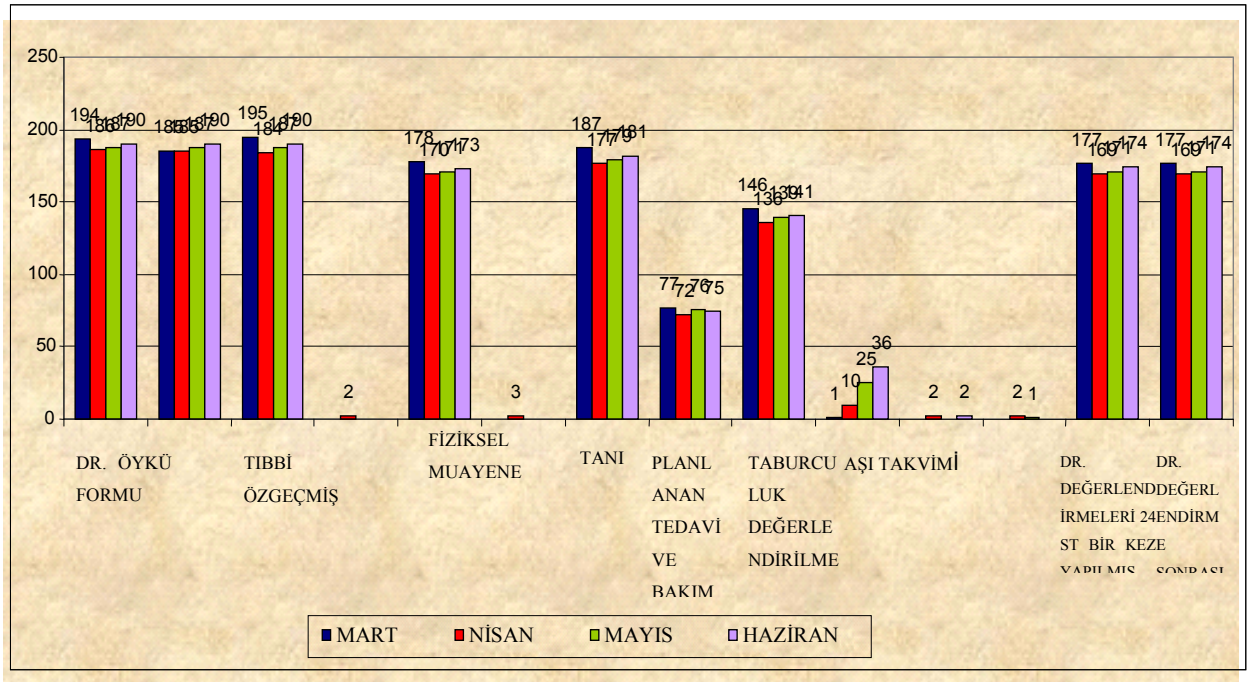
İçerik olarak bakıldığında; YD doktor öykü formları incelendiğinde mevcut şikâyet değerlendirilmesi %99,6, tıbbi özgeçmiş %79,4, psikolojik değerlendirme %0,4, fiziksel muayene %99,6, sosyoekonomik değerlendirme %0,8, tanı %98,8, planlana tedavi ve bakım %98,8, taburculuk değerlendirilmesi %97,7, ağrı değerlendirmesi %0, aşı takvimi %59,1, beslenme durumu %98,8 oranında bulunmaktadır. Doktor değerlendirmeleri en az 24 saatte bir kez yapılma durumu ve doktor değerlendirme sonrası yeniden tedavi planlanma durumu %98,8 oranında mevcuttur.

ÇSHK doktor öykü formları incelendiğinde mevcut şikâyet değerlendirilmesi %75,5, tıbbi özgeçmiş %76,4, psikolojik değerlendirme %0,2, fiziksel muayene %70, sosyoekonomik değerlendirme %0,3, tanı %73,2, planlana tedavi ve bakım %30,3, taburculuk değerlendirilmesi %56,8, ağrı değerlendirmesi %7,3, aşı takvimi %0,4, beslenme durumu %0,3 oranında bulunmaktadır. Doktor değerlendirmeleri en az 24 saatte bir kez yapılma durumu ve doktor değerlendirme sonrası yeniden tedavi planlanma durumu %69,9 oranında mevcuttur.

Tablo 4-10: Servislere ve Aylara Göre Doktor Kayıtlarının Var Olma Durumu

AY / SERVİS	MART		NİSAN		MAYIS		HAZİRAN		TOPLAM
	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	
DR. ÖYKÜ FORMU	67	194	67	186	43	187	79	190	1013
MEVCUT ŞİKAYET DEĞERLENDİRMESİ	68	185	66	185	43	187	79	190	1003
TIBBİ ÖZGEÇMİŞ	57	195	52	184	34	187	61	190	960
PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME			1	2					3
FİZİKSEL MUAYENE	68	178	66	170	43	171	79	173	948
SOSYO/EKONOMİK DEĞERLENDİRME			2	3					5
TANI	68	187	67	177	40	179	79	181	978
PLANLANAN TDV VE BAKIM	68	77	64	72	43	76	79	75	554
TABURCULUK DEĞERLENDİRMESİ	66	146	65	136	42	139	78	141	813
AĞRI		1		10		25		36	72
AŞI TAKVİMİ	38		41	2	28		45	2	156
BESLENME DURUMU	68		67	2	42	1	77		257
DR. DEĞERLENDİRMELERİ EN AZ 24 SATTE BİR KEZ YAPILMIŞ	68	177	66	169	42	171	78	174	945
DR YENİDEN DEĞERLENDİRME SONRASI TDV PLANLAMIŞ	68	177	66	169	42	171	78	174	945

**Şekil 4-5: YD'da Aylara Göre Hasta Dosyasında Doktor Kayıtlarının Olma Durumu**



Şekil 4-6: ÇSHK’nde Aylara Göre Hasta Dosyasında Doktor Kayıtlarının Olma Durumu

4.3.7. Servislere ve Aylara Göre Hasta Dosyasında Konsültasyon Kayıtlarının Var Olma Durumu

ÇSHK’nin hasta dosyaları incelendiğinde %14 oranında konsültasyon işlemi olduğu, YD’da %19, çocuk kliniğinde %12 oranında konsültasyon işlemi tespit edilmiştir.

YD konsültasyon olan hasta dosyalarında konsültasyon kayıtlarının olma durumuna bakıldığında Mart ayında %93, Nisan ayında %71, Mayıs ve Haziran ayında %100 oranında bulunmaktadır.

ÇSHK’nde konsültasyon olan hasta dosyalarında konsültasyon kayıtlarının olma durumuna toplam 123 konsültasyonun 55 inde (%44,7) kayıt var, 68 inde (%55,3) kayıt yoktur. Aylık verilere bakıldığında Mart ayında %79, Nisan ayında %42, Mayıs ayında %19 ve haziran ayında %33 oranında bulunmaktadır.

Tablo 4-11: Servislere ve Aylara Göre Konsültasyon Kayıtlarının Var Olma Durumu

AY / SERVİS	MART		NİSAN		MAYIS		HAZİRAN	
	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK
KONSÜLTASYON VAR KAYIT VAR	13	26	10	15	9	5	12	9
KONSÜLTASYON VAR KAYIT YOK	1	7	4	21		22		18

4.3.8. Servislere ve Aylara Göre Hasta Dosyasında Tetkik Kayıtlarının Var Olma Durumu

Servislere ve aylara göre hasta dosyasında tetkik kayıtlarının var olma durumuna bakıldığında laboratuvar kayıtlarının %96,8 oranında var olduğu, radyoloji nükleer tıp sonuçlarının ise istem olan tüm hasta dosyalarında sonuçların olduğu ya da sonuçlarından bahsedildiği görülmüştür.

Tablo 4-12: Servislere ve Aylara Göre Tetkik Kayıtlarının Var Olma Durumu

AY / SERVİS	MART		NİSAN		MAYIS		HAZİRAN	
	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK
LAB SONUÇLARI	67	248	64	233	42	235	76	239
RADYOLOJİ/NÜKLEER TİP SONUÇLARI VAR	38	146	37	135	26	139	44	141

4.3.9. Servislere ve Aylara Göre Hasta Dosyasında Girişimsel İşlemlerin Raporlarının Var Olma Durumu

Servislere ve aylara göre hasta dosyasında girişimsel işlemlerin raporlarının var olma durumuna bakıldığında YDnde Mart ayında %68, Nisan ayında %70, Mayıs ayında %71, Haziran ayında %75 oranında kayıtlar mevcuttur. ÇSHK'nde ise Mart ayında %79, Nisan ayında %77, Mayıs ayında %78, Haziran ayında %76 oranında kayıtlar mevcuttur.

Tablo 4-13: Servislere ve Aylara Göre Hasta Dosyasında Girişimsel İşlemlerin Raporlarının Var Olma Durumu

AY / SERVİS	MART		NİSAN		MAYIS		HAZİRAN	
	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK
GİRİŞİM YAPILMIŞ RAPOR VAR	13	61	14	55	10	57	18	57
GİRİŞİM YAPILMIŞ RAPOR YOK	6	16	6	16	4	16	6	18

4.3.10. Servislere ve Aylara Göre Hasta Bilgilendirilmiş Onam Alınma Durumu

Servislere ve aylara göre hasta bilgilendirilmiş onam alınma durumuna bakıldığında YDnde Mart ayında %21,1 Nisan %45 Mayıs %28,6 Haziran %0 ÇSHK’nde ise Mart ayında %7,8 Nisan %7 Mayıs %2,7 Haziran %18,7 oranındadır.

Tablo 4-14: Servislere ve Aylara Göre Hasta Bilgilendirilmiş Onam Alınma Durumu

AY / SERVİS	MART		NİSAN		MAYIS		HAZİRAN	
	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK
İŞLEM YAPILMIŞ ONAM VAR	4	6	9	5	4	2	14	
GENEL HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU VAR	11	17	21	27	16	26	22	53

4.3.11. Servislere ve Aylara Göre Doktor Epikriz Kayıtlarının Var Olma Durumu

Servislere ve aylara göre doktor epikriz kayıtlarının var olma durumuna bakıldığında; ortalama YD'da %100, ÇSHK'nde %93,4 tür.

Tablo 4-15: Servislere ve Aylara Göre Doktor Epikriz Kayıtlarının Var Olma Durumu

AY / SERVİS	MART		NİSAN		MAYIS		HAZİRAN	
	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK
EPIKRİZ	68	234	67	227	43	229	79	232
EPIKRİZDE BAŞVURU SEBEBİ	68	233	67	227	43	229	79	232
EPIKRİZDE ÖNEMLİ BULGULAR	68	233	67	227	43	229	79	232
EPIKRİZDE TEŞHİS	68	233	67	227	43	229	79	232
EPIKRİZDE UYGULANAN İŞLEM	68	233	67	227	43	229	79	232
EPIKRİZDE İLAÇ TDV VE DİĞER TDVLER	68	233	67	227	43	229	79	232
EPIKRİZDE TAB ESNASINDAKİ DURUM	68	232	67	226	43	229	79	232
KEPİKİZDE KULLANACAĞI İLAÇ	68	233	66	225	43	229	79	233
EPIKRİZDE KONTROL BİLGİSİ	68	233	65	224	43	234	79	233

4.3.12. Servislere ve Aylara Göre Hasta Transfer Kayıtlarının Var Olma Durumu

ÇSHK ve YD'da toplam dört ayda 15 (%1), YD'da 13 (%5), ÇSHK'nde iki (%0,2) hasta olmuştur. Servislere ve aylara göre hasta transfer kayıtlarının var olma durumuna bakıldığında YDnde Mart ayında %50 Nisan %33, Haziran %40 oranındayken ÇSHK'nde transfer kayıtlarının tutulmadığı görülmektedir.

Tablo 4-16: Servislere ve Aylara Göre Hasta Transfer Kayıtlarının Var Olma Durumu

AY / SERVİS	MART		NİSAN		MAYIS		HAZİRAN	
	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK
TRANSFER VAR KAYIT VAR	2		1		1		2	
TRANSFER VAR KAYIT YOK	2		2			1	3	1

4.3.13. Servislere ve Aylara Göre Hasta ve Ailesi Eğitim Kayıtlarının Var Olma Durumu

Bütün hasta dosyalarında olması gereken hasta ve ailesi eğitim kayıt formunun servislere ve aylara göre hasta dosyasında olma durumuna bakıldığında; YDnde %17,5, oranındayken ÇSHK'nde ise %24,9 dur. Aylara göre servislere bakıldığında YD'da Mart ayında %35 Nisan %7 Mayıs %9 Haziran %15 oranındayken ÇSHK'nde ilk 2 ayda kayıtlar gözlenmezken Mayıs ayında %4 Haziran ayında %73 bulunmuştur.

Tablo 4-17: Servislere ve Aylara Göre Hasta ve Ailesi Eğitim Kayıtlarının Var Olma Durumu

AY / SERVİS	MART		NİSAN		MAYIS		HAZİRAN	
	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK	YD	ÇSHK
HASTA VE AİLESİ EĞİTİM FORMU	24		5		4	59	12	187

4.4. Sağlık Personelinin Ve Yardımcı Sağlık Personelinin Hizmet İçi Eğitim Süre Ve Konularının İncelenmesi

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde; çocuk kliniğinde bir başhekim yardımcısı, bir klinik şef yardımcısı, bir başasistan sekiz uzman doktor ve 25 asistan çalışmıştır. Çocuk acil servisinde bir sorumlu hemşire 19 hemşire, çocuk kliniğinde bir sorumlu hemşire 14 hemşire, YDnde bir sorumlu hemşire 24 hemşire olmak üzere toplam 60 hemşire ve 28 yardımcı personel görev almıştır.

Eğitimler veriliş saatlerine göre incelendiğinde zorunlu eğitimler olan oryantasyon eğitimi ve modül eğitimler 10 saat, anne sütü ve emzirme bir saattir. Diğer eğitimler 30 dakika ile 60 dakika arasında değişmektedir.

Katılan sağlık çalışan sayısına göre incelendiğinde KPKB'nin öngördüğü eğitimler olan mavi kod 49 (%81,7), CPR (%80), hasta ve çalışan güvenliği 33 (%55), enfeksiyon komitesinin öngördüğü eğitimler tıbbi atık yönetimi 32 (%53), enfeksiyon kontrol yöntemleri 27 (%45), el yıkama anketi 27 (%45), el yıkama 25 (%41,7), domuz gribi 25 (%35), zorunlu eğitim olan anne sütü ve emzirme 18 (%30) kişi katılmıştır.

SHK'nden bir hemşire ocuk Acil Hemşireliği Programı (altı hafta), bir hemşire ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı (dört hafta), sekiz hemşire Yenidoğan Yoğun Bakım Sertifikasına (dört hafta) sahiptir.

Uzman ve asistan doktorlar kurumun eğitim ve araştırma hastanesi olmasından dolayı günlük hasta başı visitler haftalık servis vizitleri, vaka sunumları olarak düşünülmüştür.

Yardımcı sağlık personelinin hepsi yılda bir kez hastane enfeksiyon kontrolü ve tıbbi atık yönetimine dair enfeksiyon hemşiresinden birer saat eğitim almışlardır.

Tablo 4-18: Hemşirelerin Aldığı Hizmet İçi Eğitim Tablosu

	Çocuk Acil Servisi		ÇSHK		YD	
	Top. Eğitim Saati	Top. Eğitim Alan Sayısı	Top. Eğitim Saati	Top. Eğitim Alan Sayısı	Top. Eğitim Saati	Top. Eğitim Alan Sayısı
Oryantasyon Eğitimi			18	2	36	4
Modül 1			20	2	80	8
Hastane Enf./Enf.Kontrol ve izolasyon Önlemleri	7,5	3	13,5	9	22,5	15
El Yıkama			4,5	9	7,5	15
El Yıkama anket			7,3	11	14	14
Tıbbi Atık Yönetimi,delici kesici alet yaralanmaları,sürveyans, yüzey temizliği	1	2	5	10	10	20
Mavikod	4,5	9	8,5	17	11,5	23
CPR	13,5	9	24	16	34,5	23
Hasta ve Çalışan Güvenliği	6	4	18	12	8	17
Hasta Güvenliği Formları			5	10		
Sıkı temas izolasyonu			3,75	5		
Yenidoğanın Özellikleri			1	1	10	10
Fenilketonüri			1	1	15	15
Göz Eximer Laser Lasix Tekniği	1,5	2	0,75	1	3,75	5
Sivil Savunma Temel Eğitimi	1	1	1	1		
Güvenli numune alma ve göndeme	3	3			3	3
Solunum Fizyoterapisi			1	1		
Anne baba tutumları(Aİİ)			1	1		
GEBLİZ			1	1		
Anne sütü ve emzirme			6	6	12	12
Glukometre Kullanımı-Kalibrasyon	2,5	5	1	2		
Yenidoğanda kullanılan cihazlar					6	6
Meme başı akıntılarında duktoskopi					1	1
Analiz Öncesi Sonrası Değişkenler	2	2	6	6	4	4
Meme Kanseri	1	1	3	3	3	3
Domuz Gribi(H1N1)	2	2	8	8	11	11
Flash otoklav (sterilizasyon yön.)	1	1				
KYS Dokümanlarına Ulaşım			5	5	2	2
Yangın Söndürme Cihazlarının Uygulamalı Eğitimi			5	5	5	5
Kırım Kongo Kanamalı Ateşi			4	4	2	2
Tahliye planı eğitimi	1	1	1	1		
Nötropenik hastada hemşirelik bakımı	1	1	1	1		

4.5. KPKB Tarafından Hbys’de Yayınlanan Prosedür, Talimat, Bilgilendirme Broşürü Ve Formlarının İncelenmesi

KPKB tarafından otomasyonda yayınlanan prosedür, talimat, bilgilendirme broşürü ve formlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4-19: ÇSHK’nin HBYS de Varolan Dokümanları

	Yürürlük Tarihi	Doküman Adı	Açıklama
Görev Tanımı	25.04.2008	Klinik Şef Yardımcısı Görev Tanımı	
	26.04.2008	Başasistan Görev Tanımı	
	27.04.2008	Asistan Doktor Görev Tanımı	
	25.04.2008	Bebek Bakım Hemşiresi Görev Tanımı	
	25.04.2008	Sorumlu Hemşire Görev Tanımı	
	25.04.2008	Yeni Doğan Yoğun Bakım Hemşiresi Görev Tanımı	
	25.04.2008	Çocuk Acil Hemşiresi Görev Tanımı	
	29.02.2008	Pediyatrik Acil İlaç Uygulama Planı	
	29.11.2007	Çocuk Ve Yenidoğan Depo Yerleşim Planı	
Plan		Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Hasta Değerlendirme Planı	İlk Değerlendirme 2 Saat Yeniden Değerlendirme 24 Saatte Yapılır. Değerlendirme Kriterlerini İçerir.
	15.02.2008		
UYGULAMALAR	29.02.2008	Yenidoğan Yoğunbakım/ Özel Bakım İşleyiş Prosedürü	
	18.01.2008	Çocuk Hasta Klinik Görüşme Ve Muayene Yöntemleri Prosedürü	
	06.11.2007	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul Ve Çıkış Kriterleri	
	05.11.2007	Yenidoğan Ünitesine Giriş-Bebek Alma Ve İlk Bakım Talimatı	
	18.01.2008	Ameliyathane Ve Doğumhaneden Bebek Alma Talimatı	
	05.11.2007	Yenidoğan Oksijen Uygulama Talimatı	
	18.01.2008	Yenidoğanda Uyarıcı Azaltma Talimatı	
	29.02.2008	Guthrie Yöntemiyle Kan Alma (Fku) Talimatı	
	05.11.2007	Yenidoğan İlaç Uygulama Talimatı	
	05.11.2007	Pediyatrik Aşı Uygulama Talimatı	
Talimat	05.11.2009	Emzirme-Anne Sütü Sağma Ve Saklama Talimatı	
	05.11.2007	Yenidoğanın Beslenmesi Talimatı	
	18.01.2008	Çocuktan Venöz Kan Alma Talimatı	
	06.03.2008	Kuvöz Ve Açık Yatak Temizlik Talimatı	
	10.10.2008	Yenidoğan Yoğun Bakım Hasta Yakını Bilgilendirme Talimatı	
	05.11.2007	Yenidoğan Kalp Masaj Uygulama Talimatı	
	18.01.2008	Yenidoğan Ünitesi Fototerapi Uygulama Talimatı	
	05.11.2007	Umbilikal Kateterizasyon Ve Bakım Talimatı	
	05.11.2007	Çocuk Entübasyon-Tüp Aspirasyonu Ve Ventilatorde	

		Hasta Bakım Talimatı			
	18.01.2009	Yenidoğan Yoğun Bakım Grafik Çekimleri Talimatı			
	09.01.2009	Yenidoğan Yoğun Bakım Tpn Hazırlama Talimatı			
	05.11.2007	Çocuk İleri Yaşam Desteği Akış Şeması			
	02.12.2008	Emzirme Broşürü			
	02.12.2008	Emzirme Afişi			
	22.12.2008	Yenidoğan Yoğun Bakımdan Taburcu Olan Bebekler İçin Bilgiler			
	11.05.2009	YD Hasta Paylaşım Formu			
	11.05.2009	Çocuk Dahiliye Servisi Hasta İzlem Formu			
	18.11.2008	Yenidoğan Yoğun Bakım Hasta İzlem Formu			
	18.11.2008	Yeni Doğan Servisi Hasta İzlem Formu			
	11.05.2009	Süt Çocuğu Servisi Hasta İzlem Formu	Standart	Dosya	Pilot
	03.12.2007	Çocuk Acil Servis Tedavi Arabası Kontrol Formu	Uygulaması		
	03.12.2007	Yenidoğan Yoğun Bakım Acil Tedavi Tepsisi Kontrol Formu			
	03.12.2007	Cocuk Kliniği Acil Tedavi Tepsisi Kontrol Formu			
	03.12.2007	Çocuk Acil Servis Acil Tedavi Arabası Formu			
	03.04.2008	Çocuk Hastalıkları Kliniği Yatan Çocuk Hasta Değerlendirme Ve Muayene Formu	Standart	Dosya	Pilot
	18.11.2008	Yenidoğan Anne Eğitim Formu	Uygulaması		
	03.04.2008	Çocuk Hastalıkları Kliniği Yeni Doğan Bölümü Hasta Değerlendirme Ve Muayene Formu	Standart	Dosya	Pilot
	18.11.2008	YDYB Ünitesi Kranial Ultsg.Formu	Uygulaması		
	18.11.2008	Prematürite Retinopatisi Öykü Formu			
	18.11.2008	Çocuk Kliniği Alkol Batikon Kavonoz Takip Çizelgesi			
	18.11.2008	YD Servisi Tpn Odası Aylık Temizlik Çizelgesi			
	18.11.2008	YD Aylık Temizlik Çizelgesi			
	18.11.2008	YDYB Ünitesi Aylık Temizlik Çizelgesi			
	02.03.2009	Yeni Doğan Özel Bakım Tedavi Arabası Kontrol Formu			
	03.04.2009	Çocuk Kliniği Hasta Ve Ailesi Eğitimi Formu			
	02.03.2009	Fototerapi Takip Çizelgesi			
	02.03.2009	Çocuk Acil Eczane Depo Stok Kontrol Formu			
	22.01.2009	Düşme Risk Değerlendirme Formu			

Tablo 4-20: ÇSHK Uygulama Performans Göstergeleri

ÇOCUK HASTALIKLARI	Yatak Doluluk Oranı	YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM	Yatak Doluluk Oranı	ÇOCUK ACİL	Çocuk Acilden Servise Yatış Yapılan Hasta Sayısı
	Ortalama Hasta Yatış Süresi		Ortalama Hasta Yatış Süresi		Muayene Edilen Hasta Sayısı
	Yatan Hasta Sayısı		Mortalite Oranı		Yatak Doluluk Oranı
	Hasta Düşme Oranı		Yenidoğan Ünitesine Yapılan Yatış Sayısı		Adli Vaka Sayısı
	Bilgi Eksikliği Olan Dosya Sayısı (Dosya Denetimlerinde)		Doğumhaneden Yenidoğan Ünitesine Yatırılan Bebek Sayısı		
	Enfeksiyon Oranı		Enfeksiyon Oranı (1000 Yatak Günü Üzerinden Hesaplanmıştır)		

5. TARTIŞMA

5.1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinin Kimliği

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nin, hastanenin klinik verilerindeki katkı payı (araştırmanın yapıldığı dört aylık veriler) yatan hastalar için %8,6 (n:14,427–1,246), poliklinik hizmetlerinde %5,3 (n:47,9385–25,239), acil hizmetinde %4,7 (227,245–10,648) olarak bulunmuştur.

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin konumu itibariyle hizmet verdiği nüfusun (Kâğıthane ve Şişli bölgeleri) 732,973 olduğu düşünülürse elde edilen verilerde poliklinik, acil ve yataklı hizmetlerle her gün yaklaşık 6000 kişinin (binde sekiz) hastane personeli ile iletişime geçtiği görülmektedir.

5.2. Organizasyon Yapısı ve Dosya Kontrolleri

Organizasyonun yapısının yönetmeliklere uygun olduğu görülmüştür.

ÇSHK'nde dört ay içinde (Mart, Nisan, Mayıs, Haziran) toplam 1246 dosya incelenmiş olup, 257 si (%21) YD'da, 989 u (%79) ÇSHK'ne aittir.

YD ve ÇSHK toplam hastaların sosyal güvence açısından tür dağılımına bakıldığında %5,6 sının Bağkur çalışan ailesi, %55,2 sinin SSK çalışan ailesi, %23,9 unun 18 yaş altı, %7,1 nin ise diğer güvencelere sahip olduğu görülmüştür.

ÇSHK'nde yatan hasta dosyalarının hepsinde hasta yatış formu, epikriz formu bulunmaktadır. Bu durum yasal olarak hasta yatışının kabul edilebilmesi için bu formun çok gerekli olduğunu düşündürmüştür.

SB SGK Sağlık Hizmetleri Protokolüne göre; faturalama işlemleri, ilgili Mali yıl Bütçe Uygulama Talimatındaki esas ve usullere göre yapılarak, yatan hastalara ait faturaların ekinde epikriz raporu yer almak zorundadır. (28)

ÇSHK'nde hasta dosyalarının %6,7 sinde dosya kontrol formu vardır. Aylara göre dosya kontrol formunun var olma durumuna bakıldığında YD'da; Mart %1,9, Nisan %1,6, Mayıs %1,2, Haziran %1,9; ÇSHK'nde Mart %1,8, Nisan %1,6, Mayıs %1,7, Haziran %1,6 olarak bulunmuştur.

Hizmet Kalitesi Standartları 67. maddesinde kurum hasta dosyalarının usulüne uygun doldurulduğunu kontrol eden bir düzenlemeye sahip olmalıdır denmektedir. Yatan hasta dosyalarının, içerik (hastanın muayene sürecinden çıkış aşamasına kadar

yapılan tüm işlemler) bakımından eksiksiz olmasını sağlamak üzere oluşturulmuş dosya kontrol formu kullanımının yaygınlaşmadığı görülmüştür. (29)

Servislere ve aylara göre dosyalarda kayıt dışı form olma durumuna bakıldığında YD'nın dosyalarının 59 unda (%23), ÇSHK'nin dosyalarının 229 unda (%23,2) kayıt dışı form bulunmaktadır. Standart hasta dosyası uygulamasında kurum içinde kullanılan tüm formların KPKB tarafından numaralanmış, güncel olması gerekmektedir.

Servislere ve aylara göre hasta dosyalarında adli vaka kayıt formunun olma durumuna bakıldığında ÇSHK'nde toplam üç adli vakanın olduğu bunların hepsinin kadın olup yaşlarının 14–16 arasında ve tanılarının intihar girişimi olduğu görülmüştür. Üç vakanında psikiyatri konsültasyonu vardır. Bu işlemlerin kayıtları ve adli vaka tutanakları mevcuttur.

1997-2001 yılları arasında Adli Tıp Kurumu (ATK) Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi ve ATK Grup Başkanlıkları Morg İhtisas Dairelerinde otopsi ve toksikolojik analizi yapılmış ve sonucunda zehirlenme olduğu kanaatine varılmış olgular ile ATK 5. İhtisas Kurulunda ölüm sebebi zehirlenme olarak saptanan olgularla (586) yapılan çalışmada; olguların 256'sının (%45,1) erkek, 312'sinin (%54,9) kadın; en sık 219 olgu (%38,6) ile 15-17 yaş grubunda ölüm olduğu belirtilmiştir. (30)

Adli rapor yazımı için kaynak teşkil eden ve hukuken delil niteliğinde sayılan tıbbi kayıtlar, doktorların pek çoğu tarafından genellikle bir külfet olarak görülmekte, kayıtların tutulması ihmal edilmekte, geciktirilmekte veya eksik ya da hatalı kayıtlar tutulmaktadır. (31)

Zeyfeoglu Y. ve arkadaşlarının 13. Ulusal Adli Tıp Günleri Kongresindeki Olgu Sunumlarında; pratisyen ve klinisyen hekimlerin, çoğu zaman kendilerine başvuran hastalardaki adli bulguları tanımlama ve bunları kayıt altına alma konusunda gereken önemi göstermedikleri, lezyonları eksik ya da hatalı olarak tanımladıkları, bu da özellikle adli olgu niteliği taşıyan travmatik olayların yorumlanmasında ve yargılanma aşamasında doğru kararların oluşmasına engel teşkil ettiği belirtilmektedir. Yine de geçmişe nazaran kayıtların daha doğru tutulduğunu göstermişlerdir. (31)

Konu ile ilgili olarak, 01.06.2005 tarihinde 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) ile 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun (CMK) yürürlüğe girmesini

takiben Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından, adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinde uyulacak esasları düzenleyen 22.09.2005 tarih ve 13292 sayılı bir Genelge daha yayınlanmıştır. Genelge, adli tabiplik hizmetleriyle ilgili yasal çerçeve, yeni TCK ve CMK doğrultusunda adli tabiplik uygulamalarında ortaya çıkan yeni durum, il düzeyinde hizmet sunumunda yapılması gerekenler ve alınması gereken tedbirlerle ilgili düzenlemeler içermektedir. (32, 33)

YD’da ve ÇSHK’nde dört aylık mortalite oranı binde yedi, yenidoğanın mortalite oranı binde 23, ÇSHK mortalite oranı binde üç olarak bulunmuştur. Aylara göre bebek-çocuk ölüm durumuna bakıldığında; yenidoğanda aylara göre mortalite oranları Mart binde 29,4 Nisan binde 14,9 Mayıs binde 23,2, Haziran binde 25,3 dür. ÇSHK’nin aylara göre mortalite oranı Nisan binde 4,1 Mayıs binde 4,1, Haziran binde dörttür. Tüm ölümlerin ölüm raporu, bebek ölümleri bilgi formu dosyada bulunmaktadır. Ancak ölmek üzere olan hastanın belirtileri, tedaviye yanıtı, sosyal ve dini gereksinimleri ve ailesinin gereksinimlerinin değerlendirilmesi bilgilerine yönelik bir kayıt ya da konuya ilişkin oluşturulmuş bir kayıt tutanağı dosyada bulunamamıştır.

Neonatoloji Derneği Bülteni 2007 yılı Türkiye’nin 31 merkezde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinden elde edilen mortalite hızı 6,7 olarak bildirilmiştir. YD’nın mortalite oranının yüksek olması komplike olgularının büyüklüğüne bağlı olabilir.(34)

Yoğun bakım ünitelerindeki hekim-hemşire işbirliği başarısının, hastanede kalış süresi ve mortalite oranlarıyla ilişkisinin belirgin olduğuna dair bilgiler vardır. (35)

ÇSHK’nde Mayıs ayında yapılan “Standart Hemşirelik Dosyası Pilot Uygulaması” nedeniyle Mayıs ayından itibaren KPKB’nce Çocuk Kliniğine özgü hemşirelik formları oluşturulmuş ve klinik hemşireleri bu formları kullanmaya başlamıştır. Kurumun 29 Nisan Hasta ve Çalışan Güvenliği’ne dayanarak oluşturduğu hemşirelik uygulamalarına yönelik formlar; hemşire hasta değerlendirme formu (Form 2), Norton bası skalası, Hendrick II düşme risk değerlendirme skalası, yüz ifadesine göre ağrı skalasıdır. (36)

Çocuk kliniğine yönelik hemşirelik uygulama formu hazırlanmış; hasta ve çalışan güvenliğine yönelik gerekli formlar açısından eksiklikler giderilmiştir. Bu uygulamaya YD dâhil edilmemiştir. Ayrıca yenidoğan bebek; skala kullanım ilkesine göre düşme riski içermediğinden yenidoğanda sorgulanmamıştır.

Servislerde hemşirelik kayıtlarının varlığına bakıldığında; YD'da hemşire değerlendirme formu olmadığından hemşirelerin bebeğin öykü bulgularını kayıt altına almadığı görülmüştür. Hasta izlem formunun tüm bebeklere uygulandığı, hemşirelik tanısının sadece %68,1, taburculuk bilgisi ve eğitim kayıtlarının %17,5, ağrı değerlendirme bilgisinin %0,4 (yenidoğan ağrı değerlendirme formu olmadığından), beslenme değerlendirme durumunun tüm hasta dosyalarında hemşirelik kayıtlarında olduğu gözlenmiştir.

ÇSHK'nde hemşire değerlendirme formunun efektif olarak doldurulmuş olma durumu %30, hasta izlem formunun uygulanma durumu %75, hemşirelik tanısının hemşirelik kayıtlarında olma durumu %24,9, taburculuk bilgisi ve eğitim durumunun hemşirelik kayıtlarında olma durumu %28,5, ağrı değerlendirme bilgisinin hemşirelik kayıtlarında olma durumu %28,5, beslenme değerlendirme durumunun hemşirelik kayıtlarında olma durumu %25,3, düşme risk değerlendirme formunun hemşirelik kayıtlarında olma durumu %29 olarak bulunmuştur.

ÇSHK'nde ve YD'da KPKB tarafından oluşturulmuş standart bir doktor öykü formu bulunmaktadır. İçerik olarak formlara bakıldığında; formlarda psikolojik değerlendirme, sosyoekonomik değerlendirme ve ağrı durumu sorgulaması yoktur. (Form 3-4) Bölüm olarak bulunmayan bu sorulara bazen dolaylı olarak cevap verilmiştir.

YD'da doktor öykü formlarının %99,6 sı, ÇSHK'nde doktor öykü formlarının %76,5 sı doldurulmaktadır.

İçerik olarak bakıldığında; YD doktor öykü formları incelendiğinde mevcut şikâyet değerlendirilmesi %99,6, tıbbi özgeçmiş %79,4, psikolojik değerlendirme %0,4, fiziksel muayene %99,6, sosyoekonomik değerlendirme %0,8, tanı %98,8, planlanan tedavi ve bakım %98,8, taburculuk değerlendirilmesi %97,7, ağrı değerlendirmesi %0, aşı takvimi %59,1, beslenme durumu %98,8 oranında bulunmaktadır. Doktor değerlendirmeleri en az 24 saatte bir kez yapılma durumu ve doktor değerlendirme sonrası yeniden tedavi planlanma durumu %98,8 oranında mevcuttur.

ÇSHK doktor öykü formları incelendiğinde mevcut şikâyet değerlendirilmesi %75,5, tıbbi özgeçmiş %76,4, psikolojik değerlendirme %0,2, fiziksel muayene %70, sosyoekonomik değerlendirme %0,3, tanı %73,2, planlanan tedavi ve bakım %30,3, taburculuk değerlendirilmesi %56,8, ağrı değerlendirmesi %7,3, aşı takvimi %0,4,

beslenme durumu %0,3 oranında bulunmaktadır. Doktor değerlendirmeleri en az 24 saatte bir kez yapılma durumu ve doktor değerlendirme sonrası yeniden tedavi planlanma durumu %69,9 oranında mevcuttur.

ÇSHK'nin hasta dosyaları incelendiğinde %14 oranında konsültasyon işlemi olduğu, YD'da %19, çocuk kliniğinde %12 oranında konsültasyon işlemi tespit edilmiştir. YD'nda konsültasyon olan hasta dosyalarında konsültasyon kayıtlarının olma durumuna bakıldığında Mart ayında %93, Nisan ayında %71, Mayıs ve Haziran ayında %100 oranında bulunmaktadır. ÇSHK'nde konsültasyon olan hasta dosyalarında konsültasyon kayıtlarının olma durumuna toplam 123 konsültasyonun 55 inde (%44,7) kayıt var, 68 inde (%55,3) kayıt yoktur. Aylık verilere bakıldığında Mart ayında %79, Nisan ayında %42, Mayıs ayında %19 ve Haziran ayında %33 oranında bulunmaktadır.

Servislere ve aylara göre hasta dosyasında tetkik kayıtlarının var olma durumuna bakıldığında laboratuvar kayıtlarının %96,8 oranında var olduğu, radyoloji nükleer tıp sonuçlarının ise istem olan tüm hasta dosyalarında sonuçların olduğu ya da sonuçlarından bahsedildiği görülmüştür.

ÇSHK ve YD'nda 4 ayda 373 (%30), yenidoğanda 77 (%30), ÇSHK'nde 296 (%30) girişimsel işlem yapılmıştır. Servislere ve aylara göre hasta dosyasında girişimsel işlemlerin raporlarının var olma durumuna bakıldığında YD'nda Mart ayında %68, Nisan ayında %70, Mayıs ayında %71, Haziran ayında %75 oranında kayıtlar mevcuttur. ÇSHK'nde ise Mart ayında %79, Nisan ayında %77, Mayıs ayında %78, Haziran ayında %76 oranında kayıtlar mevcuttur.

Servislere ve aylara göre hasta bilgilendirilmiş onam alınma durumuna bakıldığında YD Mart ayında %21,1 Nisan %45 Mayıs %28,6 Haziran %0 ÇSHK ise Mart ayında %7,8 Nisan %7 Mayıs %2,7 Haziran %18,7 oranındadır. Hasta dosyalarında onam formu bakılırken onam formunda doktor İmzası, hasta yakını imzası ve şahit imzası aranmıştır. İmzaların eksik olması halinde onam formu yok sayılmıştır.

Türkiye'de 10.000 nüfusa 14,9 doktor, 12,2 hemşire, 5,9 ebe düşerken, WHO Avrupa verilerinde 33,8 doktor, 67,9 hemşire, 4,4 ebe düşmektedir.(9) Bu verilere sağlık çalışanlarının kayıt tutmayı iş yükü olarak gördüğü de eklenirse her kurumun tıbbi kayıt tutma adına kendi pratiklerini oluşturması çok önemlidir.

SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama pratikleri içerisinde hasta ve çalışan güvenliği adına standart dosya formları oluşturularak sağlık çalışanların kayıt tutma becerilerini artırmıştır.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 15: “Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir. Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir.” maddesi ile hasta bilgilendirilmiş onamını zorunlu tutmaktadır. (37)

Bütün hasta dosyalarında olması gereken hasta ve ailesi eğitim kayıt formunun servislere ve aylara göre hasta dosyasında olma durumuna bakıldığında; YD’da %17,5, oranındayken ÇSHK’nde ise %24,9 dur. Aylara göre servislere bakıldığında yenidoğan Mart ayında %35 Nisan %7 Mayıs %9 Haziran %15 oranındayken ÇSHK’nde ilk 2 ayda kayıtlar gözlenmezken pilot uygulamanın başlaması ile Mayıs ayında %4 Haziran ayında %73 olmuştur.

Sağlık hizmeti sunan özel ya da tüzel kişiler, ister kamu kurumu ister özel kurum olsun kendisine başvuran herkesin tıbbi kayıtlarını tutmakla yükümlüdür. Bu başvuruların tanı veya tedavi amaçlı olması durumu değiştirmez. Hatta danışma amaçlı başvuruların bile kayıtları tutulmalıdır. Sağlık hizmeti talep eden kişiye verilen hizmetin paralı ya da parasız verilmesinin tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü açısından bir önemi yoktur. Bu durum Tababet Ve Şuabatı Tarzı İcrasına Dair Kanun'un (TŞTİDK) 72. maddesinde açıkça belirtilmiştir: "Hekimler, diş hekimleri ve ebeler Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen ve onaylanarak kendisine verilen protokol defterine hastanın kimliğini yazmada mecburdurlar." Kanunda yalnızca ebelerden söz edilmesi diğer yardımcı sağlık personelinin böyle bir yükümlülükleri olmadığı şeklinde anlaşılmamalıdır. (38)

Dokümantasyon hataları her ne kadar hastanın tedavisinde sonucu etkilemese de medikal malpraktis davalarında sonucu çok etkilerler. (39)

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre kayıtlar, madde 71, 72, 82, 83, 84'e göre düzenlenmelidir. (40)

5.3. Sağlık Personelinin ve Yardımcı Sağlık Personelinin Süre ve Hizmet İçi Eğitim Konularının İncelenmesi

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde; çocuk kliniğinde bir şef yardımcısı, bir başasistan sekiz uzman doktor ve 19 uzmanlığa yakın asistan dokuz asistanlığa yeni başlamış asistan çalışmıştır. Çocuk acil servisinde bir sorumlu hemşire 19 hemşire, çocuk kliniğinde bir sorumlu hemşire 14 hemşire, YD'da bir sorumlu hemşire 24 hemşire olmak üzere toplam 60 hemşire görev almıştır.

Sağlık personelinin Ocak ayından itibaren aldıkları hizmet içi eğitim konuları kurumun eğitim hemşirelerince eğitim planı çerçevesinde oluşturulmuştur. Eğitimler incelendiğinde il sağlık müdürlüğünün her hemşireye zorunlu kıldığı eğitimler (oryantasyon eğitimi, modül eğitimler), mevzuta dayanan KPKB'nin öngördüğü eğitimler (hasta ve çalışan güvenliği gibi), enfeksiyon komitesinin eğitimler ve servislere özel ihtiyaca binaen oluşturulmuş eğitimler olduğu söylenebilir. Modül eğitimler teorik hasta bakım ilkeleri, kişilerarası ilişkileri içermektedir. Oryantasyon eğitimleri ise kurumu tanıtan, organizasyon yapısını anlatan eğitimlerdir.

Eğitimler veriliş saatlerine göre incelendiğinde zorunlu eğitimler olan oryantasyon eğitimi ve modül eğitimler 10 saat, anne sütü ve emzirme bir saattir. Diğer eğitimler 30 dakika ile 60 dakika arasında değişmektedir.

Katılan sağlık çalışan sayısına göre incelendiğinde KPKB'nin öngördüğü eğitimler olan mavi kod 49 (%81,7), CPR (%80), hasta ve çalışan güvenliği 33 (%55), enfeksiyon komitesinin öngördüğü eğitimler tıbbi atık yönetimi 32 (%53), enfeksiyon kontrol yöntemleri 27 (%45), el yıkama anketi 27 (%45), el yıkama 25 (%41,7), domuz gribi 25 (%35), zorunlu eğitim olan anne sütü ve emzirme 18 (%30) kişi katılmıştır. Genel olarak bakıldığında KPKB ile Enfeksiyon Komitesinin eğitimlerini; katılımı

zorunlu eğitimler ve servislere özel eğitimlerin katımcılarının fazla olduğu dikkat çekicidir.

Uzman ve asistan doktorlar kurumun eğitim ve araştırma hastanesi olmasından dolayı günlük hasta başı vizitler haftalık servis vizitleri, vaka sunumları olarak düşünülmüştür.

5.4. Performans ve Kalite Birimi Tarafından HBYS’de Yayınlanan Prosedür, Talimat, Bilgilendirme Broşürü ve Formlarının İncelenmesi

Kurumun Nisan ayında yapılan bir çalışma ile görev tanımlarını oluşturduğu anlaşıyor. Çocuk doktoru ve çocuk hemşiresinin ayrıca bir görev tanımı yoktur, doktor ve hemşire olarak görev tanımı bulunmaktadır. Görev tanımları mevzuata ve kurumun politikalarına uygun olarak oluşturulmuştur.

ÇSHK’nin hasta değerlendirme planı, planın sorumlusunu, ilk değerlendirme, yeniden değerlendirme kriterlerini, kayıt yerini belirlemektedir.

ÇSHK’nin prosedürlerine bakıldığında yenidoğan yoğun bakım servisinin işleyiş prosedürü, hasta yatış çıkış talimatı vardır. Çocuk kliniğine ait işleyiş prosedürü vardır. İşleyiş prosedürlerinde servisin alt yapısı, teknik donanımı, bebeğin-çocuğun servise alınmasından çıkışına kadar olan bütün süreçler, enfeksiyon kontrolü, uygunsuzluk yönetimi tüm detayları ile anlatılmaktadır.

Çocuk hasta ile klinik görüşmenin nasıl yapılacağı; mevcut mevzuata göre hazırlanmış, iletişim becerisini anlatan Çocuk Hasta Klinik Görüşme ve Muayene Yöntemleri Prosedürü’nde yer alır.

ÇSHK’nin talimatlarına bakıldığında YD’na ait tüm işlemlerin-süreçlerin talimatları vardır, Çocuk Kliniğine ait ayrıca talimat bulunmayıp başhemşirelikten çıkan hemşirelik uygulamalarını anlatan genel tüm talimatların çocuğu ilgilendirdiği düşünülmüştür. Ancak beslenme, uyku, aşı uygulamaları, çocuğun psikososyal gelişimi ve sorunlarına ayrıca değinilmelidir.

ÇSHK’nin bilgilendirme broşürlerine bakıldığında YD’nın annelere yönelik anne eğitimlerinde kullandığı broşürlerinin olduğu görülmüştür. Çocuk kliniğinin bu konudaki çalışmaları devam etmektedir. Çocuk kliniğinin uygulamalara yönelik bütün

formlarının olduğu ve pilot uygulamanın form eksikliğini giderdiği ve kullanımını pozitif etkilediği söylenebilir.

SHK proseslerinde işleyişi yansıtan sahiplerince (klinik sorumlu doktorları ve hemşireleri) oluşturulmuş belirli zaman dilimlerinde (aylık, haftalık gibi) takip edilen veriler verilmiştir. Bu verilerin daha çok kurumun maliyet etkinlik çalışmalarının içerisindeki yatak kullanım performansını ve hasta güvenliğini içerdiğini söylemek mümkündür.

Çocuklar insani, sosyal ve ekonomik gelişme için temel kaynaklardır. Karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının sonuçlarına en hassas gruplar arasındadır ve hastalıkların küresel yükünün %40'ını onlar taşır. (41,42) ocuk Hakları sözleşmesinde toplumun temel birimi olan ve tüm üyelerinin ve özellikle çocukların gelişmeleri ve esenlikleri için doğal ortamı oluşturan ailenin toplum içinde kendisinden beklenen sorumlulukları tam olarak yerine getirebilmesi için gerekli koruma ve yardımı görmesinin zorunluluğundan bahseder.(19)

Sonuç:

SHK'inde hasta, sağlık çalışanı ve toplum için tam olarak örgütsel bir yaklaşım sergilenemese de KPKB'nin de katkılarıyla bu kültürün oluşturulmaya başlandığı söylenebilir.

neriler:

Hastanede Yatan ocukların ST için İhtiyaçları

Uluslararası, ulusal, bölgesel düzeyde sistematik bir eylem planı, bilinçli organizasyonu ve izlemi, ocuk ve gençlerin kendi sağlıkları üzerindeki denetimlerini arttırarak sağlıklarının gelişmesine yardımcı olur. (42,43)

Çocukların sağlık kuruluşlarından yatmak suretiyle sürekli hizmet almaları halinde sahip oldukları haklara ilişkin bir bildirgeyi "Avrupa Hastanede Bulunan ocuklar Birliği" 1988'de Leiden (Hollanda) da yaptığı 1. Konferansında ortaya koymuştur. (43)

Bu bildirge; Brüksel'de 2001 yılında yapılan 7. Konferans'ında yeniden düzenlenerek Hasta ocuklar Bildirgesi olarak yayınlanmıştır.

Hasta Çocuklar Bildirgesi

Çocuklar, ancak gereksinim duydukları tıbbi tedavi, evlerinde ya da gündüz kliniklerinde yapılamadığında hastaneye alınmalıdır. Hastanede yatan çocuklar ebeveynlerini ya da diğer yakınlarını her zaman yanlarında bulundurma hakkına sahiptir.

- Çocuk hastaneye yatırılırken, ebeveynine çocuğuyla birlikte kalabileceği bildirilmeli, çocuğun yanında kalabilmeleri için yardım edilmeli ve cesaretlendirilmelidir.
- Ebeveyn bunun için ek ücret ödememeli, maaş kesintisine uğratılmamalıdır.
- Ebeveyn çocuğun bakımına katılabilmek için "temel bakım" ve "klinik rutini" hakkında bilgilendirilmeli ve aktif katılım için teşvik edilmelidir.
- Tıpkı ebeveynleri gibi çocuklar da, yaşları ve kavrayışları paralelinde bilgilendirilme hakkına sahiptir.
- Bedensel ve ruhsal sıkıntılarını giderecek her türlü yöntem uygulanmalıdır.
- Çocuklar ve ebeveynleri, sağlık durumlarını ilgilendiren her karara katılma hakkına sahiptirler.
- Her çocuk, gereksiz tıbbi tedavi ve muayenelerden korunma hakkına sahiptir. Çocuklar, gelişimleri gereği aynı gereksinimlere sahip diğer çocuklarla birlikte bakılma hakkına sahiptir. (Çocuklar erişkin ünitelerine yatırılmamalıdır.
- Ziyaretçileri için yaş sınırlandırılması getirilmemelidir.

Çocuklar, yaşlarına ve durumlarına uygun, oynamak, dinlenmek ve eğitim almak için kapsamlı olanakları olan bir çevrede bulunma hakkına sahiptir. Çevre, çocukların gereksinimlerine uyan bir şekilde düzenlenmeli ve uygun personele sahip olmalıdır.

Çocuklar, eğitimleri ve empati yetenekleri çocukların bedensel, ruhsal ve gelişimsel gereksinimlerine, ailelerinin gereksinimlerine yanıt verebilecek görevliler tarafından bakım görme hakkına sahiptir.

Hasta çocuğa kesintisiz bakım, olabildiğince küçük bir ekip tarafından verilmelidir.

Çocuklara duygu ve anlayışla yaklaşılmalı, mahremiyetlerine her zaman saygı gösterilmelidir. (44)

Bu konuda uygulamalar sağlığın teşviki için kabul edilmiş kriterlerle uyumlu olmalıdır. Bu kriterler:

- DSÖ ST Değerlendirmede Avrupa Çalışma Grubu tarafından; ST uygulamaları yol gösterici ilkelere dayanmalıdır. (Güçlendirici, eşit, katılımcı, holistik, sektörler arası, multidisipliner, sürdürülebilir)
- ST için en iyi uygulamalar; ST değerleri, amaçları, etikleri, teorileri, inançları, kanıtları ve çevreyi anlamayı içeren faaliyetler ve prosessler dizgisini içermelidir.(43)

Hastanelerde ST için hedef gruplar:

- Aileler
- Hastanede yatan çocuğun ailesi
- Akut hastalıklara sahip çocuklar
- Akut hastalıklara sahip adolasanlar
- Hastanede ağır kronik hastalıklara sahip çocuklar
- Hastanede ağır kronik hastalıklara sahip adolasanlar
- Ziyaretçi olarak çocuklar
- Sağlık çalışanları
- Hastane içi iletişim kuran çalışanlar (danışma elemanları, veri giriş elemanları gibi)

Hastanede uzun yatışlar (çocukluk çağı kanserlerinde olduğu gibi) çocukların ve ailelerinin psikososyal durumlarını olumsuz etkilediğine dair veriler vardır.(45)

Çocuklarda hospitilizasyonun travmatik etkisi iki alanda ele alınabilir: hastalığın direkt çocuğun vücuduna etkisi diğeri ise hastalığın çocuğun ailesine ve çevresine etkisi:(45)

Burada çocuğun sağlığı ve hastalığı nasıl tanımladığını bilmek çocuğun sağlığını teşvik etme konusundaki ihtiyaçlarını belirlemek, hastalığını kabullenmesine ve hospitilizasyonun travmatik etkilerini azaltmak açısından çok önemlidir. (45)

Bu konu kliniğin işlemlerine eklenerek takip edilebilir. Önce çocukların yatış tanılarına ve sürelerine göre tanımlanması gerekmektedir. Bu sebeple Çocuk Hematoloji servisinin Çocuk Kliniği'nden ayrı izlemi gereklidir.

Organizasyonel düzeyde servislere göre çocukların ihtiyaç duyduğu aileleri-anneleri ile paylaştıkları özel hasta odaları, ziyaretçi saatleri, ziyaretçilerle görüşme yerleri oluşturulabilir. Diğer en önemli görev ise sağlık çalışanları ile çocuk-ailesi

arasındaki iletişimi sağlayacak, etkin kılacak ve sağlık çalışanlarının kronik hastalığa sahip çocuk ve ailelerine yaklaşım metotları ile ilgili çalışmalar yapılabilir.

Hastanelerde çocuk/adolesan sağlığının teşviki ile ilişkili 3 ana prensib, güvenlik ilkesi, empati ilkesi, benzerlik ilkesi unutulmamalıdır. (43)

Çocukların Gelişimsel İhtiyaçlarının Karşılmasında Ailenin Desteklenmesi

Hastalığın ortaya çıkışı çocuğun sadece aile fonksiyonunu değil kafasındaki ideal aile imajının da olumsuz etkilenmesine neden olur. Hastalığın normal seyrindeki olumsuzluklar aile fonksiyonlarını zorlar. Bu durumlar: çocuğun kendi durumunu kabullenmesi, çocuğun günden güne değişen durumunu idare edebilmesi, çocuğun ve ailenin normal gelişimsel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, periyodik kriz ve stresle baş edebilmeleri, duygularının yönetimi için aile üyelerine yardım edilmesi, çocuğun durumu hakkında sürekli eğitim, destek takımının oluşulması...

Sağlık çalışanlarının bu durumların farkında olmasına rağmen, bu süreçlere olumlu katkısını ölçmek zordur. Bu süreçler için düzenlenmiş bir eğitimin olmayışı konuyu bireysel becerilere atfetmeyi gerektirir. Ancak STEH olmak bu konularda somut ölçülebilir çalışmalar yapmayı gerektirir.

Hastaneye Ziyaretçi Olarak Gelen Çocukların Sağlık Teşviki

Hastalar ve ailelerinin çocukları dahil her birinin kriz ve stres yaratan durum süresince hep beraber desteklenmeye hakkı vardır. Hastede uzun yatan hastaların ailelerinde çocuk ve adolesan varsa duygularını, korkularını, umutsuzluklarını, dağılma durumlarını v.s. dikkate almak gerekir.

Toplumtaki Çocukların Sağlığı Teşvik Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Toplumdaki çocuk için STEH'lerin rolü üç şekilde incelenebilir: çocuğu ve ailesini taburculuk sonrası evde bakım için hazırlamak, kronik hastalığa sahip çocuğu bilimsel olarak desteklemek- okula uyumlarını kolaylaştırmak, sağlıklı birey olmaları için desteklemek

Sonuç olarak biz bu çalışmada hasta dosyalarını, dokümanları ve prosesleri inceleyerek çocuklara sunulan hizmetlerin STEH kavramına ne kadar yakın olduğunu anlamaya çalıştık. Çocuğun gelişimi; toplumun çocuğa biçtiği rollerin, hakların ve sorumlulukların yapılanması ile oluşur. Çocuğun gelişimi otomatik olarak öğrenilmiş

proseslere karşılık gelir. Hastalıkların görülmesiyle çocukların otonomisi sınırlanır. Sağlığı teşvik uygulamaları çocuklara ve ailelerine durumu, hastalıklarını kontrol altında tutabilmek için ihtiyaç duydukları gücü kazandırabilir. Bu açıdan hastanelerin ellerindeki gücü bilerek sağlığı teşvik için kanıta dayalı örgütsel yapılanmaları bilinçli olarak harekete geçirmeleri gerekmektedir. (44-45)

KAYNAKLAR

1. HPH. *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH), the International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating Health Promotion into Hospitals and Health Services. Concept, Framework and Organization*. HPH-HC Knowledge Center (internette) 2007. Erişim Tarihi: 10.02.2009, <http://www.healthpromotinghospitals.org>
2. HPH-CC. *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO Regional Office for Europe, HPH-HC Knowledge Center (internette) 1986, November. Erişim Tarihi: 10.02.2009, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
3. Groene O, Garcia-Barbero M. Editors. *Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management* [web page on the internet] 2005, May. Erişim Tarihi: 10 Şubat 2009, HPH-HC: [http://www.hphhc.cc/.../Eighteen%20Core%20Strategies%20for%20Health%20Promoting%](http://www.hphhc.cc/.../Eighteen%20Core%20Strategies%20for%20Health%20Promoting%20)
4. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Garcia Barbero M. Standards for Health Promotion in Hospitals: Development and Pilot Test In Nine European Countries. *Int J Health Care Qual Assur* [serial online] 2005, **18**:300-7. Erişim Tarihi: 10.02.2009, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16167644>
5. Tonnesen H, Fugleholm AM, Jørgensen SJ: *Evidence for Health Promotion in Hospitals. In Health Promotion in Hospitals: Evidence and Management* [web page on the Internet] 2005, May. Erişim Tarihi: 10.02.2009, HPH-HC.CC: <http://www.hphhc.cc/.../Eighteen%20Core%20Strategies%20for%20Health%20Promoting%20>
6. WHO. *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century 1997*. HPH-HC HPH Concepts (internette) 1998. Erişim Tarihi: 10.02.2009, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf
7. Çağlar S ve ark. *Dünyada ve Türkiye'de Çocuk Sağlığının Durumu*. Ders Notları, İ.Ü. FNG Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Doktora Programı, İstanbul 2008.
8. Güney R ve ark. *Değişen Sağlık Bakım Sisteminin Çocuk Üzerindeki Etkileri*. Ders Notları, İ.Ü.FNG Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Doktora Programı, İstanbul 2008.

9. DPT. *Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007 – 2013)*. Devlet Planlama Teşkilatı Kalkınma Planları (internette) 2006, Temmuz. Erişim Tarihi: 10.02.2009, <http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/1968/plan9.pdf>
10. Aujoulat I, Simonelli F, Deccache A. Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review, *Patient Educ Counsel* [serial online] 2006; **61**:23-32. Erişim Tarihi: 10.02.2009, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16533675>
11. Tonnesen H, Christensen ME, Groene O, et al. An Evaluation of a Model for The Systematic Documentation of Hospital-Based Health Promotion Activities: Results From a Multicentre Study. *BMC Health Serv Res* [serial online] 2007, **7**:145. Erişim Tarihi: 10.02.2009, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/145>
12. Scott JG, Socholski J, Aiken L. Review of Magnet Hospital Research: Findings and Implications for Professional Nursing Practice. *J Nurs Adm* [serial online] 1999, **29**:9–19. Erişim Tarihi: 10.02.2009, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9921144>
13. WHO. *Declaration of Alma Ata the International Conference on Primary Health Care*, World Health Organization Primary Health Care (internette) 1978, September. Erişim Tarihi: 10.02.2009, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
14. Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (Eds.) (1998): *Pathways to a Health Promoting Hospital: Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* [web page on the Internet], 1998. Erişim Tarihi: 10.02.2009, WHO Regional Office for Europe, Document: <http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphseriesvol2.pdf>
15. Nutbeam D. *Health Promotion Glossary vol.13,4* [web page on the Internet], 1998. Erişim Tarihi: 10.02.2009, Euro WHO Data and Publication: <http://www.who.int/entity/healthpromotion/about/HPG/en/>
16. World Health Organisation Regional Office for Europe. *The Ljubljana Charter on Reforming Health*. WHO/Euro About WHO (internette) 1996. Erişim Tarihi: 18.03.2009, http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5
17. WHO/Europe. *First Workshop on Health Promotion for Children and Adolescents in Hospitals*. WHO/Europe Report on a WHO Workshop Barcelona (internette)

- 2004, April. Erişim Tarihi:18.03.2009, <http://www.euro.who.int/document/e84990.pdf>
18. WHO. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, 2005. WHO Health Promotion (internette) 2005. Erişim Tarihi: 10.02.2009, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
19. UNICEF TÜRKiYE. *Çocuk Haklarına Dair Sözleşme*. UNICEF Türkiye Kaynaklar (internette) 2000. Erişim Tarihi: 01.04.2009, http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23b.html
20. WHO. *Budapest Declaration on Health Promoting Hospital, WHO 1991*. WHO Health Promotion (internette) 1991. Erişim Tarihi: 10.02.2009, <http://www.euro.who.int/document/IHB/hphbudadecl.pdf>
21. HPH. *The Vienna Recommendations On Health Promoting Hospitals Adopted At The 3rd Workshop Of National/Regional Health Promoting Hospitals Coordinators*. HPH-HC Knowledge Center (internette) 1997. Erişim Tarihi: 10.02.2009, <http://www.euro.who.int/document/e90777.pdf>
22. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. *Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt ve Kalite Yönetimi*. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınlar (internette) 2009. Erişim Tarihi: 10.06. 2009, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kanit_kalite.pdf
23. HPH-HC. *Putting HPH Policy into Action: Working Paper on 18 HPH Core Strategies of the WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care*. HPH-HC Knowledge Center (internette) 2006. Erişim Tarihi: 20.03.2009 <http://www.hph-hc.cc/Downloads/HPH-Publications/wp-strategies-final.pdf>
24. WHO. *Towards a more Health Promoting Health Service. Swedish National Institute for Public Health, Stockholm 2006*. WHO/Euro (internette) 2006. Erişim Tarihi: 20.03.2009, <http://www.euro.who.int/document/E90777.pdf>
25. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı. *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı Görev ve Sorumlulukları*. SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı (internette) 2008. Erişim Tarihi: 23.12.2009, <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/printIt.htm>

26. Yardım N., Gögen S., Mollahaliloğlu S., Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum. *Itf dergisi* [serial online] 2009, 72-1:29-35. Erişim Tarihi: 23.12.2009, <http://www.itfdergisi.com/text.php3?id=552>
27. İstanbul Büyükşehir Belediyesi. *İstanbul İl ve İlçe Alan Bilgileri, İstanbul İli Sınırları Dâhilinde 5747 Sayılı Kanun Kapsamında Oluşturulan 39 İlçeye Ait Alan Ve Nüfus Bilgileri*. İBB (internette) 2007. Erişim Tarihi: 23.12.2009, <http://www.ibb.gov.tr/tr-TR/kurumsal/Pages/IlceveIlkKademe.aspx>
28. TTB. *Sağlık Hizmetleri Protokoül*. TTB Mevzuat (internette) 2005. Erişim Tarihi: 23.12.2009, <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/2005ek/SSKPrtokol.doc>
29. Kurumsal Performans ve Kalite Dairesi Başkanlığı. *Hizmet Kalitesi Standartları* [web page on the Internet] 2009. Erişim Tarihi: 01.01.2010, Kurumsal Performans ve Kalite Dairesi Başkanlığı Yayınlar: <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/hizmettum.pdf>
30. Karapirli M. ve Ark. *18 Yaş Altı Zehirlenmeye Bağlı Ölüm*ler. [web page on the Internet] 2003. Erişim Tarihi: 01.01.2010, Department of Forensic Medicine Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı 2. Anadolu Adli Bilimler Kongresi Poster Özetleri: http://www.medicine.ankara.edu.tr/internal_medical/forensic_medicine/anadolualdi2ozet.html
31. Çetin V. Fedakar R. *1999-2001 Yıllarında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servislerde Düzenlenen Adli Rapor Formlarının Değerlendirilmesi*. [web page on the Internet] 2003. Erişim Tarihi: 01.01.2010, Department of Forensic Medicine Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı 2. Anadolu Adli Bilimler Kongresi Poster Özetleri: http://www.medicine.ankara.edu.tr/internal_medical/forensic_medicine/anadolualdi2ozet.html
32. TTB. *Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Ugulanacak Esaslar*. TTB Mevzuat (internette) Eylül 2005 . Erişim Tarihi: 01.01.2010, http://www.adlitabiplik.saglik.gov.tr/include/dosyalar/00_gen_genelge.pdf Erişim tarihi 05.02.2009
33. Balcı Y. Eryürek M. Adli Raporların Hazırlanmasında Temel Kurallar, Kavramlar; Hukuki ve Tıbbi Açından Hekim Sorumluluğu. *klinikgelisimdergisi* [serial online]

- 2009, 22(7):48-55. Erişim Tarihi: 01.01.2010, http://www.istabip.org.tr/media/upload/klinik_2009_22/07.pdf
34. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni (TNDB). Türkiye’de Yenidoğan Bakım Ünitelerinde Mortalite – 2007. *TNDB* [serial online] 2008, 8(17):15-18. Erişim Tarihi: 01.01.2010, <http://www.neonatology.org.tr/images/NeonBulten17.pdf>
35. Rivera-Fernandez R, Sanchez-Cruz JJ, Abizanda- Campos R, Vazquez-Mata G. Quality of life before intensive care unit admission and its influence on resource utilization and mortality rate. *Crit Care Med* [serial online] 2001, 29(9):1701-9. Erişim Tarihi: 01.01.2010, <http://www.biomedcentral.com/1471-2482/7/23>
36. TTB. *Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ*. TTB Mevzuat (internette) 2009, Nisan. Erişim Tarihi: 30.08.2009, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=category§ionid=1&id=3&Itemid=35
37. TTB. *Hasta Hakları Yönetmeliği*. TTB Mevzuat (internette) 2005, Ocak. Erişim Tarihi: 30.01.2010, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=182&Itemid=33
38. Göçmen E. *Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Hukuki Sorumluluk*. [web page on the Internet]. Erişim Tarihi: 30.01.2010, hastaninhakları: <http://www.hastaninhaklari.com/tibbikayitlartutulmasi.htm>
39. Daehnke P. *The Medical Record as Evidence: How will Your Chart Look to a Jury*. [web page on the Internet] 2007, November. Erişim Tarihi: 30.01.2010, Bonnebridges: http://www.bonnebridges.com/pdf/November_07_News_brief.PDF
40. TTB. *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. TTB Mevzuat (internette) 2005, Ocak. Erişim Tarihi: 30.01.2010, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=116&Itemid=35
41. DSÖ Türkiye İrtibat Ofisi. *DSÖ Genel Direktörü Dr. Gro Harlem Brundtland’ın 1998–2003 Raporu, (56. DSÖ Genel Kurul Toplantısında Sunulmuştur)*. DSÖ Türkiye İrtibat Ofisi WHO Turkey Liaison Office (internette) 2003, Mayıs. Erişim Tarihi: 01.04.2009, <http://www.undp.un.org.tr/who/dgbrundlandrapor.htm>

42. Simonelli F., Majer K., Pinilla M.J. Editors. *Health Promotion for Children and Adolescents in & by Hospitals (HPH-CA) Knowing and respecting the rights of Children in hospital*. April, 2007. Florence, Italy.
43. UNICEFF Türkiye. *Çocuk Hakları Sözleşmesi*. UNICEFF Türkiye Kaynaklar (internette) 2004. Erişim Tarihi: 1.03.2010, <http://www.unicef.org/turkey/pdf/cr23.pdf>
44. Johnson A. Baum F. Health Promotion Hospital: A Typology of Different Organizational Approaches to Health Promotion. *Health Promotion International* [serial online] 2001, **16** (3):284. <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/full/16/3/281>
45. Whitehead D. The European Health Promoting Hospitals (HPH) Project: How Far on?. *Health Promotion International* [serial online] 2004. **19**(2):261

FORMLAR

FORM 1

DOSYA KONTROL FORMU

[illegible]

Form 2



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ÇOCUK YATAN HASTA
HEMŞİRELİK SÜRECİ DOSYASI



			BARKOD
Adı Soyadı		Yatış Tarihi	/...../ 200...
Servis Protokol No		Yatış Saati	
Bölüm		Çıkış Tarihi	/...../ 200...
Cinsiyeti	☐ K ☐ E	Kullandığı Lisan	
Yaş		Varsa Yaptığı İş	
Kilo		Mesleği	
Boy		Adli Vaka	☐ Evet ☐ Hayır
Geldiği Yer	☐ Ev ☐ Y. Bakım ☐ Acil ☐Kliniği ☐ Diğer.....		
Birime Geliş Şekli	☐ Yürüyerek ☐ Sedye ☐ Tekerlekli Sandalye ☐ Ana Kucağı/Bebek Arabası		
Kan Grubu	☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ Rh (+) ☐ Rh (-) ☐ Bilinmiyor		
Daha Önce Kan Tranfüzyonu Uygulandımı	☐ Hayır ☐ Evet ☐ Bilinmiyor		
Evetse Reaksiyon gelişimi ?	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız)		
Allerjisi	☐ Yok ☐ Var ☐ Bilinmiyor ☐ Allerji Bilekliği Takıldı (Kırmızı)		
Varsa Belirtiniz	☐ İlaç ☐ Yiyecek ☐ Diğer (Belirtiniz)		
Hasta Kabul Hayati Bulgular	Vucut Isısı:	Nabız:	Solunum: Tansiyon:
Anne-Baba	☐ Sağ ☐ Biri Sağ ☐ Sağ ama ☐ Ölmüş ☐ Birlikte ☐ Ayı	Sosyal Güvence	
Kardeş Sayısı ☐ Yok	☐ Var Sayısı	☐ Bağkur ☐ Emekli Sandığı ☐ Yok	
		☐ SSK ☐ Yeşil Kart	
Sosyo-Ekonomik Düzey	☐ İyi ☐ Orta ☐ Düşük		
Gerektiğinde iletişim kurulabilecek kişinin			
Adı - Soyadı			
Yakınlık Derecesi			
Telefon	Ev	Cep	
Adres			

Ön Tıbbi Tanı	Geliş Şikayeti
---------------	----------------

Kronik Hastalıklar	☐ DM ☐ HT ☐ KOAH ☐ KBY ☐ Kalp Yetmezliği ☐ Yok ☐ Diğer.....
--------------------	--

Ailesel Hastalıklar	☐ Yok ☐ Var (Belirtiniz)
---------------------	---

Geçirilmiş Hastalıklar / Operasyonlar	☐ Yok ☐ Var (Belirtiniz)
---------------------------------------	---

Sürekli Kullandığı	☐ Diş Protezi ☐ Kalp Pili ☐ Kalp Kapakçığı ☐ Diğer
--------------------	--

Alışkanlıklar (Anne ve/veya Bab)	☐ Yok ☐ Var ☐ Bilinmiyor
Varsa Belirtiniz	☐ Sigara .....Adet / Paket / Gün Yıl
	☐ Alkol .....Sıklığı / Miktar Yıl
	☐ Madde .....Sıklığı / Miktar Yıl
	☐ Diğer

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR ☐ Yok	
1)	4)
2)	5)
3)	6)

HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ / MALZEME ☐ Yok				
İlaç / Malzemenin Adı	İlaç / Malzemenin Miadı	İlaç / Malzemenin Miktarı	İlaç / Malzemeyi Teslim Eden İmza	İlaç / Malzemeyi Teslim Alan İmza

Hastaneye Yatış Tepkisi	☐ Uyum Sağladı ☐ Kısmen Uyum Sağladı ☐ Uyum Sağlayamadı
-------------------------	--

İLETİŞİM		
İŞİTME / KONUŞMA	GÖRME	DUYGUSAL / PSİKOLOJİK
☐ Konuşabiliyor ☐ Konuşamıyor ☐ Duyuyor ☐ Az Duyuyor ☐ Duymuyor ☐ İşitme Cihazı ☐ Diğer (Belirtiniz)	☐ Görüyor ☐ Görmüyor ☐ Kızarıklık ☐ Akıntı ☐ Şaşılık ☐ Lens ☐ Protez Göz ☐ Gözlük ☐ Diğer (Belirtiniz)	☐ Sorun Yok ☐ Sedasyon ☐ Endişeli ☐ Ajite ☐ Diğer (Belirtiniz)

KARDİYO VASKÜLER		SOLUNUM	
☐ Sorun Yok ☐ Siyanoz ☐ Hipertansiyon ☐ Göğüs Ağrısı ☐ Senkop ☐ Çarpıntı ☐ Pretibial Ödem ☐ Varis ☐ Diğer (Belirtiniz)		☐ Sorun Yok ☐ Hemoptizi ☐ Siyanoz ☐ Hırıltılı ☐ Wheezing ☐ Balgam (Belirtiniz) ☐ Öksürme (Belirtiniz) ☐ Solunum Güçlüğü (Belirtiniz) ☐ Yardımcı Solunum Araçları (Belirtiniz)	
BOŞALTIM			
ÜRİNER		GASTROİNTESTİNAL	
☐ Sorun Yok ☐ Anüri ☐ İnkontinans ☐ Poliüri ☐ Pollaküri ☐ Hematüri ☐ Dizüri ☐ Noktüri ☐ Diğer (Belirtiniz)		☐ Sorun Yok ☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Melana ☐ Ağız Kokusu ☐ Hematemez ☐ Hemoroid ☐ İshal :günde kez ☐ Konstipasyon :günde kez ☐ Diğer (Belirtiniz)	
BESLENME			
☐ AS ☐ FORMÜLA SÜT ☐ NORMAL ☐ ÖZEL DİYET ☐ Var ☐ Yok			
İştah		☐ İyi ☐ Orta ☐ Zayıf ☐ Bulantı / Kusma ☐ Diğer (Belirtiniz)	
Beslenme Şekli		☐ Oral ☐ I.V. ☐ NG ☐ Diğer (Belirtiniz)	
Kilo kaybı var mı ?		☐ Hayır ☐ Evet Ne Kadar?	
VUCUT SICAKLIĞI			
Özel giyinme tercihi		Özel örtünme alışkanlığı	
☐ Yok ☐ Var		☐ Yok ☐ Var	
AŞI TAKVİMİ		PLANLANAN UYGULAMA TARİHİ	
☐ Var ☐ Yok EKSİK AŞILAR ☐ Bilinmiyor			
UYKU		HAREKETLİLİK	
☐ Günde .....saat uyur ☐ Düzenli ☐ Düzensiz ☐ Uyuma Güçlüğü ☐ Uyumasını kolaylaştıran uygulamalar ☐ Bilinmiyor		☐ Sorun Yok ☐ Yürümeye Başlamamış ☐ Immobil ☐ Kısıtlama Altında ☐ Diğer ☐ Dengesizlik , Kuvvetsizlik ☐ Paralizisi ☐ Hemipleji ☐ Felç ☐ Baston ☐ Yürüteç ☐ Protez ☐ Değnek	
KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME			
CİLT		AĞIZ / DİL	
☐ Sorun Yok ☐ Soluk ☐ Nemli ☐ Kuru ☐ Kızarıklık ☐ Kaşıntı ☐ Döküntü ☐ Peteşi ☐ Ekimoz		☐ Sorun Yok ☐ Aft ☐ Monilya ☐ Paslı Dil ☐ Diş Çürüğü ☐ Ağız Kokusu ☐ Diğer (Belirtiniz)	
☐ Odemli (Belirtiniz) ☐ Yara (Belirtiniz) ☐ Bası Yarası (Belirtiniz)			
ÇALIŞMA VE EĞLENCE		CİNSELLİĞİ İFADE ETME	
Okuma Alışkanlığı		Cinsel sorun ifade ☐ Etmiyor ☐ Ediyor (Belirtiniz)	
Radyo / TV		Genel görünüm kimliği ile uyumlu ☐ Hayır ☐ Evet	
Diğer (Belirtiniz)		ÖLÜM	
		Ölüm korkusu veya ölümle ilgili konuşuyor ☐ Hayır ☐ Evet	
		Özel dini / kültürel gereksinimleri GÜVENLİ ÇEVREYİ SAĞLAMA	
TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ			
☐ Hasta bilekliği takıldı ☐ Hasta servis tanıtıldı ☐ Hasta odası tanıtıldı ☐ Yatak kenarlıkları yukarıda		O2 Sistemi ☐ Açık ☐ Kapalı Pencere/ler ☐ Açık ☐ Kapalı Yatak fren/leri ☐ Açık ☐ Kapalı Refakatçi gereksinimi ☐ Var ☐ Yok	

DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (MORSE)									
1. Düşme öyküsü yakın zamanda fizyolojik düşme öyküsü	Hastada	Var:25 Yok:0	5. Yürüyüş biçimi *Normal yardımla yürüyebiliyor (baş dik, eller yanda rahat adımla yürüme) *Güçsüz yürüyor (Baş dik, duraklayarak kısa adımla, ayak sürüyerek) *Yürümekte zorlanıyor. (Ayaga kalkarken güçlük, mobilya, yürüme aleti ve hemşiredn destek alma)	0	10	20	0	0	15
2. Teşhis teşhisinde birden fazla tıbbi tanı var mı?	Hastanın	Var:15 Yok:0	6. Zihinsel statü *Tualete giderken yardıma ihtiyacınız oluyor mu? Sorusuna; *Mevcut durumu ile uyumlu cevap veriyorsa *Mevcut durumu ile uyumsuz cevap veriyorsa (Abartma, unutkanlık olarak değerlendirilir.)	0	15	0	0	15	15
3. Hareket desteği *Desteksiz yürüyebilir *Hemşire yardımıyla yürüyebilir *Tekerlekli sandalye kullanıyor *Yatak istirahatinde Yatağa bağımlı *Koltuk değneği, baston, walker kullanıyor *Mobilyadan destek alıyor		0 15 Var:25 Yok:0							
4. IV tedavi									
TOPLAM PUAN									
RİSK ÖLÇÜMÜ		PUANLAMA		YAPILMASI GEREKENLER					
Risk Yok		0 - 25		Temel güvenlik önlemleri alınır. Haftada bir kez düşme riskini yeniden değerlendirilir.					
Düşük Risk		30-55		Düşme Risk Değerlendirme ve Bakım Talimatı uygulanır. 4 günde bir kez yeniden değerlendirilir.					
Yüksek Risk		60-125		Düşme Risk Değerlendirme ve Bakım Talimatı uygulanır. Günün başından itibaren değerlendirilir.					
BASİ YARASI RİSKİNİ ÖLÇME (Norton Bası Skalası)									
Fiziksel Durum	Puan	Mentak Durum	Puan	Aktivite	Puan	Mobilite	Puan	İnkontians	Puan
İyi	4	Açık	4	Yürüyor	4	Tam	4	Yok	4
Orta	3	Apatik	3	Yardımla	3	Hafif Kısıtlı	3	Bazen	3
Zayıf	2	Konfüze	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok Kısıtlı	2	Genellikle İdrar	2
Çok Kötü	1	Stupor	1	Stupor	1	İmmobil	1	İdrar ve Gaita	1
Genel Toplam									
RİSK ÖLÇÜMÜ		PUANLAMA		YAPILMASI GEREKENLER					
Risk Yok		12 ve ↑		Haftada bir kez bası yarası riskini yeniden ölç + Bası Yarası Önleme Talimatı'nı uygula					
Yüksek Risk		1 - 11		Her gün bası yarası riskini yeniden ölç + Bası Yarası Önleme Talimatı'nı uygula					
Ağrı Tanılama		Ağrı		☐ Var ☐ Yok					
									
6 puandan sonra " Ağrı Takip Formuna " işlenir. Takiplere göre işlem yapılır.									
KISITLAMA İHTİYACI									
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?				☐ Var ☐ Yok			Evet ise Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü uygulanır.		
İZOLASYON									
İhtiyaç Var mı?		☐ Var ☐ Yok			☐ İzolasyon bilekliği takıldı (Sarı)				
Varsa İzolasyon Şekli		☐ Temas ☐ Sıkı Temas ☐ Damlacık ☐ Solunum ☐ Diğer							
Transfer: ☐ Kurum İçi ☐ Kurum Dışı ☐ Ex ☐ Taburcu ☐ Allenin isteğiyle ayrıldı ☐ İzinsiz ayrıldı									
TABURCULUK EĞİTİMİ									
Taburculuk esnasında yardıma ihtiyacı		☐ Var ☐ Yok							
Taburculuk sonrası mevcut yaşam koşulları		☐ Aile ☐ Akraba ☐ Sosyal Kurum							
Taburculuk esnasında görüşülmesi gereken birim		☐ *Evet ☐ Hayır							
Evde bakım ihtiyacı var		☐ *Evet ☐ Hayır							
Taburculuk desteği ihtiyacı		☐ *Evet ☐ Hayır							
Var, ise taburcu desteği		☐ *Ev Bakıcısı ☐ *Ulaşım ☐ *Ekonomik Destek ☐ *Araç-Gereç İhtiyacı							
*Gereksinim saptanan konu ile ilgili sosyal servis biriminden.....kişi ile .....tarih.....saatte görüşüldü. Sosyal hizmet uzmanı Tel: 1502-1402									
GÖRÜŞME YAPILAN KİŞİ ADI SOYADI/İMZA TARİH/SAAT					GÖRÜŞME YAPAN HEMŞİRE ADI SOYADI/İMZA TARİH/SAAT				

FORM 3

	ÇOCUK HASTALIKLARI KLİNİĞİ YATAN ÇOCUK HASTA DEĞERLENDİRME VE MUAYENE FORMU	Adı : Soyadı : Protokol No : Tarih : Cinsiyet : Doğum Tarihi : Servis / Oda No :
ADI : SOYADI : ANNE ADI : BABA ADI : CİNSİYET : Erkek ☐ Kız ☐ DOĞUM TARİHİ : DOĞUM YERİ : T.C.KİMLİK NO : KURUM SİCİL NO : SAĞLIK GÜVENCE: SSK ☐ E.Sandığı ☐ Bağkur ☐ Yeşilkart ☐ Ücretli ☐ Diğer :	ADRES : TEL : YATIŞ TARİHİ : ÇIKIŞ TARİHİ : BÖLÜMÜ : Çocuk Dahiliye ☐ Süt Çocuğu ☐ Çocuk Hematoloji ☐ Çocuk İntar ☐ YATAK NO : BİLGİ KAYN: SERVİS PROTOKOL NC :	
YAKINMA :		
HİKAYE :		
ÖZGEÇMİŞ : Prenatal öykü : Sigara : Evet ☐ Hayı ☐ Alk : Evet ☐ Hayı ☐ Röntgen : Evet ☐ Hayı ☐ Tak : Evet ☐ Hayı ☐ İlaç : Hastalık :		
Doğduğu Yer : Hastane / Doğumevi ☐ Ev ☐ Diğer :		
Doğum Şekli : NSD ☐ C / S ☐ Forseps / Vakur ☐		
Doğum prezentasyonu : Vertex ☐ Maka ☐ Diğer :		
Zor Doğum : Var ☐ Yok ☐		
Doğumda morarma : Var ☐ Yok ☐		
Hemen Ağlama : Var ☐ Yok ☐		
Prematüre/erken doğu : Evet ☐ Hayı ☐		
Doğum Ölçüleri : Doğum Ağırlığı:.....Doğum boyu:.....Doğumda baş çevresi		

Diğer	:	
Hastaneye Yatış	:	Evet ☐ Hayır ☐ Evetse nedeni:.....
Aşılar	:	
Beslenme	:	
Nöromotor Gelişim	:	Baş Tutma :..... Gülümseme :..... Destekli oturma :.... Desteksiz oturma :..... Sıralama :..... Yürüme :... Konuşma :..... İdrar kontrolü :..... Gayta kontrolü :... Diğer :.....
Geçirmiş olduğu hastalıklar-operasyonlar-kazalar :		
Alerji :		
Diğer :		

<u>PSİKOSOSYAL VE EKONOMİK DURUM</u>		
Eğitim Durumu	Okumuyor ☐ Kreş ☐ Anaokulu ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐	
Yaşadığı ev ortamı :		
Ev Rutubetli	: Evet ☐ Hayır ☐ Güneş görüyor Evet ☐ Hayır ☐	
Evde sigara içen	: Var ☐ Yok ☐	
Evcil Hayvan	: Evet ☐ Hayır ☐ Evetse Türü:.....	
Tuvalet Terbiyesi	Var ☐ Yok ☐	
Yatağı ısıtma	Var ☐ Yok ☐	
Ruhsal bir problemi var mı? :.....		
Çocuğa anne babadan başka bakan var mı? Evet ☐ Hayır ☐ Evetse Kim?.....		
Diğer :.....		

<u>SOYGECMİŞ :</u>	
Anne mesleği :	Baba mesleği :.....
Aile ve yakın akrabalarda hastalık öyküsü Evet ☐ Hayır ☐ Evetse hangileri :.....	
Annenin memleketi : Babanın memleketi :	

SOY AĞACI :	○ ————— □
<u>GENEL VÜCUT FONKSİYONLARI :</u>	
İştah	İy ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Fazla su içme ☐
	Var ☐ Yok ☐ Varsa;..... Diğer :
<u>FİZİK MUAYENE</u>	
<u>VİTAL BULGULAR :</u>	
Ateş :	Nabız : Solunum sayısı(dk) : TA :
Kilo :(persantil)...	Boy :(persantil.....) Baş çevresi (2 yaş↓) : ... (persantil).....
<u>GENEL DURUM :</u>	
Aktif ☐	Pasif ☐ Diğer ☐
<u>DERİ :</u>	
Normal ☐ Kur ☐ Nemli ☐ Soluk ☐ Siyanotik ☐ İktirik ☐ Pletorik ☐	
Cutis Marmoratus	Kapiller Dolum Zamanı <3 ☐ >3 sn
Döküntü Yeri :	
Eritem ☐ Mak ☐ Makülopapül ☐ Vezikül ☐ Bül ☐ Püstül ☐ Peteşi ☐ Purp ☐	
Ekimoz ☐	Diğer döküntüler
Tırnaklar.....	Saçlar..... Diğer deri döküntüleri
Derialtı yağ dokusu :	Normal ☐ Artmış ☐ Azalmış ☐
Ödem :	Yok ☐ Var ☐ Varsa özelliği
<u>GÖZ :</u>	
Pupilla.....	Işık refleksi Konjonktiva
Sklera.....	Göz kapağı Nistagmus
Şaşılık.....	Diğer
<u>KULAK-BURUN :</u>	
.....	
<u>AĞIZ :</u>	
Dudak.....	Dişler..... Dişetleri..... Mukoza.....
Dil	Farenks..... Tonsil Diğer
<u>BAŞ-BOYUN :</u>	

Fontaneller :

Lenf bezleri : Nonpalpabl ☐ Palpabl ☐

Palpabl ise ; Bölgesi,kıvamı,boyutları,yayılımı,v.s.....

Diğer.....

SOLUNUM SİSTEMİ :

İNSPEKSİYON :

Solunum Şekli :

Meme inspeksiyonu :

Diğer :

PALPASYON :

PERKÜSYON :

OSKÜLTASYON :

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM :

KTa : **SI :** **S2 :** **S3 :** **S4 :** **Üfürüm :**

Nabız :

Diğer :

SİNDİRİM SİSTEMİ :

İNSPEKSİYON :

KARACİĞER :

DALAK :

BATIN :

ANOREKTAL MUAYENE :

GENİTOÜRİNER SİSTEM :

Böbrek-Üriner sistem :

Genital sistem :

Diğer :

LÖKOMOTOR SİSTEM :

NÖROLOJİK SİSTEM :

Bilinç durumu :

Kooperasyon :

Mental durum :

Postür :

Tonus :

Meningeal irritasyon bulguları :

Derin Tendon Refleksleri :

Diğer :

ÖN TANI(LAR)**TEDAVİ PLANI**

Hastanın geliş ve muayene tarihi/...../.....

Geliş saati Muayene saati

Muayene eden doktor :

(İmza ve kaşe)

KESİN TANI :**TABURCU SONRASI ÖNERİLER VE TAKİP PLANI :****SONUÇ :**İyileşme ☐ Düzelm ☐ Haliyle ☐ Ölüm ☐ Kendi isteğiyle Tabur ☐ Hastaneden kaçır ☐Başka hastaneye sevk ☐ Başka bölüme sı ☐**SERVİS ASİSTAN DR.**

(İmza ve kaşe)

Taburcu tarihi :/...../.....

SERVİS UZMAN DR.

(İmza ve kaşe)

FORM 4

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
Yenidoğan Bölümü Hasta Değerlendirme ve
Muayene Formu

Adı :
Soyadı :
Protokol No :
Tarih :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Servis / Oda No :

Adı :
Soyadı :
Anne Adı :
Cinsiyeti : Erkek ☐ Kız ☐
Doğum Tarihi / Saati :/...../.....
Doğum Yeri :
Doğum Şekli : NSD ☐ C/S ☐
Forseps / Vakum ☐
Gestasyon Haftası :G.....P.....A.....Y.....
Doğum Tartısı : Yatış Tartısı :
Doğum Boyu : Doğum Baş Çevresi :
AGA ☐ LGA ☐ SGA ☐
Anne Kan Grubu (Kg) : Bebek Kg :

Adres :
Tel :
Yatış Tarih :
Çıkış Tarih :
Geldiği Yer : Doğumhane ☐ Acil ☐
Poliklinik ☐ Diğer ☐
Sağlık Güvencesi :
SSK ☐ Bağkur ☐ Ücretli ☐
Bağkur ☐ Yeşil Kart ☐ Diğer ☐
Bilgi Kaynağı :

Yakınma :

Hikaye :

Prenatal Öykü	Anne Y	SAT
Sigara : Evet ☐ Hayır ☐	Alkol : Evet ☐ Hayır ☐	
Röntgen : Evet ☐ Hayır ☐	Takip : Evet ☐ Hayır ☐	
Celaston : Evet ☐ Hayır ☐	İlaç : Evet ☐ Hayır ☐	
Enfeksiyon : Evet ☐ Hayır ☐	Pre / eklampsi : Evet ☐ Hayır ☐	
Prenatal USG : Evet ☐ Hayır ☐	Presenta previa : Evet ☐ Hayır ☐	
Hiper Tansiyon : Evet ☐ Hayır ☐	D ekolman plasenta : Evet ☐ Hayır ☐	
Gestasyonel DM : Evet ☐ Hayır ☐	Travma : Evet ☐ Hayır ☐	
Hipotroidi : Evet ☐ Hayır ☐	Hipertroidi : Evet ☐ Hayır ☐	
Hepatit B : Evet ☐ Hayır ☐	TORCH : Evet ☐ Hayır ☐	
İVF / İnseminasyon : Evet ☐ Hayır ☐	Çoğul gebelik : Evet ☐ Hayır ☐	
EMR : Evet ☐ Hayır ☐	Diğer : ☐	

Natal Öykü :

Doğumu yaptıran sağlık personeli : Doktor ☐ Ebe ☐ Diğer ☐
Anestezi şekli : Genel ☐ Spinal ☐ Diğer ☐
Doğum prezentasyonu : Vertex ☐ Alın ☐ Yüz ☐ Makat ☐ Diğer ☐
Doğum Süresi : Normal ☐ Uzun ☐ Kısalımış ☐

Mekanyumlu Doğum : Var ☐ Yok ☐ Varsa Trakeal Aspirasyon Var ☐ Yok ☐
Kordon Dolanması : Var ☐ Yok ☐
Resusitasyon : Var ☐ Yok ☐ Aspirasyon ☐ Serbest Oksijen ☐
 Ambu ☐ (.....dk) Entübasyon ☐ Kalp Masajı (.....dk) ☐ İlaç.....
Ağlamama : Var ☐ Yok ☐
Morarma : Var ☐ Yok ☐

APGAR :

Diğer

Postnatal Öykü :

Hastaneye yatış : Evet ☐ Hayır ☐ **Evet ise nedeni** :

Aşılama : **PKU / Tiroid Test** : Yok ☐ Var ☐

Beslenme :

Diğer :

Önceki hamileliklerde prematür doğum öyküsü : Var ☐ Yok ☐

Önceki C/ S endikasyonuDüşük : Var ☐ Yok ☐

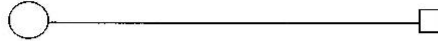
Önceki hamileliklerde özellik var mı :

Çocuğa anne babadan başka bakan var mı ? : Evet ☐ Hayır ☐ **Evet ise kim**

Ailede hastalık öyküsü : Evet ☐ Hayır ☐ **Evet ise hangileri**

Diğer :

Soy Ağacı :



Vital Bulgular :

Ateş : **Nabız (dk)** : **Solunum sayısı (dk)** : **TA** :

Genel Durum :

Normal / Canlı ☐ **Latarji** ☐ **Güçsüz Ağlama** ☐ **Hareket Yok** ☐ **Diğer**.....

Deri :

Normal ☐ **Kuru** ☐ **Soluk** ☐ **Siyanotik** ☐ **İkterli** ☐ **Pletorik** ☐ **Kirli** ☐

Pigmentasyon Artışı ☐ **Pigmentasyon Azalması** ☐ **İlipertrikozis** ☐

Cutis Marmoratus ☐ **Extremite Sıcak** ☐ **Extremite Soğuk** ☐

Kapiller dolun zamanı > 3sn ☐ 3 sn ☐ **Sklerem** ☐

Döküntü :

Yok ☐ **Var** ☐ **Var ise ; Eritem** ☐ **Makül** ☐ **Makülopapül** ☐ **Vezikül** ☐ **Bül** ☐

Püstül ☐ **Peteşi** ☐ **Purpura** ☐ **Ekimoz** ☐ **Bölgesi** **Diğer**

Deri altı yağ dokusu :			
Normal	☐	Artmış	☐
		Azalmış	☐
Turgor :			
Normal	☐	Azalmış	☐
		Sklerem	☐
Ödem :			
Yok	☐	Var	☐
Var ise özelliği			
Diğer Deri Bulgular :			
Baş :			
Fontanel	.....	Süturlar	.....
		Alın Çıkıklığı	☐
Setanel hematoma	☐	Caput succadeneum	☐
		Kraniyotabes	☐
		Diğer	.....
Göz :			
Pupilla	.....	Konjonktiva	.....
		Sklera	.....
Göz Kapağı	.....	Kırmızı Röfle	.....
		Şaşılık	.....
Hipotelorizm	☐	Hipertelorizm	☐
		Diğer	.....
Kulak :			
Skin tag	☐	Düşük kulak	☐
		Diğer	.....
Burun :			
İki taraflı koanal atrezi	☐	Tek taraflı	☐
		Diğer	.....
Ağız :			
Natal diş	☐	Moniliazis	☐
		Diğer	.....
Dudak :			
Damak yarığı	☐	Dudak yarığı	☐
		Diğer	.....
Boyun :			
Tortikolis	☐	Klavikula	☐
		Boyunda şişlik	☐
		Diğer	.....
İnspeksiyon :			
DSS	.....	Apne	☐
		(.....sn)	Apne varsa bradikardi
İnleme	☐	Burun kanadı solunumu	☐
İnterkostal çekilme	☐	Subkostal çekilme	☐
		Suprasternal çekilme	☐
Asimetri	☐	Ön arka çapta artış	☐
İçe dönmük meme ucu	☐	Jinekasmasti	☐
		Polimasti	☐
		Ayrık meme ucu	☐
		Mastit	☐
Solunum biçimi	:		
Diğer	:		
Oskültasyon			
Diğer			
Kardiyovasküler Sistem :			

KTA : SI : S2 : S4 : S4 : Üfürüm :
 Nabız :
 Diğer :

Sindirim Sistemi :

İlk gayta çıkış saati : Sık veya yeşil renkte kusma :
 Tek böbrek arteri ☐ Diğer göbek damar anomalileri :
 Omfalit ☐ Çökük karın ☐

Karaciğer :

Dalak :

Batın :

Anorektal muayene :

Diğer :

Genitoüriner Sistem :

İlk idrar yapma saati :
 Böbrek muayenesi :
 Genital sistem muayenesi :

Lokomotor Sistem :

Extremite hipoplazisi ☐ Extremite aplazisi ☐
 Parmak Anomalisi ☐ Ayak anomalisi ☐
 Gelişimsel kalça displazisi :
 Sakral dimple ☐ Vertebral kıllanma ☐
 Vertebral orta hat defekti ☐ Diğer :

Nörolojik Sistem :

Bilinç durumu :
 Fontanel : Normal ☐ Kabarık ☐ Çökük ☐
 Postür : Semifleksiyon ☐ Flask ☐ Hiperekstansiyon ☐ Asimetrik ☐ Diğer :
 Tonus : Normal ☐ Artmış ☐ Azalmış ☐ Opustetanus ☐
 Spontan motor hareket değerlendirmesi :
 Sağ kol : Normal ☐ Azalmış ☐ Sol Kol : Normal ☐ Azalmış ☐
 Sağ bacak : Normal ☐ Azalmış ☐ Sol bacak : Normal ☐ Azalmış ☐
 Mora refleksi : Emme : Var ☐ Yok ☐ Ağızdan arama : Var ☐ Yok ☐

Yukarıdaki nörolojik muayene bulgularında patoloji saptanırsa aşağıda " detaylı nörolojik muayene yöntemleri " yapılacaktır.

İlkel ve durum refleksleri :

Glabella refleksi : Var ☐ Yok ☐ Chvostek : Var ☐ Yok ☐ Maseter : Var ☐ Yok ☐
 Asimetrik Tonik Boyun : Var ☐ Yok ☐ Asimetrik tonik boyun : Var ☐ Yok ☐
 Dorsal süspansiyon : Normal ☐ Patolojik..... Ventral süspansiyon : Normal ☐ Patoloji.....

Yakala Refleksi : Sağ elde Var ☐ Yok ☐ Sol elde Var ☐ Yok ☐
 Sağ ayakta Var ☐ Yok ☐ Sol ayakta Var ☐ Yok ☐
 Magnet Refleksi : Var ☐ Yok ☐
 Kaçma Refleksi : Var ☐ Yok ☐
 Galant Refleksi : Var ☐ Yok ☐
 Ayağı masa üstüne getirme : Var ☐ Yok ☐
 Adımlama Refleksi : Var ☐ Yok ☐
 Babinski Refleksi : Sağ..... Sol.....

Yüzeysel Refleksler

Suprapubik refleks : Var ☐ Yok ☐
 Anal refleks : Var ☐ Yok ☐

Derin tendon refleksleri

Biceps refleksleri : Sağ ☐ Sol ☐ Patella refleksleri : Sağ ☐ Sol ☐
 Aşıl refleksleri : Sağ ☐ Sol ☐
 Kafa çiftleri :

Konvülsiyon Yok ☐ Varsa Amorf ☐ Tonik ☐ Klonik ☐ Myoklonik ☐ Diğer.....
 İstemsiz hareketler : Yok ☐ İnce tremor ☐ Kaba tremor ☐ Myoklonik ☐ Diğer.....
 Diğer :

ÖN TANI (LAR) :

TEDAVİ PLANI :

Hastanın Geliş ve Muayene Tarihi :/...../.....

Geliş Saati : Muayene Saati :

Muayene eden Doktor

(Kaşe - İmza)

KESİN TANI :

TABURCU SONRASI ÖNERİLER VE TAKİP PLAN :

SONUÇ

İyileşme ☐ Düzelmeye ☐ Haliyle ☐ Ölüm ☐ Kendi isteği ile Taburcu ☐ Hastaneden Kaçma ☐
 Başka Hastaneye Sevk ☐ Başka bölüme Sevk ☐

Taburcu Tarihi :/...../.....

Servis Asistan Doktoru

Servis Uzman Doktoru

İmza ve Kaşe

İmza ve Kaşe

ETİK KURUL KARARI

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ*.....

Üniversitesi/Hastanesi ..*ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ*

Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş..*Okmeydanı EAH*.....dır.

Çalışmanın adı: *"Okmeydanı EAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinden Hizmet Alan Anne ve Çocukların Gereksinimleri Doğrultusunda Sağlığı Geliştirme Projesinin Geliştirilmesi"*.....dır.

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler...*Rabia KONUKOĞLU*.....dır.

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç *24/06/2009* **Bitiş** *24/09/2009*.....

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.

Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü..

3.Ay..... süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

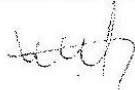
Ek Bilgi:

Taraflar:

...../...../2009

Ünvanı-Adı-Soyadı

Rabia KONUKOĞLU



...../...../2009
Ünvanı-Adı-Soyadı
Uz.Dr. Gönül ŞENGÖZ

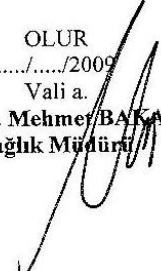
OLUR

...../...../2009

Vali a.

Uz. Dr. Mehmet BAKAR

Sağlık Müdürü



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Rabiya	Soyadı	Konukoğlu
Doğ.Yeri	Ankara	Doğ.Tar.	30/08/1978
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	67963254710
Email	rabiaaltunay@gmail.com	Tel	505 3340745

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Başkent Üniversitesi Hemşirelik Bölümü-Ankara	2000
Lise	Fatih Sultan Mehmet Lisesi-Ankara	1995

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Kurumsal Performans ve Kalite Birimi Birimi-İstatistik Koordinatör	S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2004-Halen
2.	Acil, Yoğun Bakım, Cerrahi Klinikleri Hemşiresi	Özel İstanbul Mikrocerrahi Hastanesi	2000-2004
3.	Stajyer Hemşire	Başkent Üniversitesi Hastanesi	1996-2000

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	iyi	orta	53 (13 Kasım 2005)	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı (2004)	51.810	52.705	53.600
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Ofis Programları	Çok İyi
SPSS	Çok İyi
Hastane Bilgi Yönetim Sistemi	Çok İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Yayınlar:

- Gökçay G, Konukoğlu R. Aşı uygulamalarında genel prensipler ve sık rastlanan sorunlar. Klinik Gelişim 2005
- Term Bebekte Alkol Yanığı-Vaka Sunumu- 2008 Milli Pediatri Kongresi (Poster)

Sertifikalar:

- Anne Sütü İle Beslenme İle Beslenmede Danışmanlık Sertifikası 8-10 Şubat 2005
- Yenidoğan Transportunda Temel İlkeler Ve Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım Sertifikası 19 10 2007
- Yenidoğan Hemşireliği Sempozyumu 6.11.2007
- Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası (Mart 2009/ Kasım 2008)
- Proses Yönetimi Ve Etkileşimleri Eğitimi 16.06.2008
- Temel İstatistik Kavramları ve SPSSB (Paket Program) Eğitimi 11-14/10/2009

Sunumlar:

- 2008 Yılı S.B. Okmeydani Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Raporu
- 29 Nisan Hasta Ve Çalışan Güvenliğine Dayanarak Hastanede Örnek Grublara Standart Hasta Dosyası Pilot Uygulaması
- 2009 Yılı Çalışan Memnuniyet Anket Uygulaması (810 Çalışan)
- 2009 Yılı HBYS Hizmet Alımı Öncesi Anket Çalışması (54 Uzman Doktor)

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Tarihi roman okumak, tarih programları izlemek, insan psikoloji, sosyoloji üzerine kitap okumak, Çocuk İhmal ve İstismarı Üzerine yayın takip etmek