

Kutupyıldızı Sağlık Gönüllüleri: Endonezya'dan Nijer'e sınır ötesi faaliyetler

Dr. Selahattin Semiz



1962 yılında Sivas, Gürün'de doğdu. İlk ve orta eğitimini Gürün'de tamamladıktan sonra 1985 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Kırşehir, Kaman'da mecburi hizmetini, GATA-Ankara hastanesinde askerlik hizmetini, İstanbul Haseki Hastanesi Radyoloji Kliniğinde ihtisasını tamamladı. Halen Özel Afiyet Hastanesi'nde Radyoloji Uzmanı ve yönetici olarak çalışmaktadır. Hekimlik hayatı boyunca birçok STK'da aktif görev aldı. Sağlık Vakfı'nda yönetim kurulu üyesi ve 1999 Gölcük Depreminde Sağlık Vakfı temsilcisi olarak görev yaptı. Halen Gönüllüler ve Kutup Yıldızı Sağlık Gönüllüleri üyesidir. Deprem, sel ve tsunami sonrası Endonezya-Ace, Pakistan-Keşmir ve Pakistan-Pencap bölgelerinde sağlık gönüllüsü olarak çalışmalara katılan Dr. Semiz evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Dr. Serhat Onur



1970 yılında Burdur'da doğdu. Muğla Atatürk İlkokulu, Burdur Bucak Ortaokulu, Antalya Çağlayan Lisesi ve 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni (1991) bitirdi. Batman SSK Hastanesi'nde tamamladığı mecburi hizmeti sonrası İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji Kliniği'nde Üroloji uzmanlık eğitimi aldı. Halen Üsküdar Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği'nde çalışmaktadır. Gönüllüler Cerrahi Grup Başkanlığı yapan Dr. Onur, Kutup Yıldızı ve BİSEG Dernekleri yönetim kurulu üyesidir. Nijer, Mali ve Filistin'de sağlık gönüllüsü olarak çalışmalara katılan Dr. Onur, evlidir ve 2 kız çocuğu babasıdır.

Türkiye'de sivil toplum çalışmaları, Ağustos 1999 Gölcük ve Düzce depremleri sonrasında yoğunlaşmaya başladı. Bu dönemde oluşan büyük yıkımı çözmek için her koldan yapılan çalışmalara sivil toplum kuruluşları da can-ı gönülden katılmışlardı. Bu büyük felaketin yaralarını sarmak için devlet-millet ele ele vermiş, tüm imkânlar seferber edilmiş, insanlar ekmeğinden artırdığı yardımlarını afetzedelerle paylaşmıştı. Bu dönemde yaşananlar toplumsal hafızada yer ettiği kadar sivil toplumların hafızasında afetlerde yardımlaşma ve hazırlık açısından güçlü bir yer oluşturdu.

Derneğimizin kuruluşunda yer alan hekimler ve sağlık personeli, 1999 Gölcük-Düzce depremini yaşamış, bu dönemde afet bölgelerinde çalışmış gönüllü hekimler tarafından kuruldu. Bize bu konuda en önemli örnek olan kuruluş, Gölcük sahilinde yerleşmiş Rusya'dan gelen sağlık yardım ekibi idi. Rus ekip, Gölcük'te oluşan deprem felaketini duyduktan sonra çok kısa bir sürede organize olmuş, portatif çadırları ve tıbbi malzemeleri ile çok kısa sürede afet yerine ulaşmış ve iyi organize bir ekip oldukları için çok önemli sağlık hizmetleri yapıyorlardı. Şişme çadırları ile ameliyathanesi,

polikliniği ve dinlenme alanları ile etkin ve verimli bir hastane sistemi oluşturmuşlardı. Biz o zamanlar henüz yeni organize olan bir ekip olduğumuz için, onlardan daha kalabalık ve gayretli olduğumuz halde; onlar kadar hızlı, verimli ve etkin çalışmalar yapamıyorduk.

O günlerdeki acı tecrübeler ve sonrasında devam eden yardım çalışmaları, bizleri afetlerden önce organize ve hazırlıklı ekipler oluşturmaya ve dünyanın her yerinde zor durumdaki insanlara hizmet etmek için çalışmaya yöneltti. Bu çalışmalardan kısa bilgileri aşağıda sunmaya çalışacağız.

Endonezya-Bande Açe afet çalışmaları

2004 yılı son aylarında Endonezya'da yaşanan deprem sonrası Tsunami felaketi bölgeyi adeta harap etmişti. Yüzyılın felaketi olarak adlandırılan bu afette yüzbinlerce insan hayatını kaybetmiş, afet sonrası hayatta kalan insanlarda çok ciddi sağlık ve gıda sorunları ile karşı karşıya kalmıştı. Tüm dünyadan ve Türkiye'den sivil toplum kuruluşları bu ihtiyaçları karşılamak için seferber olmuştu. Bizler de bu uzak diyardaki insanların zor zamanlarında yardımcı olmak için ekipler gönderdik. Bande

Açe şehrindeki Malahayati Hastanesi, tsunami sonrası sular altında kalmış, sağlık çalışanlarından bir kısmı hayatını kaybetmişti. Derneğimiz bu hastanenin tadilat ve bakımının yapılması, tıbbi cihazlarının yenilenmesi ve tekrar hizmete girmesini sağladı. Bölgeden gelen diğer gönüllü sağlık çalışanları ve doktorlarla işbirliği yaparak sağlık hizmetleri aksamadan devam ettirildi.

Pakistan-Keşmir Depremi Çalışmaları

2005 yılı aralık ayı... Pakistan-Keşmir'de büyük bir deprem oluyor. Yine yüzbinlerce insan etkileniyor. Hekim arkadaşlarla beraber Keşmir'in başkenti Muzafferabad bölgesine gidiyoruz. Şehrin girişinde İHH gönüllülerinin kurduğu bir çadır kentin içine çadır hastane yapıyoruz. Hem çadır kentten hem de civar bölgelerden gelen afetzedelere bakıyoruz. Bu seyahatten kalan unutulmaz hatıralar... Hemen karşımızdaki dağ yamacından artçı depremlerle kalkan toz bulutları... Ortadan ikiye ayrılmış yollar... Alt kısmı tamamen çökmüş, adeta bir korku geçidine dönmüş yamaçlar ve yollar... Tiklım tiklım kamyon kasalarında seyahat eden insanlar... Bayram sabahı mezar başlarında gül yaprağı serperek

gözyaşı döken kadınlar... Çadır kentte leğenlerde neşyle yıkanan çocuklar... Ve sonra bu çadır hastane yerine kurulan güzel bir kalıcı hastane yapılması... Bu seyahatte bizleri çok etkileyen en önemli hatıralardan biri de enkazın başında bekleyen acılı, çaresiz insanlara aksakallı bir ihtiyarın söylediği şu sözdü: "Kimse yardım etmese de Türkiyeli kardeşlerimizin yanımızda olması bize yeter..."

Pakistan'da sel felaketi sonrası çalışmalar

Pakistan, 2010 Ağustos ayında tarihinin en ağır felaketlerinden birini yaşadı. Ülkenin kuzey bölgesi Muson yağmurları sonrasında taşan nehirlerle sular altında kalmıştı. Pakistan'ın üçte biri sular altında kalırken yaklaşık 20 milyon insan bu felaketten etkilenmiş, binlerce insan sellerde boğulmuştu. Milyonlarca insan sel felaketi sonrası açlık, barınma, salgın hastalıkların tehdidi altında idi. Birleşmiş Milletler Başkanı Ban Ki Moon gördüğü manzarayı anlatırken, "Bu gördüğüm en büyük küresel felaket. Durumu ancak küresel işbirliği ve yardımlarla düzeltebiliriz" diyordu.

Pakistan'ın sel felaketine yardım etmek için insani yardım gönüllüsü sivil toplum kuruluşları olarak yardımlar konusunda işbirliği yapma kararı almıştık. Biz Kutupyıldızı Sağlık Gönüllüleri Derneği olarak sağlık ekiplerini kurma ve tespit edilen bölgede sağlık hizmeti verme görevini aldık. İSRA Vakfı ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi Afet Koordinasyon Ekibi çevre sağlığı, yiyecek-gıda temini, barınma-ev yapımı, destek hizmetleriyle ilgilenecekti. Diğer insani yardım kuruluşları (Hüdaî Vakfı, Deniz Feneri Derneği vs.) aynı ve nakdi yardımlarla çalışmalarını destekleyecekti.

İlk ekibimiz, eylül ayı içinde Pakistan'a gidip çalışmalara başladı. Pakistan'ın kuzey batısında sel felaketinden en çok etkilenen Multan Vilâyeti Muzaffergarh-Basira Bölgesi merkez olarak seçildi. Bu bölgede bir sağlık merkezi ve çevresindeki binalar tamir ve bakımdan geçirilmiş, yardım merkezi olarak hizmete sunulmuştu. Sağlık merkezi çevresindeki binalar yatakhane, yemekhane ve gönüllülerin barınma ve sosyal ihtiyaçları için hazırlanmıştı.

Kasım ayı başında 4 doktor, 2 sağlık memuru ve 2 hemşireden oluşan sağlık ekibimiz, diğer yardım gönüllüleri ile beraber ikinci ekip olarak Pakistan'a gittik. Zor ve maceralı bir yolculuktan sonra Basira kentinde oluşturulan afet yardım merkezine vardık. Sağlık merkezi ve çevresinde oluşturulan barınma ve sosyal alanı görünce şaşırдық. Doğrusu afet bölgelerinde hizmet veren gönüllüler için daha önceki afet bölgelerine göre çalışma ortamı oldukça iyiydi. Daha önce hizmet verdiğimiz afet bölgelerinde çok



zor şartlar altında çalışırken, bu defa ortak çalışmanın ve işbirliğinin bereketiyle oldukça uygun bir ortam kurulmuştu.

İlk günden itibaren hastane önünde uzun kuyruklar oluşturan hastaları muayene ve tedavi etmeye başladık. Günlük 350-400 hastaya bakıyorduk. Bu arada müdahale ve müşahede hastaları, acil durumlar ve hastaneye gelemeyen ev hastaları bu hizmetin kayıt dışı ekstraları idi. Hastanenin tek ambulansı zaman zaman evlerden hastaneye, bazen de hastaneden diğer üst sağlık merkezlerine hasta taşıyordu. Bazı hastalar kendi imkânları ile sağlık merkezimize gelmek durumunda kaldıklarında öküz veya eşek arabaları ile bize ulaşıyorlardı. Bazen bakım ve tedavileri bu öküz veya eşek arabalarının üzerinde yapıyordu.

Sabah erken saatlerden itibaren sağlık merkezi önünde beklemeye başlayan hastalar, genellikle çocuk ve kadınlardan oluşuyordu. Beslenme bozukluğu ve kirliliğe bağlı enfeksiyon hastalıkları, en sık gördüğümüz durumlardı. İshal, sıtma, ÜSYE, cilt enfeksiyonları çok sık karşılaştığımız hastalıklardı. Bu hastalara muayene sonrası ilaçlarını veriyor, tedavilerini düzenliyorduk. Türkiye'deki gibi, "Sana bu ilacı yazalım, git eczaneden al, kullan" demek mümkün değildi. Zira ne ilaç alacak bir yer, ne de ilaç alacak imkânları vardı. Aylık geçim seviyeleri 30-50 dolar arasında idi. Bu miktarla

Gidilen ülkelerdeki bıktırıcı bürokrasi ve lojistik yönden sıkıntıların mevcudiyeti, çalışılan hastanelerdeki medikal cihaz parkurunun çok yetersiz olması, Türkiye'den götürülüp kullanılan ve sonraki seyahatler için orada bırakılan tıbbi cihazların korunma ve bakım problemleri, gönüllü sağlık ekiplerinin çalıştığı kurumlarla yaşadığı izin sorunları ve en önemlisi STK'lar arasındaki koordinasyonsuzluk sebebiyle son dönemlerde bu faaliyetlerin hızı biraz kesilmiştir.

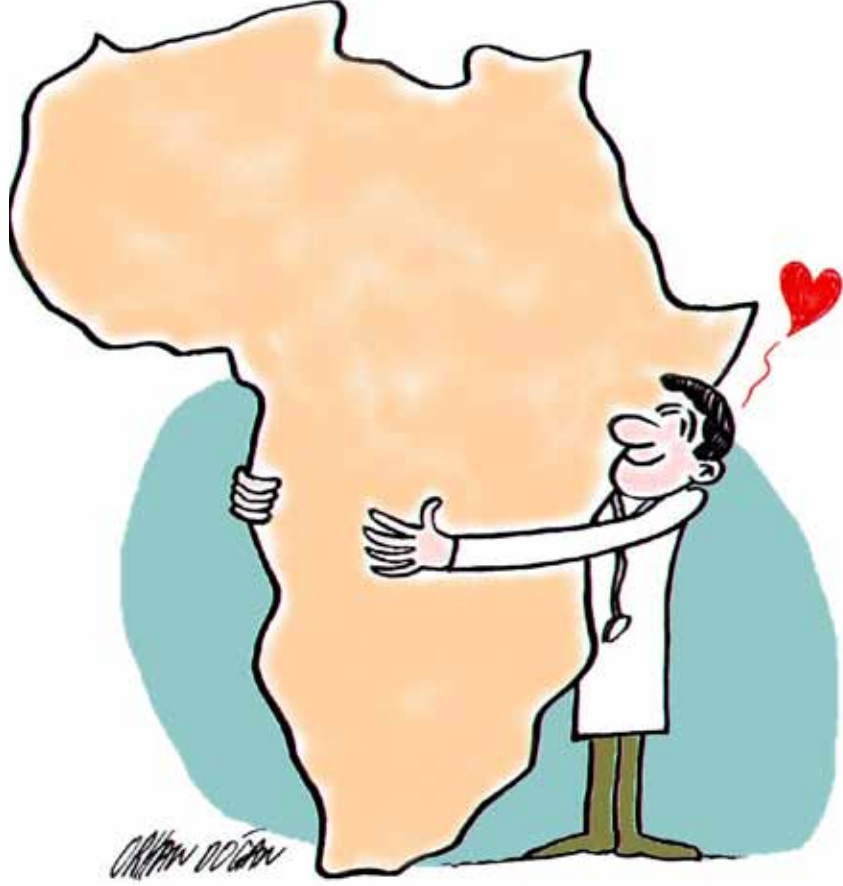
ancak karınlarını doyuruyorlardı. Başka ek masrafa harcayacak paraları yoktu. Bu nedenle muayene ettiğimiz hastalara Türkiye'den getirdiğimiz ilaçları verip tercümanlar vasıtası ile kullanımını anlatıyorduk.

Bazı anneler çocuğunu muayene ettirmek, vereceğimiz bir paket mamayı almak veya çocuğuna alt bezi almak için saatlerce bekliyordu. Bu annelerden biri, hemen her gün kucağında başka bir çocukla gelip çocuğu muayene ettiriyor, ilaç alıyor ve sonra da mutlaka mama vermemiz için ısrar ediyordu. Zayıf bünyeli, el ve ayaklarında sakatlıklar bulunan bu kadın dikkatimizi çekmişti. Bir arkadaş, "Bu kadın her gün gelip bizden yardım almak için acaba numara mı yapıyor?" diye bizi uyardı. Kadını tanıyan Hacer Hemşire, hemen yanımıza geldi. "Biz bu kadının evine yardım için gittik. Bu kadın ve kendisi gibi dul olan bir başka kadınla birlikte 17 tane yetim çocuğa bakıyorlar. Bu kadın her gün bu yetimlerden birini muayene ettiriyor. Ne kadar yardım etseniz haklarıdır. Yardımlar için endişe etmeyin" dediğinde olaya bakışımız değişmişti.

Sağlık hizmeti verirken aynı zamanda gönüllülerimizin bu insanlara ulaştırmamız için bize emanet ettiği yardımları da bu insanlara vermeliydik. Yardımları gerçek ihtiyaç sahiplerine ve ihtiyacı kadar verebilmek için gayret ediyorduk. Kimine ilaç ve mama, kimine ev yaptırmak için kerpiç-tuğla, kimine ameliyat ve yol parası, kimine iş için dikiş makinesi-koyun-keçi-inek almak veya nakit para yardımı yapmak şeklinde yardımları yerine ulaştırdık.

Aslında bölgede her ev başka bir hikâye veya melodramın mekânı gibiydi. Afet ekiplerimizden bir grup arkadaş, genç bir kadının sel felaketi sonrası geçirdiği travmadan dolayı yataktan kalkamadığını ve evde muayene edilmesi gerektiğini söylediler. Sağlık ekibi olarak muayene ve incelemeye gittik. Tek odalı bir evin içerisinde "çarpayı" adı verilen sedye gibi bir yatakta yatan kadını muayene ettik. Travma sonrası oluşan ezik ve kırıklardan başka beslenme bozukluğuna bağlı zayıflık da dikkat çekici idi. Tedavisini ayarladık. Bahçede hastanın odasının bitişiğinde başka bir tek odalı ev inşaatı çalışması vardı. Bu evin de hastanın selde dul kalan kız kardeşine ait olduğu ve hem hastaya hem de çocuklarına bakmak için onun yanına ev yapmaya çalıştığını öğrendik. Bize emanet edilen ve ihtiyaç sahiplerine ulaştırmamız istenen hayırlar için bundan daha isabetli neresi olabilirdi? Bu ev Kutupyıldızı Sağlık Gönüllüleri'nin yardımı ile daha geniş ve güzel olarak yapıldı.

Başka bir gün hastane önüne evinden eşek arabası ile getirilmiş bir hasta için acil olarak bizi çağırdılar. Hastayı içeri almadan önce acil bir durum olmasın



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

diye arabadan indirmeden muayene ettik. Hasta sel baskını sonrası düşerek felç olmuş orta yaşlı bir erkekti. Pakistan'da diğer hastane ve merkezlerde gereken müdahale ve ameliyatlara yapılmış. Fakat omurilik kopması olduğu için tedavi şansı kalmamış. Ama hasta son bir ümit, "Türk doktorlar gelmiş. Bir de onlara muayene olayım." diye bin bir zorlukla sağlık merkezimize gelmişti. Ne yazık ki ona ancak vitamin ilaçları ve moral verebilirdik.

Böyle yüzlerce trajedi ile her gün karşılaşıyorduk. Ama bu insanlar yaşama ümidi ve mücadelesini kaybetmemiş, zor şartlarla mücadele eden, elindeki az imkânları paylaşmaya çalışan gayretli insanlardı. Nasıl ki onların bize Kurtuluş Savaşı'nda verdiği destek bizim moralimizi yükseltmiş, yalnız olmadığımızı hissettirmiş, mücadele gücümüzü artırmışsa, bugün de bizlerin küçük ama samimi çalışmalarımız onlarda bu tesiri yapacaktır inşallah.

Nijer özelinde Türk hekimlerin Afrika'daki sağlık faaliyetleri

Türkiye'de yurt dışı sağlık faaliyetleri denince ilk akla gelen fotoğraf karesi; hareket etmeye, bakmaya, nefes almaya yani kısacası yaşamaya mecali kalmamış bir deri bir kemik Afrikalı çocuk ve onu hayata tutundurmaya gayret eden sağlık ekibinin fotoğrafıdır. Bu tarz simge fotoğraflar sadece Türkiye'de değil, tüm dünyada kamuoyu oluşturmak ve yardım toplamak amacıyla kullanılmaktadır. Bunlardan en çarpıcısı, fotoğrafçı Kevin Carter'in 1994 yılında Sudan'daki bir kampta çektiği ve Pulitzer ödülü alan,

zayıflıktan ölmek üzere olan siyah küçük kız çocuğu ile yakınında tüneyen akbabayı yansıtan fotoğraftır. Afrika'nın bu yürek yakan görüntüleri, çoğunlukla mülteci kamplarındandır ki, kamplarda dahi bu tip terminal dönem vakalara sıklıkla rastlanmamaktadır. 2005 yılından beri, kara kıta Afrika'da "gönüllüler" üst kimliği ile sağlık faaliyetleri yürüten ve 13'ü Nijer, toplamda 15 kez bu kıtaya giden bizlerin şahit olduğu terminal dönem vakaların sayısı oldukça azdır. Bu tarz acıklı tablolar, Afrika'daki buzdağının görünen kısmı olup, temeldeki sağlık sorunları çözülmeden bu tabloların önüne geçilmesi çok zor görünmektedir. Bu yüzden yurt dışında sağlık faaliyeti yürüten sivil toplum kuruluşlarının öncelikli hedefi, çalışılan ülkelerde kalıcı çalışmalara imza atabilmektir.

En az 3 ay öncesinden başladığımız seyahat çalışmalarımızın yaklaşık 90 kalemlik bir ön hazırlık ayağı bulunmaktadır. Senede 2-3 kez seyahat düzenlediğimiz Afrika sağlık çalışmalarında bizleri en çok yoran, şevkimizi kıran hatta bazen seyahatleri iptal etmemize neden olan en büyük sıkıntıyı ise Afrika'daki bürokratik engel ve engellemeler oluşturmaktadır. Kafiledeki medikal ve paramedikal katılımcıların hepsinden vize istenmektedir. Hekimlere yönelik istenen belgeler oldukça kabarıkları olup; "savcılıktan alınan iyi hal kâğıdı", "nüfus cüzdanı tasdikli sureti", "sağlık raporu", "tabip odasından alınan hekim olduğuna dair belge", "diploma ve uzmanlık belgelerinin aslı ve Fransızca tercümesi" sadece bunlardan birkaç tanesidir. Gerekli belgelerin hepsini tamamladıktan sonraki süreç ise, bunların gidilecek ülkenin Sağlık Bakanlığı ve diğer

gerekli kurumlarında işleme sokulmasıdır. Tüm hekimlerimizin, gidilen ülkenin "tabib odası"na kayıt olması gereği bizi en çok yoran hususlardan biri. Gönüllüler grubu olarak Nijer'de derneğimizin şubesi ve Nijerli bir yerel sekreterimizin bulunması hatta tüm seyahatlerimizden 1 ay önce bu ülkeye bir lojistik görevimizi göndermemize rağmen işler o kadar yavaş ve umursamaz yürüyor ki... Yüzyıllarca Afrika ve Afrikalıyı sömüren Batı, buralara dilini, dinini ve de bürokrasisini nakşetmiş. Hem çok hantal bir devlet yapısı, hem de bunu daha da hantallaştıran insan faktörü, Afrika'daki işlerimizi oldukça zorlaştırmaktadır.

Bu zorlu süreç, Afrika'ya gittiğimizde de peşimizi bırakmıyor. Gittiğimiz ülkelerin mahrumiyet bölgelerinde faaliyetlerimizi yürütmek, prensiplerimizden biri. Çünkü Afrika'da merkezi ve büyük şehirlerde hastaların hastane ve doktora ulaşması mümkünken, periferde bu imkân çok kısıtlıdır. Çalıştığımız Nijer'in Tessaoua Bölgesi de, başkent Niamey'den 18 saat uzaklıkta, yaklaşık 700 bin kişinin yaşadığı bir yerleşim alanı olup, mevcut hastanesinde sadece 2 aile hekimi bulunmakta. Bu hekimler de basit inguinal hernie, hidrosel ve sezaryen dışında cerrahi müdahale yapamamakta. Ayrıca hastanenin yeterliliği, branş uzmanlarının bulunmaması, sağlık hizmetlerinden ücret alınması gibi faktörler sebebiyle hasta yoğunluğu ve çeşitliliği çok fazla olup, Türkiye şartlarında göremeyeceğimiz uç vakalar Afrika'da sıradan hale gelmektedir. Afrika'daki kadınlarca "ölümden önceki dram" diye adlandırılan ve her 100 bin doğumda 124 oranında gözlenen *veziko vaginal fistül hastalığı*, bu uç vakalara örnektir. Veziko vaginal fistüllü vaka sayısı tüm dünyada yaklaşık 2 milyon civarıken bunun büyük çoğunluğu sahra altı Afrika ülkelerinde ve yaklaşık 200 bini Nijer'de bulunmaktadır. Çok zor şartlarda yaşayan fistül hastalarının periferde bu tarz bir ameliyatı yapacak hekime ulaşma imkânı bulunmamaktadır. Nijer'de komplike veziko vaginal fistül ameliyatlarını yapabilecek hekim sayısı ise 4 civarıdır. Gönüllüler olarak Nijer'e yapılan 13. seyahatimizi sadece veziko vaginal fistül ameliyatlarına yönelik olarak düzenledik. Nijer Niamey Üniversitesi Tıp Fakültesi Lamarde Hopital Fistül Merkezi'nin deneyimli ekibiyle 5 günlük ortak çalışmamızda 31 fistül ameliyatı gerçekleştirdik. Önümüzdeki dönemlerde fistül merkezi ile yapacağımız çalışmaları, akademik bir zemine taşıyıp ortak yayınlar yapmayı planlamaktayız. Daha önce bahsettiğimiz bürokrasi, maalesef fistül ameliyatları için de geçerli olup, yardım amaçlı gelen sağlık ekiplerinin Nijer'de yapacağı fistül vakaları için bu merkezden onay alması gerekmektedir.

Afrika ülkelerinde diğer önemli bir sorun da *katarakt* olup, görülme yaşı 30'a kadar

düşmüştür. Güneş ışınlarının dik gelmesi, proteinden fakir beslenme gibi bir çok faktöre bağlı olarak gelişen kataraktın tedavisi için Türkiye'den birçok STK'nın katılımı, Sağlık Bakanlığı ve TİKA (Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı)'nın da desteğiyle 2007 yılında başlatılan "Afrika Katarakt Projesi" kapsamında 100 bin kataraktlı hastanın ameliyatı planlanmış olup proje halen devam etmektedir.

Türkiye'den bu bölgelere giden sağlık ekiplerinin nihai hedeflerinden biri de; veziko vaginal fistül, katarakt gibi sık görülen hastalıklara yönelik branş hastanelerinin, bu hizmetin sunulmadığı periferik bölgelerde açılması ve yerel yönetimlerle beraber işletilmesini sağlamak olmalıdır. Yaptığımız 15 seyahatte gördük ki; hizmeti 12 aya yayıp kalıcı olunmadığı sürece yapılan sağlık yardımları taşıma suyla değirmen döndürmeye benzerdir. Biz de gönüllüler olarak, çalıştığımız bölgede hastane yapabilmek amacıyla gerekli arsayı satın alıp projesini çizdirdik. Finansman çalışmalarının devam ettiği "Nijer-Türk Köyü" projemiz bittiğinde; hastane, ebelik eğitim merkezi, hayvancılık ve zirai eğitim merkezi ile misafirhaneden oluşan bir kompleksimiz olacak. Hedefimiz Nijer'e sağlık yardımı faaliyetinde bulunan tüm yerli ve yabancı kuruluşların bu merkezi kullanması ve böylece hizmet devamlılığının sağlanmasıdır.

Son yıllarda ülkemizden yurtdışına özellikle de Afrika'ya yapılan sağlık faaliyetlerinde belirgin bir artış mevcuttur. Bu faaliyetlerin hız kazanmasındaki en büyük etken TİKA'nın bu tarz sağlık çalışmalarına verdiği destek olmuştur. Bu destekler sayesinde Türkiye'nin birçok bölgesinden sağlık ekipleri, STK'ların organizasyonu ile Afrika'nın Nijer, Mali, Burkina Faso, Somali, Sudan, Orta Afrika Cumhuriyeti, Kamerun ve Çad gibi ülkelerinde faaliyette bulundular. Gidilen ülkelerdeki bıkırtıcı bürokrasi ve lojistik yönden sıkıntılı olan mevcudiyeti, çalışılan hastanelerdeki medikal cihaz parkurunun çok yetersiz olması, Türkiye'den götürülüp kullanılan ve sonraki seyahatler için orada bırakılan tıbbi cihazların korunma ve bakım problemleri, gönüllü sağlık ekiplerinin çalıştığı kurumlara yaşadığı izin sorunları ve en önemlisi STK'lar arasındaki koordinasyonsuzluk sebebiyle son dönemlerde bu faaliyetlerin hızı biraz kesilmiştir. Bundaki etkenlerden birisi de, alt yapısı zayıf ve uzun vadeli programlara sahip olmayan ekiplerin Afrika faaliyetlerini devam ettirememeleridir. Devam ettiren grupların ise bazen aynı ülkede çalışsalar bile birbirlerinden habersiz çalışmaları nedeniyle verimin düştüğü ve ülkemizin insani ve finansal kaynaklarının heba olduğu görüşüdeyiz. Bu konudaki önerimiz ise; sağlık alanında yurt dışı faaliyetleri gösteren STK'ların TİKA çatısı altında koordine olup her ekibin bir ülkede veya bir alanda özelleşmesi,

Sağlık alanında yurt dışı faaliyetleri gösteren STK'ların TİKA çatısı altında koordine olup her ekibin bir ülkede veya bir alanda özelleşmesi, sağlık gönüllülerinin ortak bir havuzda toplanıp ekiplerin kurulması esnasında bu havuzlardan faydalanılması, seyahatler öncesi gidecek ekiplere brifing verilmesi, seyahatlere götürülecek tıbbi cihaz ve malzemelerin standardize edilmesi şeklinde atılacak adımlarla gereksiz iş gücü ve maddi kayıpların önüne geçilebileceği ve sağlık yardımlarının daha verimli olacağı düşüncesindeyiz.

sağlık gönüllülerinin ortak bir havuzda toplanıp ekiplerin kurulması esnasında bu havuzlardan faydalanılması, seyahatler öncesi gidecek ekiplere brifing verilmesi, seyahatlere götürülecek tıbbi cihaz ve malzemelerin standardize edilmesi şeklinde atılacak adımlarla gereksiz iş gücü ve maddi kayıpların önüne geçilebileceği ve sağlık yardımlarının daha verimli olacağı düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

http://tr.wikipedia.org/wiki/Afrika_Katarakt_Projesi (Erişim tarihi: 25.02.2013)

<http://www.fistulafoundation.org> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

<http://www.gonulluler.info> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

<http://www.kutupyildizdernegi.org.tr> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

<http://www.tika.gov.tr/faaliyet-alanlari/sosyal-altyapilar-ve-hizmetler/saglik/2> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/ (Erişim tarihi: 25.02.2013)

Vangeenderhuyzen C, Prual A, Ould el Joud D. Obstetric fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 73(1): 65- 6. (Erişim tarihi: 25.02.2013)