

İÇİNDEKİLER

17. TOPLUM SAĞLIĞI, EMNİYETİ VE GÜVENLİĞİ	2
17.1 Giriş	2
17.1.1 Hedefler	2
17.2 YASAL MEVZUAT VE GEREKLİLİKLERİN ÖZETİ	2
17.3 KAPSAM VE DEĞERLENDİRME METODOLOJİSİ	2
17.4 MEVCUT DURUM	2
17.4.1 Sağlık Hizmetleri ve Standartları	2
17.4.2 Halk sağlığı Profili	5
17.4.3 Suç ve Asayiş	12
17.4.4 Trafik ve Ulaşım Güvenliği	13
17.4.5 Projeye ilgili Sağlık Kaygılarına ilişkin Kaygılar	16
17.5 ETKİ DEĞERLENDİRMESİ	16
17.5.1 İnşaat ve İşletme Aşaması Etkileri ve Azaltım Önlemleri	17
17.5.2 Etki ve Azaltım Önlemlerinin Özeti	23
17.6 İZLEME GEREKLİLİKLERİ	28

ŞEKİLLER

Şekil 17-1. Türkiye Sağlık Harcamaları 2002-2008 (yıllık ABD milyar \$)	3
Şekil 17-2. Türkiye'de sağlık profesyonellerinin sayısı ve kamu sağlık harcamaları, 2000 - 2010171	4
Şekil 17-3. Yaşa, Yıllara ve Cinsiyete göre Yaşam Beklentisi (Yıl)172	5
Şekil 17-4. Bebek Ölüm Hızı (Her 1000 canlı doğumda bebek ölümü sayısı)	6
Şekil 17-5. Yıllara Göre Ulusal AIDS Vaka Sıklığı	7
Şekil 17-6. Yaş ve Üstü Bireylerde Yaş, Cinsiyet ve Kırsal-Kentsel Ayrımına Göre Vücut Kitle Endeksi Dağılımı (2012)173	8
Şekil 17-7. Bölgesel bebek ölüm hızları (2013) 17	9
Şekil 17-8. Bölgelere Göre Tam Bağışıklama Kapsamı174	9
Şekil 17-9. Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğumların Oranı (%), 2002, 2013175	10
Şekil 17-10. Sosyal Çalışma Alanında Bildirilen Hastalık Prevalansı Yaygınlığı (%).....	11
Şekil 17-11. Sosyal Güvenlik Durumu Özeti - Zile ve Öksüt.....	12
Şekil 17-12. Trafik Sayımı 1 ve 2'nin Yerleri	14
Şekil 17-13. Trafik Sayımı 3 ve 4'ün Yerleri	15
Tablo 17-4.Yüksek ve Düşük Trafik Akış Özeti, Sayım Konumları 1 ve 2	15
Tablo 17-5 .Yüksek ve Düşük Trafik Akışı Özeti, Sayım Konumları 3 ve 4	16

TABLOLAR

Tablo 17-1. Yıllara Göre Ulusal Enfeksiyon Hastalıkları Sıklığı	6
Tablo 17-2. Yıllara göre Trafik Kazaları, Yaralanmalar ve Ölümler.....	13
Tablo 17-3. Trafik Sayımı Veri Özeti.....	15
Tablo 17-4.Yüksek ve Düşük Trafik Akış Özeti, Sayım Konumları 1 ve 2	15
Tablo 17-5 .Yüksek ve Düşük Trafik Akışı Özeti, Sayım Konumları 3 ve 4	16
Tablo 17-6. Proje Araçlarının Tahmini Hareketlilik Hesaplaması	17
Tablo 17-7. İnşaat ve İşletme Aşaması Etkileri ve Azaltım Önlemleri	24
Tablo 17-8. Toplum Sağlığı, Emniyeti ve Güvenliği İzleme Gereklilikleri	28

Bu Çevre ve Sosyal Etki Değerlendirme (ÇSED) Raporu Bölüm ve Ekleri İngilizce dilinde hazırlanmış olup Türkçeye çevrilmiştir. İngilizce ve Türkçe dilindeki raporlarda sunulan bilgiler arasında bir uyumsuzluk ve/veya farklılık beklenmese de böyle bir durumda İngilizce ÇSED raporunda sunulan bilgiler geçerli kabul edilmelidir.

17. Toplum Sağlığı, Emniyeti ve Güvenliği

17.1 Giriş

Bu Bölümde sosyal çalışma alanındaki toplum sağlığı, emniyeti ve güvenliği ile ilgili mevcut durum açıklanmaktadır. Bu bölümde yer verilen konular sağlık hizmetleri ve standartları, halk sağlığı profili ile suç ve asayiş durumudur. Bu Bölümde görüş alma sürecinde halk tarafından dile getirilen kaygılar yansıtılmaktadır.

17.1.1 Hedefler

Bu toplum sağlığı, emniyeti ve güvenliği etki değerlendirmesinin spesifik hedefleri aşağıdaki gibidir:

- Sosyal çalışma alanı dahilindeki yerleşimler de dahil ulusal ve yerel mevcut durumu tanımlamak;
- Projenin potansiyel olumlu ve olumsuz etkilerini tanımlamak;
- Olumlu etkileri artırmak ve olumsuz etkileri azaltmak veya önlemek amacıyla ulaşılabilir azaltım önlemleri geliştirmek;
- Proje süresince uygulanacak yönetim ve izleme önlemlerini geliştirmek.

17.2 Yasal Mevzuat ve Gerekliliklerin Özeti

Politika içeriği için Bölüm 13'e bakınız.

17.3 Kapsam ve Değerlendirme Metodolojisi

Kapsam ve değerlendirme metodolojisi için Bölüm 13'e bakınız.

17.4 Mevcut Durum

17.4.1 Sağlık Hizmetleri ve Standartları¹

Ulusal Düzey

Türkiye geride bırakılan 10 yıl içerisinde uyguladığı sağlık reformları ile 2003 yılında genel sağlık güvencesini gerçekleştirmiştir. Uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile son 5 yıl içerisinde sağlık kurumları tek çatı altında toplanmıştır. Halihazırda sağlık hizmetleri kamu kurumları, yarı kamu kurumları, özel kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri tarafından verilmektedir. Sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına (SB) bağlı sağlık kurumları ile üniversite hastaneleri, Savunma Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşları ile özel sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır.

SDP'nin amacı düşük sağlık harcamalarından ve parçalı sağlık sigorta sisteminden kaynaklanan sorunları çözmek idi. 2003 yılında çıkarılan Hasta Hakları Yönergesi ile hasta hakları tanımlanmış, sağlık hizmet sunucularının hesap verebilirliği artırılmış, 1998 yılında çıkarılmasına karşın yürürlüğe girmeyen Hasta Hakları Yönetmeliğinin hükümlerinin uygulanması sağlanmıştır. Yönergede hastaların sağlık sigorta ve sağlık hizmeti ile ilgili hakları, hizmet sunucuların hasta haklarına ilişkin yükümlülükleri,

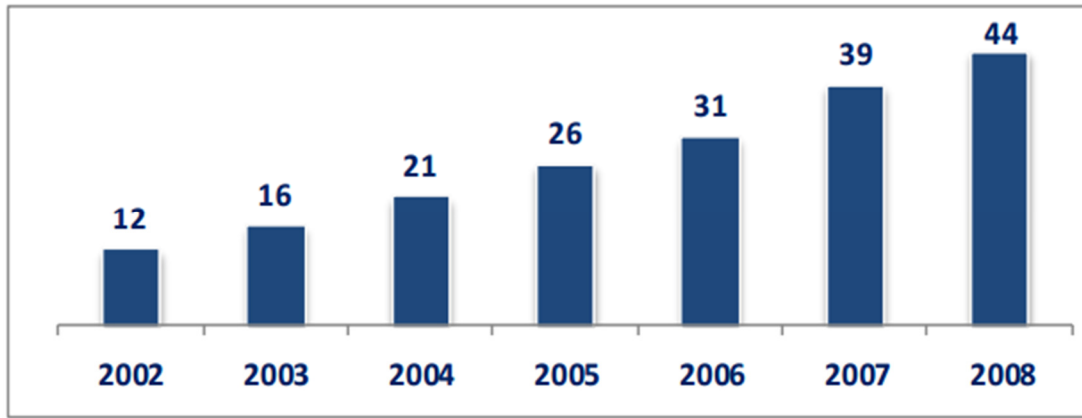
¹ Bu bölüm sağlık kalitesinin ve Toplum Sağlığı Emniyeti ve Güvenliğinin durumuna odaklanmaktadır. Sağlık altyapısının durumu Bölüm 16 Altyapı ve Hizmetler bölümünde verilmiştir.

sağlık müdahaleleri öncesi hasta onayı, hastaları bilgilendirme ve gizlilik ile ilgili gereklilikler tanımlanmakta, vatandaşlara gidecekleri sağlık kurumunu, hekimi ve aile hekimini seçme imkanı getirilmiştir.²

Farklı sağlık sigorta sistemlerinin kapsamını uyumlaştırmak amacıyla düşük gelirli için Yeşil Kart uygulaması³ dahil çok sayıda reform gerçekleştirilmiştir. 2007 yılında yapılan düzenlemeyle birinci basamak sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik sistemi kapsamında bulunmayanlar da dahil bütün Türk vatandaşları için ücretsiz hale getirilmiştir. Bu yasal düzenlemelerle SSK, Bağ-Kur ve Emekli-Sandığı Türkiye Sosyal Güvenlik kurumu şemsiyesi altında birleştirilmiştir. Bu çerçevede çıkarılan bir kanunla Genel Sağlık Sigortası Fonu kurulmuştur.⁴

Hastanelere (özellikle kamu hastanelerine) yapılan ödemeler son 15 yıl içerisinde artış göstermiştir (Şekil 17-1). Ancak, geri ödemeler işlem odaklıdır ve sağlık sonuçlarıyla veya hizmet kalitesiyle pek ilişkilendirilmemektedir. Hastane geri ödeme sisteminde öngörülen kalite bileşeni kuvvetli değildir ve öz değerlendirmeye dayalıdır. Ayrıca, kamu hastanelerine maliyet yönetimi konusunda kayda değer bir teşvik bulunmamaktadır; zira, harcama aşırı bir sonraki yılın bütçesinin artırılmasıyla karşılanmaktadır.⁵

Şekil 17-1. Türkiye Sağlık Harcamaları 2002-2008 (yıllık ABD milyar \$)⁶



Türkiye'nin 2012 sağlık harcamaları GSYH'nin %5,4'üne karşılık gelmektedir. Yıllık sağlık harcamaları her ne kadar son 15 yıl içerisinde artış gösterse de, Türkiye'nin GSYH'de sağlık harcamalarına ayırdığı pay %9,3'lük OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ortalamasının halen çok altındadır. 2012 yılında sağlık harcamalarının %77'si kamu kaynaklarından finanse edilmiştir. 2000 yılında %63 olan bu orandaki artışın nedeni sağlık hizmet kapsamının genişletilmesidir.⁷

2000 - 2010 döneminde sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payının yanısıra doktor ve hemşire sayısı da artmıştır. Ancak, dış hekimi sayısında değişiklik olmamıştır (Şekil 17-2). Sağlık profesyonellerinin sayısındaki artışa karşın, Türkiye'de kişi başına düşen hekim sayısı 2000 yılında 1.0/1000'den 1,8/1000'e yükselmekle birlikte hala OECD ülkelerinin gerisindedir ve 3,2 olan OECD

² Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity (Türkiye'de Evrensel Sağlık Güvencesi: Hakkaniyetin İyileştirilmesi)(2013) Atun ve ark., Imperial College London, Birleşik Krallık ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61051-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61051-X))

³ Yeşil kart olarak bilinen sağlık hakları, sağlık hizmet giderlerini karşılamayan Türk vatandaşlarına verilmektedir. Yeşil kartın pilot uygulamasına Ocak 1992'de başlanmıştır. Yeşil Kart Kanunu adıyla bilinen kanun TBMM tarafından kabul edilmiştir. Kanunun amacı, toplam gelirleri asgari ücretin 1/3'ünden düşük olan Türk vatandaşlarının sağlık giderlerini karşılamaktır. Ekonomiden sorumlu devlet bakanının başkanlığında ve içişleri, maliye ve çalışma ve sosyal güvenlik bakanlarının katılımıyla bir ekonomi koordinasyon kurulu oluşturulmuştur. Koordinasyon kurulu yeşil kart sahiplerinin kişi başı sağlık harcamaları temelinde genel bütçeden ayrılması gereken tutarı belirlemek ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini almalarını sağlamak adına diğer kamu kurumlarıyla ve özel kuruluşlarla koordinasyonu temin etmek için toplanmaktadır [kaynak: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1781919/>; Tarih:30.06.2013,12:00]

⁴ OECD Sağlık Sistemleri İncelemesi: TÜRKİYE, Bölüm 2, s. 46-47

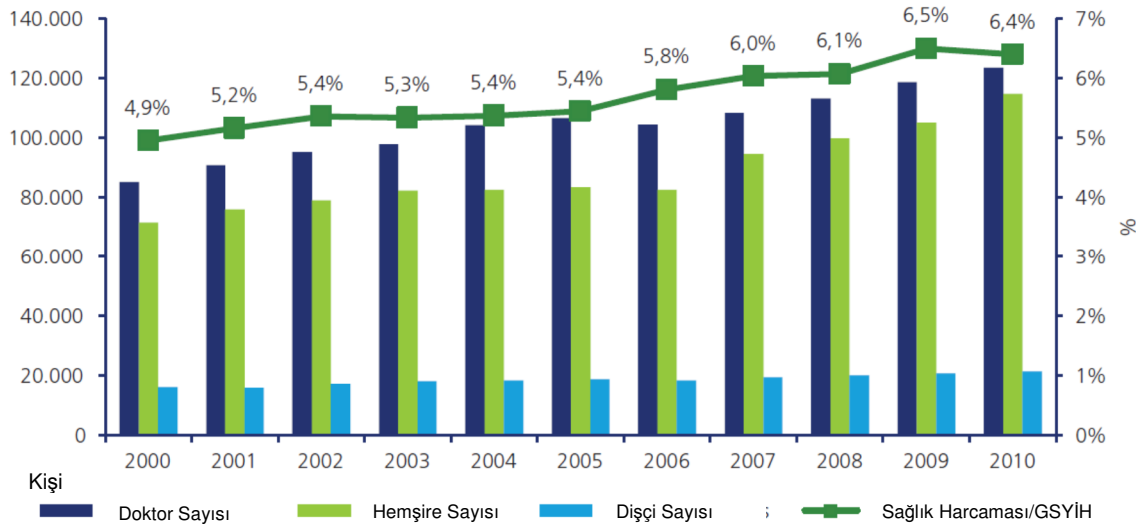
⁵ OECD Sağlık Hizmetleri Kalitesi İncelemesi: Türkiye, Kasım 2014

⁶ TÜİK, Türkiye Sağlık İstatistikleri, Yaşam Bilimleri ve Sağlık Hizmetleri Raporu, 2012

⁷ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-TURKEY-2014.pdf>

ortalamasının altındadır. Doktorların çoğu (%59) kamu hastanelerinde, %20'si özel hastanelerde ve kalan %20'si ise üniversite ve STK sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır.

Şekil 17-2. Türkiye'de sağlık profesyonellerinin sayısı ve kamu sağlık harcamaları, 2000 - 2010¹⁷



Sağlık hizmetlerine erişim Türkiye'nin büyük kentlerinde artmakla birlikte, sektör genelinde bakım standartları bu büyümeye eşdeğer düzeyde olmamıştır. OECD Sağlık Hizmetleri Kalitesi İncelemesi: Türkiye (2014) başlıklı raporda Türkiye'de bakım standartlarının düşük olduğu, akut miyokard enfarktüsü (kalp krizi) nedeniyle hastaneye başvuru sonrası 30 gün içerisinde mortalite oranı %10.7 olup OECD ortalamasından (%7.9) %35 daha yüksektir. Benzer şekilde, inme hastalarında hastaneye yatış sonrası 30 gün içerisinde vaka ölüm hızı, OECD ülkeleri içerisinde Meksika ve Slovenya'nın ardından en yüksek üçüncü orandır (OECD ortalaması %11.8'dir).⁹

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

SDP ile birlikte 2005 yılında birinci basamak hizmetlerde aile hekimliğine geçilmiş, bu çerçevede fiziksel kaynakların, insan kaynaklarının ve insan kaynakları kapasitesinin artırılmasına odaklanılmıştır. Her aile hekimine azami 4000 kişi kaydedilmekte, bu rakamın üzerine çıkıldığında aile hekimine kaydolamayan vatandaşlar önceki modele göre (sağlık ocakları veya geleneksel birinci basamak sağlık kuruluşları) hizmet almaktadır. 2011 yılı itibarıyla yeni kurulan aile sağlığı merkezlerinin sayısı 6.250 olup bunların altyapıları yenilenmiş ve genişletilmiştir (mevcut sağlık ocakları yenilenmiş ve aile sağlığı merkezi haline getirilmiştir). 2005 yılından itibaren aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmeti verme, genişletilmiş koruyucu hekimlik uygulamaları yürütme ve anne ve çocuk sağlığı hizmetleri sunma konusunda sözleşme usulüyle görevlendirilmeye başlamıştır. Aile hekimleri ayrıca kendilerine kayıtlı nüfusa ve kırsal bölgelerde yaşayan vatandaşlara mobil sağlık hizmeti sunmakla, sağlık kuruluşlarına gelemeyen vatandaşlara evde bakım hizmeti vermekle ve bakımevlerini, cezaevlerini ve çocuk bakım merkezlerini düzenli olarak ziyaret etmekle sorumludurlar.¹⁰

Sağlık hizmetlerinin il düzeyinde planlanmasından ve sunulmasından İl Sağlık Müdürlükleri sorumludur. Birinci basamak sağlık hizmetleri il düzeyinde düzenlemekte olup ilçe ve mahallelerde/köylerde sağlık ocakları, sağlık evleri; Anne, Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

⁸ TÜİK, Türkiye Sağlık İstatistikleri, Yaşam Bilimleri ve Sağlık Hizmetleri Raporu, 2012

⁹ http://www.oecd.org/els/health-systems/Review-of-Health-Care-Quality-Turkey_ExecutiveSummary.pdf

¹⁰ Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity (Türkiye'de Evrensel Sağlık Güvencesi: Hakkaniyetin İyileştirilmesi)(2013) Atun ve ark., Imperial College London, Birleşik Krallık ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61051-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61051-X))

Merkezleri ile verem savaş dispanserlerinde sunulmaktadır. İlçe Sağlık Müdürlükleri ilçe düzeyinde sağlık sektörünün ihtiyaçlarını belirlemekte, ilçe sağlık müdürlüklerinin bildirdiği ihtiyaçların uygunluğunu ve bütçesini İl Sağlık Müdürlüğü onaylamaktadır. Çevre sağlığı ve hızıssihha hizmetleri belediyelerin sorumluluğundadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde en son girişim aile hekimliğine geçilmesi olmuştur. Aile hekimleri vatandaşlar için sağlık sistemine erişimde ilk temas noktasıdır. Aile hekimlerinin verdiği hizmetler birinci basamak sağlık hizmetleri kategorisinde olup bütün Türk vatandaşları için ücretsizdir. Bireyler aile hekimlerini seçme ve bulundukları bölgede kayıtlı hasta sayısı dolmamış başka bir hekim varsa aile hekimlerini değiştirme hakkına sahiptir.

17.4.2 Halk sağlığı Profili

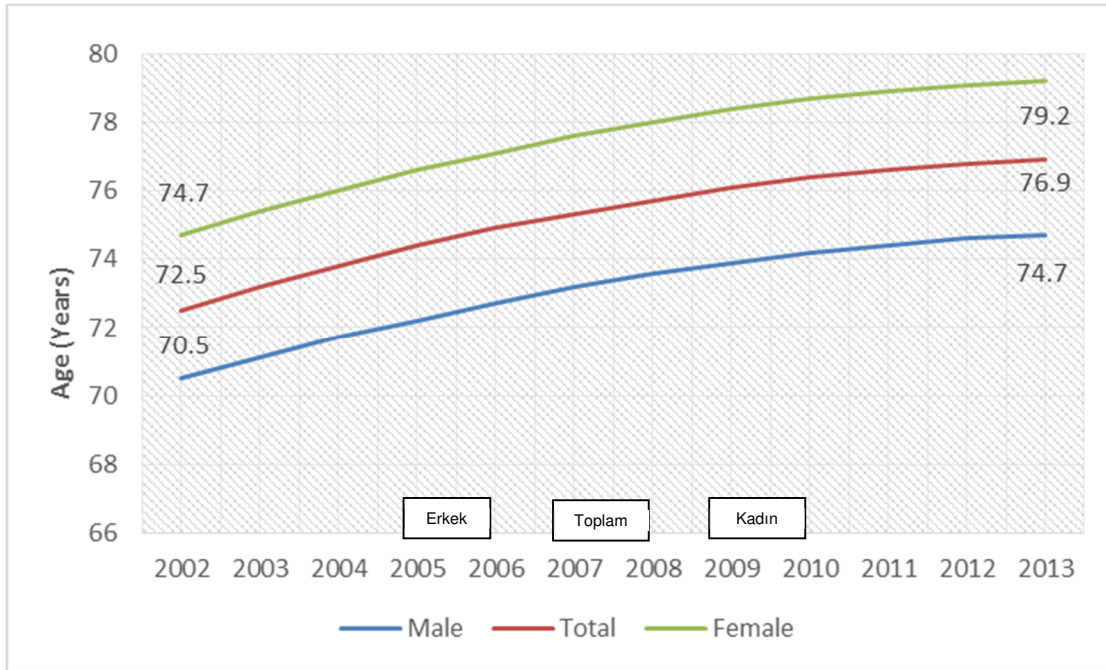
Ulusal Düzey

Yaşam beklentisi

Türkiye'nin kilit sağlık istatistiklerine (mevcut göstergelere) göre, 2000-2013 döneminde kadın ve erkeklerin yaşam beklentisinde artış meydana gelmiştir.

2013 itibarıyla Türkiye'de 76.9 yıl (Şekil 17-3) olan yaşam beklentisi 2010-2013 döneminde 4.4 yıl artmıştır; bu hız, OECD ortalamasından 6 ay fazladır.¹¹ Yaşam beklentisindeki artışın nedenlerinden biri halk sağlığı kuruluşları ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının son yıllarda koruyucu hekimlik çalışmalarına daha fazla ağırlık vermeleridir.

Şekil 17-3. Yaşa, Yıllara ve Cinsiyete göre Yaşam Beklentisi (Yıl)¹⁷²¹²



Türkiye'de bebek ölüm hızı (BÖH)¹³ 2002 - 2013 yılları arasında 1000 canlı doğumda 31.5'ten 7.8'e büyük bir düşüş göstermiştir. Bu düşüşün nedeni bağışıklama kapsamının genişletilmesiyle tam aşılama oranlarının 2002'de %78'den 2013 yılında %97'ye çıkarılmasıdır. Bu önemli düşüş karşın,

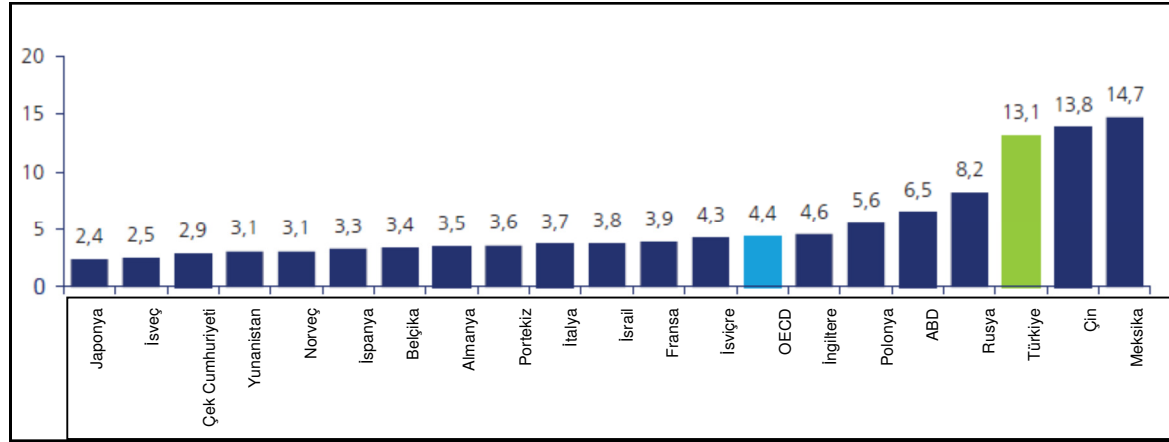
¹¹ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-TURKEY-2014.pdf>

¹² Kaynak: TÜİK (2013)

¹³ Bebek ölüm hızı, belirli bir yılda gerçekleşen 1.000 canlı doğum içerisinde bir yaşına gelmeden gerçekleşen ölüm sayısıdır.

diğer gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'de bebek ölüm hızları hala çok yüksektir (Şekil 17-4).¹⁴

Şekil 17-4. Bebek Ölüm Hızı (Her 1000 canlı doğumda bebek ölümü sayısı) 15



Hastalık

Türkiye'de en yaygın üç ölüm nedeni dolaşım sistemi hastalıkları (%39,9 %), kanser (%20,7) ve solunum yolu hastalıklarıdır (%8,9).¹⁶ Ulusal hastalık yükünün başlıca nedenleri perinatal hastalıklar ve iskemik kalp hastalığıdır.¹⁷

Türkiye'de son yıllarda AIDS ve kızamık da dahil bazı bulaşıcı hastalıklarda artış görülmektedir (Tablo 17-1).

Tablo 17-1. Yıllara Göre Ulusal Enfeksiyon Hastalıkları Sıklığı¹⁸

		2002	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AIDS	Yerli Vaka ¹⁹	42	48	68	64	66	79	80
	İmporte Vaka	6	1	7	6	14	10	13
	Toplam Vaka	48	49	75	70	80	89	93
Kızamık	Yerli Vaka	7,810	0	0	0	0	318	6,731
	İmporte Vaka	0	4	4	7	111	31	674
	Toplam Vaka	7,810	4	4	7	111	349	7,045
Tüberküloz	Yerli Vaka	18,043	17,425	16,594	17,700	14,852	13,878	-
	İmporte Vaka	0	175	163	179	202	261	-
	Toplam Vaka	18,043	17,600	16,757	15,879	15,054	14,139	-
Sıtma	Yerli Vaka	10,184	133	38	9*	4*	1*	34*
	İmporte Vaka	40	49	46	78	128	375	251
	Toplam Vaka	10,224	215	84	87	132	376	285

*2010, 2011, 2012 ve 2013 yıllarında bütün yerli sıtma vakaları "nükseden vaka"dır ve yeni vaka yoktur (sıfır)

¹⁴ <http://www.oecd-library.org/docserver/download/8109111ec010.pdf?expires=1441899869&id=id&accname=guest&checksum=9A6624AE04709686F4E7F6052147E45C>

¹⁵ Deloitte & yased (International Investors Association Türkiye Yaşam Bilim ve Sağlık Raporu, Haziran 2012).

¹⁶ Türk İstatistik Enstitüsü, Ölüm sebebi İstatistikleri, 2009

¹⁷ Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik Araştırması, 2003

¹⁸ Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

¹⁹ 'Yerli Vaka' Türk vatandaşları arasında hastalık sıklığı, enfeksiyon veya bulaş anlamına gelir. 'İmporte Vaka' Türk vatandaşları dışındaki kişilerden kaynaklanan vaka sıklığıdır.

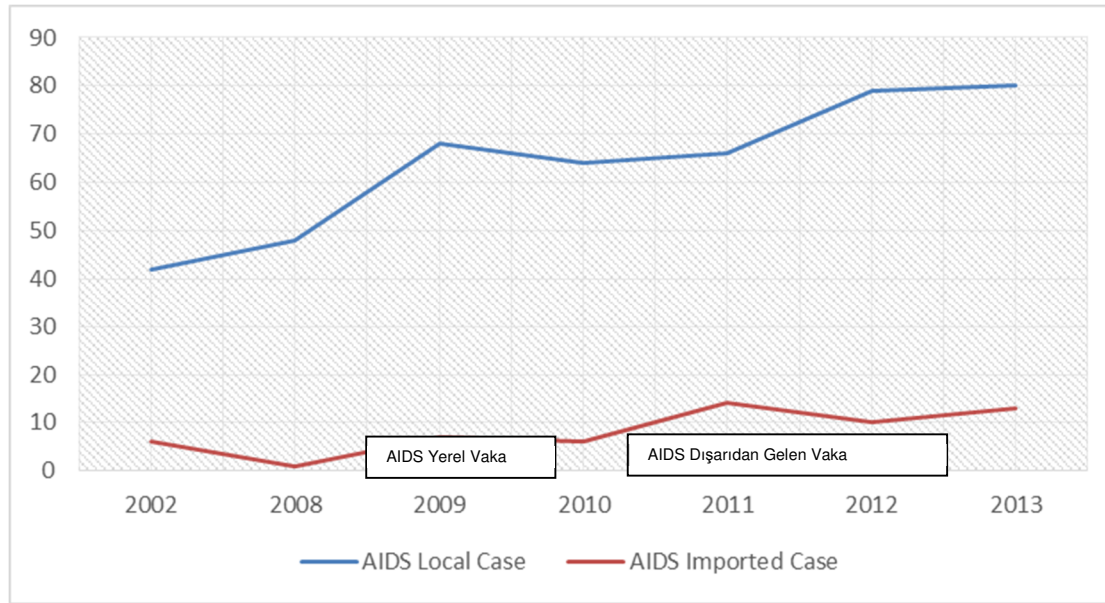
Toplam nüfus içerisinde kızamık vakalarının artmasının nedeni kısmen Suriye'den Türkiye'ye gelen mültecilerdir. Ülkeye yasal yollardan giren mülteciler ulusal bağışıklama programı kapsamında aşılanmakta ise de, düzenlenmemiş sınır noktalarından giren kaçak mülteciler aşılanamamaktadır.

Bildirilen toplam AIDS vaka sayısı 2002 yılında 48'den 2013'te 93'e yükselmiştir. Yerli AIDS vakaları yabancı vakalardan çok daha fazladır (Şekil 17-5)

2012 yılında yapılan bir çalışmada Türkiye'de HIV/AIDS çalışmasına göre en yaygın bulaşma yolu heteroseksüel ilişkidir ve yeni vakaların çoğu erkek olduğu tespit edilmiştir. Damar içi uyuşturucu kullanımı ve kan nakli yoluyla bulaşma oranları 2002-2012 yılları arasında oransal olarak düşmüştür. En yüksek vaka sayısı 20-29 ve 30-39 yaş gruplarında görülmekte, 40 yaş ve üstü nüfusta da vaka sayısı artmaktadır.²⁰

Türkiye'de HIV/AIDS sıklığının artması, HIV kontrol faaliyetlerine öncelik verilmesi ve güvenli seks uygulamalarının geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Şekil 17-5. Yıllara Göre Ulusal AIDS Vaka Sıklığı²¹



2002 yılında 18.000 olan tüberküloz prevalansı (yaygınlığı) 10 yıllık dönem içerisinde 14.000 vakaya düşürülmüşse de yabancı vaka sayısı yerli vakalara nazaran artış göstermektedir. Bu durum da mültecilerin veya ülkeye gelen diğer bireylerin tümünün aşılama programına erişimi olmadığı anlamına gelmektedir.

Türkiye'de sağlığa ilişkin risk faktörleri obezite, sigara ve alkol tüketimidir. Türkiye son 10 yıl içerisinde tütün tüketimini azaltma konusunda çok önemli başarılar elde etmiş, sigara içen yetişkinlerin oranı 2003 yılında %32'den 2012'de %24'e düşürülmüştür.²² Yine de, bu oran OECD ortalamasının (%20,7) üzerindedir.

2012 yılında her beş yetişkinden biri (%17,2) boy ve kilo ölçümlerine göre (Şekil 17-6) obez olarak tanımlanmaktaydı.²³ Obezite prevalansındaki artış diyabet ve kalp-damar hastalıkları gibi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir ve gelecekte sağlık harcamalarının artmasına yol açacaktır.

²⁰ [http://www.tip.hacettepe.edu.tr/actamedica/2012/sayi_1/ACTA12\(003\).pdf](http://www.tip.hacettepe.edu.tr/actamedica/2012/sayi_1/ACTA12(003).pdf)

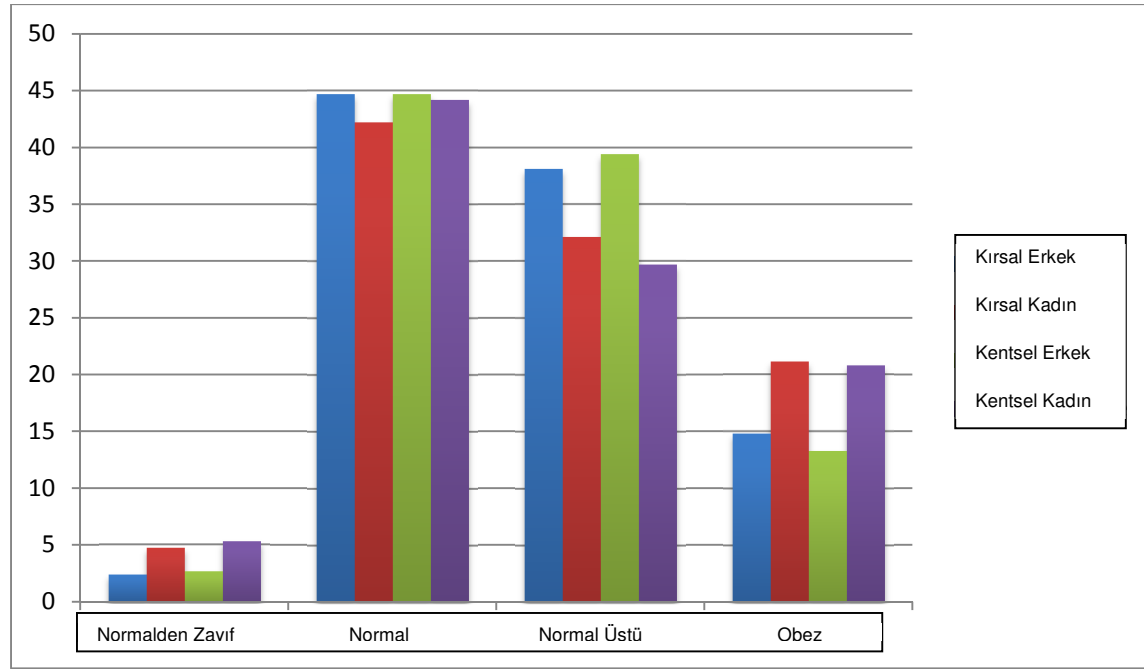
²¹ [http://www.tip.hacettepe.edu.tr/actamedica/2012/sayi_1/ACTA12\(003\).pdf](http://www.tip.hacettepe.edu.tr/actamedica/2012/sayi_1/ACTA12(003).pdf)

²² <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfai.pdf>

²³ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-TURKEY-2014.pdf>

Ortalama vatandaşlar normal vücut kilosuna sahip olmakla birlikte normal veya fazla kilolu erkeklerin oranı kadınlara nazaran yüksek, zayıf veya obez kadınların oranı ise erkeklere oranla yüksektir. Ancak, kırsal-kentsel ve cinsiyet dağılımına bakıldığında, kilolu veya obez kadınların oranı kırsalda kentsel alanlara göre daha yüksektir; ortalama kilolu kategorisine giren kadınların oranı ise kentsel alanlarda daha yüksektir.

Şekil 17-6. Yaş ve Üstü Bireylerde Yaş, Cinsiyet ve Kırsal-Kentsel Ayrımına Göre Vücut Kitle Endeksi Dağılımı (2012)¹⁷³²⁴

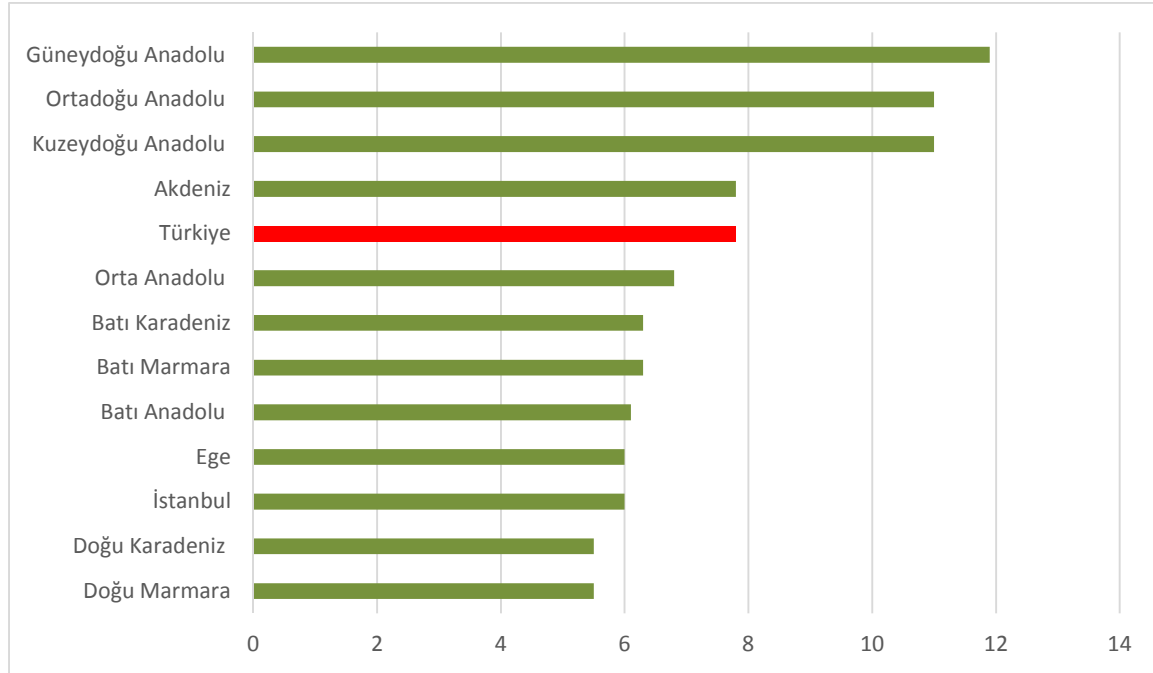


İl Düzeyinde

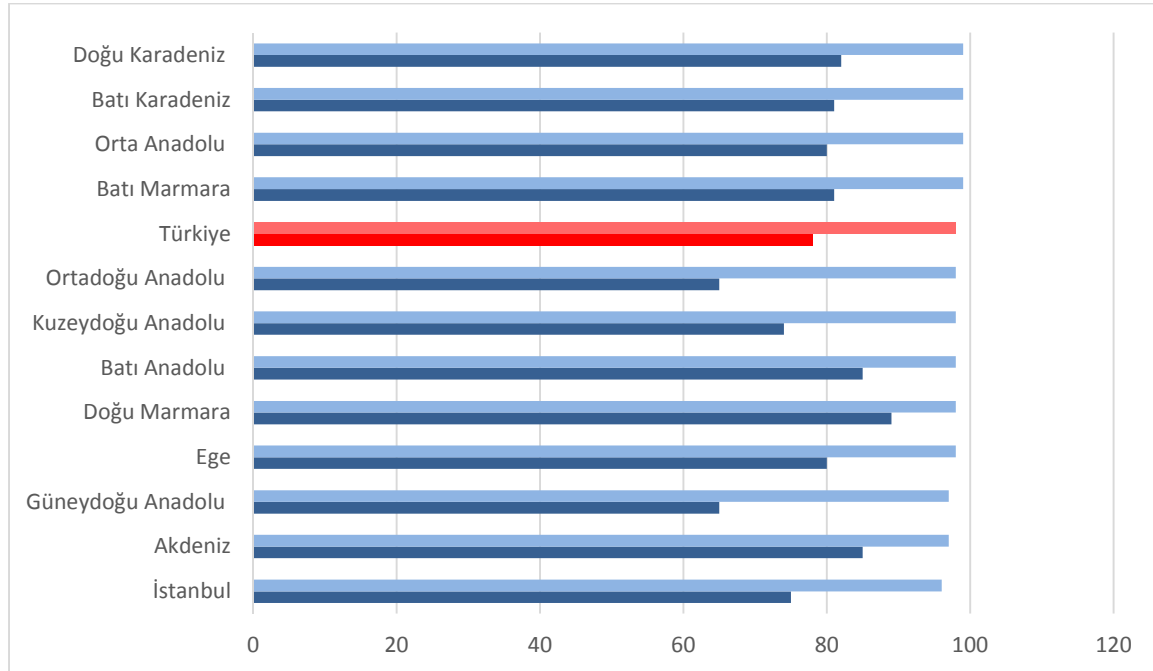
Kayseri ilinde anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin standartları Türkiye ortalamasının üzerindedir. Kayseri İli için bebek ölüm hızları mevcut olmamakla birlikte, 2013 Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre (Kayseri'nin de dahil olduğu) Orta Anadolu'da bebek ölüm hızı (6,8) Türkiye ortalamasının (7,8) altındadır (Şekil 17-7).²⁵

²⁴ TÜİK, Sağlık Araştırması, 2012

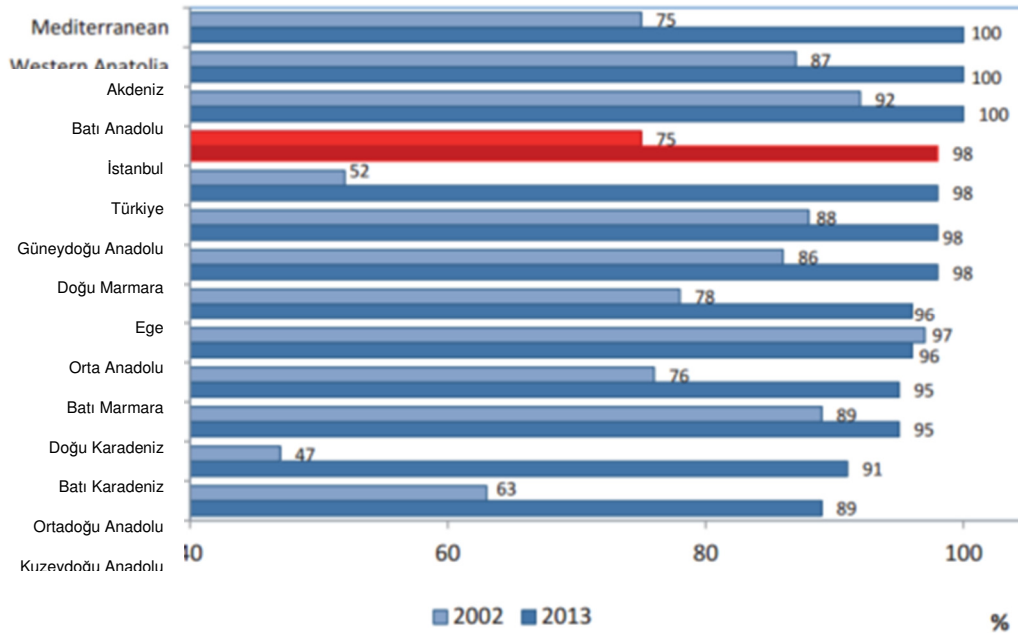
²⁵ http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/health_statistics_yearbook_2013.pdf

Şekil 17-7. Bölgesel bebek ölüm hızları (2013) ²⁶17

2002'de %80 olan bağışıklama oranlarında 2012 itibariyle %99'luk bir oran yakalanması sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi sayesinde Orta Anadolu bölgesinde bebek ölümleri 2002 yılından itibaren düşmeye başlamıştır (**Error! Reference source not found.**). Sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen doğumların sayısı 2002 yılında %78'den 2013 yılında %96'ya ulaşmış (Şekil 17-9), böylelikle doğum esnasında muhtemel ölümler çok azaltılmıştır.

Şekil 17-8. Bölgelere Göre Tam Bağışıklama Kapsamı¹⁷27

26 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
27 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Şekil 17-9. Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğumların Oranı (%), 2002, 2013²⁸

Mahalle/Köy Düzeyinde

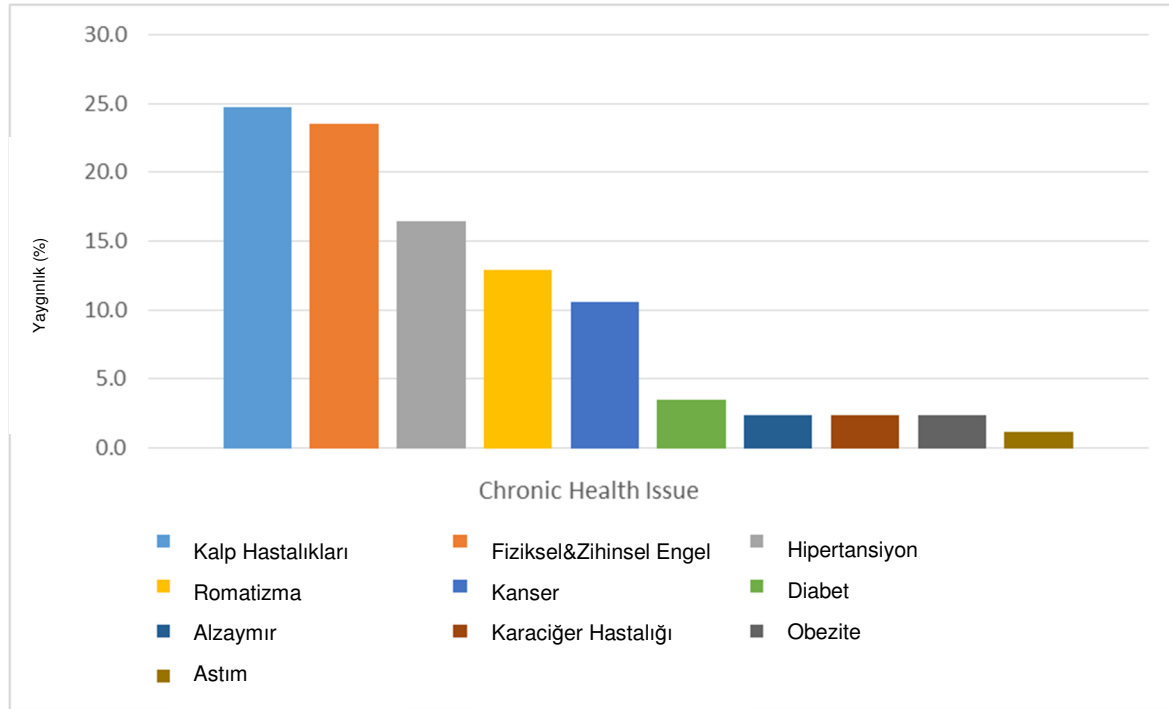
Develi İlçe Sağlık Müdürlüğü yöneticileri ve Develi Devlet Hastanesi başhekim yardımcısı ile yapılan görüşmelerde Develi İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün (yasal ve kaçak) bütün göçmenlerin kayıt ve kontrol işlemlerinin başarıyla sürdürüldüğü ve ilçede kızamık ve çocuk felci de dahil hiçbir salgın hastalık bulunmadığı kaydedilmiştir.

Sosyal Çalışma Alanında gerçekleştirilen odak grup görüşmelerinde köylüler en yaygın sağlık sorunlarının kalp hastalığı ile fiziksel ve ruhsal engellilik olduğunu dile getirmişlerdir. Çalışma alanında kalp hastalığı, diyabet ve hipertansiyon sıklığının yüksek olması obezitenin ve yüksek kolesterolü, yani yetersiz beslenme alışkanlıklarının doğurduğu sağlık sonuçlarıdır. 40 yaş ve üzeri grupta romatizma da sık görülmektedir.

Develi İlçe Sağlık Müdürü, Develi'de ve Öksüt köyünde yatağa bağlı yaşayan vatandaşlar bulunduğunu kaydetmiştir. Bu hastalarda hareketsizlikten dolayı genellikle yatak yaraları gelişmektedir. İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından özel bir şirketle yapılan anlaşma ile bu hastaların durumunun daha da kötüye gitmemesi için 12 özel yatak satın alınmıştır; fakat yatakların dağıtımı yavaş ilerlemektedir. ÖMAŞ'ın katkılarıyla Öksüt Köyüne bir yatak temin edilmiştir ve bir yatak da Gazi Köyüne gönderilecektir.

²⁸ Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Şekil 17-10. Sosyal Çalışma Alanında Bildirilen Hastalık Prevalansı Yaygınlığı (%)²⁹



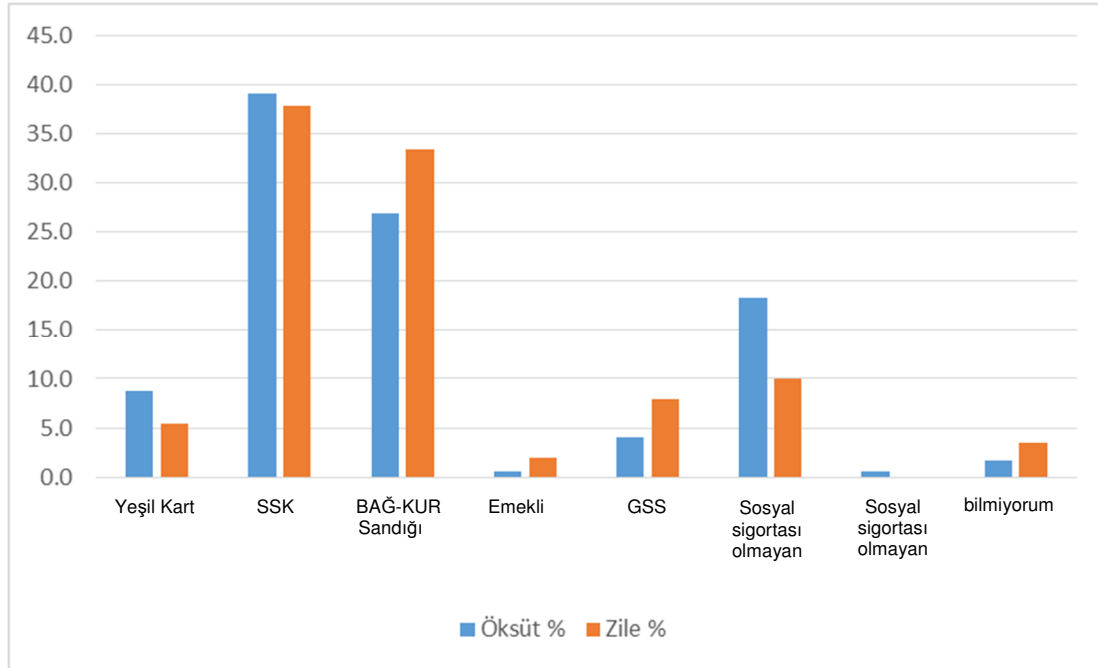
Develi İlçe Sağlık Müdürü Develi İlçesinde kişisel hijyen düzeyinin düşük olduğunu kaydetmiştir.. İlçe Sağlık Müdürü ayrıca bölgede salgın (epidemi) olarak yalnızca mevsimsel ishal görüldüğünü ifade etmiştir. Özellikle kış-yaz ve yaz-güz mevsim geçişlerinde ishal vakaları artmaktadır. 2014 yazında iki haftalık bir zaman diliminde 970 ishal vakası kaydedilmiştir. Epideminin temel nedeni içme suyunun yüzey akışı nedeniyle kirlenmesi ve arıtılmadan tüketilmesidir.

Sosyal çalışma alanındaki bütün haneler operasyon, tedavi ve gebelik hizmetleri de dahil ücretsiz birinci basamak sağlık hizmetlerine erişebilmektedir.

Her hane tarafından düzenlenen sosyal sigorta türü değişmekte ve bir özeti aşağıda Şekil 17-11'de verilmiştir. Zile ve Öksüt, hanehalkının ankete katılanların% 10'dan azı hükümet tarafından finanse edilen yeşil kart kapsamında sağlık hizmetine erişmektedir.

Öksüt'te katılımcıların %20'si halihazırda sağlık güvencelerinin bulunmadığını kaydetmiştir.

²⁹ Mevcut durum araştırması, Aralık 2014

Şekil 17-11. Sosyal Güvenlik Durumu Özeti - Zile ve Öksüt³⁰

Emekli Sandığı: Kamu görevlilerine yönelik sosyal güvence

Yeşil Kart: Devletin sosyal yardım programı kapsamında bulunan Yeşil Kart sisteminde mali olarak dezavantajlı kişilere sağlık hizmeti verilmektedir.

Bağ-Kur: Kendi hesabına çalışanlar, zanaatkarlar ve örgütlü gruplara yönelik sosyal sağlık güvenlik sistemidir

GSS: Yeni kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yönetilen genel sağlık sigortası sistemine Yeşil Kart programı da dahildir.

SSK: beyaz ve mavi yakalı işçilere yönelik sosyal güvenlik programı.

Mevcut durum araştırması sırasında odak grup görüşmelerine iştirak eden katılımcılar rutin kontroller ve reçete yazdırmak için sağlık ocaklarına ve Develi Devlet Hastanesine gittiklerini, daha ayrıntılı muayene veya tetkik gerektiğinde tıbbi servis standartları daha yüksek olan Kayseri Devlet Hastanesini tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

17.4.3 Suç ve Asayiş

Kırsal bölgelerde kolluk görevini Jandarma tarafından yerine getirildiği için, sosyal çalışma alanında da kolluk güvenliği İlçe Jandarma Komutanlığınca sağlanmaktadır. İlçe Jandarma Komutanlığınca kaydedilen kilit sorunlardan biri personel eksikliği, özellikle kadın personel yetersizliğidir. İhtiyaç duyulduğunda çoğunlukla Kayseri İl Jandarma Komutanlığından kadın personel gönderilmektedir. İlçede kadrolu kadın jandarma personeli bulunmaması ve halkın muhafazakar olması nedeniyle, özellikle kadınlar başta aile içi şiddet olmak üzere kendilerini etkileyen sorunlar konusunda kolluk kuvvetleri ile yeterli düzeyde iletişime geçmemektedir.

İlçe Jandarma Komutanlığının Güvenlik Hizmet Birimleri bölge seviyesinde sosyal eğitim faaliyetleri düzenlemekle sorumludurlar. Bu çerçevede, köy/mahalle kahvehanelerinde uyuşturucu, hırsızlık, şüpheli faaliyetler ve çalıntı araçlar konusunda seminerler düzenlenmektedir. Odak grup görüşmelerinde, insanların kış mevsiminde köy evlerinden şehirdeki evlerine döndükleri ve bu dönemde hırsızlık ve soygun olaylarının arttığı kaydedilmiştir. Gazi ve Zile'deki odak grup görüşmelerinde kış mevsiminde evler boşaldığı için bu olayların çok sık yaşandığı bildirilmiştir. Hırsızlık ve soygun suçları genellikle 17-25 yaş grubu erkekler tarafından işlenmektedir. Develi İlçe Jandarma Komutanlığına göre, en yaygın olarak bakır kablo, demir, dışarıda bırakılan yapı malzemeleri ve bakır kazan gibi inşaat malzemeleri çalınmaktadır. Aile içi şiddet en fazla 18 yaş üstü erkekler tarafından uygulanmaktadır ve

³⁰ Mevcut Durum Çalışması, Aralık 2014

kumar, alkol ve uyuşturucu kullanımı ile yakından ilintilidir. Çalışma alanının dışındaki Soysallı'da okulda şiddet davranışları da yaygındır ve bunun nedeni de 15 yaş üstü nüfusta uyuşturucu kullanımı olarak ifade edilmektedir.

Gazi'de kadın ve erkeklerle yapılan odak grup toplantılarında gençleri arasında uyuşturucu kullanımının ciddi bir sorun olduğu ve iş imkanlarının kısıtlı olması nedeniyle arttığı dile getirilmiştir.

İlçe Jandarma Komutanlığına göre en fazla nitelikli ve şiddet içeren suç Develi'de meydana gelmektedir, ancak son beş yılda suç oranında bir artış olmamıştır. Özellikle Suriyeli mültecilerin etkisi hakkında sorulduğunda, son iki yılda 120 aile geldiği tahmin edilmekte, yeni gelenler nedeniyle fark edilebilir değişiklik bulunmamaktadır.³¹ Kavgalarıyla meşhur oldukları kaydedilen Develi erkekleri arasında en yaygın suç türleri aile içi şiddet ve kasten yaralama olup iş kazaları da sık yaşanmaktadır.

17.4.4 Trafik ve Ulaşım Güvenliği

Aşağıdaki tabloda on yılda trafik kazaları ve bu kazalardaki yaralanma ve ölümlerin istatistiki bir özetini sunulmuştur. Kazalar önemli ölçüde artarken, trafik kazalarında ölen kişi sayısı en yüksek 2007 yılında gerçekleşmiş olup, (5000 kişiden fazla) daha sonra azalmıştır.

Tablo 17-2. Yıllara göre Trafik Kazaları, Yaralanmalar ve Ölümler³²

Yıl	Toplam Kaza	Sadece Maddi Hasarlı Kaza	Ölümlü ve Yaralanmalı Kaza	Ölen Kişi Sayısı	Yaralı Kişi Sayısı
2005	620.789	533.516	87.273	4.505	154.086
2006	728.755	632.627	96.128	4.633	169.080
2007	825.561	718.567	106.994	5.007	189.057
2008	950.120	845.908	104.212	4.236	184.468
2009	1.053.346	942.225	111.121	4.324	201.380
2010	1.106.201	989.397	116.804	4.045	211.496
2011	1.228.928	1.097.083	131.845	3.835	238.074
2012	1.296.634	1.143.082	153.552	3.750	268.079
2013	1.207.354	1.046.048	161.306	3.685	274.829
2014	1.199.010	1.030.498	168.512	3.524	285.059

İstatistiksel bilgiye sadece İl düzeyinde ulaşılabilir. Kayseri'de 2013 yılında 58 ölümlü ve 7.084 yaralanmalı toplam 4.416 kaza vardır.³³

Mahalle Düzeyinde

Jandarma Trafik Şubesinin verdiği bilgilere göre hayvanlar yazın yollarda ciddi risk doğurmaktadır; çobanlar meralara gidiş ve gelişlerde yolları kullandıklarından bu durum hayvanlar, çobanlar ve yolda seyredenler için tehlikeye yol açmaktadır.

Yazıbaşı, Gömedi ve Epçe'deki başlıca şikayetler ve kaza nedenleri aşağıdaki gibidir:

- Aşırı sürat ve dikkatsiz araç kullanma;

³¹ Kilit paydaş görüşmeleri, 26 Ocak 2016

³² Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı

³³ Türk İstatistik Enstitüsü, Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri 2013

- Araçların aşırı yüklenmesi ve köy yolunu kullanması uygun olmayan geniş araçlar;
- Gümüşören Barajının yapımından kaynaklanan araç trafiği, toz ve gürültü.

Köylüler şikayetlerini Başbakanlık BİMER'e yapmaktadır; şikayetlere karşılık verme sorumluluğu Jandarmaya aittir.

Yazıbaşı, Gömedi ve Epçe'de köylülerle gerçekleştirilen odak grup görüşmelerinde mevcut yolun çok dar olduğu, maden ekipmanının ve ağır araçların geçişi için güvenli olmadığı ve Proje amacıyla kullanılacak olması durumunda yolun durumunun önemli ölçüde iyileştirilmesi gerektiği kaydedilmiştir.³⁴

Develi Jandarma Trafik Şubesine göre, Develi-Yazıbaşı kavşağı arasındaki 38-51 karayolunun Proje trafiğini kaldırma kapasitesi bulunmaktadır.

Sosyal Çalışma Alanında trafik kazalarına ilişkin istatistik mevcut değildir.

Proje alanı araç trafiği

Trafik Sayım verileri dört farklı yerden iki 24 saatlik dönemde toplanmıştır, (17.00, 14.07.2015 – 17.00, 15.07.2015 ve 18.00, 17.09.2015 – 18.00, 18.09.2015)

- Sayım 1 Epçe'de Gömedi yolunda, Gömedi kuzeyde ve Ayşepınar güneyde kalacak şekilde yapılmıştır.
- Sayım 2 Epçe'de otoyoldan Epçe'ye yol ayrımında yapılmıştır (Şekil 17-12).
- Sayım 3 Yazıbaşı'da 38-32 No'lu Devlet Yolunda yapılmıştır (Develi batıda kalacak şekilde).
- Sayım 4 Yazıbaşı'da 38-32 Devlet Yolu ile güneyde Yazıbaşı'ya giden yol kavşağında yapılmıştır (Şekil 17-13).

Şekil 17-12. Trafik Sayımı 1 ve 2'nin Yerleri³⁵



³⁴ Bu etkileri önlemek için yol tasarlanmıştır, Bölüm 5 Proje Tanımına bakınız.

³⁵ Trafik Sayım Çalışmaları, 2015

Şekil 17-13. Trafik Sayımı 3 ve 4'ün Yerleri³⁶



Trafik sayımı araştırma sonuçları aşağıda Tablo 17-3'de gösterilmiştir ve hafif vasıtalar (HV) (otomobiller, minibüsler, hafif yük araçları) ve ağır vasıtalar (AV) olarak sınıflandırılmıştır.

Tablo 17-3. Trafik Sayımı Veri Özeti³⁷

Araç Tipi	Salı - Çarşamba 14/07/2015, 17.00 – 15/07/2015, 17.00		Perşembe - Cuma 17/09/2015, 18.00 – 18/09/2015, 18.00	
	1. Sayım Epçe konumu 1	2. Sayım Epçe konumu 2	3. Sayım Yazıbaşı konumu 1	4. Sayım Yazıbaşı konumu 2
AV	46	32	168	94
HV	328	300	456	287

Sayım verileri Develi İlçesinin en yoğun trafik yaşanan günlerini göstermektedir. Develi'de her Salı pazar olduğundan ilçe merkezini ziyaret ederek alışveriş ve iş yapan insanlar nedeniyle haftanın en yoğun günüdür. Araştırma ayrıca gezici okul otobüsleri ve işe gidip gelenleri de belirlemek için yapılmıştır.

1 ve 2'nci sayımlarda, en yoğun akış 17.00 ile 19.00 arasında kaydedilmiş ve en düşük akış da her iki tarafta 21.45 ile 23.45 arasında kaydedilmiştir (**Error! Reference source not found.**).

Tablo 17-4. Yüksek ve Düşük Trafik Akış Özeti, Sayım Konumları 1 ve 2³⁸

Araç Tipi	Salı 14/07/2015, 17.00 – 19.00		Salı 14/07/2015, 21.45 – 23.45	
	Sayım 1 Epçe konumu 1	Sayım 2 Epçe konumu 2	Sayım 1 Epçe konumu 1	Sayım 2 Epçe konumu 2
AV	8	5	0	1

³⁶ Trafik Sayım Çalışmaları, 2015

³⁷ Trafik Sayım Çalışmaları, 2015

³⁸ Trafik Sayım Çalışmaları, 2015

Araç Tipi	Salı 14/07/2015, 17.00 – 19.00		Salı 14/07/2015, 21.45 – 23.45	
	Sayım 1 Epçe konumu 1	Sayım 2 Epçe konumu 2	Sayım 1 Epçe konumu 1	Sayım 2 Epçe konumu 2
HV	54	39	12	17

3 ve 4'üncü sayımlarda en yüksek trafik akışı 17:00 ile 19:00 arasında görüldü ve en düşük trafik akışı da her iki yerde 21.45 ile 23.45 arasında görülmüştür (Tablo 17-5).

Tablo 17-5 .Yüksek ve Düşük Trafik Akışı Özeti, Sayım Konumları 3 ve 4³⁹

Araç Tipi	Cuma 08.00 – 12.00		Cuma 12.00 – 16.00	
	Sayım 3 Yazıbaşı konumu 1	Sayım 4 Yazıbaşı konumu 2	Sayım 3 Yazıbaşı konumu 1	Sayım 4 Yazıbaşı konumu 2
AV	12	10	7	3
HV	104	97	74	36

17.4.5 Projeyle ilgili Sağlık Kaygılarına ilişkin Kaygılar

Bu bölümde mevcut durum çalışmalarında ve odak grup görüşmelerinde katılımcıların dile getirdikleri sağlık kaygılarına yer verilmektedir. Kilit bilgi kaynaklarıyla yapılan mülakatlarda / odak grup görüşmelerinde projeden kaynaklanabilecek sağlık sorunları hakkında şu kaygılar dile getirilmiştir:

- Halk sağlığının siyanür kullanımından korunması
- Su ve toprağın siyanür kullanımı da dahil Proje faaliyetleri nedeniyle kirlenme potansiyeli
- Yol yapımı esnasında açığa çıkacak toz ve gürültü kaynaklı sağlık sorunları
- Patlatma çalışmalarının yol açacağı rahatsızlık
- Proje faaliyetlerinin kansere yol açma potansiyeli
- Sondaj dahil madenle ilgili faaliyetler sonucunda içme suyunda kirlenme veya azalma potansiyeli
- Madenle ilgili potansiyel hava kirliliği.

17.5 Etki Değerlendirmesi

Kapsama Dahil Edilenler

Bu bölümde Projenin inşaat, işletme ve kapatma aşamalarının toplum sağlığı, emniyeti ve güvenliği üzerindeki etkileri belirlenmekte ve değerlendirilmektedir. Beklenen etkiler aşağıdakileri içermektedir:

- Diğer yol kullanıcılarını etkileyen trafik yoğunluğundaki değişiklik
- Siyanür kullanımı ile ilgili halkın beklentilerindeki değişiklik
- Yeni güvenlik şirketinin ve güvenlik personelinin tanıtılması
- Yerel halk için bulaşıcı hastalık potansiyelinin artması

³⁹ Trafik Sayım Çalışmaları, 2015

Kapsam Dışında Bırakılanlar

Bu boyutla ilgili değerlendirme kapsamı dışında bırakılan konular aşağıdaki gibidir:

ÇED İzin Alanında tehlikeli malzemelerin kullanılmasının kamu emniyeti üzerinde doğuracağı riskler

- Proje Tanımı başlıklı 5. Bölümde kaydedildiği üzere, kamuoyunun sahaya erişimi çit çekme, işaretlendirme ve giriş-çıkışların belirli güvenli noktalarından yapılması yoluyla sınırlandırılacaktır. Bu sayede halkın sahadaki faaliyetlerden korunması sağlanacaktır; kilit altyapı unsurlarını çevreleyen çitler işletmeye Kapatma Aşamasında da kaldırılmayarak kamu emniyetinin devamı temin edilecektir.

ÇED İzin Alanında yürütülecek patlatma dahil saha faaliyetlerinin kamu emniyeti üzerinde doğuracağı riskler

- Bu etki, yukarıda izah edildiği şekilde önlenecektir.

17.5.1 İnşaat ve İşletme Aşaması Etkileri ve Azaltım Önlemleri

Diğer Yol Kullanıcılarını etkileyen Trafik Yoğunluğu

Etki Değerlendirmesi

Etki	Diğer yol kullanıcılarını etkileyen trafik yoğunluğunda değişiklik
Alıcı Ortam Hassasiyeti	Yüksek
Etki Büyüklüğü	Doğrudan, uzun süreli, yerel ve gerçekleşmesi kesin
Önem	Orta seviyede ve Olumsuz

İnşaat aşamasında kullanılacak ağır kamyonlar başta olmak üzere Proje araçları Çalışma Alanındaki trafik yükünü artıracaktır. Proje araçları Ankara ile saha arasında gidip gelecek ÖMAŞ araçlarını, tedarikçi araçlarını, personel servis araçlarını, diğer yüklenicilerin araçlarını ve saha merkezli çalışan araçları içermektedir.

Tonajları 1,5 ila 4,0 ton arasında değişen Proje araçlarının hareketlilik tahminleri Tablo 17-6'da (*Bölüm 5. Proje Tanımından* alınmıştır) verilmektedir.

Tablo 17-6. Proje Araçlarının Tahmini Hareketlilik Hesaplaması

Proje Aşaması	Haftalık toplam araç hareketi	Aylık toplam araç hareketi
İnşaat Aşamasında	371	1.484
İşletme Aşamasında	743	2.972

Türkiye'de işçi kazalarıyla bağlantılı araç kazalarına ve olaylarına ilişkin veri mevcut olmamakla birlikte Avustralya verilerine göre 2003-2012 yılları arasında işçi ölümlerinin %30'u kamyonların karıştığı olaylarda gerçekleşmiştir.⁴⁰ Kamyonların karıştığı ölüm olaylarında:

- Trafik kazası esnasında sürücüler hayatını kaybetmekte ve kaza esnasında kamyon üzerinde veya etrafında bulunan işçiler ölmektedir.

⁴⁰ WorkSafe Australia (Mayıs 2014), Kamyonların Karıştığı Kazalarda İşçi Ölümleri, Avustralya, 2003 - 2012.
<http://www.safeworkaustralia.gov.au/sites/SWA/about/Publications/Documents/854/Work-related-fatalities-involving-trucks.pdf>

- Kamuya ait karayollarındaki kazalarda çoğunlukla işçi ölümü meydana gelmektedir (kazaların %75'i)
- Hayatını kaybeden işçiler dışında vatandaşlar da etkilenmektedir (kazaların %45'inde kamyonların çarptığı araçta bulunanlar ölmektedir).⁴¹

Dolayısıyla, araç trafiğindeki bu artış ÖMAŞ için yerel halk için hafif yaralanma, ağır yaralanma ve can kaybı da dahil olmak üzere bir risk teşkil etmektedir. Proje sahasında mevcut olan yollar, yol kenarı ile evler ve yöredeki diğer altyapılar arasında ya küçük ya da hiç banket bulunmayan tali yollardır. Mevcut trafik hacimleri düşük düzeydedir ve ağırlıklı olarak hafif araçlardan oluşmaktadır (Mevcut durumda sunulan trafik sayımlarının %73 ila %90'ı).

İnşaat aşamasında, inşaat sahasına erişim sağlamak için mevcut kamu yolların kullanılacağı trafiğin süresi azami 12 ay (2016'nın ikinci çeyreğinden 2017'nin ikinci çeyreğine kadar), yani erişim yolları için yapılacak arazinin düzleştirilmesi işlerinin başlamasından bunların tamamlanarak Proje trafiğinin mevcut yollardan uzaklaştırılmasına kadar geçecek olan süre orta vadelidir.

Erişim yolları için yapılacak çalışmalar, Proje programlama gereksinimlerinden ötürü eşzamanlı olarak yürütülecek olmakla beraber, mevcut durum verilerine göre mevcut yollardaki trafik yoğunlukları akşamları ve Salı günleri (pazarın kurulduğu gün) pik yapacak olup söz konusu zamanlarda alıcı ortam hassasiyetinin artış göstermesi olasıdır.

Alıcı ortam hassasiyeti, artan trafik yoğunluğu neticesinde kazalarda artış meydana gelmesi potansiyeli bulunmasından dolayı yüksek olarak tanımlanmıştır. Etkisi doğrudan ve uzun süreli olmakla beraber inşaat aşamasında pik yapacaktır. Etkiler yerel düzeyde olup değişikliklerin meydana gelmesi kesindir. Tüm bunlar birlikte ele alındığında, etki büyüklüğü orta düzey, önem derecesi ise orta düzeyde olumsuz olarak değerlendirilmektedir.

Azaltım

Projenin işletme ve kapatma aşamalarında Yazıbaşı, Gömedi ve Epçe'deki etkileri ortadan kaldırmak adına erişim yolunun tasarlanması da dahil olmak üzere, etkileri mümkün mertebe ortadan kaldırmak amacıyla azaltım hiyerarşisi uygulanmıştır (bkz. *Bölüm 4: Alternatifler*).

Ulaşım Yönetim Planı (OMAS-ÇSYS-TMP-PLN-001) ÖMAŞ ve yüklenicilerden kaynaklı trafik artışlarıyla ilgili güvenlik konularını ele alan temel yönetim dokümandır. İnşaat ve işletme aşamalarında azaltım aşağıdakileri içerecektir:

- nakliye güzergahı köylere yakın olması halinde nakliye güzergahları ve tahmini programlamanın halka iletilmesi,
- ilgili otoritelerle istişare ederek tüm gerekli uyarı işaretlerinin proje nakliyesi için kullanılan kamu yollarına tanımlanması ve kurulmasından çalışma alanındaki trafik ve sahaya ulaşımı ele alan tüm çalışanlar ve yükleniciler için trafik ve ulaşım tehlikeleri eğitim programı geliştirilmesi ve yürütülmesi
- maden çalışma alanlarına tüm gerekli trafik uyarı işaretlerinin tanımlanması ve kurulması
- hem ağır hem de ileri ve defensif sürüş tekniklerini ele alan sürücüler ve operatörler için sürücü güvenlik eğitimi hazırlanması ve verilmesi. Çalışma sahasında tüm ÖMAŞ ve ana yüklenicilerin sürücüleri için zorunlu olacaktır. Kimyasal tedarikçiler ÖMAŞ'a sürücüler için benzer eğitimlerin delillerini sağlayacaktır.
- yerel halk için Yol Güvenliği Farkındalık Programı geliştirilmesi ve yürütülmesi
- Trafik Yönetim Planının sonuçlandırılması sırasında trafik yönetim faaliyetlerinin planlama ve koordinasyonunda inşaat ve işletme işçileri desteklenmesi

⁴¹ Avustralya verileri, 2003-2012 döneminde kamyonların karıştığı ölümlü kazaların %98'inin normal karayollarında gerçekleştiğini ve bu kazalarda 298 vatandaşın hayatını kaybettiğini göstermektedir.

- malzemelerin tesliminin ve araçların sahaya girişinin günlük yönetilmesi için teslim defterlerinin tutulması
- inşaat alanlarında faaliyet gösteren tesis ve makineler için "görsel uyarıcı" dağıtılması
- ÖMAŞ Acil Durum Müdahale Planı ve Yüklenici Yönetim Çerçevesiyle uyumlu olarak saha dışı faaliyetler için yüklenicilerin uygun Acil Durum Müdahale Planları geliştirilmesi gerekliliği
- araçların üreticilerin kılavuzları ve Türk lisans gereklilikleri uyarınca araçların bakımlarının yapılması ve periyodik doğrulama denetimlerinin yürütülmesi
- alkollü içecekler ve yasadışı uyuşturucu kullanımında hiç izin verilmemesi

Erişim yolu yalnızca proje trafiği için kullanılacak olup kavşaklardaki trafik hacminin diğer araçlara engel teşkil edecek düzeyde olacağı düşünülmektedir. Sürücülerin dikkatini yoğun olarak kullanılan belirli yol geçiş noktalarına çekmek için hız sınırlamaları ve işaretlemeler kullanılacaktır. Erişim yolu üzerinde herhangi bir güvenlik kapısı bulunmayacak, ancak yolun sadece maden araçlarına ayrılmış özel bir yol olduğuna dair işaretlemeler yerleştirilecektir. Otlak kullanıcıları ile yapılan görüşmeler doğrultusunda yol boyunca çobanlar için belirli geçiş noktaları öngörülecek olup güvenli sürüş teknikleri konusunda sürücülere eğitim verilecek ve yol boyunca hız sınırlamaları uygulanacaktır.

Yerel halka eğitim verilerek yol güvenliği konusunda bilinçlendirilmeleri sağlanacaktır. Eğitimin hedef grubunu, çocuklar gibi hassas gruplar oluşturacaktır.

Bakiye Etki

Azaltım tedbirlerinin uygulanması ile beraber, çalışma sahasında bulunan yollarda mühendislik kontrolleri uygulanarak, sürücü farkındalığı, kamu yollarına ilişkin güvenlik farkındalığı yaratarak ve olaylara uygun ve yerinde müdahale prosedürleri geliştirerek Proje ömrü süresince ciddi yol kazalarının asgari düzeye indirilebileceği düşünülmektedir. Bakiye etki bu sayede düşük düzey olumsuz seviyesine indirilecektir.

Siyanür kullanımı ile ilgili olarak toplum beklentilerindeki değişiklikler

Etki	Siyanür kullanımı ile ilgili olarak toplum beklentilerindeki değişiklikler
Alıcı Ortam Hassasiyeti	Yüksek
Etki Büyüklüğü	Doğrudan, uzun süreli, yerel ve gerçekleşmesi yüksek Orta büyüklükte etki
Önem	Orta seviyede Olumsuz

Siyanür kullanımı ile ilgili toplum beklentileri, toplum algısı ile bağlantılı bir etkidir. Siyanür kullanımı ve yönetimi, ilk safhadaki görüşmelerde sürekli olarak gündem konusu olmuş ve yerel halkla yapılan mevcut durum araştırma toplantılarında gündeme getirilmiştir. Proje çerçevesinde siyanürün nasıl nakledileceği, depolanacağı, kullanılacağı ve bertaraf edileceği yerel halk tarafından iyi anlaşılmış değildir. Sağlık ve çevre için siyanür etkileri hakkında endişe düzeyi Türkiye'de çok yüksektir ve diğer tehlikeli maddelerle ilgili halk endişeleri daha az boyuttadır. Centerra bütün çalışmalarında yerel halkın siyanür ve potansiyel tehlikelerine ilişkin kaygılarını ve anlayışını dengelemeyi amaçlamaktadır; yerel halkın yanlış siyanür yönetiminden kaynaklanan acil durumlara hazırlıklı hale getirilmesi de bu kapsamdadır.

Alıcı ortam duyarlılığı siyanür hakkında halkın endişe düzeyini yansıtmaları sebebi ile yüksek olarak tanımlanmıştır. Beklentilerdeki değişiklikler alınan bilgi ile ilişkili olduğundan doğrudan etkidir. Etki uzun süreli, yerel ve gerçekleşmesi olasıdır. Genel etki boyutu **orta ve önemi orta olumsuzdur**.

Azaltım

ÖMAŞ, Centerra bünyesinde yer alan bir işletme olarak, Uluslararası Siyanür Yönetim Kodu'na (ICMC) uygun hareket edecek ve denetimi ile sertifikasyonu bağımsız olarak yapılacaktır. ÖMAŞ, siyanür tedarikçisi ile beraber⁴², iş güvenliği, acil durum müdahalesi, işçi ve yüklenici eğitimi ile taşıma konularını içerecek bir Siyanür Yönetim Planı geliştirecektir. Siyanür Yönetim Planı'nın tamamlanmasından önce ÖMAŞ tarafından, siyanür yönetimi ile alakalı kilit yaklaşım ve taahhütlerin yer aldığı bir Siyanür Yönetim Çerçevesi (OMAS-ESMS-CN-PLN-001) hazırlanmıştır. Siyanür Yönetim Planı işletme faaliyetlerine başlanmadan ve ilk siyanür sevkiyatı gerçekleştirilmeden uygulamaya konmuş olacaktır. Siyanür erişimin kısıtlı olduğu kapalı bir binada depolanacak, ayraçlar seçilen tedarikçiye bağlı olarak toplu teslim edilecek ve ADR'ye bitişik korunaklı ve çitle çevrili bir alanda depolanacaktır (bkz. *Bölüm 5: Proje Tanımı*).

Kod ile uyumlu denetim gereklilikleri ana azaltım önlemleridir. Bu standart uygulama olarak paydaşların acil durum hazırlık çalışmalarına katılması ve siyanürlü ilgili kaygılarının izalesi konusunda paydaşlarla sürekli diyalog yürütülmesi uyumunu içermektedir. Bunun için spesifik paydaş katılım önlemlerinin uygulanması gereklidir; ÖMAŞ bu kapsamda (siyanür ve ayraçlar da dahil) eğitim, tatbikat ve diğer hazırlık ve iletişim prosedürlerini de içerecek şekilde tehlikeli malzeme yönetiminin bütün bileşenlerini uygulayacaktır (Acil Durum Müdahale Planına bakınız).

ÖMAŞ acil durum hazırlık tatbikatları ve eğitimi yürütme konusunda ilgili acil durum müdahale kuruluşlarıyla paydaş katılımı sürecini başlatmış ve siyanür ve diğer tehlikeli malzemeler konusunda toplumu bilgilendirme çalışmalarını başlatmıştır.

Depolama alanı dışında tehlikeli malzeme dökülmelerine ilişkin yetersiz iletişim ve acil durum hazırlığına karşı azaltım önlemleri aşağıdakileri içermektedir:

- Uluslararası Siyanür Yönetimi Kodu gerekleri doğrultusunda siyanürün ilk sevkiyatı öncesinde Siyanür Yönetim Planı Geliştirilmesi;
- Siyanür ilk sevkiyat öncesinde toplulukların korunmasını sağlamak için potansiyel etkilenen paydaşlar ile uygun acil durum müdahale stratejileri ve yetenekleri geliştirilmesi;
- Deneyimli ve uygun nitelikli tedarikçiler ve kimyasalların ve yakıtların nakliye yüklenicilerinin seçimi;
- Acil Durum Hazırlık eğitimi ve tatbikatlarının, geliştirilmesi ve uygulanmasında paydaş katılımı dahil olmak üzere düzenli yürütülmesi
- Devam eden inceleme ve Acil Müdahale prosedürlerinin güncel olduklarından emin olmak için gözden geçirilmesi ve güncellenmesinin devam etmesi;
- Siyanür Yönetim Planında Toplum düzeyinde eğitimler.

Bakiye Etkiler

Proje ömrü boyunca acil müdahale hazırlık faaliyetleri ile tanıtımın devam etmesi halkın siyanür riskleri ve firmanın önlem yönetimlerinin farkındalığını geliştirilmesi beklenmektedir.

Bunun için, siyanür ve siyanürün nakli, kullanılması ve yönetimi ile ilişkili potansiyel tehlikelerin ve ayrıca yerel halkın acil durumlarda yapması gerekenlerin daha iyi anlaşılması sağlanacaktır.

Siyanür yönetimi ile ilgili iletişim ve uluslararası en iyi uygulamalara uygun olarak siyanürün yönetimi ve takip edilmesi taahhüdü önemi orta seviyede olumsuz etki düzeyine azaltılır.

Yeni güvenlik şirketi varlığının çatışma getirmesi

Etki Değerlendirmesi

Etki	Yeni güvenlik şirketi varlığının çatışma getirmesi
-------------	--

⁴² ÖMAŞ tarafından düşünülen Tüm siyanür tedarikçileri ICMC sertifikalıdır.

Alıcı Ortam Hassasiyeti	Yüksek
Etki Büyüklüğü	Doğrudan, uzun dönemli, yerel ve oluşması muhtemel değil Orta büyüklükte etki
Önem	Orta seviyede olumsuz

Saha güvenliği; güvenlik personeli, saha çevresine çekilecek güvenlik çiti (ve devriyeler) ile CCTV (Kapalı Devre Televizyon) kamera sistemi ile sağlanacaktır.⁴³ Tüm Centerra çalışmalarında yürütüldüğü gibi iyi tanınmış ve saygın güvenlik sağlayıcısı alınacaktır. ÖMAŞ halihazırda Türkiye'de kayıtlı güvenlik şirketlerini değerlendirmektedir.

Yöre sakinleri ile güvenlik anlaşmazlıklarının sonuçları duyarlılığı yüksek olarak göz önüne alınmıştır. Etki doğrudan, projenin ömrü boyunca olası ve bu nedenle uzun süreli yerel, sadece proje sahasındaki güvenlik ile doğrudan iletişimdeki insanları etkiler. Tüm etkinin boyutu orta olduğundan etki olası değildir. Önem **orta seviyede olumsuzdur**.

Azaltım

Centerra doğrudan imzalayan taraf değildir, fakat güvenlik personelinin yönetimini Güvenlik ve İnsan Hakları İçin Gönüllü İlkeler ile uyumlu olarak aynı şekilde yapacağını taahhüt etmektedir. Bu güvenlik personeli atanmasından önce risk değerlendirmesi gerektirmektedir. Bu risk değerlendirmesi güvenlik sağlayıcısının sabıka kaydını, şiddet için potansiyelini ve güvenlik risklerini tanımlamalıdır.

ÖMAŞ, inşaat ve işletme süresince Türk yasaları ve Güvenlik ve İnsan Hakları İçin Gönüllü İlkeler ile uyumlu ÖMAŞ Güvenlik Yönetim Planı ve Toplumsal Anlaşmazlık ve Çözüm Politikası (OMAS-HSEC-POL-003) geliştirecek ve uygulayacaktır. Toplumsal Anlaşmazlık ve Çözüm Politikası Acil Durum Önleme / Anlaşmazlık Çözüm ile ilgili bir takım eylemlerdir ve anlaşmazlığa düşülebilecek konuları önlemek için tasarlanmaktadır. Eylemler Halka İlişkiler Müdürü ve Güvenlik Müdürü arasında çok yakın işbirliğine dayalıdır. Kişisel mağduriyet olan potansiyel anlaşmazlık durumunda işçilerin olaydan uzak tutulmasından ve kişiyi şikayet prosedürü hakkında bilgilendirmekten Güvenlik Müdürü sorumludur. ÖMAŞ güvenlik personelinin vatandaşla ne fiziksel nede sözel veya fiziksel argümanlarla temasa geçmesine izin verilmemektedir. Bu tarz durumları devlet güvenlik güçlerinin yönetmesi beklenmektedir.

Yerel halkın var olduğu tüm olaylar Güvenlik Müdürü tarafından Proje/Maden İşletme Müdürüne yazılı olarak raporlanacak ve araştırılacaktır. Günlük güvenlik toplantılarında projenin güvenliğinin sürdürülmesi amacıyla önceki olaylar göz önüne alınacaktır.

Güvenlik personeli bulundurulmasından kaynaklanabilecek potansiyel toplumsal ihtilaflarının azaltılmasına yönelik önlemler aşağıdakileri içermektedir:

- uygun kalifiye ve lisanslı güvenlik yüklenicisinin atanması. ÖMAŞ uluslararası sertifikasyonları (örneğin Özel Güvenlik Sağlayıcıları için Uluslararası Etik Kodları, ICoC gibi) isteyecektir.
- adayların sabıka kayıtları olmadığından veya insan hakları ihlallerinden kötü kaydı olmadığından emin olmak için referans kontrolleri yapılması
- ÇED İzin Alanında ateşli silaha izin verilmeyecek, patlayıcı gereç deposu dışında
- Uygun davranış, istişare ve uygun güç kullanımı ve Güvenlik ve İnsan Hakları İçin Gönüllü İlkeler uygulama denetimlerinin ana hatlarını belirleyen Güvenlik personeline özel davranış kodları eğitimleri
- anlaşmazlık çözümü, kalabalık yönetimi, güvenlik faaliyetlerinin kendine hakim olma ve dikkat konularında alıştırımları, orantılı güç kullanımı ve insan hakları hakkında eğitimler
- Şikayet prosedürünün yürütülmesi ve geniş dağıtımı (OMAS-HSEC-PRC-005)

⁴³ Fizibilite Çalışması, 24 Nisan 2015

- mahalle vatandaşlarının gerekli olması halinde herhangi güvenlik davranışından nasıl şikayetçi olacağını bildiğinden emin olmak için paydaşlar ile görüşme
- Yüklenici Yönetim Çerçevesi (OMAS-ESMS-CM-PLN-001) ile uyumlu olarak yüklenici performansı izlemesinin sürekli devam etmesi

Bakiye Etkiler

Gerekli deneyime sahip güvenlik personelinin gerekli inceleme ve eğitimler neticesinde istihdam edilmesi, izlenmesi ve yerel halkın bilgilendirilmesi sayesinde potansiyel kalan etki "olumsuz - düşük düzey"e indirilecektir.

Bulaşıcı Hastalıkların Artma Potansiyeli

Etki Değerlendirmesi

Impact	Bulaşıcı hastalıkların artma potansiyeli
Receptor Sensitivity	Yüksek
Impact Magnitude	Dolaylı, uzun dönemli, yerel ve olması olası değil Orta büyüklükte etki
Significance	Orta seviyede olumsuz

Proje sonucunda Çalışma Alanında bulaşıcı hastalıkların artması söz konusu olabilir. Buna yol açabilecek faktörler Çalışma Alanına göç etmiş ve tespit edilememiş hastalıkları bulunan kimseler, yaşama koşulları, gıda hijyen koşullarının kötü olması ve bu nüfusun hareketli olmasından kaynaklanan sosyal sorunlardır.

Mevcut durum verileri, Türkiye'de genel olarak güvenli seks uygulamalarının geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Mevcut durum verileri Çalışma Alanında halihazırda seks işçilerinin bulunup bulunmadığını ortaya koymamaktadır, fakat geçici işçilerin HIV/AIDS ve CYBE (Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar) riskini ve yaygınlığını da artırması söz konusudur. Farklı şehirlerle Çalışma Alanı arasında işçi hareketliliğinin artırabileceği diğer hastalıklar ishal ve griptir. Ayrıca mevcut durum verileri kızamık yaygınlığında artış olduğunu göstermektedir.

Çalışma Alanında Proje işgücü arasında bulaşıcı hastalıkların yayılma potansiyelinin azaltılmasına yönelik önlemler aşağıdakileri içermektedir:

- Çalışanlara ve yüklenicilere istihdam öncesinde sağlık taraması uygulanması ve istihdam edildikleri / sözleşmeleri devam ettiği süre boyunca düzenli sağlık kontrolünden geçirilmesi
- İşçilere yönelik sağlık ve güvenlik uygulamaları kapsamında Projenin sahadaki sağlık görevlileri ve yerel halk sağlığı görevlileri tarafından CYBE ve diğer bulaşıcı hastalıkların önlenmesi konusunda farkındalığa ilişkin intibak eğitiminin yanısıra düzenli tazeleme eğitimleri düzenlenecektir.
- Bulaşıcı hastalıkların ve CYBE'nin önlenmesine yönelik yerel halk sağlığı kampanyalarına destek fırsatlarının belirlenmesi
- Başta alkol, kişisel hijyen, gıda hijyeni, (CYBE ve cinsel sağlık/üreme sağlığı dahil) bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklar olmak üzere sağlıklı yaşam biçimleri ve gerekirse riskli davranışların azaltılması ve sağlık arama davranışı konularında eğitim ve farkındalık yaratma faaliyetlerinin düzenlenmesi.

Bakiye Etkiler

İşgücü hareketliliği ve Çalışma Alanı dahilindeki yerel çalışma alanının nüfus bulaşıcı hastalıkların yayılmasını kolaylaştırmaktadır. Azaltım eylemlerinin uygulanması sonrasında kalan etkinin "olumsuz, orta düzey" olması beklenmektedir; çünkü işçilerin sahada kaldıkları kamp dışındaki riskli davranışlarını izlemek zor olacak, fakat bu riskli davranışlar sahada işçi performansını etkileyecektir.

17.5.2 Etki ve Azaltım Önlemlerinin Özeti

Yukarıdaki bölümlerde yer verilen potansiyel etkilerin ve azaltım önlemlerinin özeti Tablo 17-7'de verilmiştir.

Tablo 17-7. İnşaat ve İşletme Aşaması Etkileri ve Azaltım Önlemleri

Etki	Alıcı Ortam	Alıcı Ortam Hassasiyeti	Etki Kategorisi	Etkinin Büyüklüğü	Etkinin Potansiyel Önemi	Tasarım ve Azaltım Önlemleri	Yönetim Politika Prosedürleri	Plan, ve Kalan Önemi	Etkilerin
Diğer yol kullanıcılarını etkileyen trafik yoğunluğundaki değişiklik	Tüm mahalleler	Yüksek	Doğrudan Uzun süreli Lokal düzeyde Yüksek olasılık	Orta	Orta seviyede Olumsuz	<ul style="list-style-type: none"> • nakliye güzergahları ve tahmini programlama halka iletilmesi, • tüm gerekli uyarı işaretlerinin kamu yollarına tanımlanması ve kurulması • trafik ve ulaşım tehlikeleri eğitim programı geliştirilmesi ve yürütülmesi • maden çalışma alanlarına tüm gerekli trafik uyarı işaretlerinin tanımlanması ve kurulması • sürücüler ve operatörler için sürücü güvenlik eğitimi hazırlanması ve verilmesi. • yerel halk için Yol Güvenliği Farkındalık Programı geliştirilmesi ve yürütülmesi • Trafik Yönetim Planının sonuçlandırılması sayesinde trafik yönetim faaliyetlerinin planlama ve koordinasyonunda inşaat ve işletme işçileri desteklenmesi • malzemelerin tesliminin ve araçların sahaya girişinin günlük 	Ulaşım Yönetim Planı Paydaş Katılım Planı Şikayet Prosedürü Acil Durum Müdahale Planı	Olumsuz, düşük düzey	

Etki	Alıcı Ortam	Alıcı Ortam Hassasiyeti	Etki Kategorisi	Etkinin Büyüklüğü	Etkinin Potansiyel Önemi	Tasarım ve Azaltım Önlemleri	Yönetim Politika Prosedürleri	Plan, ve	Kalan Önemi	Etkilerin
						<div><div>yönetilmesi için teslim defterlerinin tutulması</div><div><ul style="list-style-type: none">• inşaat alanlarında faaliyet gösteren tesis ve makineler için "gözcü" dağıtılması• yüklenicilerin uygun Acil Durum Müdahale Planları geliştirilmesi gerekliliği• araçların bakımlarının yapılması ve periyodik doğrulama denetimlerinin yürütülmesi• alkollü içecekler ve yasadışı uyuşturucu kullanımında hiç izin verilmemesi</div></div>				
Siyanür kullanımı ile ilgili olarak toplum beklentilerindeki değişiklikler	Bütün yerleşimlerde	Yüksek	Doğrudan Uzun süreli yerel Olası	Orta	Olumsuz, yüksek düzey	<div><div></div><div><ul style="list-style-type: none">■ Uluslararası Siyanür Yönetim Kodu gerekliliklerine uygulamak■ ilk sevkıyatı öncesinde acil durum müdahale stratejilerinin geliştirilmesi.■ kalifiye tedarikçi seçilmesi.■ Düzenli Acil Durum Hazırlık eğitim ve tatbikatları gerçekleştirilmesi</div></div>	Siyanür Yönetim Planı Paydaş Katılım Planı Şikayet mekanizması		Olumsuz, düşük düzey	

Etki	Alıcı Ortam	Alıcı Ortam Hassasiyeti	Etki Kategorisi	Etkinin Büyüklüğü	Etkinin Potansiyel Önemi	Tasarım ve Azaltım Önlemleri	Yönetim Politika Prosedürleri	Plan, ve	Kalan Önemi	Etkilerin
						<ul style="list-style-type: none">Siyanür Yönetim Planı hakkında halk düzeyinde eğitim gerçekleştirilmesi				
Yeni güvenliğin varlığının çatışma getirmesi	tüm mahallelerde	Yüksek	Doğrudan Uzun süreli yerel Olası değil	Orta	Olumsuz, orta düzey	<ul style="list-style-type: none">Güvenlik faaliyetlerinin Güvenlik ve İnsan Haklarına ilişkin Gönüllü İlkelere uygun yürütülmesi.Güvenlik personeli atanmadan önce risk değerlendirmesi yapılmasıAdaylara referans kontrolü yapılmasıGüvenlik personeline özel davranış kodu eğitimleri verilmesianlaşmazlık çözümü, kalabalık yönetimi, güvenlik faaliyetlerinin kendine hakim ve dikkatlilik alıştırmaları, orantılı güç kullanımı ve insan hakları hakkında eğitimleryüklenici performansının izlenmesi	Güvenlik Planı Toplumsal Anlaşmazlık ve Çözüm Politikası Şikayet Prosedürü Yüklenici Yönetim Çerçevesi	Yönetimi ve	Olumsuz, düşük düzey	
Bulaşıcı Hastalıkların Artma Potansiyeli	Bütün yerleşimlerde	Yüksek	Dolaylı Uzun süreli Yerel Olası değil	orta	Olumsuz, orta düzey	<ul style="list-style-type: none">İstihdam öncesi sağlık taramasıCYBE hakkında eğitimYerel kamu sağlık kampanyalarının desteklenmesiSağlıklı yaşam stilinin farkındalığının artırılması	Toplum Sağlığı, Emniyeti ve Güvenliği Yönetim Planı Paydaş Katılım Planı Şikayet Prosedürü		Olumsuz, orta düzey	

Etki	Alıcı Ortam	Alıcı Ortam Hassasiyeti	Etki Kategorisi	Etkinin Büyüklüğü	Etkinin Potansiyel Önemi	Tasarım ve Azaltım Önlemleri	Yönetim Politika Prosedürleri	Plan, ve	Kalan Önemi	Etkilerin
------	-------------	-------------------------	-----------------	-------------------	--------------------------	------------------------------	-------------------------------	----------	-------------	-----------

17.6 İzleme Gereklilikleri

Bu boyuta ilişkin izleme gereklilikleri Tablo 17-8'te yer almaktadır.

Tablo 17-8. Toplum Sağlığı, Emniyeti ve Güvenliği İzleme Gereklilikleri

Kaynak Dokümanı	İzleme Lokasyonu	Parametreler	Sıklık
Paydaş Katılım Planı OMAS-ESMS-SEP-PLN-001 ve Şikayet Prosedürü OMAS-HSEC-PRC-005	<ul style="list-style-type: none"> Halkla İlişkiler Ofisi Topluluklar 	<ul style="list-style-type: none"> İlgili yerleşim birimlerine yönelik bildirimlerin kayıtları ile hava kalitesi ve gürültü izleme kayıtlarının raporlarını da içeren Paydaş Katılım Sicili Şikayet sicili Taahhüt denetim kayıtları Kilit paydaşlarla yapılan anketlerin sonuçları 	<ul style="list-style-type: none"> Sürekli ve aylık gözden geçirme çalışmaları İnşaat ve işletme aşamalarında yerel topluluklara altı ayda bir raporlama
Toplum Sağlığı, Emniyeti ve Güvenliği Yönetim Planı OMAS-ESMS-CHSS-PLN-001	<ul style="list-style-type: none"> Halkla İlişkiler Ofisi Topluluklar Satın Alma Proje sağlık birimi İnsan Kaynakları 	<ul style="list-style-type: none"> Yerel halka yönelik acil durum hazırlık ve eğitim, trafik güvenliği ve araç hareketleri bildirimlerinin kayıtları dahil Paydaş Katılım Sicili Siyanür nakli, kullanımı ve yönetimine ilişkin materyaller Paydaş geribildirim izleme kayıtları Sağlık tarama özet kayıtları Halk sağlığı ortaklık bilgilendirme çalışmaları da dahil sağlık intibak ve tazele eğitimlerinin materyalleri ve kayıtları Uygunsuz davranış (kışkırtma) sonucu işten çıkarma raporları Sürücü farkındalığı eğitim kayıtları 	<ul style="list-style-type: none"> Sürekli ve aylık gözden geçirme çalışmaları Topluluklara tüm Proje aşamaları süresince altı ayda bir raporlama

Kaynak Dokümanı	İzleme Lokasyonu	Parametreler	Sıklık
		<ul style="list-style-type: none"> Trafik güvenliğine ilişkin toplumsal kampanya kayıtları 	
Acil Durum Müdahale Planı OMAS-ESMS-ERP-PLN-001	<ul style="list-style-type: none"> Satın Alma Halkla İlişkiler Ofisi Proje Operasyon Ofisi 	<ul style="list-style-type: none"> AFAD ve diğer acil durum müdahale kuruluşları ile paydaş etkileşimi Proje risk gözden geçirme raporları 	<ul style="list-style-type: none"> Sürekli ve aylık gözden geçirme çalışmaları Topluluklara tüm Proje aşamaları süresince altı ayda bir raporlama
Yüklenici Yönetim Çerçevesi OMAS-ESMS-CM-PLN-001	<ul style="list-style-type: none"> ÖMAŞ ofisleri Yüklenici ofisleri Saha Topluluklar 	<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik yüklenicisi seçim kayıtları Güvenlik ve İnsan Haklarına ilişkin Gönüllü İlkeler konusunda eğitim kayıtları Siyanür nakli için yüklenici seçim kayıtları Güvenlikle - paydaş etkileşim raporları, verilen yanıtlar da dahil Şikayet Kayıtları 	<ul style="list-style-type: none"> Sürekli ve aylık gözden geçirme çalışmaları Madenin yaşam döngüsü süresince yıllık raporlama
Hava Kalitesi Yönetim Planı OMAS-ESMS-AE-PLN- 00	(bkz Bölüm 7: Hava Kalitesi)		
Gürültü ve Titreşim Yönetim Planı OMAS-ESMS-NV-PLN-001	(bkz. Bölüm 11: Gürültü ve Titreşim)		