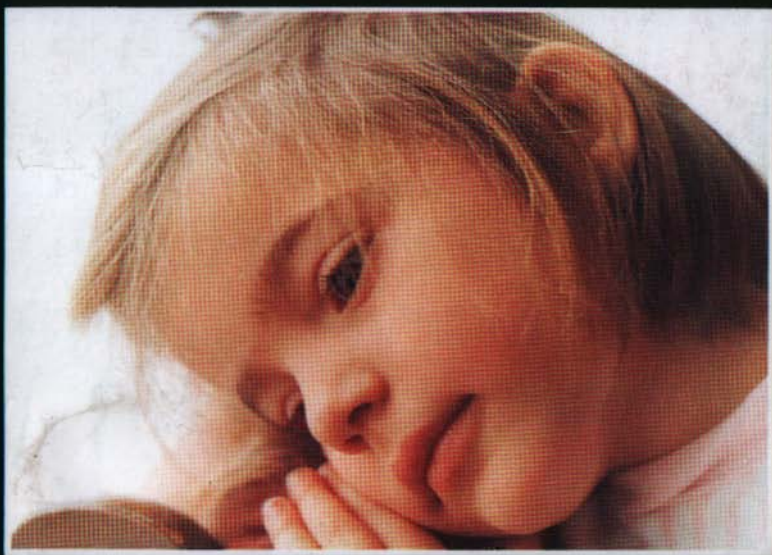


T.C.
Başbakanlık
Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı

Aile Sağlığı



Dr.Said Bodur

Eğitim Serisi
2

AİLE SAĞLIĞI

(1991)

Dr. Said BODUR

Halk Sağlığı Uzmanı

ANKARA

1991

BAŞBAKANLIK AİLE ARAŞTIRMA KURUMU YAYINLARI

Genel Yayın No : 13
Seri : Eğitim Serisi
ISBN : 975-19-0382-3
DİZGİ : BYM – 230 17 51-ANKARA
BASKI : MN OFSET–341 80 90-ANKARA

SUNUŞ

Kitaplar, ilim ve fikir dünyasına açılan kapılardır. İnsanın kendini tanınması, içinde yer aldığı cemiyeti kavraması, böylece yeryüzü macerâsına katılması, ancak kitapların dünyasına girmekle mümkün olur. Aile Araştırma Kurumu, bu kitap dünyasına "özel amaçlı", ama çok önemli bir seri yayınla katılarak yeni bir hizmeti başlatmış bulunuyor. Türk cemiyetinin temel taşı olan aile, bütün yönleriyle bu yayın serimizin konusu olacaktır.

Aileyi oluşturan sosyal ve kültürel değerlerimizin yüceliğinden bahsediyor, aile kurumunun cemiyetimizin en büyük manevi zenginliğini teşkil ettiğini söylüyor. Bu çok değerli manevi servetimize ait bilgilerimizin bir çoğu ne yazık ki eksik ve yetersiz. Bugün, başta üniversitelerimiz olmak üzere bir dizi kuruluş, aileyi çeşitli yönleriyle ele alan araştırmalar yapıyor, bu konudaki bilgileri yeniliyorlar. Bu bilgilerin pek çoğu üretildiği çevrelere sıkışıp kaldığı için halka ulaşmıyor. Biz, yaşamaya başladığımız bilgi çağı ile birlikte; bilim; felsefe, edebiyat ve sanatın bir avuç seçkinler zümresi içinde dolaşıp durduğu dönemlerin de artık sona ereceğine inanmak istiyoruz.

Bu inançla "aile" ile ilgili elde edeceğimiz bütün bilgileri yayınlar haline dönüştüreceğiz. Aile kitapları serimiz "Bilim", "Aile Eğitimi", "Halk Kitapları" ve "Tanıtma" dizileri olarak

dört alt gruptan meydana geliyor. Bu dizilerimiz vasıtasıyla en yeni bilimsel araştırmaları geniş kitlelere duyuracağız. Aile fertlerinin aile içi eğitimi ile ilgili yerli ve yabancı temel eğitim kitaplarından seçilmiş zengin bir koleksiyonu, aile kitaplıklarına kazandıracakız. Halk kitapları dizimiz, konuları ve rahatça okunup anlaşılabilirlikleriyle geniş halk kitlelerinin aile konusundaki başucu kitabı olacaktır.

Bu yayınlardan beklediğimiz, cemiyetimizi yaşatan ve ebediyen yaşatacak olan kendi sosyal gerçeğimize ait değer hükümlerini; zekâ ve kültürün, ilim ve sanatın ilgi alanında, her dem taze tutmaktır.

Türk ailesinin durmadan değişen dünya şartlarına, kimliğini koruyarak uyum sağlaması, bu değerlerin toplumun bütün fertleri tarafından paylaşılarak korunmasına bağlıdır.

Her bakımdan güzel neticeler vadeden bu teşebbüse, ilim, fikir ve sanat adamlarımızın da beklenen katkıları sağlamasını temenni ediyorum.

Aile Yayınları serisinin, bugünkü ve yarınki nesillerin düşünce ve zevk olgunluğuna katacağı zenginlik ise, milletçe elde edeceğimiz en büyük kazanç olacaktır.

Cemil ÇİÇEK
Devlet Bakanı

ÖNSÖZ

Yaşadığı coğrafyaların genişlik ve farklılığının verdiği bir imkânla, çeşitli sosyo-kültürel yapılarla yüz yüze gelmek ve bu vesile ile kendisini zaman zaman test etmek imkânını bulan Türk toplumu, yirminci yüzyılda, iletişim araçlarının dünyayı küçülttüğü bu tarih diliminde yeni bir süreci yaşıyor.

Tarihin çoğu devirlerinde her toplum, kültür ve dinle kompleksiz ilişki ve temas geliştirebilen bu toplumun, bu yeni süreci de sağlıklı sonuçlara ulaşmak bakımından bir şans olarak değerlendireceği kanaatindeyiz.

Ne var ki, kültürü ve düşünceyi "sözlü iletişime" indirgeyen bir geleneğin günümüzde derinden hissedilen zaafının hâlânun mahkûmu bulunuyoruz. "Şifâhî kültüre" ve geleneğe kendisini bu derece teslim eden bir toplumun ve aydınının, bilim hayatında sağlaması gereken birikim de o derece zor oluyor. Bu açıdan üretilmiş her bilgi, ortak bir havuzda toplanmak yerine, kendi şartlarının dar atmosferine mahkûm kalıyor ve zamanla kaybolup gidiyor. Üniversitelerimizin sosyal bilim dallarında görevli hocalar bilirler: aynı alanda ve birbirlerinin tekrar sayılabilecek yüksek lisans tezleri ve hatta doktora çalışmaları az değildir. Farklı üniversitelerimiz bile, çoğu zaman, birbirinin eşzamanlı faaliyetlerinden haberdar olamayabiliyorlar.

Yüzyulumuzun karakteristiğine aykırı düşen bu iletişimsizlik ve bilimsel bilginin ortak havuzlar oluşturamaması gerçeği, ülkemiz adına büyük zaman, enerji ve hatta maddî kaynak israfına yol açmaktadır.

Bu gerçekleri göz önünde bulunduran Aile Araştırma Kurumu, bir toplumun indirgenebileceği en küçük ve temel sosyal kurum olan "aile"den yola çıkarak ve bu temel birimin açılımlarıyla orantılı olarak, çeşitli sosyal bilim dallarıyla disiplinler arası faaliyetler gerçekleştirecektir. Bunun içindir ki, bu alanda üretilmiş her türlü bilginin, araştırma ve inceleme sonuçlarının, alternatif görüşlerin bir araya getirilme-

si yoluna giriyoruz. Buna Aile Araştırma Kurumu olarak, öncelikle biz ihtiyaç duyuyoruz. İhtiyacını duyduğumuz bu nevi çalışmalar, aynı zamanda çeşitli sosyal bilim çevrelerinin de arzusu olarak gerçekleşiyor. Bu türden ortak ihtiyaçlar; ortak çalışmalarını gerektirecek, mesâîleri birleştirmeyi zaruri hale getirecektir.

Ne yazık ki, ülkemizde fen ve mühendislik bilimlerine karşılık, sosyal bilimlerin geliştirdiği araştırma projeleri teşvik ve destekten o nisbette mahrum bırakılmaktadır. Halbuki çağımızda araştırma faaliyetleri büyük maddî finansmanları gerektirir olmuştur. Öteki bilim dallarına karşılık, sosyal bilimlerin böylesi teşvik ve destek tedbirlerinin dışında tutulması, Türk sosyal bilim temsilcileri adına büyük bir talihsizlik teşkil etmektedir. Ayrıca "icra" ile sosyal bilim alanları arasında ki bu ilişki azlığı, kamu idarelerini, ihtiyacını duyduğu sağlıklı verilerden ve bilimin kendisine sağlayacağı perspektiflerden yoksun kılarken, iç konjonktürün inişli çıkışlı atmosferinde kendisini kılavuzsuz da bırakabilmektedir. Bunun ötesinde, sosyal politikaların üretilmesi ve realizesi sırasında bu bilim çevrelerinin dışlandığı, görüşlerine râcaat edilmediği biçimindeki kanaatler de, bu kesitlerde derin moral kayıplarına ve fonksiyonsuzluk hislerine yol açmaktadır. Günümüzde araştırma faaliyetleri geniş ekip ve organizasyonları gerektirir olmuştur. Sosyo-kültürel problemlerin yaygınlığı karşısında ortak teşhislere ve sonuçlara ulaşabilmek, kamu idarelerinin ihtiyacını derinden hissettiği sağlıklı veriler üretmek, realize edebilir teklifler oluşturmak, disiplinler arası çalışmalarını ve ortak projelerini zorunlu hale getiriyor.

Aile Araştırma Kurumu bu bakımdan, Türk sosyal bilim çevreleri ile icra arasında oluşturulacak sağlıklı ilişkilerin merkezi olmaya doğru gidiyor. Onun içindir ki kırımımız, hem üretilmiş bilimsel bilginin derlenip tasnif edilmesi hem de toplumun derinden yaşadığı yaygın problem alanlara yönelik her türlü araştırma projelerine açık bulunmaktadır. "Aile Yazıları" ve hazırlanmakta olan bibliyografılar, bu gayretlerin ilk ürünleridir.

Dr. Necmettin TURUNAY
Aile Araştırma Kurumu Başkanı

İÇİNDEKİLER

I. GİRİŞ	1
II. SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ	3
1. Selçuklu Dönemi	3
2. Osmanlı Dönemi	3
3. Cumhuriyet Dönemi	4
III. SAĞLIK HİZMETLERİNİN BUGÜNÜ	7
1. Sağlık Hizmetleri	7
a. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
b. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	10
2. Sağlık Hizmetleri Veren Kurumlar	11
3. Sağlık Sektörünün Yönetimi	14
4. Sağlıkla İlgili Programlar	16
5. Ailenin Hizmete Ulaşması	17
IV. AİLE SAĞLIĞI GÖSTERGELERİ	21
1. Ana Sağlığı	21
a. Ana Ölümleri	21
b. Ana Hastalıkları	23
2. Bebek Sağlığı	25
a. Bebek Ölümleri	26
b. Bebeklik Dönemi Hastalıkları	33
c. Bebek Beslenmesi	35
d. Bağışıklık Düzeyi	36
3. Çocuk Sağlığı	41
a. Çocuk Ölümleri	41
b. Çocukluk Dönemi Hastalıkları	42
4. Babanın Sağlığı	43
5. Aile Ruh Sağlığı	44

a. Ailede Ruhi Etkileşme	44
b. Aile Dışı Çocuklar	45
c. Çocuk Ruh Sağlığı	47
d. Ailede Ruhi Rahatsızlıklar	49
6. Aile Planlaması	50
7. Diğer Göstergeler	53
a. Beslenme	53
b. Sigara	54
c. Ağız ve Dış Sağlığı	55
d. Bulaşıcı Hastalıklar	55
V. SAĞLIK HARCAMALARI	56
KAYNAKÇA	59

I. GİRİŞ

Sağlıklı toplumları sağlıklı fertler meydana getirir. Fertlerin en değerli varlıklarından biri, en büyük tabii sermayeleri, refah ve mutluluklarının temeli sağlıktır. Yeryüzü milletleri arasında iyi bir yer edinecek milleti oluşturacak fertler maddeten, ruhen ve sosyal yönden sağlıklı ve huzurlu aile ortamlarında yetişebilir.

Bir kimsenin beden ve ruh sağlığını yitirmesi, sadece o kişinin değil aynı zamanda ailesinin bir problemidir. Ailede bir hastanın varlığı aile fertlerinin en azından huzurunun yitirilmesine sebeptir. Söz konusu hastalık bulaşıcı bir hastalık ise durum çok daha ciddidir. Çünkü bulaşıcı hastalıkların çoğu öncelikle aile fertleri arasında yayılırlar.

Hastalığın ailede bir de ekonomik yönü vardır. Öncelikle hasta biriy ailenin ekonomik yükünü üstlenen kişi ise hastalanmakla işinden geri kalacak, belki onun bakımı sebebiyle işinden geri kalan başka aile fertleri de olacaktır. Hastalığın diğer ekonomik yönü tedavi giderleridir. Sosyal güvenliğin yaygınlaştığı günümüzde bile hastalığın ayrıca aile bütçesine getirdiği yük oldukça önemlidir. Sosyal güvence ya da sağlık sigortasının kapsamında olmayan aile fertlerinden biri hastalandığında o aileyi ekonomik yönden çok daha fazla etkileyecek ya da ekonomik güçsüzlük sebebiyle hasta kişi için hayati tehditler, aile için de maddi-manevi yıkımlar söz konusu olacaktır.

Buna karşılık beden ve ruhen sağlıklı temellere bina edilen, sağlıklı ilgili konularda olumlu davranışlarla bezenmiş, huzurlu bir ailede sağlığın korunması hasta fertlerin tedavisi daha kolay hale gelecektir. Diğer taraftan aileye ulaşan sağlık hizmetlerinin de desteği ile çocukların fizik ve mental gelişimleri sağlanacağı gibi sağlıklı ilgili olumlu davranışlar öncelikle aile içinde kazanılacaktır.

Aile kavramının önemli bir tarihi geçmişinin olmasına karşılık, sağlık olaylarının aile bütünlüğü içinde ele alınması şeklindeki yaklaşımların tarihi geçmişi, ancak 19. yüzyılın ortalarına dayanır. 19. yüzyıldaki sosyal ve siyasal akımlar tıp alanında da sağlık hizmetlerinin yalnızca hasta bireylere değil tüm toplum fertlerine eşit olarak verilmesi ve bireyin çevresi ile birlikte ele alınması düşüncesini öne çıkardı⁽⁷⁾. Sosyal Hekimlik anlayışının toplumda etkili olarak uygulanmaya başlaması 2. Dünya Savaşı sonralarında mümkün olmuştur. Anlaşılmıştır ki, toplum sağlığı geliştirilmeden fertlerin sağlığı geliştirilemez. Toplum sağlığını koruma ve yüceltmede, fertler arası maddi ve manevi etkileşimlerin en yoğun olduğu ailenin fizik çevresiyle birlikte bir bütün olarak ele alınması esastır.

II. SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Tarihi devirler içinde Ortaçağ, Batı alemi için bir duraklama, Doğu milletleri için ise bir gelişme devri olmuştur. Türklerin İslamiyeti kabulü ve Önasyaya yerleşmelerini takiben yol-köprü, kervansaray, medrese, cami yanında medeniyetlerini sembolize eden çarşı, hamam, ılıca, imaret ve hastahaneler gibi çok sayıda sağlık ve sosyal yardım tesisleri inşa etmişlerdir⁽¹⁹⁾.

1. SELÇUKLU DÖNEMİ

Selçuklular tababete büyük önem vermişlerdir. Tıbbi konuları kurallara bağlayarak tıp medreseleri yanında uygulama alanı olarak hastahaneler yapmışlardır. Hekim yetiştirmeye önem verdikleri gibi hakem olmayanlarla mücadele etmişler, hekim ve hastaneleri denetlemeye özen göstermişlerdir. Kayseri’de 1206 yılında kurulan Gevher Nesibe Sultan Hastahanesi ve Tıp Medresesi Selçukluların Anadolu’da kurdukları ilk sağlık tesisleridir. Daha sonra Orta ve Doğu Anadolu da bütün önemli yerleşim yerlerinde hastahaneler yapılmış, 13. yüzyılı takiben ayrıca cüzzamhane, körhaneler, aşevleri ve huzurevleri gibi sosyal kurumlar açılmıştır. Hastanelerde hem hastalar tedavi edilir hem de usta çırak yöntemi ile hekim yetiştirilirdi.^(18, 19)

2. OSMANLI DÖNEMİ

Osmanlılarda sağlık ile ilgili kurumlar Fatih devrine kadar genellikle devlet merkezi olan Bursa, Edirne ve Manisa gibi şehirlerde yapılmıştır. 1469 yılında Fatih Sultan Mehmet saray ve çevresindeki sağlık hizmetleri yanında tüm ülkenin sağlık hizmetlerinden sorumlu hekimbaşılar tayin etmiştir. 1849 yılına kadar hekimbaşıların nezaretindeki sağlık hizmetleri, ücretle hasta bakan hekimler, cerrahlar ve vakıf hastaneleri tarafından yürütülürdü. 1850’de hekimbaşı yetkileri Mekteb-i Tıbbiye nezaretine devredilmiştir. 1827’de açılan Tıphane ve Cerrahane 1839’da birleştirilerek modern bir

tıp fakültesi haline getirilmiştir. 1848'de ilk ebelik belgeleri tanzim edilmiş 1849'da "Vakayi-i Tıbbiye" gazetesi yayınlanmaya başlamıştır⁽¹⁹⁾.

1870'de Nezaret-i Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıp İşlevi Bakanlığı) kurulmuş buna bağlı olarak ilçelerde Memleket Tabiblikleri, Livalarda Sıhhiye Müfettişlikleri, ihdas edilmiştir. 1914 yılında Sağlık hizmetleri yönetimi İçişleri Bakanlığı'nda Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir. Memleket Hekimlerinin görevleri arasında bulaşıcı hastalıklarla savaş, aşı uygulama, hasta bakma, bölgedeki hastane ve eczaneleri denetleme, adli tıp işleri, içme suları, kanalizasyon, besin maddelerinin kontrolü, çocuklar arasında sık görülen ölümlerin sebeplerini araştırma gibi hususların yer alması sağlanmıştır⁽¹⁹⁾.

3. CUMHURİYET DÖNEMİ

3 Nisan 1920'de sağlık hizmetleri yönetimi meclise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na verildi. Bu dönemde Avrupa ülkelerinde yalnızca üçünde Sağlık Bakanlığı vardır. Ülkede görev başındaki hekimler tesbit edildi. Bakanlık çalışmalarına esas olan usul ve kadrolar belirlendi.

1923-1937: Kısa bir dönem hariç bu dönemin tek bakanı Refik Saydam'dır. Dönemin sağlık politikasını onun adına izafe edebiliriz. Hasta tedavi hizmetini mahalli idarelere vererek, hükümet olarak yol gösterici olmuş, bu amaçla yurdun beş yerinde Numune Hastahaneleri kurmakla yetinmiştir. Buna karşılık o günlerin çok yaygın ve önemli bulaşıcı hastalıklarını kontrole almak için bulaşıcı hastalık savaşını köylere kadar götürmüştür. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personeline daha yüksek ücret ödemiş, tabiplerin hastaları tedaviden ziyade, sıhhatli olanların bu hallerinin korunması için çalışma anlayışını savunmuştur. Tıp talebe yurtları açarak hekim ve sağlık memuru yetiştirip mecburi hizmete tabi tutmuşsa da kadın sağlık personeli yetiştirmeye önem vermemiştir. Teşkilatlanma olarak Hükümet Tabibliği-Sağlık Müdürlüğü örgütünü temel birim kabul etmiş zamanında önemli kanunlar çıkarılmıştır⁽¹⁸⁾.

1937-1960: Bu dönemde koruyucu ve tedavi edici hizmetler entegre edildiği ve köylere kadar uzanan bir yapılanma hedeflenmişse de başırlanamamıştır. Bu dönemde sıtma ve işçi sigortaları kanunları önemli gelişmelerdir.

1950-1960: Hasta tedavisi bir devlet hizmet olarak görülmesi ile Refik Saydam döneminden farklı bir anlayış getirilmiştir. Bu, tedavi hizmetlerinde standartların yükselmesi, her il halkına eşit hizmet gitmesi, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte verilmesi bakımından yerinde ve ilerici bir adımdı. Ancak hastane hizmetleri gelişirken koruyucu hizmetler ikinci planda kalmış ve sağlık personeli yetiştirmeye yeterince önem verilmemiştir⁽⁷⁾.

1960 sonrası: Bu döneme hakim sağlık politikasını 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun belirler. Bu kanun Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, koruyucu ve tedavi hizmetlerinin bir arada köylere kadar yayılmasını, kamu sektöründe hizmetlerin bir elden yürütülmesini öngörmüştür. Buna göre temel ünite 5-10 bin kişiye bir adet hesaplanan Sağlık Ocağıdır. 2500-3000 nüfusa da bir ebenin görev yaptığı sağlık evleri planlanmıştır. Sağlık ocağı hekiminin başkanlık ettiği sağlık ekibi oldukça detaylı olarak koruyucu hizmetleri yürütür. Ayrıca evde ve ayakta tedavi hizmeti verir. Tedavi hizmetleri devlet hastanelerince desteklenir. Bu hizmet şekli yürürlükte olup sağlık ocakları, AÇS-AP merkezleri, verem savaş dispanserleri ile de desteklenmektedir.

Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Gelişimi:

Ülkemizde ana sağlığının korunması için ebelik hizmetleri 19. yüzyılın ilk yarısından beri belirli bir düzen içinde yürütülmektedir. Ancak zaman içinde Doğum ve Çocuk Bakımevlerinin tedavi ağırlıklı kurumlar haline gelmesi ana, bebek ve çocuk ölümlerinin yüksek olması, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin koruyucu hekimlik anlayışı içinde yeniden ele alınmasını gerektirmiştir. 1952’de WHO ve UNICEF’le yapılan anlaşmalarla Sağlık Bakanlığı bünyesinde fiilen Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü kurulmuştur⁽¹⁹⁾. Bunun amacı ana ve çocuğun sağlığını gebelik döneminden itibaren kontrol altına

da tutmak. Düşükleri, ölü doğumları, ana ve bebek ölümlerini azaltmaktı. Bu anlamdaki koruyucu sağlık hizmetlerinin çoğu sağlık ocakları tarafından verilmekte olup, AÇS-AP merkezleri ile 250'den fazla şubeyle bu hizmeti desteklemektedir.

III. SAĞLIK HİZMETLERİNİN BUGÜNÜ

1. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyin yükseltmek için verilen bir hizmetler bütünüdür. Toplum sağlığını korumak ve yükseltmek için hizmetin şeklini, standardını, kurallarını ve çerçevesini belirlemek ve bu esaslar dahilinde çalışan sistemi denetlemek Sağlık Bakanlığı'nın görevidir. Sağlık Bakanlığı dışında sağlık hizmetleri yalnızca tedaviye yönelik olduğu için, yeri geldikçe bu kurumların verdiği hizmetlere rakamlarla yer verilmişse de, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri bütününe ağırlık merkezi ni Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hizmetler oluşturmaktadır.

Kısaca herkesin beden ve ruh sağlığı içinde hayatının devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek, halka sağlık hizmetleri ulaştırmak ve sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamak amacıyla hizmet veren⁽¹⁵⁾ Sağlık Bakanlığı'nın her alandaki çalışmaları ile diğer kurumların tedavi hizmetleri belirli bir sistematik içinde ve rakamlarla ele alınacaktır.

a) Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumı meydana getiren fertlerin hasta olmalarını önlemek ve erken dönemde hastalıklarını teşhis etmek için yapılan çalışmalara Koruyucu Sağlık Hizmetleri denir. Bu hizmetler doğrudan kişilere ya da çevreye yönelik olabilir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, Verem Savaş Dispanseri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi gibi uç birimlerce yürütülen bu hizmetler şu başlıklar altında toplanabilir⁽¹⁸⁾:

Kişiyeye Yönelik Olanlar;	Çevreye Yönelik Olanlar;
Bağışıklama	Suların Kontrolü
İlaçla Koruma	Suların Kontrolü
Erken Teşhis	Konut Sağlığı
Sağlık Eğitimi	Atıkların Kontrolü

İyi Beslenme
Aile Planlaması
Okul Sağlığı

Hava Kirliliği ve Gürültü ile Mücadele
Endüstri Hijyeni
Kemirici, Vektör ve
Başboş Hayvanlarla Mücadele

Gebe İzleme
Toplumun Kalkınmasına Destek

Koruyucu sağlık hizmetlerinde anahtar kuruluş, Sağlık Ocağıdır. Küçük yerleşim birimlerinde her 5-10 bin nüfusa bir Sağlık Ocağı düşmekte ve hizmetler daha düzenli şekilde yürütülmektedir. Büyük yerleşim yerlerinde Sağlık Ocağı hizmetlerinden daha az yararlanılmaktadır.

Sağlık Ocağı hizmetleri, bölgesindeki tüm nüfusun tesbiti ile başlar. Bölgesindeki gebe kadınlarla bebek ve çocuklar 6 yaşa kadar periyodik olarak ebe-hemşireler tarafından izlenir. 1989 yılında AÇS merkezleri ve sağlık ocaklarında izlemeye yönelik olarak 6 milyon ana ile 9 milyon çocuk kontrol ve muayenesi yapılmıştır⁽¹⁸⁾. Gebelere tatanoz, bebek ve çocuklara iki aylıktan itibaren gerekli aşuları yapılarak hizmet devam eder. Bu arada gerekli konularda sağlık eğitimi yapılır. Bir bulaşıcı hastalık çıktığında yerinde incele-nip gereken tedbirler alınır, ihbarı yapılır. Ocak hekiminin yöneti-minde okul sağlığı, çevre sağlığı, aile planlaması, ilaçla koruma gibi diğer koruyucu hizmetler yürütülür.

Çeşitli bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama çalışmaları koruyucu hizmetlerin en önemlilerindedir. Aşılama çalışmaları kuduz hariç 1930'lara kadar uzanır. Bugün rutin olarak uygulanan aşılar şunlardır: Kızamık, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Polio (Çocuk Felci) ve BCG. Ne varki 1980'lere kadar toplumla bağışıklık oranları, çeşitli sebeplerle istenen seviyelere çıkarılamamıştır. 1985 yılında UNICEF'in de desteği ile yapılan ulusal bağışıklama kampanyası ile bağışıklık oranları oldukça iyi seviyelere çıkarılmış ve sonraki çalışmalarla bu seviye korunmuştur. Bağışıklık oranları ortalama % 20'lerden % 70'lere çıkarılmıştır⁽¹⁷⁾. Bağışıklama düzeyi ve sonuçlarından ileride bahsedilecektir.

Ülkemizde uygulanan ve anne-babaların bilmesi gereken aşılar

ve uygulama zamanları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

AŞI TÜRÜ	ÇOCUĞUN YAŞI										Ge- be- ler	Her yaşta gerek- tikçe
	0-1	2	4	6	0-11	18-14	2-5	6	10	14		
B C G												
D P T												
Polio												
Kızamık												
D T												
Tetanoz												
Kuduz												

DPT : Difteri, Boğmaca ve Tetanoz karna aşısı

Tablo 1: Ülkemizde Uygulanan Aşılar ve Uygulama Zamanları

Çevre Sağlığına yönelik koruyucu hizmetler sektörlerarası bir iş- tir. Sağlık Bakanlığı bu konuda genellikle danışmanlık, eğitim ve de- netim hizmetlerini üstlenmektedir. Başta belediyeler, Tarım Or- man ve Köy İşleri Bakanlığı, Çevre Müsteşarlığı olmak üzere diğer kurumlarla işbirliği ve koordinasyonla çalışır.

Çevre Sağlığı çalışmaları sırasında, gıda imal ve satış yerlerine 1990'da toplam 1.900 binin üzerinde denetim yapılmış, bu arada şüphemi görülen gıdalardan 200 binden fazla bakteriyolojik ve kim- yasal analiz yapılmıştır. Yine bakteriyolojik ve kimyasal analiz için 1990 yılında toplam 170 binin üzerinde içme suyu numunesi alın- rak inceleme yapılmıştır. Bu tetkiklere göre, ortalama olarak gıda imal ve satış yerlerinin yüzde 15'inin sağlık şartlarına haiz olmadı- ğı, içme suyu kontrollerinde ise yüzde 30'a yakın numunenin klor- susuz ya da bakteriyolojik yönden sakıncalı olduğu anlaşılmıştır^(17,18). İlk ve orta dereceli okulların % 12'sinde hiç su olmadığı, % 33'ü- nün tuvaletleri sağlıksız, % 46'sının lavabosunun temizlik malzeme- si olmadığı ve % 36'sında çevre sağlığı önlemi alınmadığı tespit edilmiştir⁽²⁴⁾.

b. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalanan kişilerin ayakta ve evde tedavileri sağlık ocaklarının yürütülen bir hizmettir. Hastaneler ayakta ve yatakta tedavi hizmeti veren kuruluşlardır. Mevzuatın öngördüğü ve olması gereken kademeli hasta sevk sistemi ülkemizde hünez yerleşmemiştir. Şöyle ki:

Hastanın ilk müracaat yeri ayakta teşhis ve tedavinin yapıldığı I. basamak kuruluşlar olmalıdır. Bunlar Sağlık evi, Sağlık Ocağı, AÇSAP merkezi ve dispanserlerdir. Buralarda teşhis ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklar "I. basamak tedavi kuruluşları olan ilçe ve il devlet hastanelerine sevk edilmelidir. Ancak buralarda da yetersiz kalındığı durumlarda hasta, eğitim ve üniversite hastanelerine gönderilmelidir. Böylece sağlık sistemi, tıkanma, yığılma ve ithamlardan korunup, toplumun sağlık düzeyi yakından izlenebilir.

Tedavi hizmetlerinin en önemlilerinden biri doğumların sağlık personeli yardımı ile ya da sağlık kuruluşlarında yapılmasıdır. Doğumların sağlıklı şartlar da yapılma oranı öncelikle doğum öncesi bakıma bağlı olarak artar, sonuçta ana ve bebek ölümlerini azaltır. Halen ülkemizde doğumların % 76'sının sağlık elemanları yardımıyla, % 61'lik bir bölümün ise bir sağlık kuruluşunda yapıldığı belirlenmiştir⁽¹⁰⁾. Bu oran yükseldikçe perinatal ölümlerin azalacağı beklenmektedir.

Türkiye genelinde yılda 3 milyon hasta yatarak tedavi görmektedir. Ayakta tedavi gören yanı yalnızca poliklinik hastalarının sayısı yaklaşık 65 milyondur^(17, 29). Bu demektir ki kişi başına poliklinik sayısı 1'dir. Gelişmiş ülkelerde bu sayı dört dolayındadır.

Tüm hastanelerin ortalama yatak işgal oranı % 56 dolayında olmasına karşılık hastane polikliniklerinde aşırı bir yığılma vardır. Bunun sebebi birinci basamak tedavi kuruluşlarından yeterince yararlanılmamasıdır. Koruyucu hizmetlerin geliştirilmesi hastalanma oranını da düşürecektir.



Şekil 1: Tedavi Hizmetleri

Tedaviye yönelik hizmetlerin önemli diğer alt başlıkları, acil yar-

dım ile ağız ve diş sağlığıdır. Tedavi hizmetlerinin son basamağı rehabilitasyon çalışmalarıdır. Poliklinik hizmetlerinin % 90'ının I. basamak sağlık kuruluşlarında karşılanması öngörüldüğü halde bu oran, % 25'i geçmemektedir⁽¹⁷⁾.

2. SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURUMLAR

Sağlık hizmetlerinin halka ulaştırılması ve finansmanı ayrı kuruluşlar eliyle yürütülmektedir. Bakanlıkların sağlıklı ilgili dolaylı etkileri hariç tutulursa, bu alanda kamusal, yarı kamusal ve özel kuruluşlar hizmet vermektedir.

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar şunlardır:

1. *Sağlık Bakanlığı*: Sağlık Bakanlığı ülkedeki sağlık politikalarının geliştirilip uygulanmasından resmi düzeyde sorumlu kuruluş olmasına rağmen, bizzat sağladığı hizmetler dışında sağlık hizmetlerinin tümü üzerinde yeterli bir yönlendirici ve koordine edici role sahip değildir. Çünkü sağlık hizmetlerini sağlayan kurumlar farklı yetki alanlarına sahiptir. Bununla birlikte koruyucu ya da temel sağlık hizmetlerinin hemen tamamı, hastane hizmetlerinin de yarısından fazlası (% 60) Sağlık Bakanlığı'na verilmektedir⁽²⁹⁾.

Sağlık Bakanlığı'nın yönetimi altında toplam 70.923 yatak kapasiteli 589 hastane, 3444 Sağlık ocağı, 11.062 Sağlık evi, 252 Verem Savaş Dispanseri, 213 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi, 72 Halk Sağlığı ve 10 Hıfzıssıhha Bölge Laboratuvarı, 12 Lepra Savaş Dispanseri, 4 Ruh Sağlığı Dispanseri bulunmaktadır⁽¹⁴⁾.

Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamada Sağlık Bakanlığı'nın yönettiği 235 adet Sağlık Meslek Lisesi'nin önemli rolü vardır.

Türkiye'deki tabiblerin % 38.25'i, hemşirelerin % 67.4'ü, ebelerin % 31.1'i Sağlık Bakanlığı'nda istihdam olunmaktadır⁽¹⁴⁾.

Sağlık Bakanlığı'nda çalışan uzman tabiblerin % 87'si, pratisyen tabiblerin % 37'si, hemşirelerin % 77'si ve ebelerin % 14'ü yataklı tedavi hizmetlerinde çalışmaktadır⁽¹⁷⁾.

Hastane bünyesindeki polikliniklerde yapılan hasta muayenelerinin % 54'ü yatarak tedavi gören hastaların % 60'ı Sağlık Bakanlığı hastanelerinden yararlanmaktadır. Sağlık ocakları, AÇS-AP merkezleri ve dispanserlerin yaptığı ayakta tedavi hizmetleri bunun di-

şındadır. Bu son sayılanların hasta muayene ve kontrolleri toplamı otuz milyonu bulmaktadır. Bu haliyle ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinin dörtte üçü Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarca yürütülmektedir^(18, 29).

Kuruluşun Adı	Hastane Sayısı	Kadro Yatağı	
		Sayısı	% dağılımı
TOPLAM	854	131.961	100.0
Sağlık Bakanlığı	549	68.258	51.7
Milli Savunma Bakanlığı	42	15.900	12.0
Sosyal Sigortalar Kurumu	91	20.129	15.2
İktisadi Devlet Kuruluşları	15	2.146	1.6
Diğer Bakanlıklar	3	780	0.6
Tıp Fakülteleri	24	17.749	13.4
Belediyeler	5	1.160	0.9
Dernekler	10	621	0.5
Yabancılar	8	670	0.5
Azınlıklar	5	934	0.7
Özel	102	3.614	2.7

Tablo 2: Hastane Hizmeti Veren Kurumlar ve Yatak Kapasiteleri (1989)

Sağlık Bakanlığı hasta bakım hizmetleri dışında bağışıklama, bulaşıcı hastalıklarla savaş, halkın sağlık eğitimi, aile planlaması, su ve gıda kontrolü ile ilaç ve eczacılık hizmetlerini yürütmektedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK): SSK'nın sağlık hizmetlerinden yararlananlar, gerekli primleri ödeyen işçilerle onların bakmakla yükümlü oldukları kişilerdir. SSK 20129 yatak kapasiteli 91 hastaneye sahiptir. SSK hastanelerinin yatak işgal oranı % 70 olarak, diğer kamu hastanelerinden daha yüksektir. SSK sağlık hizmeti kapsamına giren sigortalılarla yakınlarının sayısı 20 milyon dolayındadır. Bu da ülke nüfusunun yüzde otuzbeşine tekabül eder.

SSK sağlık hizmetleri yönünden hem fiilen hizmet veren hem de finansman sağlayan bir kuruluştur. SSK sağlık fonlarının kayna-

ğı, işçiler ve işverenleri tarafından ödenen sigorta primleridir. 1989 itibariyle SSK prim geliri 1 trilyon 579 milyon TL. civarında gerçekleşmiş, buna karşılık 879 milyar TL. toplam sağlık harcaması yapılmıştır. Kaldı ki sağlık hizmetlerini üslendiği 20 milyonluk nüfus diliminin koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve ücretsiz olarak yararlanan kuruluş ve hizmetlerle desteklenmektedir.

3. Üniversiteler: Üniversiteler, YÖK'na bağlı olarak Tıp Fakülteleri marifetiyle sağlık sistemi içinde oldukça özerk olarak yer alan kurumlardır. Tıp Fakültelerinde araştırma, eğitim ve hizmet birlikte yürütülmektedir, 24 adet Tıp Fakültesinin çoğu kendi eğitim amaçlı hastanesine sahiptir. Fakülte hastaneleri genelde hasta sevk zincirinin son halkasını oluştururlar.

Tıp Fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim Dalları aracılığıyla çevrelerinde bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri yardımıyla temel sağlık hizmetleri de vermektedir. Bu alanda araştırma ve hizmetleri geştirmeye örnek olacak çalışmalar yapmaktadırlar. Fakültelerin hizmet, öğretim ve araştırma giderleri genel bütçeden karşılanır. Döner sermaye gelirleri ise rutin işletme giderleri, personele verilen ikramiyelere ve özel tip cihazların alımına sarfedilmektedir. Üniversiteler hizmet sahası bakımından Türkiye'de MSB hariç tutulursa tüm yatak kapasitesinin % 17'sine sahiptir.

	1984	1985	1986	1987	1988
Genel Bütçe	57.0	50.7	59.5	56.2	81.6
Döner Sermaye	40.9	29.1	38.4	43.4	51.2
TOPLAM	97.9	79.8	97.9	99.6	132.8

Tablo : Üniversite Hastanelerinin Harcamaları (1984-1988) (Milyon \$)

Fakülte hastanelerinde genelde daha problemler, ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalar yatmaktadır. Bu da maliyeti arttırmaktadır. Bir hastanın günlük maliyeti 1987 itibariyle Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 19.2 dolar iken üniversite hastanelerinde 55.0 dolar dır⁽²²⁾.

4. Diğer Resmi Kuruluşlar: Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı 42

hastane ordu mensuplarına ve yakınlarına sağlık hizmeti vermektedir. Bu hastaneler ülke genelinde yatak kapasitesinin % 15'ine sahiptir⁽²⁹⁾.

Bunun dışında İçişleri Bakanlığı, bazı büyük belediyeler, Devlet Demir Yolları, bazı bankalar ve bazı kamu iktisadi teşebbüslerine ait hastaneler mevcuttur.

5. *Özel Sektör*: Yatak kapasitesi itibariyle özel hastaneler toplam yatak kapasitesinin % 4'ünün altındadır. Ancak uzman hekimlerin % 40'ının bu alanda istihdamıyla ülke çapında geniş bir poliklinik ağı oluşmaktadır.

Bu hekimlerin çoğu aynı zamanda kamu kesiminde de çalıştılarından bu durum bir part-time mesai durumundadır. Özel doktorlar hemen tamamen ayakta tedavi hizmetini sağlamaktadır.

Kuruluşlar	Poliklinik	Yatan Hasta		Bir Hastanın Ortalama Yatış		Yatak İşgal Oranı
	Sayısı	%	Sayısı	%	Günü	%
Sağ. Bak. Hast.leri	27.101.187	53.6	1.870.280	60.2	6.0	54.8
SSK Hastaneleri	18.500.464	36.6	773.845	24.9	7.1	70.0
Tıp Fak. Hast.	3.478.930	6.9	320.170	10.3	10.4	54.6
Diğer Resmi Kur.H.	738.935	1.5	28.151	0.9	10.6	33.7
Belediye Hast.	318.662	0.6	9.946	0.3	10.6	24.7
Dernek Hast.	168.825	0.3	14.781	0.5	4.8	38.3
Azınlık Hast.	83.578	0.2	20.041	0.6	9.2	45.6
Özel Hastaneler	127.260	0.3	70.234	2.3	3.8	25.0
TOPLAM	50.562.841	100.0	3.107.448	100.0	6.8	56.1

Tablo 3: Kurumlara Göre Hastane Hizmetleri (1989)

3. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YÖNETİMİ

Sağlık hizmetleri birbirinden kısmen bağımsız bir dizi kuruluş ta-

rafından halka ulaştırılmaktadır. Bununla birlikte 1987'de çıkarılan 3358 sayılı kanunla sağlık sektörü yönetiminin entegrasyonu Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Burada sağlık hizmetlerinin büyük bölümünü vermekte olan Sağlık Bakanlığı teşkilatından bahsedilmiştir.

a. Merkezde müsteşar ve yardımcılarını bakana yardımcı olmaktadır. Müsteşar yardımcılarının her biri bakanlık bünyesindeki belirli genel müdürlük ve daire başkanlarının eşgüdümünden sorumludur. Bir özel kalem müdürü ve bir grup danışman da bakanın çalışmalarına yardımcı olmaktadır. Doğrudan bakana bağlı teftiş kurulu, bakanlığa bağlı kuruluşları mali, idari ve tıbbi konularda denetler.

Ana hizmet birimleri, Temel Sağlık Hizmetleri, Tedavi Hizmetleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, İlaç ve Eczacılık ile Sağlık Eğitimi Genel Müdürlükleridir. Ayrıca hizmet birimi olarak Verem Savaş, Sıtma Savaş ve Kanser Savaşla ilgili müstakil daire başkanlıkları vardır. Bir de katma bütçeli olarak doğrudan müsteşarlığa bağlı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı vardır. Yardımcı birimler olarak da Personel Genel Müdürlüğü, İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı, Savunma Sekreterliği, Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği ve diğer gerekli birimler vardır.

Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu, hizmet birimlerinin çalışmalarını yönlendirir ve diğer kuruluşların katılımlarını organize eder. Yılda iki kez toplanan Yüksek Sağlık Şurası ise bakanın bir diğer danışma grubunu oluşturur.

b. İllerde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, İl Sağlık Müdürlüğü'nün yönetimi ve denetimindedir. İl sağlık müdürlükleri uygun sayıda müdür muavini ile bakanlık bünyesindeki ana hizmet birimlerine tekabül eden birimlerden oluşur. Uçta hizmeti temsil eden birim Sağlık Ocağıdır. Sağlık Ocaklarının dağılımı her 5-10 bin kişiye bir Sağlık Ocağı düşecek şekildedir. Bu sayı il merkezlerinde 50 bine kadar çıkabilmektedir. Ancak bunların personel sayısı hizmete yetecek şekilde kadrolandırılmıştır. Sağlık Ocakları, bölgelerindeki topluma tüm koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta ve evde hasta bakım hizmetlerini sunarlar. Bir de Sağlık Ocağına bağlı olarak çalışan 2-3 bin nüfusa hizmet veren Sağlık Evleri vardır. Buralarda bir

ebe görev yapmakta ve koruyucu ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini yürütmektedir.

Koruyucu hizmetlere yönelik olarak her il merkezi ve merkezi ilçelerdeki Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ile Verem Savaş Dispanserleri kendi alanlarında hizmet vermektedirler. Sağlık Ocağı ve Dispanser hizmetleri ücretsizdir. Her il ve gerekli ilçelerdeki hastaneler, her ildeki Halk Sağlığı Labaratuvarları ile ilere göre değişen sayılardaki Sağlık Meslek Liseleri hizmetin diğer üniteleridir.

4. SAĞLIKLA İLGİLİ PROGRAMLAR

Rutin olarak verilmekte olan hizmetlerle ulaşılamayan hedeflere ulaşmak ya da yeni hizmet hedeflerinin rutin hizmetlerle yürütülmesine örnek teşkil etmek üzere bazı sağlık hizmetleri program ya da kampanyalar belirli seviyelere getirilmeye çalışılmaktadır. Son yıllarda yapılan bu tür çalışmalardan bazıları şunlardır:

Genişletilmiş Bağışıklama Programı: 50'li yıllarda BCG aşısının yaygın biçimde uygulanması ile başlayan aşılama hizmetleri, 1985 ulusal aşılama kampanyası ile hızlandırılmıştır. Bu kampanyanın hedefi 1990'da evrensel çocuk bağışıklama hedefine ulaşılmasıydı. 1985 aşı kampanyasında bir yaş altı çocuklarda bağışıklama hedefine ulaşılmasıydı. 1985 aşı kampanyasında bir yaş altı çocuklarda bağışıklama oranı ulusal düzeyde % 30'lardan DPT/polio için % 66, Kızamık için % 93'e ulaşmıştır. 1987'den itibaren Bağışıklama programı rutin hizmetlere entegre edilerek sürdürülegelmiştir¹⁷⁾.

Ishalli Hastalıkların Kontrolü: Beş yaşından küçük çocuklar arasında akut solunum yolu enfeksiyonlarından sonra en yaygın hastalık sebebi ishaldir. Temmuz ve Ağustos ayları ise hastalığın en sık görüldüğü aylardır. Bebek ve çocuk ölümlerinin % 10'u ishale bağlı sıvı kaybı sonucunda meydana gelmektedir. Bu önemli problemi azaltmak amacı ile 1986'da başlatılan programda evde uygulanabilir pratik yöntemlerle 1990 yılına kadar ishale bağlı ölümlerde % 25, ishalli hastalıklarda ise % 10 oranında azalma hedeflenmiştir. Sonuç olarak ishale bağlı bebek ve çocuk ölümlerinde azalma sağ-

lanmıştır. Ancak ishaller hastalıklarının azaldığına dair herhangi bir araştırma yoktur⁽²⁸⁾.

Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü: Başta zatürre olarak akut solunum yolu enfeksiyonları özellikle kış aylarında 5 yaşından küçük çocuklarda en sık görülen hastalık ve en önemli ölüm sebeplerinden biridir. Yılda 80 bin dolayında çocuğun akut solunum yolu enfeksiyonundan öldüğü ve kırsal kesimde bu problemin kentsel kesimden iki kat fazla olduğu dikkati çekmiştir⁽²²⁾. 1987 yılında 18 ilde adı geçen program başlatılmıştır. Programın temelini toplumun ve sağlık personelinin eğitimi ile ücretsiz antibiyotik dağıtımı oluşturmaktadır. Ücretsiz ilaç dağıtımı sebebiyle sağlık ocakları ve AÇS'AP merkezlerinin halk tarafından daha çok kullanılmaya başladığı gözlenmekte ise de bu illerde akut solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı çocuk ölümlerinde bir azalma olup olmadığı belirleyen bir çalışma henüz yapılmamıştır.

Sağlık Taraması: Rutin hizmetlerle ulaşılamayan ya da sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayan özellikle 0-6 yaş grubu çocuklarla okul çağındaki çocuklar ulusal düzeyde sağlık taramasından geçirilmektedir. Bu kesimin sağlık problemlerinin tesbit edilmesi ve bulunan hastaların tedavisi ile bu arada ailelere sağlık eğitimi verilmesi çalışmaları iki yıldır sürdürülmektedir. Zaman içinde elde edilen sonuçlara göre bu hizmet bölgesel sağlık kuruluşlarının rutin çalışmalarıyla birleştirilecektir.

Sağlık Bakanlığı'nın yeni bir tarama programı ile okul öncesi çocuk sağlığını iyileştirme çalışmalarına başlamıştır.

5. AİLENİN HİZMETE ULAŞMASI

Aile bütünü içinde toplum fertlerinin sağlık hizmetlerine ulaşması, sağlık hizmeti veren kuruluşların yaygınlığı ve toplumun bu kuruluşlardan yararlanma düzeyine bağlıdır.

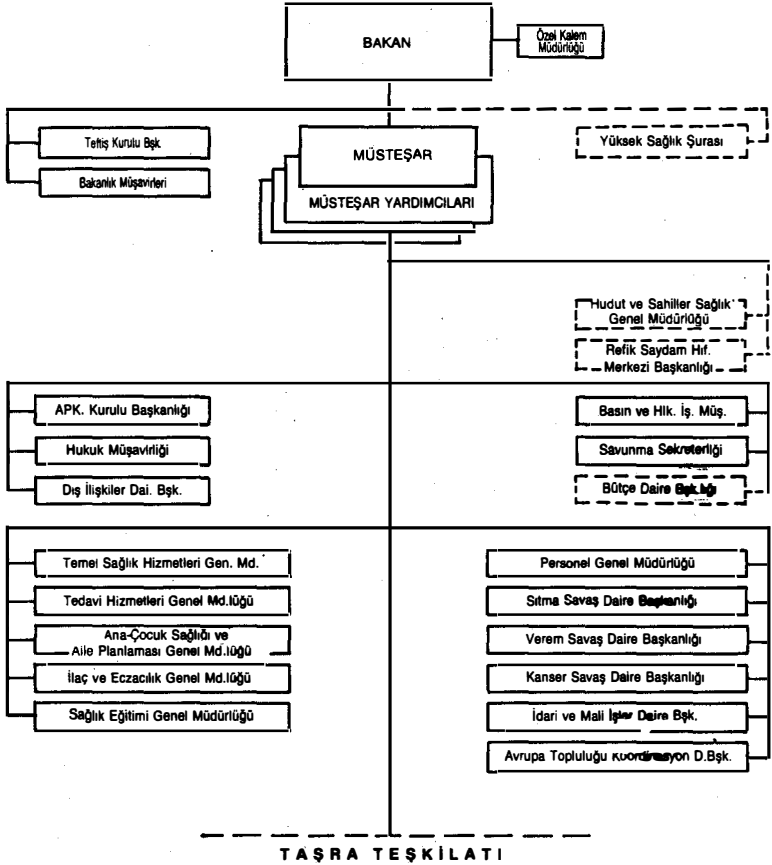
Ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşmada coğrafi engel genelde aşılması durumdadır. 1963-64 yıllarında ülke genelinde yaygınlaştırılan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ile, hizmet veren kuruluşlar ilçeden daha uç yerleşim birimlerine taşınabilmiştir. Böylece hemen

her kasaba ve merkezi durumdaki köyler sağlık ocağı ve sağlık evine kavuşmuştur. Bununla birlikte yapılan araştırmalarda sağlık kuruluşlarından yararlanmada mesafe faktörünün etkili olduğunu göstermiştir⁽¹³⁾.

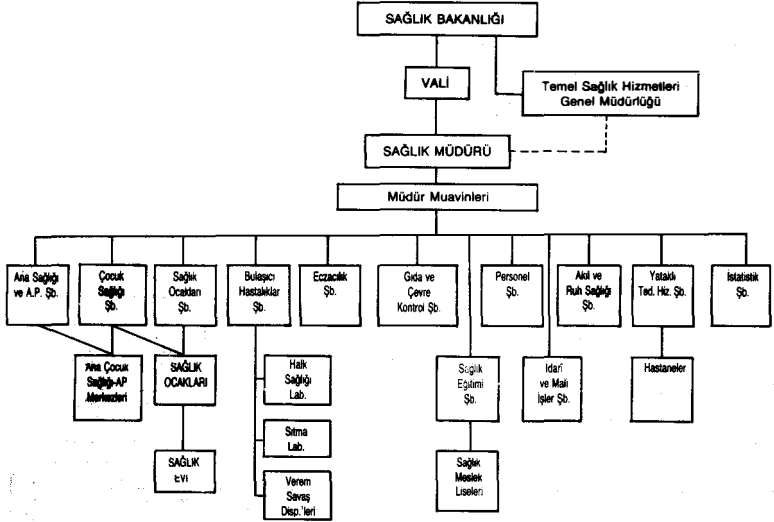
Halkın her durumda 1. basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara müracaatı ve buralardan verilecek her sağlık hizmeti kabul etmesi için personel, ekipman ve hizmet kalitesinin her yerde aynı düzeyde ve yeterli seviyede olduğu söylenemez. Sağlık hizmetine ulaşmada sosyal engeller mesafe engelinden daha etkili görülmektedir. Bu sosyal sebeplerin en önemlileri şunlardır:

- Kişi ya da toplumun eğitim düzeyi
- Ekonomik durum
- Sağlık eğitimi alma durumu
- Sağlık personel ve kuruluşlarının verdiği güven
- Hizmetin kalitesiyle ilgili diğer hususlar

ŞEKİL 2:
SAĞLIK BAKANLIĞI
MERKEZ TEŞKİLATI ŞEMASI



ŞEKİL 3:
SAĞLIK BAKANLIĞI
TAŞRA TEŞKİLATI ŞEMASI



IV. AİLE SAĞLIĞI GÖSTERGELERİ

1. ANA SAĞLIĞI

Ayakta ve yatarak verilen tedavi hizmetleri ile ilgili rakamlara bakıldığında hemen her yaşta kadınların daha fazla hastalandıkları aşikardır. Ancak kadınların analık ile ilgisinin olduğu 15-49 yaşları arasında hastalanma oranları erkeklerden 3-4 kat fazlaşır^(4, 27). Bundan anlaşılmaktadır ki, yetişkin yaştaki kadın hastalıklarının önemli kısmının sebebi gebelik, doğum ve emzicilik dönemine ait patolojilerdir. Bu sebeple ana sağlığınının kadın sağlığından öte bir anlamı ve kapsamı vardır. Bu anlamda 15-49 yaş grubundaki evli kadınlar konumuza dahildir ve ülke nüfusunun % 16'sını teşkil eden bu grup 10 milyon dolayında bir yekün tutmaktadırlar. Ana sağlığını ilgilendiren konuların başında ana ölümleri gelmektedir.

a.Ana Ölümleri ve Sebepleri

Ülkemizde ilk evlenme yaşı kadınlar için 18,2'dir. 35 yaş üzeri kadınların yalnızca % 4'ü bekaardır. Yani toplumumuzda evlenme oranı, dolayışı ile kadınlar için analık olayı oldukça yaygındır. Anaların sağlığı ile ilgili önemli bir gösterge ana ölüm hızıdır. Hamilelik, doğum ya da lohusalık döneminde ve bu dönemlerde ait sebeplerle vuku bulan kadın ölümleri, ana ölümü olarak nitelenir. Ana ölümleri canlı doğumlara oranlanır. Ana ölümü (maternal mortalite) ile ilgili veriler kısıtlıdır. 1974 yılındaki bir araştırmaya göre ana ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 207'dir. Sağlık Bakanlığı'nın 1987 yılı hastane istatistiklerine dayanarak yaptığı bir çalışmada A.Ö.H. yüzbinde 72 bulunmuştur. Başka bir araştırmada 1981 yılı için ana ölüm hızı 134/100.000 olarak hesaplanmıştır^(3, 28).

Ana ölüm hızı doğum öncesi ve doğumla ilgili sağlık hizmetlerinin kalitesinin göstergesidir. Bazı ülkelerde Ana Ölüm Hızları tab-

loda gösterilmiştir.

Ülke Adı	A.Ö.H. (Yüzbinde)
Afganistan	640
Fas	330
Suriye	280
Yugoslavya	27
İngiltere	7
Finlandiya	5
Türkiye	134

Tablo 4: Bazı Ülkelerde Ana Ölüm Hızları (1980-87)

Annenin gebelik süresince ve doğum sırasında sağlık hizmetlerinden yararlanmasına göre yaşadığı sağlık problemleri, anne ölümüne sebep olması bile perinatal ölümlere (ölü doğum ya da doğumun ilk haftasında ölüm) sebep olmaktadır. Dolayısı ile perinatal ölümler bir yerde ana sağlığını göstermektedir. Ancak ülke genelinde perinatal ölümlere ilişkin güvenilir veriler yoktur. Sağlık Eğitim ve Araştırma bölgelerinde bile 1986-88 yıllarındaki perinatal bebek ölüm hızları binde 25-54 arasında değişmektedir. Halbuki bu hız gelişmiş ülkelerde binde 20'nin altındadır⁽²⁸⁾.

Ana ölüm sebeplerine gelince dünyanın her yerinde benzerlik gösterir. Temelinde gebelik ve doğum olmak üzere ana ölümüyle sonuçlanan komplikasyonların başında gebelik zehirlenmeleri, kanamalar, enfeksiyonlar ve düşükler gelmektedir⁽¹⁶⁾. Ana ölümlerinin yaklaşık yarısı doğum sırasında, dörtte birinin gebelikte ve dörtte birinin de lohusalıkta meydana geldiği tespit edilmiştir. Ana ölümüyle sonuçlanan gebelik ve doğuma ait komplikasyonların en önemlisi yukarıda sayılanlar ise de ana ölümlerinde hazırlayıcı bir takım faktörler vardır. Önemlileri şunlardır: Annenin yaşı, doğum sayısı, gebelik aralığı, annenin diğer hastalıkları, doğum öncesi bakım, toplumun genel beslenme durumu ve doğumun tıbbi yardımla yapıp yapılmadığı, annenin yaşı 18'in altında ve 35'in üzerinde ise, birinci

ya da 4'den sonraki doğum ise, gebelik aralığı 6 aydan kısa ise, gebelikle birlikte kalp hastalığı, diabet, kronik akciğer hastalığı mevcutsa ana ölümleri daha yüksek oranda görülmektedir^(3, 16, 26).

Doğum öncesi bakım görmeyen annelerde bakım görenlere göre iki kat fazla ana ölümleri görülmektedir. Zira ana ölümlerinin üçte biri ne yazık ki evde ve yolda olmaktadır. Bu iki durum doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinden yeterince yararlanılmadığını göstermektedir⁽³⁾.

Ana ölümlerinin hazırlayıcı ve asıl sebepleri incelendiğinde çoğunun önlenabilir faktörler olduğu görülür. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, ülkemizdeki ana ölümlerinin yüzde 75'i iyi bir doğum öncesi bakım ve iyi bir doğum hizmeti ile önlenabilir sebepler sonucu oluşmaktadır⁽³⁾.

b. Ana Hastalıkları

Hastane kayıtları incelendiğinde, hastaneye başvuranların başlıca sebeplerinden birinin gebelik ve doğum olduğu görülmektedir. Hastanelerde yatarak tedavi gören tüm hastaların üçte biri gebelik ve doğuma bağlı sebeplerle yatan hastalardır.

Araştırmalara göre yılda 600 bine yakın isteyerek düşük vuku bulmaktadır^(1, 10). Her düşük olayı beraberinde bir takım yan etkileri taşımaktadır. İsteyerek düşüğün anlamı, gebe kalmak istemediği halde gebe kalan kadını, gebeliğin farkına varınca gebeliği sonlandırmasıdır. Bazı kadınlarca düşük, bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılmaktadır.

Doğumlar: Türkiye genelinde doğum öncesi bakımı alan kadınların oranı % 43'tür. Bu oran Doğu Anadolu'da % 22'ye kadar düşmekte, genel olarak kırsal kesimde ancak % 30'u bulmaktadır. Okur-yazar olmayan annelerin ise doğum öncesi bakım görme oranı yalnızca % 20'dir. Doğum öncesi bakım oranı ülkenin doğusundan batısına gittikçe, annenin eğitim düzeyi yükseldikçe, gebelik yaşı küçüldükçe ve köyden kente doğru gittikçe artmaktadır^(2, 26).

Doğumların % 24'ü sağlık kuruluşları dışında ve sağlık persone-

linin desteği olmaksızın yapılmaktadır. Bu oran köylerde % 35, Doğu bölgelerde % 42'dir. Okur-yazar olmayan annelerin kendi kendine doğum yapma oranı ise % 50'yi bulmaktadır. Sağlık kuruluşlarında olan doğumların tüm doğumlara oranı % 61'dir. Bu oran kırsal kesimde % 47, Doğu'da % 37'ye düşmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça, Batı'ya gidildikçe, gebelik yaşı düştükçe sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı yükselmektedir⁽¹⁰⁾.

Düşükler: Düşük, hamileliğin 28. haftadan önce sonlanması, gebelik ürününün uterus dışına atılmasıdır. Önlenemeyen ve tıbbi sebeplerle yapılan düşük ve kürtajların toplam düşükler içindeki payı oldukça azdır. Asıl konu istenmeyen gebeliklerin müdahale ile sonlandırılması, yani isteyerek yapılan düşüklere dir. Hekim kontrolünde yapılmayan düşüklere ise kadını ölüme kadar götürebilen komplikasyonları beraberinde getirmektedir⁽²⁹⁾.

Dünyada her iki üç doğuma karşılık bir düşük olayı görülmektedir. Halbuki düşüklere istatistiğe yansıması doğumlar kadar güvenilirdir değildir. Çünkü düşüklere, toplumların çoğunda sosyal mülahazalarla aile çevreden gizlenir⁽²⁾.

¶ Düşüklere sonucu kanama, çeşitli derecelerde enfeksiyonlar, kalıcı ağrılar kısırılık, damar tıkanları gibi komplikasyonlar görülebilir. Bir komplikasyonlu düşüğün tedavisinin, hastane şartlarında normal bir doğumdan 12 kez daha pahalıya mal olduğu ve bazı doğumevilerinin bütçelerinin % 50'sinin düşük komplikasyonlarının tedavisinde harcandığı tesbit edilmiştir⁽²⁾.

Bir diğer husus da şudur: 1965'den beri ülkemizde aile planlaması çalışmaları artan bir tempo ile sürdürülmektedir. Aile planlaması hizmetlerinin en önemli hedefi ana sağlığı için tehdit oluşturan isteyerek düşüklere önlemektir. Ne var ki son yirmi yılda isteyerek düşüklere üç kat artmıştır. Buna göre A.P. çalışmalarının asıl hedefleri yeniden gözden geçirilmeli ve yılda yarım milyonu geçen isteyerek düşüklere önlenmelidir.

Ananın Beslenme Problemleri: İyi beslenme her yaşta sağlıklı olmanın temeli ise de hamilelik ve emzicilikte anne ve bebeğin ihtiyaçları sebebiyle "iyi beslenme" hayati önem taşır. Sık gebelikler,

gebelik ve emzicilik döneminde de iyi beslenmeme, besin maddelerinde ve beslenme eğitimindeki yetersizlikler, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir. Gebelikte iyi beslenmeyen anneleri tüketme sendomu, kemik zafiyeti, guatr ve kansızlık bekler. Sonuçta da enfeksiyonlar, gebelik ve doğuma ait komplikasyonlar ile anne ölümleri kat kat artar^(3, 16).

Ana ölümleri ve diğer analık dönemine ait rahatsızlıkların hemen yarısının altında yatan sebep bir beslenme problemi olan kansızlık (anemi) dir. Ülkemizde gebe ve emzikli kadınların % 40-50 oranında anemi olduğu tesbit edilmiştir. Buna karşılık ülke düzeyinde gebelik ya da emzicilik döneminde ek gıda tüketiminde bulunan anne oranı % 10'un altındadır. Bu oran kırsal kesimde daha da düşüktür⁽¹¹⁾.

2. BEBEK SAĞLIĞI

Hemen her kültürde insan için en kıymetli varlıklardan olan bebekler, ailesinin ekonomik, kültür ve genel sağlık durumundan doğrudan etkilenmekte ve aileyi etkilemektedir. Bir bakıma bebeklere gösterilen özen, onların hayata sağlıklı bir şekilde hazırlanmaları için ayrılan maddi ve manevi katkılar, toplumların gelişmişliklerinin göstergesi durumundadır. Toplumda söz sahibi olmayan, kendi gücü ve kazancı olmayan, tamamen toplumun yetişkin fertlerinin bakım ve korunmasıyla hayata hazırlanan bebeklerin sağlık durumu, ekonomik, sosyal, kültürel birçok faktörden etkilenmesi sebebiyle tek başına adeta toplumların genel sağlık ve gelişmişlik düzeyinin göstergesidir.

Bebek ve çocuk sağlığı, toplumun bir aynası olmakla beraber, toplumun değişik kesimlerinde ve ailelerin yapısına göre farklılık göstermektedir. Bebeklerin sağlığı, tek başına ailenin sahip olduğu ekonomik, sosyal ve kültürel ve faktörlerden değil, aynı zamanda ailede bebek bakımını yürüten kişilerin, konuya ilgisi, yaklaşımı ve davranışlarından etkilenir.

Toplumdaki bebek sağlığının durumunu, bebeklerin geçirdiği

hastalıklar ve hastalanma sıklıkları ile göstermek doğru olabilirse de, ülkemizde her hasta olan bebeğin, kayıtlara geçmediğini hatırlamak gerekir. Bütün hastalıkların nihai etkisi ölüm olduğuna göre, bebek sağlığının en önemli göstergesi bebek ölümü oranlarıdır.

a. Ülkemizde Bebek Ölümleri

Bütün dünyada bebek ölümlerinde esas alınan ölçü, canlı olarak doğan her 1000 bebekten 365 gününü doldurmadan ölenlerin oranlarıdır. Buna göre "bebek ölüm hızı" dediğimiz bu oran binde olarak ifade edilir. Dünyada gelişmiş olarak kabul gören ülkelerde Bebek Ölüm Hızı (B.Ö.H.) binde 20'nin altındadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran oldukça yüksektir. Bebek ölümleri ile ülkelerin ekonomik düzeyleri arasında genelde ters orantı vardır. Milli gelir arttıkça bebek ölümleri azalmaktadır^(22, 28).

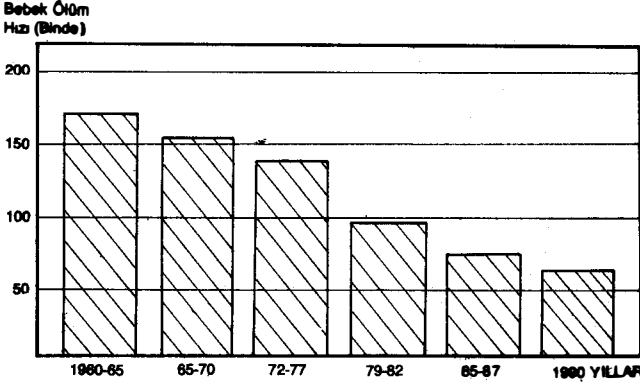
Ülkeler	B.Ö.H. (%)	Kişi Başına Milli Gelir (\$)
Afganistan	173	-
Kamboçya	133	-
Hindisdan	100	290
Mısır	87	760
Türkiye	78	1.110
SSCB	25	4.550
ABD	10	17.480
F.Almanya	9	12.080
Japonya	5	12.840

Tablo 5: Bazı Ülkelerin Bebek Ölüm Hızları ile Kişi Başına Milli Gelirleri (1987)

Ülkemizde B.Ö.H. 1950'lerde 250 dolayında iken 1990'da binde 60 olarak hesaplanmıştır. Bu düşüş iyi bir gelişmeyi göstermekle beraber sağlık düzeyi, arzu edilen seviyeye çıkarılamamıştır. Bu ha-

liyle bile yılda 100.000 dolayında bebek bir yaşına ulaşmadan ölmektedir. Diğer taraftan bebek ölümlerinin tüm ölümler içindeki payı % 34'tür. Bu oran büyük şehirlerde % 18 iken küçük köylerde % 50'dir^(17, 28).

Şekil 4: Türkiye'de Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı (1960-90)



Ülke genelinde B.Ö.H.'ndaki bu düşüşün önemli payı kentlerde yaşayan topluma aittir. Kırsal ve kentsel bölgelerde B.Ö.H.'lardaki büyük farklılık da bunu göstermektedir. Kaldı ki coğrafi bölgeler itibariyle de bebek ölümleri farklı hızlara sahiptir.

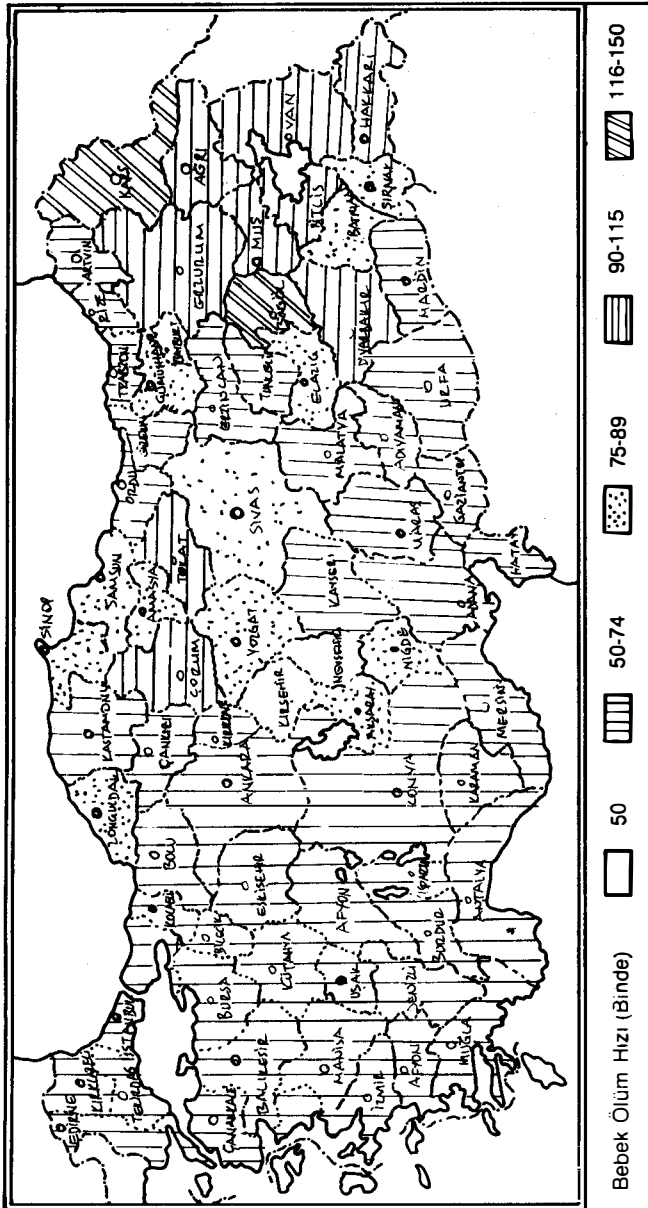
Bölgeler	B.Ö.H. (Binde)
Kırsal Bölgeler	50
Kentsel Bölgeler	106
Batı Anadolu	44
Güney Anadolu	96
Orta Anadolu	90
Doğu Anadolu	103
Kuzey Anadolu	97 (1983)
Türkiye	78

Bu verilerle, iller bazında da farklılıkların olacağı açıktır. Bu farklılıklar her bölgenin diğer özellikleri yanında sağlık hizmetlerinin örgütlenme, alt yapı ve yönetimi ile de ilgilidir. İller bazında bebek ölümleri binde 42'den binde 124'e kadar değişmektedir. Bebek ölümlerinin en düşük görüldüğü illerden bazıları şunlardır: Trabzon, Burdur, Muğla, Çanakkale, Aydın, Kırklareli, Denizli, Isparta, İzmir, Rize, Ankara. Buna karşılık Kars, Bingöl, Muş, Erzurum, Ağrı, Çorum ve Hakkari illerinde bebek ölümleri binde 100'ün üzerindedir. Bu demektir ki canlı doğan her 10 bebekten biri veya daha fazlası ölmektedir⁽¹⁷⁾.

İllerin kendi içinde de kırsal kent bazında büyük farklılıklar görülmektedir. Sağlık hizmetleri yönünden daha iyi donanmış il merkezleri ile çevrelerdeki bucak ve köyler arasındaki bebek ölüm hızı farkı, genel olarak B.Ö.H.'nin düşük olduğu illerde daha çarpıcıdır⁽⁷⁾.

İller	Bebek Ölüm Hızı (Binde)		Fark (%)
	İl Merkezi	Bucak-Köy	
Çanakkale	35	112	220
Sinop	47	138	194
Mardin	51	104	104
Balıkesir	61	112	84
Aydın	61	112	84

Tablo 7: Bazı İl Merkezleri ve Kırsal Çevrelerde Bebek Ölüm Hızları (1989)



HARİTA 1: Türkiye'de İllere Göre Bebek Ölüm Hızları (1990)

Bebek ve Çocuk Ölümlerini Etkileyen Faktörler

1- Sosyo-ekonomik ortam:

Aile Büyüklüğü, ailede çalışan kişi sayısı, ailenin geliri, gelenek, inanış ve davranış biçimleri ile genel sağlık, eğitimi, ekonomik sistem ve politikaları gibi faktörler.

2- Anneye ait faktörler:

Annenin doğumdaki yaşı, doğum sayısı ve aralığı, annenin sağlık ve beslenme durumu, gebelik sırasındaki bakım, doğum yaptığı yer, kendisinin ve eşinin eğitim durumu.

3- Çevre ve etkileri:

Hava, toprak, su ve besinlerin kirlenmesi, vektörler ve insektler gibi faktörler.

4- Beslenme:

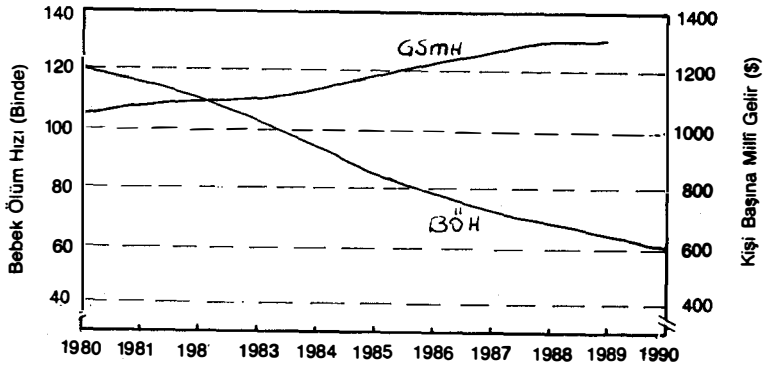
Çeşitli sebeplerle kalori, protein, vitamin ve mineral alımındaki noksanlıklar sonucu oluşan etkiler,

5- Kazalar:

Ev içinde ve oyun, okul gibi sebeplerle dış ortama çıkışta bebek ve çocuklar birçok kaza ile karşılaşır.

Yukarıda değinildiği gibi ülke bazında bebek ölümleriyle ilgili göstergelerden biri ülkelerde kişi başına milli gelirdir. Yapılan araştırmalarda, hemen bütün ülkelerde kişi başına milli gelir arttıkça genel sağlık düzeyinin yükseldiği gösterilmiştir. Ülkemizde de son 10 yıllık milli gelir ve bebek ölüm hızı trendleri incelendiğinde benzer bir ilişki görülebilir^(22, 28).

Bebek ölümünü etkileyen faktörlerden biri de ebeveynin eğitim durumudur. Babanın eğitimsizliğinin daha önemli bir risk olduğunu araştırmalar göstermiştir. Ekonomi ve eğitim düzeyi düştükçe B.Ö.H.'nin arttığı, B.Ö.H.'nin yalnızca okur yazarlıktan bile etkilendiği gösterilmiştir⁽²⁸⁾.



Şekil 5: Türkiye'de B.Ö.H. ve Kişi Başına Millî Gelir Trendleri (1980-89)

Okur-Yazarlık Durumu	B.Ö.H. (Binde)
İkisi de Okur-Yazar Değil	131.0
Yalnızca Birisi Okur-Yazar	121.2
İkisi de Okur-Yazar	87.9

Tablo 8: Ebeveynin Okur-Yazarlık Durumuna Göre Bebek Ölüm Hızları (1982-83, Türkiye)

Annenin yaşı da bebek ölümlerini etkilemektedir. 18 yaşından küçük ve 35 yaşından büyük annelerin bebeklerinde daha çok ölüm olayı görülmektedir. Genç (18 yaş altı) annelik daha fazla risk oluşturmaktadır^(9, 16).

Anne Yaşı	B.Ö.H. (Binde)
18	146.6
19-34	98.5
34	119.9

Tablo 9: Anne Yaşına Göre Bebek Ölüm Hızları (1982-83 Türkiye)

Doğumlar arasındaki süreye göre bebek ölümleri incelendiğinde, iki yıldan az aralıkla yapılan doğumlarda bebeklerin ölüm riski artmaktadır. Bu risk 2 yıl ve daha fazla aralıklarla doğan bebeklere göre 1.5 kat fazladır. Şöyle ki 1982-83 itibariyle 24 aydan az aralıkla doğan bebeklerde B.Ö.H. binde 125.2 iken, 24 aydan daha uzun aralıklarla doğan bebeklerde bu oran binde 80.9'dur. Bebek ölümlerini etkileyen diğer bazı faktörler, doğum öncesi bakım, doğumun bir sağlık kuruluşunda yapılıp yapılmadığı, akraba evlilikleri ve kundak amacıyla bebeğin toprağa sarılması olarak sayılabilir. Doğum yapan kadınların % 57'si doğum öncesi bakım almamakta, kırsal kesimde doğumların % 53'ü sağlık kuruluşu dışında yapılmakta, ülke genelinde akraba evliliklerinin oranı % 21'i bulmakta ve bebeklerin % 12'si toprağa kundaklanmaktadır^(9, 10).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, önlenmesi daha güç olan perinatal sebepler hariç, bebek ölümlerinin önlenebilir sebeplerinin başında zatürre gelmekte, bunu ishal vakaları izlemektedir. Kaldı ki perinatal sebeplerin önemli bölümü doğum öncesi bakım ve sağlıklı şartlarda doğum hizmetleriyle aza indirilebilecek bebek ölüm sebepleridir⁽²⁷⁾.

<R0HL1950/1800/10050/900/25>
<R0HL2050/7250/10000/900/2/25> **B.Ö.H. içindeki % oranı**

Doğum travması, güç doğum, anaxi ve perinatal mortalitenin diğer sebepler	54.9
Akut solunum yolu enfeksiyonları (pnömani, bronşit dahil)	13.1
İshal	9.3
Menigokok enfeksiyonları ve diğer menenjitler	6.2
Konjenital kalp hastalıkları	5.3
Diğer bebek ölüm sebepler	11.2
Toplam	100.0

Tablo 10: Türkiye'de Bebek Ölüm Sebepleri (1986)

Diğer araştırmalar da yukarıdaki sıralamayı desteklemektedir. Bazı araştırmalarda ishal 2. sırayı alabilmektedir. Bazı araştırma sonuçlarına göre ise ishal daha alt sıralara düşmüştür. Bunda Sağlık Bakanlığının son yıllarda uygulamakta olduğu ishali hastalıkların kontrolü programının etkisi olduğu söylenebilir^(4, 6).

b. Bebeklik Dönemi Hastalıkları

Ölümlerle sonuçlanan hastalıkların istatistiklere daha güvenli olarak geçmesi söz konusu iken, hastalıkların kayıtları aynı güvenilirlikte olmamaktadır. Hastalığın ciddiyetinin aile tarafından yorumuna, ailenin maddi imkanlarına ya da sağlık hizmetlerinden yararlanmaya etki eden diğer faktörlere göre, hasta bebeklerin sağlık kurumlarına getirilmesi değişebilmektedir.

Bununla birlikte yapılan araştırmalarda bebeklerde akut solunum yolu enfeksiyonlarının ilk sırayı aldığı gözlenmekte, ishal vakalarının bunu izlediği görülmektedir. Üçüncü sırada kızamık ve ki-

zıl dahil derinin enfektif ve enfektif olmayan hastalıkları yer almakta, bunu sindirim sisteminin diğer hastalıkları ile kulak enfeksiyonları ve beslenme bozuklukları izlemektedir.

Kısaca bebeklik döneminde en çok görülen hastalıklar sıklık sırasına göre kabaca sıralandığında, bir kısmı aşı ile olmak üzere önlenabilir, tedavi edilebilir ve kurtulunabilir hastalıklar olduğu görülecektir^(4, 6, 27).

Tablo 11: Ülkemizde Bebeklik Döneminde En Çok Görülen Hastalıklar

Solunum sisteminin akut enfeksiyonları
İshal ile seyreden hastalıklar
Deri enfeksiyonları ve diğer deri hastalıkları
Beslenme bozuklukları
Kulak enfeksiyonları
Sindirim sisteminin diğer hastalıkları

Yine, dikkat edilirse görülecektir ki bu hastalıkların büyük çoğunluğu bulaşıcı hastalıklardır. Bunlar üzerinde de çevre şartlarının önemli etkisi bulunmaktadır.

Hastalıkları Etkileyen Çevre Şartları:

Esasen hastalıkların meydana gelmesinde çevre şartları büyük bir etkiye sahiptir. Ancak, bebek ve çocuk hastalıklarının görülme sıklığını etkilemede önemi daha da artmaktadır. Olumsuz çevre şartlarına kişisel hislere uyulmaması da eşlik ettiğinde, bulaşıcı hastalıklar aile ve toplum içinde hızla yayılabilmektedir.

İçme ve Kullanma Suyu: Yetersiz, eski ve inşa problemler olan su şebekelerinde önemli kaçak ve basınç problemleri olmaktadır. Bu da şebeke suyunun şebekeye temas halinde olan kirlilik odaklarıyla bulaşması ve kesiklik verilen su ile de enfeksiyonun musluklara taşınması ile sonuçlanmaktadır. Kırsal kesimde ise toplumun önemli bölümü kuyu, artezyen ve köy çeşmelerine bağımlıdır. Bun-

ların klorlanması çalışmalarında özellikle teknik düzeyde aksamalar olduğu bilinmektedir.

Artıkların Zararsızlaştırılması: Özellikle kırsal kesimde kanalizasyon sistemleri yeterli değildir. Büyük kentlerimiz dahil çöp toplama ve taşınması çalışmaları standart olmadığı gibi yetersizdir. Bu da beraberinde sinek ve diğer haşerelerin üremesini sağlayıp toplumu bir diğer problemle, yani bulaşıcı hastalıkların artışı ile karşı karşıya getirmektedir.

Besin Hijyeni: Son yıllarda besin zehirlenmesi olaylarının diğer birçok enfeksiyon hastalığından daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Besin maddelerinin sağlıklı hammaddelerden üretilmesi, üretim, hazırlama, nakil ve satışlarında sağlık yönünden problemler vardır. Piyasada tüzüğe uygun olmayan gıda imal ve satış yerleri oranı % 15'in üzerinde bulunmuştur. Yapılan gıda analizlerinde de aynı durum söz konusudur⁽¹⁸⁾.

Hava Kirliliği: Her ne sebeple olursa olsun hava kirliliği, özellikle solunum yolu enfeksiyonlarının artmasına yol açmaktadır. Bu da çocuklar ve yaşlılar için özel bir tehlike demektir.

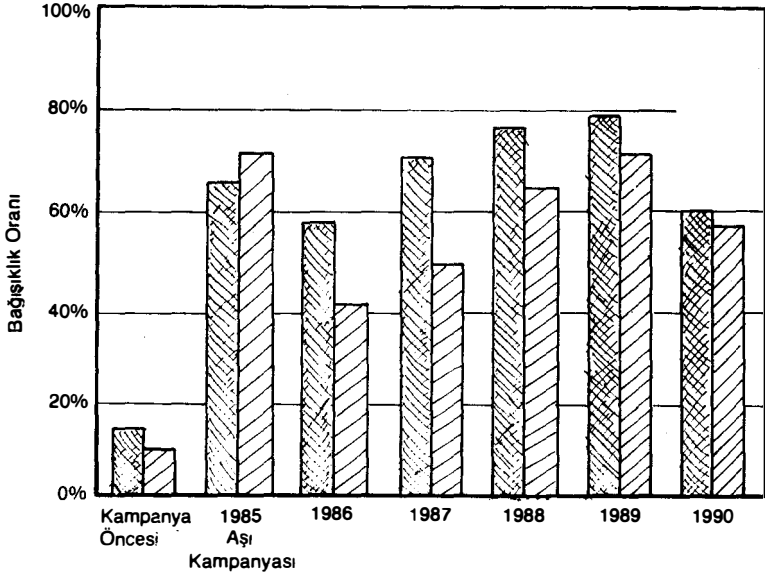
Başboş Hayvanlar: Kuduz aşısı yapılmayı gerektiren hayvan ısırıklarının % 43'ü 14 yaş altı çocuklarda vuku bulmaktadır. Bu da 35.000'in üzerinde ısırık vakası demektir ki sağlık ve ekonomi yönünden önemli bir risktir.

c. Emzirme ve Bebek Beslenmesi

Anne sütü ile beslenmede ülkemiz için herhangi bir problem görülmemektedir. Çünkü araştırmalar göstermiştir ki, annelerin % 95'i bebeklerini ortalama 10.5 ay emzirmektedir. Ancak problem, daha ilk aydan itibaren ek gıdaya geçişte ishal sebebi olabilecek davranışlar ile dördüncü aydan sonra ek gıdaya geçişte ve devamında yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmamasındadır^(10, 26).

d. Bağışıklık Düzeyi

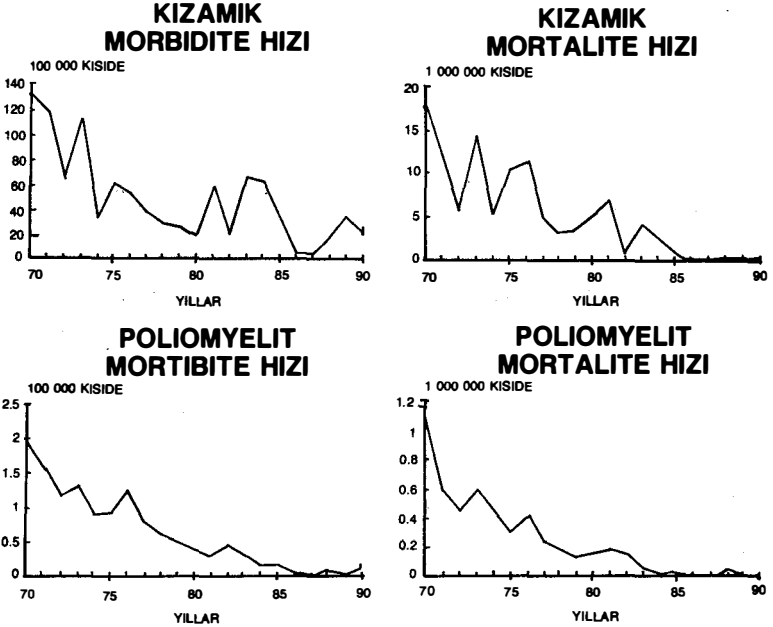
Ülkemizde halen bebek ve çocuklar difteri, boğınaca, tetanoz, kızamık poliomiyelit ve tüberküloz hastalıklarına karşı aşı ile korunmaktadır. Bu hastalıklardan tüberküloz hariç "0" yaştaki bağışık ama oranı 1989'da % 71-79 oranındadır. Bebeklerde son 6 yılda sağılanan bağışıklık oranları Şekil 6'da görölmektedir(17, 23).



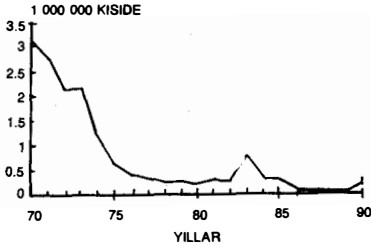
Şekil 6: Türkiye'de 1 Yaş Altı Bebeklerde Bağışıklık Oranları (1984-90)

Tüberküloza karşı bağışıklık oranı daha düşüktür. Tüm aşılama çalışmalarında uluslararası bağışıklama hedefi olan % 80'e henüz ulaşamamıştır. Bununla birlikte son yıllarda sağlanan yüksek bağışıklık oranlarının etkisi, aşılarla korunan hastalıkların azalması şeklinde kendini göstermiştir. Konu ile ilgili hastalıklara yakalanma ve bu hastalıklardan ölme hızı önemli ölçüde azalmıştır. Grafik 7'de bu durum açıkça görülmektedir⁽¹⁸⁾.

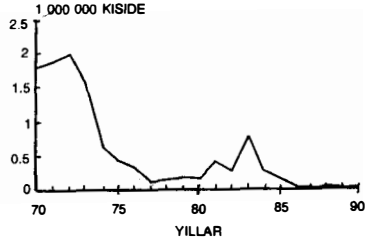
Grafik 7: Ülkemizde Kızamık, Poliomyelit, Difteri, Boğmaca ve Tetanozun Morbidite (Hastalık) ve Mortalite (Ölüm) Hızları (1970-1990) (Hızlar genel nüfusa göredir)



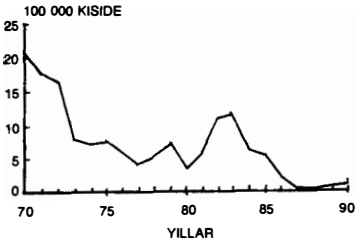
DİFTERİ MORBİDİTE HIZI



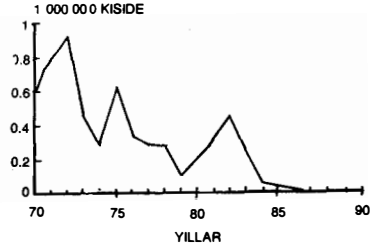
DİFTERİ MORTALİTE HIZI



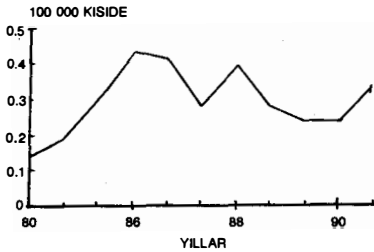
BOGMACA MORBİDİTE HIZI



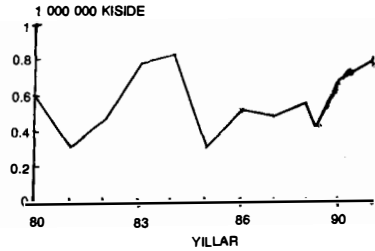
BOGMACA MORTALİTE HIZI



TETANİZ MORBİDİTE HIZI



TETANİZ MORTALİTE HIZI



Bağışıklama oranlarının ülke genelinde iyi denebilecek bir düzeye gelmesine rağmen bölgeler arasında farklılıklar vardır. Örneğin, Ege Bölgesinde DBT ve Polio bağışıklık oranı % 91, kızamık bağışıklık oranı % 77 dolayında iken, bu oranlar Güneydoğu Anadolu'da sırayla ancak % 50 ve % 45'tir^(17, 23).

Bölgeler	Bağışıklık Oranı (%)	
	DBT ve Polio	Kızamık
Ege	91	77
Karadeniz	83	74
İç Anadolu	83	70
Akdeniz	82	71
Marmara	82	62
Doğu Anadolu	53	47
Güneydoğu Anadolu	74	67
Türkiye	74	67

Tablo 12: Türkiye'de Bölgelere Göre Bağışıklık Oranları (1989)

Gelişmiş ve gelişmekte olan bazı ülkelerdeki bağışıklık oranları aşağıda verilmiştir⁽²²⁾.

Ülke Adı	Bağışıklık Oranları (Yüzde)	
	DBT-Polio	Kızamık
İsveç	98	94
Norveç	85	87
Japonya	88	73
Pakistan	62	53
Hindistan	55	17
Afganistan	25	31
Bangladeş	8	6

Tablo 13: Bazı Ülkelerde Bağışıklık Oranları (1987)

3. ÇOCUK SAĞLIĞI

Özellikle erken bebek ölümlerinin annenin hamilelikteki beslenme ve sağlığı ile doğum öncesi ve doğum hizmetlerinin kalitesine daha çok bağlı olduğu bilinmektedir. Bebeklikten çocukluğa geçmişte hastalık ve ölümlerde çevrenin ve beslenme alışkanlıklarının etkisi giderek artmaktadır. Çocukluk dönemi sağlık problemlerinde, bebeklikteki beslenme ve bağışıklamanın da etkisi sürmektedir.

Bebek ölüm hızı gibi çocukluk çağı orantılı ölüm hızları da toplumlar arası karşılaştırmalarda kullanılan önemli sağlık göstergelerindedir. Bu anlamda 1-4 yaş ya da 5-6 yaş çocuk grubu daha da önem arz etmektedir.

Çocukluk çağı, büyüme ve gelişmenin devam ettiği 24 yaşa kadar uzatılabilecek bir kavram ise de kimi kaynaklar puberte döneminin (ergenlik) tamamlandığı 18-20 yaş ile sınırlamaktadır. Ancak 15 yaş ve üzerindeki sağlık problemleri yetişkinlerle büyük benzerlikler göstermektedir. Nitekim istatistiklerdeki yaş gruplarındırmasında da ancak 0-14 yaşa ait veriler elde edilebilmektedir. Ülke insanımızın % 35.6'sını 15 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır ki bu yirmi milyonu geçen bir yekün tutar⁽²⁷⁾.

a. Çocuk Ölümleri ve Sebepleri

Ülkemizde 1-4 yaş çocuklarda, kendi yaş gruplarındaki nüfusa oranlanan yaşa özel ölüm hızları değişik sağlık-egitim ve araştırma bölgelerinde binde 0,2 ile 4,3 arasında değişmektedir^(4, 6, 28). Diğer bir ölçü, her 1000 canlı doğuma karşılık 5 yaş altındaki çocuklardan ölenlerin sayısıdır. Ülkemizde 5 yaş altı ölüm hızı 1990 için binde 87 olarak hesaplanmıştır⁽²⁸⁾

Ülke Adı	5 Yaş Altı Ölüm Hızı (Binde)
Sudan	184
Hindistan	152
Mısır	129
Türkiye	97
SSCB	30
Yunanistan	17
ABD	13
Japonya	8

Tablo 14: Çeşitli Ülkelerde 5 Yaş Altı Çocuk Ölümleri (1987)⁽²²⁾

Önemli bir ölçü de 5 yaş altı ölümlerin tüm ölümler içindeki oranıdır. Bu oran ülkemizde % 21 dolayındadır. Yani her 5 ölüden birinin yaşı 5'den küçüktür. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1-4 yaş çocuklarda ölüm sebeplerinin başında akut solunum yolu enfeksiyonları, kalp hastalıkları ve ishal gelmektedir. Bazı araştırmalarda kazalar daha yukarı sıralarda yer almaktadır^(4, 27).

Ölüm Sebepleri	Yüzdesi
Akut Solunum yolu enfeksiyonları (pnömoni dahil)	22.2
Konjenital ve Romatizmal kalp has.	14.5
İshalli hostalıklar	13.3
Menenjitler	11.0
Kazalar	8.4
Diğer bütün sebepler	30.7
TOPLAM	100.0

Tablo 15: Ülkemizde 1-4 Yaş Çocuklarında Ölüm Sebepleri (1986)

5-14 yaş gruplarında yaşa göre ölüm hızı binde 0.5, 15-19 yaş

grubunda ise binde 0.2 dolayındadır. 5-14 yaşta ölüm sebeplerinin başında kazalar, konjenital ve romatizmal kalp hastalıkları, kanserler ve solunum yolu hastalıkları gelmektedir. 15-19 yaşta ise ölüm sebeplerinin başında kazalar gelmektedir^(4, 6, 27).

b. Çocukluk Dönemi Hastalıkları

Sağlık hizmetlerinin iyi denebilecek düzeyde verildiği bazı bölgelerimizdeki poliklinik kayıtlarına bakılırsa 6 yaş altı çocukların hekime başvurmada bebeklerden sonra ikinci sırayı aldığı görülür.

1-4 yaş çocuklarda hekime müracaatta akut solunum yolu enfeksiyonları, ishalleri hastalıklar, parazitler enfeksiyonları, beslenme bozuklukları başta gelmektedir.

5-14 yaşta en sık görülen hastalıklar da 1-4 yaşta görülenlere benzemekte ayrıca deri hastalıkları ve kazaların sıklığı artmaktadır^(4, 27).

Çocuk yaş gruplarında en çok enfeksiyon hastalıklarının görülmesi temelde sağlık hizmetleri, beslenme, çevre sağlığı ve kişisel hijyen alt yapılarının yetersizliğini akla getirmektedir.

1989 Türkiye I. Sağlık Taramasında muayene edilen 9 milyon okul çocuğunda en sık tespit edilen rahatsızlıklar şunlardır⁽²⁴⁾.

Boğaz ve akciğer hastalıkları

Parazit enfeksiyonları

Göz bozuklukları

Kulak problemleri

Allerji ve cild hastalıkları

Yine tarama sonuçlarına göre okul çağı çocukların üçte birinin ağızda çürük diş mevcuttur ve üçte ikisi diş fırçası kullanmamaktadır.

4. BABANIN SAĞLIĞI

Temelde mevzuatla da desteklenerek sağlıklı erkeklerin evlenmesine ve baba olmasına izin verilmektedir. Ancak baba adayı evlilik muayenelerinde her zaman dikkat çekmeyen ve yasal olarak araştırılması söz konusu olmayan rahatsızlıkları yeni oluşturduğu aile ortamına taşıyabilmektedir. Esasen ülkemizde erkekler sosyal statülerindeki avantajı kullanarak hastalanma halinde daha kolay olarak sağlık hizmetine ulaşabilmekte ve yararlanabilmektedir. Ancak ne var ki aile reisi konumunda ve statü, prestij, iş hayatı güçlükleri ve sıkıntıları gibi sebeplerle sosyal sağlık da diyebileceğimiz huzurunun bozulması, aile fertlerinin tümünün beden, ruh ve sosyal sağlığını bozabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında her anne ve babanın rahatsızlığı aile üzerinde çocuk rahatsızlığından daha etkilidir denebilir.

Erkekler daha fazla olarak bedeni riski yüksek olan iş kollarında çalıştıklarından babaları en çok ilgilendiren sağlık problemlerinin başında iş kazaları ve meslek hastalıkları gelmektedir⁽²⁷⁾.

İşsizlik, geçim sıkıntısı, ticari başarısızlık vb. durumların oluşturduğu stress (sosyal zor), erkeklerde ölümcül intiharlarla sonuçlanabilmektedir. Ailenin diğer fertleri problemlerin aile reisi ile çözüm yoluna gidebilirken, aile reisinin problemlerini çözmede sosyal kurumların ona yeterince yardımcı olamaması, çözülmesi zor problemleri artırmaktadır. Psikiyatrik tedavi gören her on kadın hastaya karşılık, 23 erkek hastanın tedavi görmesi ve çoğunun 25-44 yaşta olması da benzer bir sonucu düşündürmektedir⁽²⁷⁾.

Erkekler ölümlerle sonuçlanan bütün kazalara kadınlardan 3-5 kat fazla maruz kalmaktadır. Bunun tabii sonucu olarakta kazai yaralanmalar erkeklerde daha çok görülmektedir. Yalnız trafik kazalarında yılda 50 bin dolayında erkek yaralanmakta ve 4500 erkek de ölmektedir. İş kazalarında ölüm vakaları ise erkeklerde kadınlara

dan 20 kat daha fazladır. Yine ülkemizde kayıtlı 5.300 kadar akciğer tüberkülozlu kadın hastaya karşılık 19 bin dolayında erkek hasta mevcuttur. Solunumla ilgili kanserler dahil bütün göğüs hastalıklarında erkeklerin hastalanma oranı kadınların üç katıdır^(26, 27).

Kalp hastalıkları, mide ülseri ve diğer sindirim sistemi hastalıkları ile idrar yolu taşları da erkeklerde daha fazla rastlanan hastalıklardır.

5. AİLEDE RUH SAĞLIĞI

a. Ailede Ruhi Etkileşme

Bütün dünyada kabul gören "sağlık" tanımında beden sağlığı yanında ruhi ve sosyal yönden iyilik hali de yer almaktadır. Ruhi yönden dengeli gelişmenin başlangıç noktası, bebeklik hatta anne karınında iken annenin içinde bulunduğu psiko-sosyal duruma kadar götürülmektedir. Bu durumda evliliğin genel yapısı, eşlerin birbiriy-le ve çocuklarla ilgili beklentileri, bebeğin istenip istenmemesi, kaçınıcı gebelik olduğu, daha sonra yaşanan ortamın sosyal kültürül ve ekonomik özellikleri, bebeğin aile dengesini ne şekilde etkileyeceğini belirleyici olabilir⁽³⁰⁾.

Bebeğin aileye etkisi ve ailenin ona gösterdiği tepkiler, kısaca bu dönemdeki karşılıklı etkileşmeler çocuğun ileride ortaya çıkacak birçok özelliğinde önemli bir belirleyici rol oynayacaktır. Ruhi gelişimdeki ilk dengeler ya da ilk düzensizlikler daha bebeklik çağında oluşmaya başladığı için, okul öncesi çocukluk dönemine ilişkin ruh sağlığı ile ilgili araştırma ve çalışmaların hamilelikten itibaren verilmekte olan Ana Çocuk Sağlığı hizmetlerine entegre edilmesi uygun olacaktır⁽³⁰⁾.

Bütün dünyada kabul gören "sağlık" tanımında beden sağlığı yanında ruhi ve sosyal yönden iyilik hali de yer almaktadır. Ruhi yönden dengeli gelişmenin başlangıç noktası, bebeklik hatta anne karınında iken annenin içinde bulunduğu psiko-sosyal duruma kadar götürülmektedir. Bu durumda evliliğin genel yapısı, eşlerin birbiriyile ve çocuklar ilgili beklentileri, bebeğin istenip istenmemesi, kaçınıcı gebelik olduğu, dahasa yaşanan ortamın sosyal kültürül ve ekonomik özellikleri, bebeğin aile dengesini ne şekilde etkileyeceğini belirleyici olabilir⁽³⁰⁾.

Bebeğin aileye etkisi ve ailenin ona gösterdiği tepkiler, kısaca bu dönemdeki karşılıklı etkileşmeler çocuğun ileride ortaya çıkacak birçok özelliğinde önemli bir belirleyici rol oynayacaktır. Ruhi gelişimdeki ilk dengeler ya da ilk düzensizlikler daha bebeklik çağında oluşmaya başladığı için, okul öncesi çocukluk dönemine ilişkin ruh sağlığı ile ilgili araştırma ve çalışmaların hamilelikten itibaren verilmekte olan Ana Çocuk Sağlığı hizmetlerine entegre edilmesi uygun olacaktır⁽³⁰⁾.

b. Parçalanmış Ailede ve Aile Dışındaki Çocuklar

Parçalanmış Aile Çocukları: Ölüm, boşanma, ayrı yaşama gibi sebeplerle bütünlüğü bozulan ailelerde, çocuğun bakımı ve sorumluluğunu üstlenen eşin, çocuğunu ruhi açıdan dengeli bir ortamda tutması güçtür. Kendisi için dahi sarsıcı, incitici bir olay içinde bulunan eşin, çocuğunu da böyle bir etkiden koruyabilmesi kolay bir iş değildir.

Boşanma ve ayrılmalarda eşe duyulan öfke çocuktan saklanmayıp, dahası "annen gibi..., baban gibi..." sözlerle çocuğa yansıtılması çocuğu kaldıramayacağı bir yük ya da dengeleyemeyeceği bir etkiyle karşı karşıya bırakır. Boşanmış eşlerin önemli bir kısmı zaman içinde çocukların ruhi dengesini korumak için karşı tarafa duydukları kızgınlığını çocuktan gizleyebilmektedir. Ancak ülkemizde yapılan araştırmalar göstermiştir ki davranış bozukluğu ve suç işleme oranı, parçalanmış aile çocuklarında daha yüksektir⁽³⁰⁾.

Diğer taraftan ölüm, iş göçü, ayrı yaşama gibi sebeplerle yalnız kalan eş, çocuğuna aşırı ve kontrolsüz bir sevgi ile bağlanıp, onun için dengesiz bir ruh yapısının gelişimine zemin hazırlamaktadır. İş göçü sebebiyle (yurt dışında çalışan işçiler vb.) uzun yıllar yalnız annesi ya da anne-baba dışındaki yakınlarının yanında yetişen çocuklar da konunun dışında tutulmamalıdır. Kaldı ki bu problem zaman zaman aktüel hale gelerek yönetimleri kendisi ile ilgilenmeye zorlar durumdadır.

Aile Dışı Çocuklar: Bir de anne-baba ya da birinin yokluğu ve başka sebeplerle ailenin tümünden ayrı olarak kurumlarda büyüüp gelişmek durumunda olan çocuklar vardır. Buralarda herşey ideal şartlarda bile olsa onlar, bir aileye sahip olamamanın incinmesi içinde olacaklardır. Bu ortamda, yönetici, öğretmen, belletmen ve diğer sorumluların yanlış ve onların ailesizliğini hatırlatan tutumları, çocukları, örselenmişliğin izlerini taşıır hale getirecektir. Çocukluk-tan çıksalar bile toplum için problem olmaya devam edenler olabilecektir.

Çalışan Anne ve Çocuk: Hamile, emzikli ya da 5 yaşından küçük çocuğu olan annelerin uzun süre evinden ve çocuğundan ayrı kalmayı gerektiren bir işte çalışmasının kadın ve çocuk sağlığına yaptığı olumlu ve olumsuz etkiler, geniş çapta araştırılması gereken bir konudur. Kaldı ki çalışan kadının tanımı iyi yapılmalıdır. Kırsal kesimde aile ekonomisinin temeli olan tarım ve hayvancılıkla ilgili işlerin oldukça önemli bölümünü kadınlar yürütmekte; bir kısım annelerse evlerindeki tezgah ve makinelerinin başında değişik sektör- lere arka planda iş üretmektedir. Bu anneler ev hanımı olarak istatistiklere geçmektedir. Her halukarda evi ve çocuğundan başka işle meşgul olmak zorunda kalan annelerin çalışmasının hem kendi beden sağlığı ve sosyal huzurları hem de çocuklarının beden ve ruh sağlığına etkilerinin araştırılması; ulusal düzeyde sağlık, eğitim ve çalışma hayatı ile ilgili politikaların belirlenmesine ışık tutacaktır.

c. Çocuk Ruh Sağlığı

Ruhi Gelişim: Çocuğun ruhi gelişimine ilk etkilerin, annenin hamileliği ve bebeklik döneminde başladığına değinilmiştir. Dolayısıyla okul öncesi döneminde çocukların aşuları, beslenme problemleri, bedeni gelişmeleri, sağlık personeline izlenirken konuşma bozuklukları, aşırı hareketlilik, çeşitli korkular v.b. ile de ilgilenilmesi gerekmektedir⁽³⁰⁾.

İlkokul çağında çocuklar ailelerinin ve öğretmenlerinin aynı konudaki farklı değerlendirmeleri arasında kalabilirler. Bu fark çocuğu evde ve okulda başka davranmaya itip duygu ve davranışlarının düzenli gelişmesini menfi etkileyebilir. Bu durumda okul çocuklarının ruh ve beden gelişimi konusunda öğretmen-hekim, öğretmen-aile işbirliği gündeme gelmektedir. Kavramlarla ilgili bilgi ve gözlemlerin artırıldığı ilkokulda çocukların hastalık-sağlık kavramları hakkında doğru bilgilenmesi sağlanmalıdır. Değilse hastalık görüntüsü marazi hal alıp, hasta olduğu halde ders çalışma, hastalığını inkar etme veya olumsuz şartlarda hastalığa sığınma gibi haller gözlenebilir⁽³⁰⁾.

İlkokul sonrasında çocuk, bir okula veya işe devam ediyorsa başarıları ve olaylara ait değerlendirmeleri, ergenlik çağının getirdiği otoriteye karşı koyma, arkadaş gruplarıyla ilişkiler, karşı cinse duyulan ilgi gibi özellikler ve aldıkları tepkilerden etkilenir. Bu dönemde çocuğun ödüllendirilmesi, cezalandırılması takdir edilmesi ya da küçük görülmesi çocuğun içine kapanık, güvensiz ya da neşeli, güvencili kişilik kazanmasında etkilidir⁽³¹⁾.

Okul ya da işe gitmeyen kız çocukları bu dönemde ev hanımlığı eğitimi alırlarken, annesi ve büyükleriyle olan ilişkilerine göre, "Annesi gibi anne veya ev hanımı olma" veya "Onun yaptığı gibi yapma" ya sevk edilip itilebilirler.

Çocuğun bulunduğu her ortamda karşı karşıya olduğu kişilerin tutarlı, kararlı, anlayışlı, esnek, saygılı, dengeli ve ahlaklı bir tutum sergilemelerinin, çocukların ruhi açıdan daha sağlıklı olmalarında büyük önemi vardır.

Özürlü çocuklar: Özürlü çocuğa sahip ailelerde, ailenin bu duru-

ma bir suçlu arama tarzındaki tutumları veya çocuğa karşı en azından aşırı kollama gibi dengesiz davranışları görülebilir. Çocuk da geliştikçe farklı olmamın getirdiği karmaşık duygulara sahip olabilir. Yalnızca bedeni bir özü olan çocuğun aşırı kollanması ruhi problemler doğurabileceği gibi hiçbir şey yokmuş gibi kendisinden fazla şeyler beklenmesi de yanlışır. Konuya duyarlı bir sağlık ekibinin desteğiyle ve dengeli bir ihtimamla, çocuğun özü dışındaki maddi ve manevi gelişiminin sağlıklı olarak gelişmesine zemin hazırlanabilir⁽³⁰⁾.

Suçlu Çocuklar: Suç işleyen çocuklardan islah evlerine alınanların buralarda gerçekten islah edilmeleri gerekmektedir. Ancak, buralarda başka tür yanlış davranışlar geliştirmeyi öğrendikleri şeklinde görüşler de vardır. Her çeşit sosyal kurum ve kuruluşların desteği ile suç işleyen çocuklarda, "Suçlu" kimliğinin gelişmekte olan kişiliklerinde yer almadan, yine toplum içinde gözetim yoluyla kazanılması daha yararlı olabilir.

d. Ailede Ruhi Rahatsızlıklar

Çocukluk Çağında Sık Görülen Ruhi Problemler: Aileleri ya da hekim tarafından ruhi probleminin olduğu düşünülen çocuklar, ruh sağlığı kliniklerine ya da psikiyatristlere getirilmektedir. Bu tür başvuruların ağırlık merkezini 7 yaş dolayındaki çocuklar oluşturmakta ve bu konudaki problemler erkek çocuklarda daha fazla görülmektedir⁽³⁰⁾.

Cinsler arasında farklılıklar olabilmekle beraber çocuklarda en sık görülen problemlerin başında gece işemesi, sinirlilik, zeka geriliği, konuşma bozuklukları, korkular ve değişik uyum bozuklukları gelmektedir. İlkokul düzeyinde uyumsuzluk problemi % 30-45'lere kadar çıkabilmektedir^(8, 12). Türkiye I. Sağlık Taramasında, okul çocuklarının binde 2.7'sinde ruhi bozukluk ve zeka geriliği tespit edilmiştir⁽²⁴⁾.

Çocuklukta zararlı alışkanlıklar: Sigara, alkol ve bunun gibi zararlı alışkanlıklara çoğu kez aile büyükleri taklit edilerek başlanır. Büyüklerin yaptığını yaparak büyüdüğüne inanmak veya inandır-

mak eğilimi çocukların sigara vb. maddeleri kullanmasıyla sonuçlanır. Sonraları ise bağımlılık gelişir ve kurtulmaları güç bir duruma düşülmür.

Bu tür alışkanlıklar hakkında çocuğa yığınla nasihat edip sigara içmeye devam etmek ya da güzel vasıflanan kutlama günlerinde alkol almak, nasihatı neticesiz bırakır. Sigara alışkanlığı olanların en az % 10'u daha on yaşına varmadan sigaraya başlamış kişilerdir. Sigara içenlerin çoğunun, sigara içilen ailelere mensup kişiler olduğu görülmüştür. Yine sigara içenlerin % 63'ü sigara içmeye 18 yaşından önce başlamıştır⁽¹⁵⁾.

İntiharlar: Diğer birçok hastalık ailelerin beden sağlığının göstergesi olduğu gibi, intiharlar da aile fertlerinin ve toplumun sosyal ve ruhi sıkıntılarını gösteren bir ipucudur. İntihar ölümlerinin sayısı, arkalarında kat kat fazla sayıda intihar teşebbüsünü, bu da genelinde yığınla ruhi ve sosyal problemlerin varlığını gösterir. İntihar girişimleri bir çözüm değil ama, çözümsüzlük ya da bir çözüm problemi olduğuna işaret eder. Kayıtlara göre her yıl 100 dolayında intihar ile ölüm ve 4000 dolayında intihara teşebbüs vaki olmaktadır. İntihar sonucu ölümler erkeklerde 15-34, kadınlarda 35-54 yaşlarında olduğu gözlenmiştir⁽²⁷⁾.

Çocuklarda İntihar Girişimi: İntihar girişimleriyle ilgili veriler sağlıklı olarak elde edilememektedir. Bununla birlikte bazı araştırmaya sonuçlarına göre 12 yaşa kadar cinsiyet farkı yokken 12 yaştan sonra kızların daha fazla intihara teşebbüs ettikleri görülmüştür. Çocukların intihar teşebbüslerine sebep olarak en fazla aileden aldıkları tepkiler, başarısızlık ve karşı cinsle ilişkiye dayalı problemler gösterilmiştir. Akrobalarında intihar girişiminde bulunan çocukların intihara daha çok teşebbüs ettikleri dikkati çekmiştir.

Psikiyatrik Hastalıklar: Psikiyatrik hastalıkların toplumumuzda görülme sıklığı konusundaki bilgilerimiz sınırlıdır. Ancak Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinde yatarak tedavi görenler incelendiğinde yılda ortalama 25.000 dolayında hastanın tedavi gördüğü ve bu sayının yıllar içinde giderek arttığı görülmektedir. Sosyal mülahazalarla birçok hastanın hastaneye

başvurmayacağı göz ardı edilmemelidir. Hastaların % 60 gibi önemli bir kısmının 25-44 gibi üretken bir yaşta olduğu dikkat çekmektedir⁽²⁷⁾.

6. AİLE PLANLAMASI

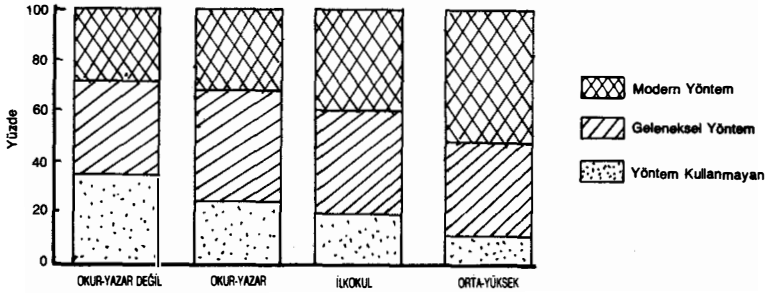
Cumhuriyetin ilk yıllarından 1963'e kadar nüfusu arttırıcı teşvikler uygulanmıştır. 1963'de I. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda nüfus artış hızının ekonomik gelişmeyi ters yönde etkilediği kabul edilmiş ve 1965'de gebelik önleyici yöntem kullanımı kanunlaşmıştır⁽²⁰⁾. Son 25 yıldır giderek artan yaygınlık ve etkinlikle aile planlaması tanıtım ve uygulama çalışmaları yürütülmektedir. 1960-61 yıllarında Nüfus Artış Hızı binde 25'tir⁽¹⁹⁾. Ne varki 1985-1990 yıllarında da binde 24'dür. Buradan aile planlaması çalışmalarının 25 yılda yalnızca kaba ölüm hızında sağlanan binde 8'lik bir azalmaya tekabül edecek kadar doğumları azalttığı söylenebilir.

1988'de yapılan bir araştırmaya göre evli kadınların, gebelikten koruyucu modern yöntemleri bilme oranı % 98'dir. 1988 araştırmaya göre evli kadınların % 77'si kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Ancak kadınların % 38'i etkili (modern) yöntem, % 39'u da geleneksel yöntem kullanmaktadır. Bu oranlar, bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Etkili yöntem kullanma oranları 1978'de % 18'di^(9,10).

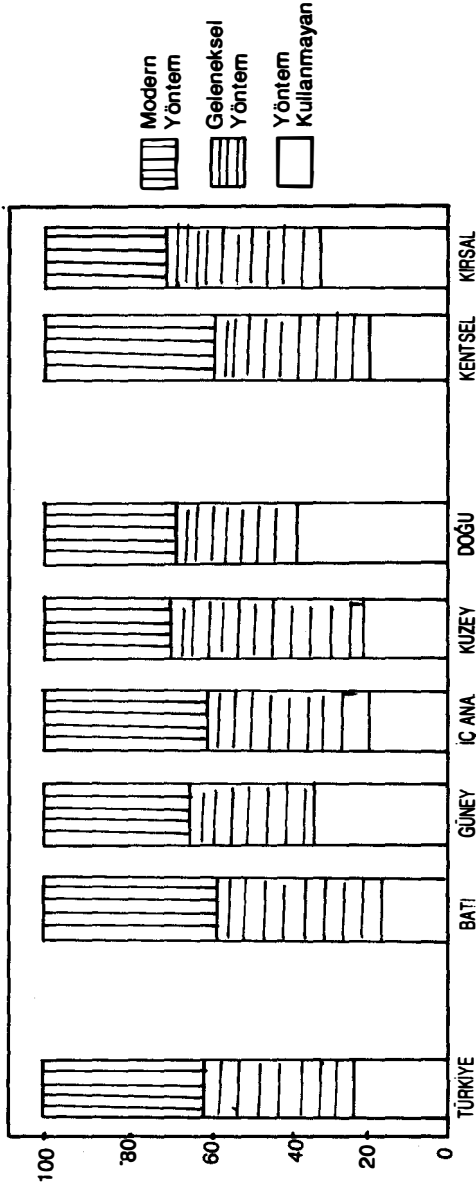
Etkili Yöntem Yıllar	Kullanımı	Geleneksel Yöntem Kullanımı	Yöntem	
			Kullanmayan	Toplam
1978	18.0	32.0	50.0	100.0
1983	27.2	34.3	38.5	100.0
1988	38.0	39.0	23.0	100.0

Tablo 16: Türkiye'de Evli Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanma Oranları (1978-88)

Kadınların aile planlaması yöntemini uygulama oranı kadının, kocasının ve her ikisinin eğitim düzeyi yükseldikçe artmaktadır. Bölgeler itibariyle Doğu ve Güney Anadolu ile genel olarak kırsal bölgelerde daha az kontraseptif yöntem uygulanmaktadır⁽¹⁰⁾.



Şekil 18: Kadınların Eğitim Durumuna Göre Kontraseptif Yöntem Kullanma Oranları (Türkiye, 1988)



Şekil 19: Türkiye'de Bölgelere Göre Kontraseptif Kullanımı (1988)

Aile planlamasının amacı riskli gebelikleri önlemektir. Bir bakıma istenmeyen gebelikleri önlemektir. Buradan hareketle aile planlamasının ilk hedefi isteyerek yapılan düşükleri önlemektir. Çünkü isteyerek yapılan düşüklerin çoğu riskli gebeliktir ve düşükler de annenin ölüm ve hastalığı için önemli risk oluşturur. Buna karşılık, kadınların isteyerek düşük yapma oranı 1963'te 100 canlı doğuma karşılık 8 iken, bu oran 1978'de 17'ye, 1983'de 19'a ve 1988'de 35'e yükselmiştir. Bu da 600 bine yakın düşük ve kürtaj eder. Tıbbi gerekçeli ve önlenmeyen düşükler bu orandan hariçtir^(1, 2, 10, 21).

Buna göre aile planlaması çalışmalarının politika, hedef ve uygulamalarının gözden geçirilmesi gerekir.

7. DİĞER GÖSTERGELER

a. Beslenme

Tarım ürünlerinin bol olduğu ülkemizde toplum beslenmesi normal sınırlarda görülmesine rağmen doğrudan ya da dolaylı olarak beslenmeye bağlı önemli sağlık problemleri mevcuttur. Araştırma sonuçlarından elde edilen konuyla ilgili bazı göstergeler şöyledir:

Ailelerin % 25'i demir, % 45'i A vitamini, % 27'si riboflavin, % 84'ü C vitamini yetersiz ve sınır düzeyde tüketmektedir. 1974 ve 1982 yılında yapılan araştırmalarda kişi başına günlük protein tüketiminin 85 gramdan 75 grama düştüğü gösterilmiştir^(11, 26).

Beslenme problemlerinin çoğunluğu çocuk ve kadınlarda ortaya çıkmaktadır. 0-5 yaş çocuklarda orta derece Malnütrisyon oranı 1974'de % 18'den 1984'de % 11'e düştüğü izlenmiş, bu oranın kalkınmada öncelikli bölgelerde % 30 olarak bulunmuştur. 0-5 yaş çocuklarda demir eksikliği anemisi % 40 dolayındadır. Okul çağı çocuklarının % 16'sının ağırlığı yaş ortalamasının altındadır^(11, 26).

Hamile ve emzikli annelerin % 35'inde kansızlık (anemi) mevcuttur. Buna karşılık hamilelik ve emziklilik döneminde ek gıda alan anne oranı % 10'un altındadır. Yetişkin kadınlarda guatr ve

şişmanlık da sık görülen beslenme probleminde dir⁽¹¹⁾.

b. Ağız ve Diş Sağlığı

Beşyüzbin çocukta yapılan bir araştırma sonucuna göre hiçbir diş ve ağız sağlığı problemi olmayan çocuk oranı yalnızca % 6'dır. Genel nüfusun % 85'inde ağız, diş ve dişeti hastağı mevcuttur. Sabit proteze başlama yaşı 18-20 hareketli proteze başlama yaşı ise 25'tir⁽²⁶⁾. Bu bulgular diş sağlığı hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine gerek eğitim gerek uygulama olarak entegre edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

c. Sigara

15 yaş üstündeki nüfusumuzun ne yazık ki % 44'ü sigara içmektedir. 15-18 yaş arasında sigara içme oranı % 30 olup, tüm sigara içenlerin % 24'ünün ilk sigaraya başlama yaşı 14'ün altındadır. Oruç tutmayanların, alkollü içki kullananların ve takım tutanların daha çok sigara içtiğı bilinmektedir⁽¹⁵⁾.

Çoğunun anne konumunda olduğu kadınların % 24'ü sigara içmektedir.

Özellikle evde sigara içilmesi en çok bebek, çocuk ve yaşlıları etkilemektedir.

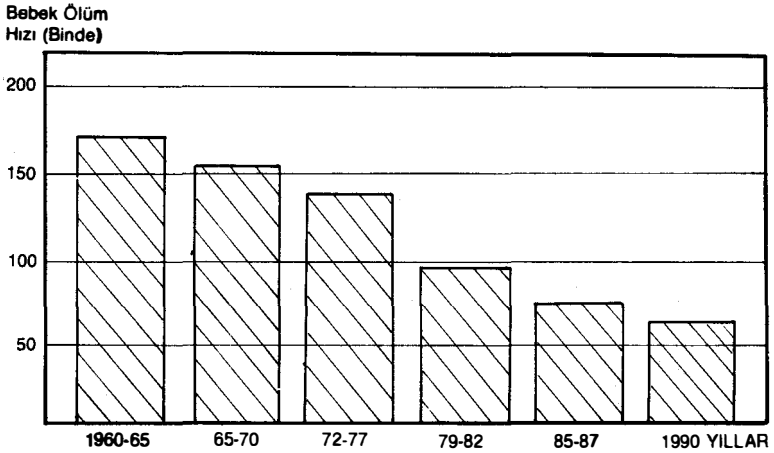
Sigara içimi başta akciğer kanseri, diğer bazı kanserler, kalp hastalıkları, dolaşım bozuklukları olmak üzere bir çok hastalık oluşumuna sebep olmaktadır. Çocukların tekrarlayan ve geçmeyen solunum yolu enfeksiyonlarının önemli bir sebebi pasif sigara içimi (duman altı) dir.

Sigara içiminin alkol ve diğer madde bağımlılığına geçişte ilk basamak olduğu da unutulmamalıdır.

d. Bulaşıcı Hastalıklar

Başta verem, parazit enfeksiyonları ve diğer bulaşıcı hastalıklar öncelikle aile içinde yayılma gösterirler. Ülkemizde 150 binden fazla ailede tüberküloz mevcuttur⁽²⁵⁾. Ancak çoğunluğunun dispanserlerle irtibatı yoktur. Yine toplumda % 10'dan % 90'a kadar değişen oranlarda barsak parazitleri mevcuttur ve bu da aile için bir enfeksiyondur⁽²⁶⁾.

Bunlar ve diğer enfeksiyon hastalıkları ile mücadelede sağlık eğitimi, kişisel hijyene riayet, çevre şartlarının iyileştirilmesi ve refah düzeyinin yükseltilmesi sıra ile yapılacak işlerdendir.



V. SAĞLIK HARCAMALARI

Diğer bütün hizmetler gibi sağlık hizmetlerinin ve sağlığın da genel bütçeye, katma bütçelere ve aile bütçesine bir yükü vardır. Milli gelirimizin az da olsa bir kısmını toplumun sağlığını korumak, hastalarımızı tedavi ve rehabilite etmek için harcamaktayız. Sağlık harcamaları deyince kişilere yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlere yapılan harcamalar anlaşılmakta, buna sağlık personeli yetiştirmek için yapılan harcamalar da eklenebilmektedir⁽⁵⁾.

Sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, diğer genel ve katma bütçeli ve özel kurumlarla kişilerin yaptığı harcamalardan oluşur. Kamu kurumlarının harcamalarını kısmen belirlenebilse de özel sektör harcamalarını ve kişilerin doğrudan sağlık hizmeti karşılığında ödedikleri miktarları hesaplamada güçlükler vardır.

Sağlık Bakanlığı'na genel bütçeden ayrılan pay, ülkede sağlığa verilen önemle paralellik gösterir. Cumhuriyetten buyana Sağlık Bakanlığı bütçesinin payı % 3 dolayında olmuş, % 2-6 arasında değişmiştir. En yüksek paya 1950-60 döneminde ulaşılmış (% 5-6), bu pay giderek azalıp 1985'de % 2.6'ya kadar düşmüştür. 1990'da Sağlık Bakanlığı'nın bütçe payı % 4.12'ye çıkarılmıştır^(14, 28). Gelişmiş ülkelerde genel bütçeden ayrılan pay daha yüksektir. Örneğin F.Almanya'da % 19.3, Fransa'da % 15, ABD'de % 11⁽⁵⁾.

Sağlığa yapılan harcamanın bir diğer göstergesi kişi başına yapılan sağlık harcaması miktarıdır. Türkiye'de sağlık için yapılan tüm kamu harcamaları 1987'de kişi başına 19.8 ABD Doları olarak hesaplanmıştır. Kamu sağlık harcamalarının % 44'ünü Sağlık Bakanlığı bütçesi oluşturmaktadır. Ne varki Sağlık Bakanlığı bütçesinin % 46'sı diğer kamu sağlık harcamalarının hemen tamamını tedavi hizmetlerine harcanmaktadır. Araştırma sonucunda anlaşılmıştır ki, özel sektör ve kişisel sağlık harcamalarının 1987 için miktarı kişi başına 24 dolardır. Buna göre ülkemizde toplam sağlık harcaması kişi

başına 44 dolardır. Bu da milli gelirin.% 3.4'üne tekabül eder. Sağlık harcamalarının % 65'ini ilaç giderleri oluşturur⁽²⁸⁾. Gelişmiş ülkelerde kişi başına yapılan sağlık harcamasının milli gelire oranı daha yüksektir⁽⁵⁾.

Ülke Adı	Genel Bütçeden Sağlığa Ayrılan Pay	Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$)	Kişi Başına Sağlık Harcamasının Milli Gelire Oranı
ABD	yüzde	10.7	1517 10.9
F.Almanya	"	19.3	1093 9.3
Kanada	"	5.2	1090 8.4
Fransa	"	14.7	866 8.0
Japonya	"	..	544 5.2
TÜRKİYE	"	4.1	44 3.4(1990)
Meksika	"	1.3	24 1.6
Srilanka	"	3.3	8 2.5

Tablo 17: Çeşitli Ülkelerde Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Oranları (1980-85)

Ülkemizde ailelerin % 42'si herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildir. Bunların da % 60'ının sağlık harcamaları yönünden kısmen veya tamamen ödeme gücünün olmadığı düşünülmektedir ki bu ailelerin toplam nüfusu 14 milyondur⁽²⁶⁾.

Toplumda herkese eşit hizmet verilmesinin önemli bir engeli olan finans probleminin, genel sağlık sigortası ile çözümü düşünülmektedir. Konu ile ilgili bir kanun teklifi TBMM'ndedir.

KAYNAKLAR

1. Aile Planlaması, Kongre Kitabı, Ankara Jinekoloji Derneği Yayın No: 44, Ankara 1986.
2. Akın, A., Kadın Sağlığı Yönünden Düşük Sorunu, Doçentlik Tezi, HÜ, 1976.
3. Akın, A., Maternal Mortality in Turkey, WHO Paper, Nov. 1985.
4. Benli, D., Erdal, R., Bulut, A., Etimesgut Sağlık Bölgesi 1980-1984 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi, H.Ü.T.F.-H.S.A.B.D. Yayın No: 85/29.
5. Cilasun, U., Türkiye'de Sağlık Harcamaları, Meltem Matbaası, 1987.
6. Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1984 Çalışma Raporu, HÜ.T.F.-H.S.A.B.D. Yayın No: 85/31.
7. Fişek, H., Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaası, Ankara, 1985.
8. Güleç, B., Öktem, F., Bir Gecekondu İlkokulu Öğrencilerinden Ruhsal Uyum Taraması, Toplum ve Hekim, 36, S: 24-27, 1985.
9. HIPS, 1983 Turkish Population and Health Survey, Ankara
10. HIPS, 1988 Population and Health Survey, 1989.
11. Köksal, O., 1974 Türkiye Beslenme-Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması, Ankara, 1974.
12. Öktem, F., Ülkü, N., İlkokul Çocuklarında Ruhsal Uyum Ölçeği ile Tarama, Yayınlanmamış Makale, 1989.
13. Özerdemoğlu, R.A., Bilir, N., Sağlık Hizmetlerinden yararlanmada Uzaklığın Etkisi, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, S: 4, Ekim 1989.
14. Özet Sağlık İstatistikleri, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 536, 1989.
15. PİAR, Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması, İstanbul, 1988.
16. Population Reports, May. 1984, J.H. University, USA.
17. Sağlık Bakanlığı, İstatistik kayıtları (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü), 1990.
18. Sağlık Hizmetleri, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 535, Ankara 1989.
19. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, S. ve S.Y.B. Yayın No: 422, Ayyıldız Matbaası, Ankara 1973.
20. Sağlık Mevzuatı, Yargıçoğlu Matbaası, Ankara 1984.

21. Tezcan, S.Fişek, H., Çocuk Düşürme, H.Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayın No: 12, Ankara 1980.
22. The State of the World's Children, UNICEF, Oxford University Press, 1989.
23. Türkiye Bağışıklama Araştırması, Sağlık Bakanlığı, 1989.
24. Türkiye 1. Sağlık Taraması Sonuçları, Sağlık Bakanlığı, 1990.
25. Türkiye'de Akciğer Tüberkülozu Prevalansı Araştırması, S.S.Y.B. Verem Savaşı Genel Müdürlüğü, 1982.
26. Türkiye Milli Sağlık Politikası, Sağlık Bakanlığı, Ankara 1990.
27. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1982-1986, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 526, Yeniçağ Matbaası.
28. T.C.- UNICEF 1991-1995 Master Planı Uygulaması.
29. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1989, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 539, Ankara, 1990.
30. Yörükoğlu, A., Çocuk Ruh Sağlığı, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara 1978.
31. Yörükoğlu, A., Değişen Toplumda Aile ve Çocuk, Merkez Ofset, Ankara 1983.